

***FACTORES PSICOSOCIALES
Y SALUD MENTAL EN EL TRABAJO***

PRIMERA EDICION, 2006
PRIMERA IMPRESIÓN ,2006

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
AV. JUAREZ 975
GUADALAJARA, JALISCO, MEXICO

ISBN: 970-94521-2-6

IMPRESO Y HECHO EN MEXICO
PRINTED AND MADE IN MEXICO

AUTORES POR ORDEN ALFABETICO

Acosta Fernández Martín (México)

Licenciatura en Psicología por la Universidad de Guadalajara - Maestría en Psicología del Trabajo por la Universidad Autónoma de Querétaro - Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara. - Consultor en Investigación y Salud Ocupacional por PIENSO, A.C. en Latinoamérica

Aldrete Rodríguez Maria Guadalupe (México)

Doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo.- Profesor Investigador Titular “C”, Instituto Regional de Investigación en Salud Pública, Universidad de Guadalajara.- Coordinadora de la Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Líder del Cuerpo Académico: Salud y Trabajo. Calificada por Promep como “Perfil Deseable”.

Alvarado Hernández Carlos Martín (Honduras)

MD, MSc.- Postgrado en Medicina del Trabajo y Salud Ocupacional.- Psicología, Psicoterapia y Gerencia en Salud.- Miembro de la Comisión Técnica de Invalidez del IHSS. - Programa de Salud Ocupacional Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) - Presidente de la Sociedad Hondureña de Medicina del Trabajo.- Secretario Nacional de Honduras en ICOH, Director ALSO por Honduras.

Aranda Beltrán Carolina (México)

Profesora e Investigadora Titular “C”, Docente del Posgrado en Ciencias de la Salud en el Trabajo. - Profesora de Tiempo Completo con Reconocimiento Perfil PROMEP (Secretaría de Educación Superior e Investigación Científica) - Miembro de la Red de PIENSO en Latinoamérica (Investigación y Capacitación) - Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SIN) nivel 1 - Miembro del Cuerpo Académico de Salud Mental en Grupos Poblacionales.

Arellano Perez L. Gilberto (México)

Realizó sus estudios de Médico Cirujano Dentista, Maestría en Salud Pública y el Doctorado en Salud del Trabajo en la Universidad de Guadalajara, Actualmente trabaja como Investigador titular Exclusivo de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, Ha realizado investigaciones en el área de Psicosociales en diferentes empresas como la Textil el Sector Salud y en la Universidad, Maestro de las materias de Seguridad e higiene en las carreras de Relaciones Industriales y Salud Pública así como de la Maestría en Salud Ocupacional

Bermúdez Tirado Rafael Darío (Venezuela)

Licenciado en Biología: Universidad Central de Venezuela. (Venezuela). Maestría en Salud Pública: La Universidad de Michigan (USA). Doctorado en Ciencias de la Salud del Trabajo: Universidad de Guadalajara, México. Consultor de: UNIDO, OIT y el Banco Mundial.

Carrión García M^a Ángels (España)

Psicóloga – Investigadora Social – Especialista en Recursos Humanos. Experta en Psicosociología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales. Directora del Instituto Técnico de Psicología y Formación MAC “ITPF-mac”. Directora del Encuentro Nacional e Internacional sobre Prevención y Salud Laboral. Presidenta de la Asociación de Expertos en Psicosociología Aplicada “AEPA”. Coordinadora de la Sección de Psicología Clínica de l’Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (Filiat del Garraf). Profesora de la Universidad de Barcelona, Facultad de Medicina, Especialidad de Medicina del Trabajo. Profesora del Centro Universitario Pau i Treva para la Investigación e Intervención en Resolución de Conflictos.

Franco Chávez Sergio Adalberto (México)

Doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo - profesor del CUCEI y CUCS en el Departamento de Salud Pública, Posgrado en Ciencias de la Salud. – Ha participado en la elaboración de tres libros sobre salud y un libro de ingeniería y tecnología – ha elaborado diez artículos en revistas en lo referente a la salud. – Cuenta con Ponencias internacionales y nacionales, artículos de divulgación, pertenece a PROMEP con reconocimiento de “Perfil Deseable”.

Franco Ramírez Sergio Adalberto. (México)

Medico Interno de Pre-grado, estudios en la Universidad de Guadalajara, conferencia sobre el síndrome de Alzheimer, en Barcelona España, y otras participaciones en lo referente a salud pública.

González de Mendoza Juan Manuel (México)

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León - Maestro en Desarrollo Organizacional por el ITESO – Doctor en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara - Profesor Adscrito al Depto de Psicología Aplicada - Consultor Organizacional.

González Sandoval Fernando (México)

Licenciado en Comercio Internacional – Premio por la mejor tesis por la Camara de Comercio de Guadalajara - Maestria en Derecho por la Universidad de Guadalajara - Coordinador de Servicio Social, Universidad de Guadalajara - Coordinador General de Servicios a Universitarios de la Universidad de Guadalajara.

Milano Sergio Rafael (Venezuela)

Licenciado en Ciencias y Artes Militares (Guardia Nacional de Venezuela - 1970) - Magister Scientiarum en Biología mención Antropología Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC), Venezuela, 1986. - Doctor en Ciencias de la Educación (Universidad Santa María, Venezuela, 2003) - Profesor-investigador del Centro de Investigación en Gestión Ambiental y Desarrollo Sustentable de la Universidad Nacional Experimental de Guayana, Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela. – Líneas de Investigación: Economía en Pequeña Escala y Estudio de Impacto Sociocultural de modelos de desarrollo en gran escala.

Pando Moreno Manuel (México)

Licenciado en Psicología por la UANL (México) - Maestro en Ciencias de la Salud Pública por la U. De G. (México) - Doctor en Ciencias por la Universidad de Rovira i Virgili (España). - Fundador de la Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo en la Universidad de Guadalajara. – Miembro del Cuerpo Académico de Salud Mental en Grupos Poblacionales. - Miembro del Sistema Nacional de Investigadores y “Perfil Deseable” Promep (México). - Presidente de PIENSO en Latinoamérica A.C.

Pérez Castellanos Jesús (México)

Licenciado en Sociología por la Universidad de Guadalajara, (México) – Maestro en Administración de Servicios de Salud (Italia) - Profesor Jubilado de la Maestría en Ciencias de la Salud en el Trabajo en la Universidad de Guadalajara. – Miembro Fundador de PIENSO en Latinoamérica A.C.

Preciado Serrano María de Lourdes (México)

Licenciada en Psicología por la U. De Guadalajara, Maestra en Psicología Clínica por la Universidad Autónoma de México y Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo en la Universidad de Guadalajara. - Profesora del Departamento de Psicología Básica CUCS de la U. de G.- Consultora externa en los procesos psicosociales de la salud en el trabajo.- Experta en Psicosociología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales.

Reynaldos Quinteros Carolina (Chile)

Licenciada en Psicología en la P. Universidad Católica de Chile - Maestra en Ciencias en Salud en el trabajo por la U. Autónoma Metropolitana- Xochimilco - actual Directora de la Escuela de Psicología de la U. Católica del Maule, Chile.

Salazar Estrada José Guadalupe (México)

Psicólogo, Maestro en Ciencias de la Salud Pública y Doctor en Ciencias de la Salud con Orientación Sociomédica por la Universidad de Guadalajara. - Profesor Investigador Titular “C” en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, con una antigüedad de 26 años en la docencia a nivel de pregrado y posgrado. - Miembro del Cuerpo Académico de Salud Mental en Grupos Poblacionales.

Saraz Lozano Severiano (México)

Contador publico y auditor por la Universidad de Guadalajara, Subdelegado regional de farmacias ISSTE , (SITYF), imparticion de cursos academicos a empleados de tiendas y farmacias ISSTE en lo referente a Psicologia. Administrador de guaderias participativas de la Universidad de Guadalajara IMSS, Centro Universitario de los altos jefe de unidad, Universidad de Guadalajara , Administrador de la coordinacion de servicio social en brigadas multidisciplinarias en el area de psicologia.

Torres López Teresa M. (México)

Licenciatura en Psicología, Maestría en Ciencias de la Salud Pública y Doctorado en Antropología Social y Cultural. - Actualmente labora como Profesor Investigador Titular del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. – Es Miembro del Cuerpo Académico de Salud Mental en Grupos Poblacionales. - Sus trabajos de investigación han sido en torno a la línea de Antropología de la Salud con temáticas como las enfermedades crónicas, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y formación de recursos humanos en salud, todos ellos con perspectiva metodológica cualitativa.

Varillas Walter (Perú)

Licenciado en Sociología, Maestro en Salud en el Trabajo – Coordinador General de la Red de Seguridad y Salud en el Trabajo auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Representante de PIENSO en Latinoamérica en Perú .

INDICE

<i>INTRODUCCION</i>	<i>12</i>
<i>1. GLOBALIZACION ECONOMICA Y SALUD LABORAL HOY</i> Jesús Pérez Castellanos, Sergio Milano	<i>14</i>
<i>2. APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN Y PROPUESTAS SOBRE TRABAJO INFORMAL Y SALUD EN AMÉRICA LATINA</i> Walter Varillas, Fernando González Sandoval	<i>34</i>
<i>3. LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO</i> Manuel Pando Moreno, Ma. Angels Carrión, Gilberto Arellano Pérez	<i>68</i>
<i>4. LA SALUD MENTAL POSITIVA</i> Manuel Pando, Carolina Aranda, José Gpe. Salazar Estrada, Darío Bermúdez.	<i>86</i>
<i>5. CLIMA ORGANIZACIONAL</i> Juan Manuel González de Mendoza, Ricardo Cruz, Sergio Adalberto Franco Chávez.	<i>103</i>
<i>6. ESTRÉS LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT</i> Lourdes Preciado Serrano, Carolina Aranda, Manuel Pando Moreno	<i>125</i>

7. EL ACOSO MORAL EN EL TRABAJO	140
Martín Acosta Fernández, Ma. Angels Carrion, Fernando González Sandoval, Sergio Adalberto Franco Ramírez.	
8. TRABAJO Y CALIDAD DE VIDA	160
Salazar Estrada J. G., Carlos Alvarado.	
9. REDES SOCIALES DE APOYO	180
Aranda Carolina; Pando Manuel.	
10. UNA APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DEL TRABAJO DE LAS MUJERES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.	206
Guadalupe Aldrete Rodríguez, Sergio Adalberto Franco Chávez.	
11. LA INVESTIGACION CUALITATIVA EN LA SALUD OCUPACIONAL	234
Teresa M. Torres López y Carolina Reynaldos	

INTRODUCCIÓN

El libro que ahora tiene Ud. en sus manos, es fruto de la imperiosa necesidad de abordar los problemas psicosociales relacionados con la salud ocupacional de los trabajadores de América Latina que se agudizan a partir de la intensificación de los tratados de libre comercio y la globalización económica y la inquietud de diversos especialistas en el área quienes participan en Redes Temáticas de Cuerpos Académicos Universitarios (“Salud Mental en Grupos Poblacionales” y “Salud y Trabajo”) y en PIENSO¹ en Latinoamérica A.C.

En las últimas décadas, los procesos de producción y la organización del trabajo se ha venido especializando en formas laborales que despersonalizan al trabajador, desde la parcialización de las tareas que vuelven enajenantes las funciones a realizar e impiden la realización del hombre en su trabajo, hasta las formas de contratación impersonales y temporales, y la remuneración cada vez más cerca de los sistemas de pago a destajo (que llegaron a ser prohibidos en algunos países como protección al trabajador y ahora se pierden tales reivindicaciones obreras) a través de “bonos de productividad” que dejan a todo empleado en situaciones de verdadera indefensión ante abusos que pueden ser legales o ilegales.

No es, desafortunadamente, que nuestros países en Latino América hayan logrado un desarrollo tal de bienestar social que los riesgos mecánicos, físicos, químicos, etc., hayan desaparecido del ambiente de trabajo, desgraciadamente, como en muchos problemas de salud, Latinoamérica comparte la presencia de problemas del “tercer mundo” simultáneamente con el “primer mundo”, presentando perfiles mixtos de epidemiología laboral. Pero reconocemos la existencia de un bagaje de conocimientos muy superior en materia de agentes como los físicos o químicos; mientras que son pocos los datos sobre la situación psicosocial y de salud mental laboral en nuestro medio y es aún muy deficiente su difusión.

Es por ello, que nace esta obra con la intención de conjuntar y organizar parte del conocimiento actual en materia de los Factores Psicosociales del Trabajo que son identificados como riesgo a la salud y permitir a los profesionales de la Salud Ocupacional en cualquiera de sus disciplinas, un acercamiento comprensivo

¹ PIENSO son las siglas correspondientes a Programa de Investigación EN Salud Ocupacional y agrupa investigadores de toda América Latina.

de las causas globales del problema pero con acercamientos muy puntuales que permitan orientar algunas intervenciones situacionales en los centros de trabajo en particular.

Con esta intención en mente nos fue indispensable iniciar con una reflexión sobre el estado de la Globalización económica que afecta a la salud ocupacional y que será el sustento para comprender las formas organizacionales, el clima y los factores psicosociales de riesgo presentes en los centros productivos de todo tipo.

Derivado de ello, encontramos un marco adecuado para la explicación de la afectación de la calidad de vida en el trabajo, el deterioro de la salud mental positiva y el daño presente en afecciones como el estrés, Burnout o el Acoso Psicológico en el trabajo, de forma genérica y en especial ante la situación de la gran incorporación de las mujeres al trabajo remunerado; pero, paradójicamente, es en la misma organización que produce las condiciones para el daño, donde se tiene las condiciones para la protección a través de elementos a desarrollar como las redes sociales de apoyo.

Esta obra cierra con un capítulo, que estamos seguros el lector agradecerá, dedicado a la aplicación de métodos cualitativos de investigación en salud ocupacional, el que nos brinda no solo la oportunidad de incorporar un método para el desarrollo de la ciencia que ha sido escasamente aplicado en nuestra área, sino que es también un sistemas para que los profesionales de la salud ocupacional nos acerquemos de una manera más comprensiva a las formas de sentir y pensar de los trabajadores, mismas que una vez comprendidas por el profesional le producirán una nueva gama de alternativas para los nuevos y viejos problemas de la salud, seguridad e higiene en el trabajo.

Quedamos conscientes de las limitaciones y alcances de esta obra, no podemos cubrir todos los problemas de la salud laboral en América Latina, ni siquiera hemos abordado todos los temas trascendentes de la psicología laboral, pero aportamos una visión que va desde lo macro a lo micro y que tiene la potencialidad de ayudar a mejorar las condiciones laborales y salud en nuestros trabajadores a través de fortalecer la formación de los profesionistas de la salud ocupacional.

GLOBALIZACION ECONOMICA Y SALUD LABORAL HOY

Jesús Pérez Castellanos, Sergio Milano.

**APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE GLOBALIDAD Y
GLOBALIZACIÓN**

Una de las realidades de la humanidad se fundamenta en ideas y convencionalismos que surgen de la ocupación de la tierra por parte de su especie, su direccionalidad parte de los conceptos que los grupos sociales tienen de sí mismo y del entorno que los rodea, sea éste social o natural; de esta manera el hombre ordenan su concepción de: "Mundo". Héctor Ricardo Leis (1992), dijo al respecto: "todos los seres humanos pertenecen a la misma especie, pero sus valores y obras expresan un alto grado de divergencias e intereses contradictorios".

A partir de tales divergencias hace crisis la paridad aparentemente dicotoma entre la percepción de la Tierra, como albergue del hombre biológico y el Mundo, como ámbito de dominio del hombre social y sus convencionalismos. Tal dicotomía se ha expresado a través de intentos de dominación de un grupo social sobre otro, cuyas razones cambian de signos epocales pero mantienen los mismos principios y fines, poseer los recursos de otros. En la era que nos ha tocado vivir, se conocen estos intentos de unificación, con términos, entre otros, de: Globalidad, Globalización y otras acepciones como: "mundialización", "sistema mundial", "aldea global", "economía mundo", "sociedad mundo", etc., que Daniel Mato (1996) identifica como: "tendencia histórica hacia la interconexión entre los pueblos del mundo y sus instituciones, para compartir un espacio unificado".

Mato también afirma que tales procesos desafían a las sociedades a una mayor competitividad por ocupar posiciones de privilegio en una escala piramidal jerarquizada que priva desde el vértice a la base, a riesgo de tener que enfrentar creciente deterioro económico y subsecuentes conflictos sociales capaces de comprometer su viabilidad histórica. El proceso conduce a alianzas estratégicas mediante la conformación de bloques de poder, sobre todo económicos y políticos, que a través del grupo, se fortalezcan los individuos. Contradictoriamente, tales mecanismos de defensa y ataque, a la par de promotores, son obstaculizadores de la globalización.

Por su parte y de acuerdo con el mismo argumento, Kamiya (1994) explica, que en contradicción con su carácter de totalidad, la globalización es percibida sólo como acción económica basada en la existencia de un libre flujo de bienes, de servicios, de capital y de trabajo. Moneta (2000). Esta visión reduce y simplifica interacciones obviando la influencia de lo cultural en tales procesos, por tanto, las sociedades occidentales más avanzadas construyen espacios que son publicitados por las industrias culturales y la cultura de masas, como ideales respecto a una visión de unidad global que en realidad no existe.

Ximena Agudo y Daniel Mato (2000), identifican cinco constantes en el discurso que interpreta la globalización:

“a) Se presenta como un fenómeno unidimensional en términos exclusivos de negocios o, económico, b) Como flujo autónomo y anónimo, que no toma en cuenta a los actores que lo promueven, c) Este carácter “desterritorializa” el fenómeno, d) Se le plantea como ajeno a las relaciones de poder y a las posiciones en la misma, de los diferentes actores; por último, e) Se le considera como productora de homogeneización, particularmente cultural” (op.cit:21).

Los mismos autores sugieren que el análisis fértil y objetivo de los procesos de globalización requieren considerar, además de los flujos de capitales, el flujo de personas, por tanto, se debe incorporar la dimensión cultural que incluye la participación de actores sociales, personas y grupos. Al respecto, afirma Weiss (2000):

“La globalización aumenta las interconexiones entre los pueblos, sus culturas y sus instituciones. Estos cambios no son singulares, son resultados de procesos diversos de la historia. La globalización no es en consecuencia, un proceso nuevo; es una tendencia histórica que se ha acelerado y complejizado en los últimos años (op.cit:152).

Heinz R. Sonntag (2000) construye una síntesis histórico-teórica donde comienza afirmando que los adjetivos: “sistema mundial”, “dependencia”, “globalización” y “desarrollo”, son componentes de un mismo proceso que se inicia con el hombre y su tendencia de ampliar los horizontes de sus dominios, operacionalizada a través de guerreros, colonizadores, comerciantes, religiosos, entre otros, impuesta por medios de las armas y/o dependencia económica. Su expresión actual se proyecta a través de la idea de la “aldea global”.

Ximena Agudo G. (2000), incorpora a la discusión otros elementos para la teorización, centra su argumento dicotomizando conceptos como: “centro/periferia (espacio) y/o desarrollo/subdesarrollo (tiempo). Explica que tales representaciones parten del supuesto de que los territorios son entidades fijas y naturales donde se desarrollan historias locales; de esta manera, se crea la ilusión de que las identidades son resultado de procesos históricos independientes y no las resultantes de relaciones históricas entre grupos humanos. Bajo esta perspectiva, la historia de los “centros” sería totalmente independiente a la de la “periferia”, estableciéndose una relación jerárquica entre las partes habida cuenta que los centros poseen un nivel de vida que la periferia desea alcanzar.

La ayuda ofrecida por los centros para acceder al “nivel” publicitado como ideal de vida, sujeta a los estados de la periferia a relaciones jerárquicas y de poder desigual entre las partes como consecuencia de que sólo se opera en una dirección espacial unívoca: “del centro a la periferia”.

La globalización, entendida de esta manera, es calificada por Agudo como la “resignificación de viejos principios universalistas a partir de los cuales, la multiplicidad es subsumida en la unidad, por tanto, lo diferente lo hace la unidad”. Tales principios requieren la implantación de mecanismos instrumentales de sujeción política, en oportunidades compulsivas, que exigen la cesión de parte de la autonomía de los estados que resulten más débiles dentro del juego de fuerzas que se genera. Son interpretados como organismos territoriales “isomorfos”, compactos, donde la idea de nación es un “espacio imaginario” cuya construcción reside en lealtades diferentes a la de lugar. Obviamente, se generan tensiones que han gravitado para la denominada “crisis de los estados-nacionales”, restándoles capacidad aglutinadora, lo que puede conducir a la “disyunción” entre Estado y Nación.

GLOBALIZACIÓN DE LA ECONOMIA

Aún cuando queda entendido que la Globalización es más que la Globalización Económica, lo económico es su motor y fin último; a través de las políticas en este ámbito de la estructura social, se exigen e implantan rigurosos ajustes sobre la seguridad social, el empleo, la educación y sobre el sistema público de salud, lo cual ha ocasionado deterioro de la calidad de vida en los países de la región latinoamericana, expresado en desnutrición, incremento de las enfermedades

transmisibles, daños al ambiente natural, surgimiento de enfermedades emergentes y reemergentes, potenciados por la situación de pobreza que le es inmanente.

Hasta la II Guerra Mundial, las relaciones económicas internacionales se mantuvieron dentro de un plano donde predominó lo jurídico y lo diplomático; los vínculos y transacciones se dieron en los centros de decisiones de las naciones, pero en el año de 1941, los Estados Unidos de Norteamérica promovió, a través de la “Carta del Atlántico”, la creación de “instituciones económicas internacionales”, justificándolo en la necesidad de establecer “cooperación económica internacional”. La idea se materializó en el año de 1944 cuando nacieron en Bretton Woods, EEUU, las organizaciones financieras conocidas como Fondo Monetario Internacional (FMI) y Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo (BIRD)² cuyo objetivo fue implantar “un nuevo orden económico mundial” con predominio del capital financiero internacional controlado por el dólar (\$USA), dado el liderazgo económico protagonizado por Norteamérica debido a su capacidad para convertir en oro los dólares de las naciones. A las nombradas instituciones se sumó el “Acuerdo General de Aranceles Aduaneros y Comercio” (GATT) que fue sustituido posteriormente por la Organización Mundial del Comercio (OMC) (John 1986).

Siguiendo el mismo proceso, durante la década de los años 70, las actuales economías más grandes de Occidente (G-7), decidieron implantar mecanismos de desregulación en los controles que ejercían sobre la transferencia de capitales, con la finalidad de dar mayor libertad a las actividades financieras internacionales, lo cual fue progresivamente extendido al resto de las economías del mundo a través de mecanismos instrumentados por las instituciones de Bretton Woods (Ianni 1999), ejemplo de ello, son los acuerdos “stand-by”, a través de los cuales, el FMI sujeta a los países que necesitan créditos, imponiéndoles medidas de ajustes que faciliten su inserción plena al libre comercio de capitales internacionales. Este proceso de transacciones es controlado por una elite de “corredores de bolsa” comúnmente conocidos como “global players”³, quienes tasan el valor de las

² Posteriormente es transformado en el actual Banco Mundial (BM)

³ Apelativo aplicado a las élites que manejan el mundo de las finanzas y de la informática. Generalmente toman decisiones que escapan de cualquier tipo de control por parte de los gobiernos donde operan o afectan.

divisas bajo criterios únicos de posibilidades de inversión (Frenkel y O'Donnell 1978)⁴.

Como consecuencia directa, la economía globalizada se ha venido fortaleciendo ayudada por sistemas de comunicaciones de alta tecnología, bajos costes de transporte y libre comercio ilimitados que tienden a fundir el mundo en un mercado único. Las relaciones comerciales y financieras se establecen mediante un estado constante de competencia global que se refleja también en el mercado de trabajo, alterando el equilibrio social de las naciones y de los estados generando nuevos escenarios y nuevos roles en el trabajo. Los llamados “global players” de la informática y de las finanzas, manipulan estos procesos al margen de cualquier control que no sea el que se genera de su propia dinámica.

Una de las consecuencias directas de la dinámica de la intensa competencia económica apunta a la reducción de costos de producción, lo que está conduciendo a una acelerada automatización de los procesos productivos con miras a delegar a una máquina, el trabajo que pueden hacer varias personas, con el subsecuente decrecimiento de la necesidad de mano de obra, incluso calificada. Al respecto, comentan Martín y Schumann (1999:131), “la economía de alto rendimiento y alta tecnología le está arrebatando el trabajo a la sociedad de bienestar y despide a sus consumidores”. Esto implica el incremento progresivo del desempleo y subempleo, el reafianzamiento de la pobreza, la subalimentación, el ausentismo escolar y el incremento de enfermedades endémicas y epidémicas.

Este proceso alcanza niveles críticos en los países llamados del “tercer mundo” pero está arrastrando también, y de manera acelerada, a los países llamados del primer mundo, “el miedo al futuro y la inseguridad se extienden, el tejido social se resquebraja”.

Una visión futurista sobre el particular, afirma:

“En el próximo siglo⁵, el 20% de la población activa bastará para mantener en marcha la economía mundial. Una quinta parte de todos los que buscan trabajo bastará para producir todas las mercancías y aportar las valiosas prestaciones de

4 Sobre la deuda externa y sus implicaciones para los países del “tercer mundo”, existe una amplia documentación en el número especial ¾ (1996) de la revista de Estudios Latinoamericanos MUNDO NUEVO, de la Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela. Se refiere al siglo actual dada la fecha de elaboración del trabajo (1999).

5 Se refiere al siglo actual dada la fecha de elaboración del trabajo (1999)

servicio que la sociedad mundial pueda permitirse. Ese 20% participará activamente en la vida, el beneficio y el consumo, no importa en que país estén” (Martin y Schumann op.cit:10).

Dentro de esta perspectiva, se afirma que el 80% restante de los dispuestos a trabajar, sin duda, “tendrá problemas”; situación que el polaco Zbigniew Brzezinsky, otrora Consejero de Seguridad Nacional del presidente norteamericano Jimmy Carter, simplificó de la siguiente manera: adelantó el concepto de “tittytainment”, el cual derivó de las palabras en idioma inglés “entertainment” (diversión) y “tits” (tetras o pechos de mujer); la idea refiere, no a sexo, sino, a la leche que brota de los senos de una madre lactante, como símil de su acción protectora por el alimento que proporcionan; en consecuencia, estima que, “el buen humor de la frustrada población del mundo podrá mantenerse con una mezcla de entretenimiento aturdidor y alimentación eficiente”.

Siguiendo a los autores mencionados, se deduce que el problema actualmente en discusión no se refiere a las posibilidades de reestablecer y mantener el equilibrio social que truncaría la relación “20-80”, sino que, aceptando esta situación como irreversible, avanzar a una especie de segundo estadio, la reflexión sobre cómo “la quinta parte acomodada podría ocupar al resto superfluo. El compromiso social de las empresas es inexigible dada la presión de la competencia global, tendrán que ser otros los que se preocupen de los parados (desempleados)”.

A manera de conclusión y siguiendo la misma exposición de Martín y Schumann, se puede afirmar que el modelo de civilización implantado por Europa ha demostrado no tener rival en cuanto a dinamismo y éxito, pero contrariamente, no es adecuado para configurar el futuro. La publicitada “mejoras del nivel de vida” para los países “subdesarrollados” mediante el “aumento de la producción industrial”, no dio el resultado esperado; sólo ha servido para enriquecer a unos pocos en detrimento de la mayoría y endeudar a los países receptores de beneficios de créditos, sujetándolos así, a un modelo de vida del que es difícil sustraerse; los resultados, grosso modo, señalan que la 5ª parte más rica de todos los estados, decide sobre el 84,7% del Producto Interno Bruto mundial. Sus ciudadanos desarrollan el 84,2% del comercio del mundo y poseen el 85,5% de todos los ahorros internos. Desde 1960, la distancia entre este sector de la sociedad y la más pobre, se ha más que duplicado. Estamos viviendo un nuevo ataque de

universalización del capitalismo como método de producción y proceso civilizador. En el cuadro que sigue se señalan, organizados por quintiles, los países con mayores ingresos promedios por persona en América.

CUADRO 1.
PAÍSES SELECCIONADOS POR QUINTILES DE INGRESO PROMEDIO POR PERSONA, REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. 1978-1998.

Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
\$ < 2.286	\$ ≥ 2.286 - < 3.062	\$ ≥ 3.062 - < 4.195	\$ ≥ 4.195 - < 5.572	\$ ≥ 5.572
Bolivia Cuba Guyana Honduras Nicaragua	Ecuador El Salvador Guatemala Jamaica República Dom.	Chile Panamá Paraguay Perú	Brasil Colombia Costa Rica Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela	Argentina Bahamas Canadá México Estados Unidos

FUENTE: Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002) La Salud en las Américas. Volumen I, Pág. 23

En el año de 1980, la diferencia en razón de los ingresos, entre el quintil de países más rico y el más pobre, se estimó en 12,6 veces; una década después (1990), la brecha se había ampliado a 14,6 veces y en 1998, fue de 15,8 veces.

La diferencia entre países pobres y países ricos referidos a los ingresos que perciben, no está directamente relacionado con la inequidad en la distribución de los recursos a su interior, el cuadro siguiente lo ilustra en países seleccionados:

CUADRO 2.
PAÍSES SELECCIONADOS POR QUINTILES DE BRECHA DE
INGRESO, REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. 1978-1998.

Quintil 1 (<10,6)	Quintil 2 (≥10,6-<11,9)	Quintil 3 (≥11,9-<15,3)	Quintil 4 (≥15,3-<18,4)	Quintil 5 (≥18,4)
Canadá Cuba Jamaica Trinidad y Tobago Estados Unidos	Argentina Bahamas Guyana Uruguay Venezuela	Costa Rica El Salvador Paraguay Perú República Dom.	Bolivia Chile Colombia Ecuador Nicaragua	Brasil Guatemala Honduras Panamá México

FUENTE: OPS (2002) La Saludo en las Américas. Volumen I, Pág. 2

Una apreciación en los datos suministrados por ambos cuadros señala que en algunos casos, la brecha entre ricos es menor en países que resultaron de los más pobres. La importancia de hacer énfasis en la inequidad radica en el hecho de que aún con crecimiento económico, mayor inversión del gasto público en el área social y la reducción de la población que vivía en pobreza en A.L., no se ha logrado disminuir los niveles de pobreza determinado por las desigualdades en la distribución de ingresos. De hecho, en 1990, el 41% de los hogares eran pobres, es decir, 200 millones de personas aproximadamente; en 1997, se habían reducido a 36%; sin embargo, en términos absolutos, los pobres aumentaron a más de 224 millones.

Por otro lado, la inequidad en las naciones se refleja también entre naciones, por ejemplo, el contraste evidente entre Canadá, con el 5,9% de su población bajo la línea de pobreza, y Haití, con el 65% (Organización Panamericana de la Salud 2002).

Lo dicho en los párrafos que anteceden parece una contradicción; el respecto, es opinión de la OPS (op.cit) reconocer como factores asociados a la pobreza y el

nivel de ingreso de los países, la capacidad de generar empleo e incorporar a la población en actividades productivas, ya que, aún cuando algunas reformas económicas han contribuido al crecimiento económico, este crecimiento fue seguido de mayores niveles de desempleo. La tecnificación y automatización de la Modernidad ya mencionada, amplía la brecha entre trabajadores calificados y no calificados. En la última década ésta pasó de 18% a 24%.

EFFECTOS EN EL AMBIENTE SOCIAL Y DE TRABAJO EN AMERICA LATINA

Los procesos de globalización de la economía implica medidas colaterales que se han conceptualizado como “integración regional”, “liberalización”, “ajustes”, “privatización” y otras medidas, que en las particularidades de cada país, han modificado las políticas sociales y han acentuado cambios en el perfil del trabajo y de la población trabajadora, en el tipo de riesgos generados de los procesos productivos y de la morbilidad como efecto recurrente.

En las características observables en el escenario que se está conformando es evidenciable la inequidad existente respecto a posibilidades y oportunidades reales, de acceso de las mayorías, a una ocupación productiva. Al respecto, la OPS señala que la Población Económicamente Activa (PEA) en América Latina y El Caribe posee una de las tasas de crecimiento más elevada en el mundo al registrar anualmente la incorporación de 5,3 millones de personas al mercado laboral, que al no ser absorbidos en su totalidad por éste, generan un excedente que incrementa el desempleo y subempleo. En el año 2000, el desempleo alcanzó el 8,7%, lo que representó, en términos absolutos, la cantidad de 19 millones de personas sin trabajo. Este índice superó los resultantes de años anteriores: 8,1% en 1999 y 4,0% en 1980. Esta crisis se ve agravada ante el estimado de que entre el 20% y el 40% de la población está subempleada y percibe ingresos inferiores al mínimo necesario para cubrir el costo de una canasta básica de alimentos.

La creciente tecnificación del sector moderno genera nuevas relaciones de producción que a la vez que limitan su capacidad de empleo y disminuyen el papel del Estado como empleador. Se aprecia una espiral de degradación social retroalimentada positivamente: a la vez que la modernidad se tecnifica necesita menos empleados; la carga de desempleo en incremento, se ve potenciada por el crecimiento vegetativo de la población generando mayor cantidad de mano de obra disponible. El excedente de gente cesante incrementa la competencia por un puesto

de trabajo y la disposición a aceptar bajos sueldos y por supuesto, deficiente cobertura social.

Por otro lado, el modelo capitalista industrial amerita la concentración de la mano de obra en centros urbanos donde se facilita su transporte a los lugares de trabajo; para la imposición de este modelo se estableció como estrategia el desestímulo a los asentamientos rurales, lo que obligó a sus pobladores a desplazarse a las ciudades por la quimera de una mejor calidad de vida para el grupo familiar. No obstante, Según la OPS (op.cit:225): “Actualmente la América Latina no cuenta aún con políticas de desarrollo urbano coherentes e integradas que armonicen los objetivos del desarrollo, la salud y el medio ambiente, con la necesidad de reducir las inequidades sociales”

La concentración en las ciudades genera exclusión y marginalidad materializada en cinturones de miseria a su alrededor, donde las deficiencias de los servicios de agua potable, eliminación de excretas y residuos domésticos se dificulta y son causas de enfermedades. Por ejemplo, en nuestro continente, en la actualidad, 241 millones de personas, aproximadamente el 49%, posee conexiones a sistemas de alcantarillados, 152 millones (30%) utilizan pozos sépticos o letrinas y 103 millones (21%) no disponen de ningún sistema de eliminación de excretas.

Un problema necesario de destacar es que 77 millones de personas (15%) no cuentan con servicio de agua tratada y otros 54 millones (11%) se abastecen de pilas públicas. El urbanismo genera serias dificultades para el saneamiento y la salud de las personas; por ejemplo, el 60% de la población está concentrada en el 20% del territorio, que posee sólo el 5% de los recursos hídricos. La intensidad de las actividades antrópicas, tanto domésticas como industriales, aunada a las deficiencias en los sistemas sanitarios, trae como consecuencia que la descarga de desechos sólidos y líquidos contaminados se viertan a los ríos, lagos y mares; además, las concentraciones humanas elevadas agotan las fuentes de agua y degradan los suelos.

Retomando la problemática del desempleo y el deterioro de la calidad de los empleos, éstos son propulsores del crecimiento del sector de la economía denominada “Informal”, la cual funciona como receptora de la población trabajadora cesante. Los datos suministrados por la OPS (op.cit:240) indican que en la región, la informalidad pasó del 42,8% en el año de 1990 a 46,4% del total de los ocupados en 1999.

Con respecto a la cobertura social, la mayoría de los países disponen de algún tipo de sistema, pero éstos varían entre los estados; desde los que superan el 70% como Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica y Uruguay, los que poseen coberturas inferiores al 50% como Ecuador, Perú y Venezuela y aquellos que poseen los niveles más bajos, como El Salvador, Honduras, Nicaragua y Paraguay, los cuales sólo alcanzan entre el 10% y 20% de los asalariados.

En términos generales, se estima que sólo del 5% a 10% de los trabajadores de los países “subdesarrollados” y del 20% a 50% en los países “desarrollados”, tienen acceso a servicios de salud ocupacional adecuados, de lo que se desprende, que los gobiernos no tienen la capacidad suficiente para imponerse a un modelo de desarrollo que los limita para ejercer control eficiente en las interacciones entre los medios físico, espiritual, biológico, económico y social de su nación.

Particularizando algunas circunstancias consideradas relevantes, se debe destacar la situación de género; de acuerdo a las informaciones de la OPS (op.cit), la tasa de actividad femenina en el trabajo se incrementó en América del Sur, de 26% a 45% en el período entre 1980 y 1997 y se estima que en términos absolutos, el número de mujeres económicamente activa en AL, ascendió durante el período 1960-1990, de 18 a 57 millones; sin embargo, persiste un trato laboral discriminatorio. En términos generales, el promedio de remuneración de la mujer es 36% menor que el de los hombres. Al respecto, existen diferencias entre los países, Colombia ofrece registros que permiten considerarlo como el más equitativo; en este país, el salario femenino promedia el 95% respecto al de los hombres, mientras, Nicaragua se manifiesta como el de mayor inequidad en este orden, el salarios de la mujer sólo representa el 67%. De la misma manera, las diferencias se notan en las tasas de desempleo, en del sector femenino duplica al del sector masculino.

Con relación a los niños y jóvenes trabajando, las estimaciones de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (Citado por OPS op.cit:242), señalan que el número de niños trabajadores en edades comprendidas entre 5 y 14 años en los países “subdesarrollados” es de 250 millones, de los cuales 140 son varones y 110 son niñas. Este número representa el 20% de los niños de la misma edad en todo el mundo. Un elemento importante de destacar es que generalmente se desempeñan en las peores condiciones laborales; en términos generales son explotados por personas mayores y en no pocas oportunidades obligados a desempeñarse en

actividades ilícitas como prostitución, pornografía, contrabando, tráfico de drogas y en ocasiones, reclutados forzosamente para actividades bélicas.

La jornada de trabajo en este sector es, en la mayoría de los casos, superior que el de las personas mayores y el 90% trabaja en el sector informal. Los ingresos son sensiblemente menores que el de los adultos, el promedio de ingresos entre los jóvenes representa el 44% del de los adultos y en América Central pueden reducirse hasta alcanzar sólo el 25%. Hay que tomar en cuenta que una elevada proporción de estos niños forman parte de servicios domésticos donde no reciben ninguna remuneración. Esto no es tomado en cuenta, en la generalidad de los casos, para las estadísticas oficiales.

El trabajo infantil, además de repercutir en la salud y el desarrollo físico de los menores, es objetivado bajo condiciones psicológicas de sometimiento lo cual es asumido como condición de vida. Esta situación se agrava por el hecho de que se ven limitados para participar en un sistema educativo que les abra oportunidades de ascenso a mejores condiciones materiales de vida. Investigaciones recientes en el sector de la Economía Informal, destacan que las mujeres “buhoneras” (término venezolano para las vendedoras informales), reproducen en sus descendientes sus condiciones de existencia (Abreu, trabajo de campo –2002)⁶.

Lo dicho hasta ahora, evidencia causas estructurales que limitan las posibilidades de que efectivamente, se garantice la sustentabilidad y el uso racional de los recursos para su distribución equitativa y la implantación y gestión de actividades para mitigar la pobreza, la desnutrición, la injusticia social y su consecuencia directa, el deterioro de la calidad de la salud física y mental de las personas.

6 Ana Abreu trabajo de campo entre Buhoneras (mujeres de la economía informal) Trabajo basado metodológicamnete en la Fenomenología cualitativa. Proyecto de Investigación UNEG, Estado de Bolívar, Venezuela, 2002.

LA GLOBALIZACIÓN Y LA SALUD MENTAL Y LABORAL

La Salud Laboral, en los términos en que comúnmente se interpreta, refiere el estado o las circunstancias de seguridad física, mental y social en que se encuentran los trabajadores en sus puestos de trabajo, con la final de prever medidas de control dirigidos a fomentar el bienestar y reducir o eliminar los riesgos de enfermedades o accidentes. De esta manera, la “Salud Laboral” o “Salud en el trabajo” se convirtió en una especialidad de la medicina conocida también como “Medicina del trabajo”, pero es a la vez, “un elemento más del concepto de salud integral de la persona” (García, A. et.al. 1997).

En conformidad con esto último, la “Salud Laboral” no puede abstraerse de la dimensión representada por el concepto de “Salud Pública”; diríamos entonces que ambos términos son incluyentes para referirse a la salud de la sociedad, ya que el modelo propuesto por la modernidad y su expresión económica capitalista-industrial-urbano, ha hecho del trabajo remunerado, la única fuente positiva de bienestar del individuo. El hombre vive para trabajar, tanto por la retribución material que le comporta, como por el hecho psicológico de que la posesión de bienes materiales es considerado requisito fundamental para el logro de bienestar y que contribuye además a su realización como persona. La situación contraria, es decir el desempleo, tiene entonces efectos negativos sobre los individuos y su entorno, incluyendo afectivos.

La bases ideológica que sustenta, esta manera de ser y vivir es conocida como “Modernidad”, requiere la concentración de los trabajadores en grandes urbes que obligan al alejamiento de las costumbres simples, sustituyéndolas por conductas ligadas al deseo intenso de obtener dinero y confort para ser “moderno”. Jilek (2000) afirma que el estado subsecuente de tal condicionamiento es de “confusión sociocultural” por el proceso de aculturación que le es inmanente, y un sentimiento de “privación relativa” al no lograr lo que se ha sido publicitado como fácil. Estas circunstancias generan en el individuo lo que llamó “depresión anómica”, que conduce al abuso del alcohol, al uso y abuso de sustancias psicotrópicas, a la delincuencia y a un estado de despersonalización que puede conducir finalmente al suicidio.

Por su lado, el estudio de Dejours (1990), referido al trabajo de la construcción en Europa, estableció una relación entre el alcoholismo y las

tensiones producidas por este tipo de ocupación (situación común en las ciudades latinoamericanas). El alcohol, según él, se convierte en instrumento de escape a la angustia y el sufrimiento ante la incertidumbre generada por diferentes razones, ya sea por riesgos en la salud, falta de seguridad física, de dotación, de preparación técnica, por incertidumbre ante el despido o el cambio intespectivo de trabajo, salario insuficiente, etc. El alcoholismo se asume como mecanismo defensivo contra el miedo que tales situaciones genera, disfrazándolo para ocultarlo de la ideología que exige fortaleza en el varón, por tanto castiga y proscribte el miedo. El alcohol ayuda a reforzar tales mecanismos psicológicos, además, facilita la liberación del habla y desinhibe las relaciones con los demás; es utilizado como una manera de reconstruir un colectivo y reforzar sus interrelaciones como defensa grupal y valor individual ante trabajos peligrosos.

El trabajo visto de esta manera, constriñe al individuo, lo sujeta y obliga hasta el hecho que le es compulsivo; se transforma en trabajo forzado, en el que el individuo no se ve reflejado porque no es parte de su entorno cultural, le es ajeno y hostil. Dentro de este modelo, el trabajo no posee la misma connotación que en organizaciones sociales tribales donde la labor de subsistencia y la división y organización para el trabajo diario es un elemento cultural inserto en la estructura social, culturalmente instituido, aceptado y practicado, que redime y estatifica. En estos casos, el producto del esfuerzo, más que una vía para la acumulación de bienes y el enriquecimiento material, establece y mantiene relaciones sociales necesarias para la reproducción física y psicológica del grupo.

Por otro lado, trascendiendo los efectos directos del modelo de trabajo en la salud del trabajador, es necesario mencionar los efectos de la industrialización en el entorno natural, ya sea en el aire que se respira, en los cuerpos de agua básicos para la vida, en los suelos o en la naturaleza vegetal, en general, en la salud de los ecosistemas que conforman el medio ambiente efectivo directo o indirecto de las personas. Por esta vía se producen y reproducen ciclos de enfermedades adjudicables al modelo de desarrollo y a los procesos productivos que le son propios, que afectan, más allá del trabajador, a su familia y a personas que no están ligados o vinculados a un tipo específico de trabajo o producción y en no pocos casos, a los que se encuentra a miles de kilómetros de la fuente de contaminación.

En este punto, entramos en una dimensión más amplia, de alcance continental y mundial que conecta el trabajo con la salud de las poblaciones y de los ecosistemas globales. Estamos hablando entonces de que la mundialización de la economía y del trabajo está conduciendo a la mundialización de la enfermedad y de riesgos de vida, pero desgraciadamente, no a la mundialización de la salud.

La distancia que separa a los más pobres de los más ricos se amplía cada vez más, lo que convierte en falaz, por ilusoria, el concepto de “países en vía de desarrollo”. Los niveles de pobreza y de deterioro ambiental están creciendo y con ellos, el deterioro de la salud física y mental de los pueblos. Es necesario entonces impulsar una nueva ética social, ambiental y económica. Es necesario considerar la salud integralmente, dentro de la cual, la salud laboral se diluya en términos de su complejidad, aunque para su organización y planificación como servicio a una población delimitada, funcione como un subsistema.

La alternativa no es entonces la atención única a la especificidad del trabajo y del trabajador, sino, su visión dentro del contexto complejo de la salud del cuerpo social donde está inserto el proceso productivo; por tanto, incluye la salud del ambiente natural, más aún, cuando el avance de la mundialización o globalización de la economía, se presenta con innovaciones en las formas de producción y en la división del trabajo, que en no pocas oportunidades representan amenazas de mayores proporciones para la salud física y mental de las comunidades, sobre todo, en los países llamados “subdesarrollados”.

Los informes oficiales de cada país en particular y los provenientes de organismos internacionales, muestran evidencias inequívocas de una crisis profunda de tipo social, ambiental y moral que se materializa como consecuencia de la compulsiva sujeción a condiciones de trabajo injustas en la mayoría de las sociedades latinoamericanas; las ofertas de “desarrollo”, “progreso”, “libertad”, “bienestar general” y “democracia” no se han objetivado a pesar de que el modelo y la ideología que lo sustentan cuentan ya con trescientos años, aproximadamente, de haber sido implantados; evidentemente este sistema no está en capacidad de ocupar la mano de obra disponible, por el contrario, necesita menor cantidad de

trabajadores en la medida que se tecnifica y las máquinas, cada vez en mayor proporción, realizan trabajos que antes correspondían a personas.

Desde esta perspectiva, la Salud en el trabajo o Salud laboral, está afectada por un modelo de desarrollo específico caracterizado como “injusto” dado que su objetivo central de servicio al capital, subordina a éste el bienestar físico y psicológico del trabajador y de su grupo familiar, circunscribiendo su remuneración y cobertura de seguridad a la menor cantidad que le es posible. Por tanto, no es en la percepción de este modelo, en lo que se refiere a la posibilidad de flexibilizar su estructura en beneficio del trabajador, donde se deben buscar soluciones de más justicia y equidad, se requiere modificaciones al paradigma dominante que implicaría cambios en la estructura de servicio al capital que éste no ha estado dispuesto a aceptar.

La orientación de la nueva ética debe apuntar a la supervivencia colectiva desde la familia, atendiendo a la dinámica doméstica, es decir, hacia el interior de la familia y la comunidad, dando mayor fuerza a la relación individuo/comunidad por encima de la actualmente prevaleciente individuo/fábrica. La planificación debe priorizar cuatro tipos de necesidades: i) las vitales básicas: indispensables para la reproducción biológica, tales como alimento y salud; ii) las cotidianas de emergencia: identificadas aquí, las necesidades eventuales de emergencia como enfermedades, muertes, etc. que pueden superar la capacidad de disponibilidad de recursos del grupo familiar, lo cual es solucionado mediante la solidaridad vecinal, las organizaciones comunales y en general, mediante sentimientos de apoyo y reciprocidad. iii) las socioculturales: incluye las necesidades de interacción simbólica que genera sentimientos de pertenencia y de identidad cultural. Requieren especial atención y potenciación las expresiones culturales que dan cohesión al grupo social; funciona a través de organizaciones comunales y necesitan apoyo oficial, principalmente protección legal sobre las divulgaciones aculturantes exógenas y por último, iv) las territoriales: se refiere al hábitat popular, la tenencia y uso del espacio; especialmente, la seguridad de su posesión legal.

La referida descripción trasciende el concepto restringido de necesidades básicas circunscritas exclusivamente a las necesidades de subsistencia del grupo familiar mediante la adquisición de bienes materiales o acceso a los recursos; se refiere a un estadio de dominio del colectivo, a la preeminencia de la comunidad e incorpora también el ámbito psicológico a través del sentimiento de seguridad que la fortaleza del grupo genera en el individuo. Se infiere entonces, que la salud física y mental del individuo depende también de la salud del grupo social donde desarrolla su vida.

Desde esta perspectiva, se debe prestar atención al concepto de “Sociología Médica” surgido durante el siglo XIX en los EE.UU. de Norteamérica, concibiéndosele como una especialidad de la Sociología (Duarte 1997). El concepto responde como una actitud ante la necesidad estrechar las relaciones entre la salud y la enfermedad, pero dentro del contexto socioeconómico, político-ideológico y las tradiciones culturales-intelectuales de cada sociedad y de cada época, a lo que nosotros pudiéramos agregarle el ámbito de lugar, sumándose de esta manera, el sentido de territorialidad para despojar al término de la visión de uniformidad de criterios y fortalecer las diferencias como vía de consolidar la unidad. Desde esta percepción, el estudio y la consideración de la salud y la enfermedad no podría separarse de la sociedad. La resultante para la investigación y la planificación percibiría estructuralmente interdependientes los elementos de la trilogía SALUD-SOCIEDAD-TRABAJO.

BILIOGRAFIA CONSULTADA

Agudo G., X. La negociación del tiempo, del espacio y del poder en tiempos de globalización. En: Daniel Mato, Ximena Agudo e Illia García, coordinadores. América latina en tiempos de globalización II. Cultura y transformaciones sociales. Caracas, Venezuela, CIPOST–Universidad Central de Venezuela–UNESCO; 2000.

Agudo G., X. y Mato, D. Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización: una perspectiva analítica en desarrollo. En: Daniel Mato, Ximena Agudo e Illia García, coordinadores. América latina en tiempos de globalización II. Cultura y transformaciones sociales. Caracas, Venezuela, CIPOST–Universidad Central de Venezuela–UNESCO; 2000.

Dejours, C. “Contribución de la psicopatología del trabajo al estudio del alcoholismo”. En: Trabajo y desgaste mental. Cap. X, Pp.235-242. México, Ediciones Humanitas; 1990.

Duarte N., E. “Las ciencias sociales en salud en América Latina: una historia singular”. Espacio Abierto–Cuaderno venezolano de Sociología. 1997, 2: (6).

Frenkel, R. y O’Donnell, G. “Los programas de estabilización convenidos con el Fondo Monetario Internacional y sus pactos internos”. Mundo Nuevo: Revista de Estudios Latinoamericanos, 1978.

García, A., Benavides, F. y Ruiz, C. Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona, España, Masson S.A.; 1997.

Ianni, O. La era del globalismo. México, Siglo Veintiuno Editores; 1999.

Jilek, W.G. “Civilización moderna, occidentalización y salud mental”. Investigación en Salud. 2000, 2: (1) 6–11.

John J., Owen R. (1986). "Las relaciones económicas internacionales en la coyuntura actual". Edición Especial por el IL Aniversario de la Guardia Nacional de Venezuela. Revista del Centro de Estudios Superiores de las Fuerzas Armadas de Cooperación. N° 12.

Kamiya, M. (1994). "Globalización productiva: Mitos y verdades" En Pretextos, Centro de Investigaciones Desco. Lima, Perú. Tomado en Microsoft Corporation.

Leis, H.R. "El rol educativo del ambientalismo en la política mundial". El desafío político del medio ambiente. Revista Nueva Sociedad. 1992. 122

Martin, H. y Schumann, H. La trampa de la globalización. El ataque contra la democracia y el bienestar. México, S.A Taurus; 1999.

Mato, D. "Procesos culturales y transformaciones sociopolíticas en América "Latina" en tiempos de globalización". En: América Latina en tiempos de globalización: Procesos culturales y transformaciones sociopolíticas. Daniel Mato, Maritza Montero y Emanuele Amodio, coordinadores. Caracas, Venezuela, Universidad Central de Venezuela– ALAS–UNESCO, 1996.

Moneta, C.J. (2000). La dimensión cultural de la globalización: una perspectiva desde los estados-nación. En: Daniel Mato, Ximena Agudo e Illia García, coordinadores. América latina en tiempos de globalización II. Cultura y transformaciones sociales. Caracas, Venezuela, CIPOST–Universidad Central de Venezuela–UNESCO; 2000.

Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Volumen I y II. Washington, D.C. EUA., Publicaciones científicas y técnicas N°587; 2002

Sonntag, H.R. Globalización, pobreza y gobernabilidad democrática: aclaratorias conceptuales. En: L. Alvarez, H. Del Rosario y J. Robles, coordinadores. Política social: exclusión y equidad en Venezuela durante los años noventa. Caracas, Venezuela, FONVIS–CENDES–ILDIS–Nueva Sociedad; 1999.

Sonntag, H.R. Seis tesis sobre el sistema mundial, la dependencia, la globalización y el desarrollo. En: Daniel Mato, Ximena Agudo e Illia García, coordinadores. América latina en tiempos de globalización II. Cultura y transformaciones sociales. Caracas, Venezuela, CIPOST–Universidad Central de Venezuela–UNESCO; 2000.

Weiss, W. Tiempos de globalización y nuevas alianzas políticas. En: Daniel Mato, Ximena Agudo e Illia García, coordinadores. América latina en tiempos de globalización II. Cultura y transformaciones sociales. Caracas, Venezuela, CIPOST–Universidad Central de Venezuela–UNESCO; 2000.

**APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA SITUACIÓN Y
PROPUESTAS SOBRE TRABAJO INFORMAL Y SALUD EN
AMÉRICA LATINA**

Walter Varillas, Fernando González Sandoval

El trabajo informal crece incesantemente cada año en el Mundo, como se puede observar en las cifras sobre el empleo en los países⁷. La OIT (2002a) registra datos sobre el porcentaje del empleo en el “sector informal” de 42 países, 17 de los cuales tenían más de la mitad de su empleo total en este sector. La misma fuente indica que el África Subsahariana muestra el porcentaje de empleo informal más alto respecto del empleo total, y los países en transición de Europa Central y Oriental, así como la Comunidad de Estados Independientes (CEI), tienen los más bajos porcentajes. Los países del África Occidental y Oriental, del Asia Meridional y de la región Andina, presentan los mayores porcentaje de empleo informal.

El porcentaje de empleo informal dentro del empleo total es más alto en mujeres que en hombres en varios países. Esto se observa pese a que existe la tendencia a subestimar la presencia de la mujer en la economía informal; ellas están más expuestas a estas formas de trabajo, incluso subregistradas, como las actividades de autoconsumo, trabajo doméstico para terceros, trabajo a domicilio. “Las mujeres son también más propensas que los hombres a estar en unidades económicas de pequeña escala, donde su contribución económica es invisible y por tanto no se tiene en cuenta. Con frecuencia se dedican a actividades agrícolas que muchos países excluyen, por razones prácticas, del alcance de sus estadísticas.” (OIT, 2002a).

En los casos en que se ha incrementado el empleo informal, esto se ha observado en hombres como en mujeres. “En algunos países sin embargo, especialmente en América Latina, la participación de la mujer en el sector informal ha aumentado mucho más rápidamente que la del hombre (Ibidem)”. Esto puede ser observado en el Cuadro 1.

⁷ Como veremos luego, existen dificultades para poder cuantificar este crecimiento. Comenzando desde la propia definición de “Economía Informal”, “Sector Informal”, “Informalidad”, entre otros términos adoptados y de uso común. Sin embargo, estos datos nos permiten un primer acercamiento a la magnitud del sector y al problema de la Informalidad.

CUADRO 1. FUERZA DE TRABAJO EN EL SECTOR INFORMAL EN ZONAS URBANAS (EN UNA SELECCIÓN DE PAÍSES)

País (año)	Porcentaje del empleo total		
	Total	Hombres	Mujeres
Bolivia (1996)	57	53	62
Chile (1997)	30	32	27
Colombia (1996)	53	54	53
Côte d'Ivoire (1996)	53	37	73
Ecuador (1997)	40	39	42
Etiopía (1996)	33	19	53
Filipinas (1995)	17	16	19
Gambia (1993)	72	66	83
Madagascar (1994)	43	43	43
México (1996)	35	36	34
Perú (1996)	51	50	52
Sudáfrica (1995)	17	11	26
Tanzania, República Unida de (1995)	67	60	85
Uganda (1993)	84	68	81

Fuente: Datos extraídos de la publicación titulada "ILO contribution to the 1999 World Survey on the Role of Women in Development" (de próxima aparición)

The Global Labour Institute, estima que el empleo en el “sector informal” en América Latina ocupa el 57% del empleo no agrícola, el 78% en África y entre el 45-85% en Asia. Que 84 de cada 100 nuevos empleos se producen en este sector en América Latina, 78 en África y entre 45-85% en Asia.

El trabajo en la economía informal en América Latina

La OIT (2003) ha calculado que desde 1990 al 2002, en América Latina ha subido la proporción de personas trabajando en condiciones de informalidad de 42.8% a 46.5%. Este crecimiento se ha desarrollado de manera diferenciada por países. Las cifras para el año 2001-2002 muestran que en el grupo de informalidad que podríamos llamar alta (superior a 50%) se ubican: Honduras (65.1%), Paraguay

(60.9%), Perú (56.2%), Colombia (55.6%), Ecuador (55.0%), Nicaragua (54.4%), Venezuela (52.2%) y El Salvador (51.8%). Los países que un nivel de informalidad intermedia (entre 44% y 50%) son: Brasil (46.07%), Costa Rica (44.8%), Argentina (44.5%). En el otro extremo, con un nivel de informalidad baja (inferior a 43%), se ubican: Panamá (42.65%), Uruguay (42.2%), México (41.0%) Chile (38.0%).

Para el año 2002 (OIT, 2003) el empleo del sector informal de la región está compuesto por: ocupados por cuenta propia (51.4%), servicio doméstico (14.6%) y ocupados en microempresas (33.9%). La evolución del crecimiento del porcentaje de trabajadores de la economía informal habría tenido diferente ritmo.

CUADRO 2. CRECIMIENTO DE EMPLEO INFORMAL EN UN GRUPO DE PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Niveles	País	Año	Crecimiento
Alto	Venezuela	1990-2001	35.75%
	Colombia	1990-2000	21.66%
	Panamá	1991-2002	18.30%
	Brasil	1990-2001	13.30%
	Honduras	1990-2002	13.02%
Medio	Costa Rica	1990-2002	8.70%
	Uruguay	1990-2001	7.93%
	México	1990-2002	6.77%
	Perú	1991-2002	6.64%
	Paraguay	1999-2002	4.82%
Bajo	Chile	1990-2000	0.26%
	Ecuador	1990-2002	-1.08%
	Argentina	1991-2002	-14.42%

Elaborado en base a: OIT. Panorama Laboral 2003.

Es cierto que llama la atención que países como Ecuador o Argentina que han tenido situaciones de crisis económica muy acentuada, de acuerdo a las cifras mencionadas, hayan “reducido” el porcentaje de trabajadores involucrados en la informalidad. Los grupos más vulnerables son las mujeres pobres (Acevedo, Parra, Sarmiento), los menores (Varillas) y las personas de tercera edad. Un aspecto que no debe dejarse de lado es la situación de los trabajadores hispanos en el Hemisferio Norte, por ejemplo, en Norteamérica⁸, que muestran tasas de accidentes y problemas de salud mayores que los otros grupos étnicos. Por ejemplo, en la construcción de Estados Unidos, los hispanos triplicaron su participación en las últimas dos décadas, hasta 1.5 millones de trabajadores, 16% del total de trabajadores de la construcción en EEUU; los hispanos tenían casi 2 veces más probabilidad de morir en el trabajo; 23% de las muertes en la construcción fueron de hispanos. Los hispanos representan el 11% de los trabajadores en todas las industrias de EEUU (Platner y Dong). Los accidentes de hispanos en la agricultura de EEUU representan el 40% del total de accidentes, y su tasa de accidentabilidad es mayor, 6 por 100 mil (Piedrahita).

Composición de la población trabajadora en la informalidad.

Pese a que es muy difícil delimitar el trabajo informal, en un primer acercamiento, de acuerdo a Urmeneta (1997), se pueden observar cinco categorías: 1) propietarios o empleadores por cuenta propia, de microempresas con un número mínimo de trabajadores; 2) trabajadores por cuenta propia o independientes no profesionales o técnicos, que no reciben salario, sino ingreso; 3) trabajadores asalariados de microempresas, usualmente sin contrato; 4) trabajadores familiares, que laboran para un jefe de familia, no remunerados o asalariados; y 5) trabajadores asalariados en el servicio doméstico. Esta diferenciación es importante para poder explorar las formas o estrategias para lograr la cobertura de servicios sociales y de salud.

Podemos observar el caso del ritmo de crecimiento de los “trabajadores independientes”, que presentan mayores problemas de cobertura de servicios de salud. Ya que, al menos nominalmente, los trabajadores de “Servicio doméstico” y “Empresas pequeñas” tienen oportunidad de cobertura de salud por parte de sus empleadores, repetimos aunque esto es sumamente relativo. Este dato puede permitir ver la tendencia de problemas de cobertura de servicios de salud

⁸ http://www.nsc.org/hispanicforum/eng_prest_index.htm

CUADRO 3. EVOLUCIÓN POR TRABAJADORES INDEPENDIENTES			
Niveles	País	Año	Crecimiento
Alto	Venezuela	1990-2001	44.39%
	Colombia	1990-2000	33.61%
	Panamá	1991-2002	23.20%
	Uruguay	1990-2001	14.52%
	Paraguay	1999-2002	11.55%
Medio	Perú	1991-2002	9.28%
	México	1990-2002	2.63%
	Costa Rica	1990-2002	1.59%
	Honduras	1990-2002	0.00%
	Ecuador	1990-2002	-5.27%
Bajo	Chile	1990-2000	-5.74%
	Paraguay	1999-2002	11.55%
	Argentina	1991-2002	-25.09%

Elaborado en base a: OIT. Panorama Laboral 2003.

Evolución del empleo en la Informalidad

En los sesenta, los principales factores que generaron el subempleo o el trabajo informal urbano, fueron la alta tasa de urbanización, por las migraciones del campo, y el incremento de la población urbana, que creó un sector que no podía acceder al empleo formal. En las dos últimas décadas, este crecimiento está más asociado a la precarización del empleo.

Las características actuales del sector informal, entonces no son las mismas que en la década de los sesenta, están más en relación a la población que obligada o voluntariamente, está al margen de las empresas formales, con la finalidad de lograr ingresos para subsistir, pero que al estar marginadas de los derechos laborales que ofrece la formalidad, también se margina de los derechos sociales. En términos de creación de empleo y siempre siguiendo a la OIT, el sector informal se ha convertido en la fuente principal de empleo durante los años 90, estimándose que entre 1990 y 1998, 88 de cada 100 nuevos puestos de trabajo se originaron en

este sector. Las microempresas son las principales generadoras de empleo en este sector.

Definición de la Informalidad

El uso de este término se inició con un trabajo de Keith Hart "Informal income opportunities and urban employment in Africa", para la OIT, expuesto en el seminario "Desempleo urbano en Africa", desarrollado en Sussex en 1971. A partir de la misión de OIT en Kenia, la informalidad fue definida como "una forma urbana de hacer las cosas cuya marca distintiva incluye: pocas barreras a la entrada para el empresario en términos de habilidades y capital requerido; empresas de propiedad familiar; operación en pequeña escala; producción de trabajo intensiva con tecnología adaptada; y un mercado no regulado y competitivo". "Es una perspectiva más dinámica que la teoría de la marginalidad y al mismo tiempo más simple. Sin embargo, responde a cuestiones que las teorías anteriores no respondían, como el desempeño de los migrantes pobres que se adaptan y sobreviven dentro de las limitaciones de las economías urbanas periféricas" (OIT, 2001).

Posteriormente la propia OIT (2000) menciona que el "término «sector informal» se ha utilizado ampliamente para referirse al segmento del mercado laboral de los países en desarrollo que ha absorbido un importante número de personas que buscan empleos y trabajadores desempleados, principalmente en el sector del trabajo independiente y en unidades de producción muy pequeñas, que en su mayoría comparten una serie de características comunes: bajos niveles de capital, de calificaciones, y de acceso a mercados organizados y a la tecnología; ingresos bajos e inestables y malas condiciones de trabajo; quedan fuera del alcance de las estadísticas oficiales y de la reglamentación gubernamental; también, casi invariablemente, están al margen de los sistemas formales de protección de los trabajadores y de protección social". Explica que existen dificultades para su registro estadístico, a partir de las dificultades de su operacionalización por la amplitud del concepto. "Las propias investigaciones y encuestas de la OIT y la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo (CIET) han contribuido en gran medida a formular una definición estadística del concepto de sector informal que goza de una amplia aceptación. Se ha utilizado con frecuencia una combinación de indicadores aproximativos, principalmente las dimensiones de las microempresas (por ejemplo, menos de 5 o de 10 trabajadores),

y se ha utilizado como criterio adicional el hecho de si están o no registradas como unidades económicas, o si se trata de empleos no remunerados (por ejemplo, los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores familiares no remunerados). Sin embargo, esas cifras podrían muy bien subestimar los datos reales” (OIT, 2000)

Aspectos del debate sobre Informalidad

Pero existen diversas perspectivas sobre el tema. Durante los años setenta, la reflexión sobre esta problemática estuvo dominada por el debate sobre la marginalidad (Quijano, BREILH 1999). Desde un principio el debate sobre la informalidad estuvo estrechamente ligado al concepto de marginalidad, aunque ambos conceptos no son equivalentes. El concepto de marginalidad hace referencia a procesos de reestructuración social, económica y política enmarcados en una perspectiva histórica que el concepto de informalidad no necesariamente recoge. Así desde la perspectiva dualista del estructural funcionalismo, la marginalidad fue entendida como la no participación plena de ciertos actores sociales en los procesos de cambio y transición de una sociedad tradicional (pre-capitalista) a otra moderna (capitalista). Estos actores sociales que quedaban al margen de los beneficios de la modernidad, constituían la base de ese sector marginal, que a través de la participación activa del Estado debía ser incorporado al proceso de cambio. Así, la marginalidad es entendida no como producto de la transición de sociedades tradicionales a sociedades modernas, sino como producto -dentro de sociedades estructuralmente heterogéneas y con relaciones sociales diversas pero articuladas en una única estructura de poder basada en la hegemonía del capital- de cambios producidos en la estructura de relaciones entre capital y trabajo y principalmente entre trabajo y capital asalariado que tienen su motor en el desarrollo tecnológico. Según este enfoque, la dinámica del capital genera una situación en que una proporción creciente de la población trabajadora va quedando al margen del trabajo asalariado y sin posibilidades de ser incorporada al sistema; es decir el capital presenta una tendencia creciente a marginalizar a la fuerza de trabajo.

Desde los años ochenta aspectos como la regulación y la legalidad se ha convertido en herramientas conceptuales clave para entender el problema de la informalidad y proponer alternativas y soluciones.

Pueden distinguirse diversos enfoques dentro de esta perspectiva. Los defensores de uno de los enfoques sostienen que la informalidad, entendida como el conjunto de actividades realizadas al margen de la regulación gubernamental, es

el resultado de la descentralización y reorganización de los procesos de producción y trabajo en todo el mundo: el sector informal sería producto de esa búsqueda de flexibilidad y la necesidad de reducir costos laborales que ha llevado a eludir la rigidez de las normas y leyes y a descentralizar la producción para evitar el poder de los sindicatos y transferir los costos de las fluctuaciones de la demanda al exterior de la empresa⁹. Para estos autores, el sector informal sería una característica creciente tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Otro enfoque, que podría denominarse neoliberal, se basa en la potencialidad empresarial de los trabajadores informales en los países en desarrollo, los que son considerados fuentes de trabajo y no simples trabajadores residuales. La tesis principal de quienes sostienen este punto de vista es que en los países en desarrollo no es la necesidad de reducir costos o aumentar la flexibilidad lo que origina actividades que se desarrollan al margen de la ley, sino que éstas se explican por la existencia de una legislación inadecuada y una burocracia excesiva e ineficiente que crean condiciones en las que cumplir con los aparatos reguladores se vuelve una tarea imposible debido a los costos que implica la formalización. Desde el punto de vista neoliberal las leyes, los procedimientos y el gobierno son los responsables de la precariedad de los empleos: en tanto sólo a través del orden legal e institucional vigente es posible acceder a los recursos y mercados más competitivos los reglamentos representan una barrera para el desarrollo de los informales. Este enfoque podría resumirse en la frase: “excesivo estado”, ha sido desarrollado por personas como el peruano Hernando de Soto en libros como “El Otro sendero”, “El Misterio del Capital”. Particularmente en éste último sostiene que los informales cuentan con bienes que deben de titularizarse (título de propiedad más puesta en valor), para poder capitalizar esta propiedad, además de reducir los engorrosos trámites burocráticos para “hacer empresa”.

9 Un punto de vista interesante es el sostenido por Manuel Castells y Alejandro Portes, quienes señalan que la economía informal no coincide necesariamente con el ámbito de la pobreza. Para ellos, la economía informal se encuentra fuera del ámbito de la pobreza ya que ésta es un problema de redistribución de recursos, mientras que la informalidad es una forma de relación de producción; así, la informalidad no sólo está vinculada a actividades de sobrevivencia, sino también a actividades económicas no reguladas que pueden generar ingresos superiores a los obtenidos en la actividad formal. Para estos autores la informalidad sería parte de la estrategia de las empresas formales por desvincularse de los sobrecostos laborales mediante la subcontratación de mano de obra carente de los beneficios del trabajo y sería funcional a la nueva forma de producir ganancias por parte de la economía formal (Quijano).

Podemos identificar un tercer enfoque que también destaca la potencialidad de los trabajadores informales, llegando a identificar sus orígenes en la ausencia del Estado y del mercado para brindar no sólo empleo sino servicios básicos, generándose un “desborde popular”, siendo esta economía popular la que asume por su cuenta esta responsabilidad. Sin dejar de lado las diferencias entre las diversas perspectivas, podemos incorporar en este enfoque a los que plantean que estaríamos ante “otra economía” (Matos Mar; Catan)¹⁰.

Por parte de los sindicatos, el interés está marcado por entender el fenómeno, sus causas, promover medidas que permitan su integración y protección, ampliado sus derechos. Pero existe un énfasis particular en identificar a estos trabajadores y poder definir estrategias de incorporación y organización sindical, mencionando diversas que van desde el respeto de sus propias organizaciones, entendiéndolas en sus particularidades, para luego incorporarlas en organizaciones mayores; hasta la promoción de formas de afiliación directa o de de organizaciones sindicales o directamente afiliadas a los sindicatos mayores (Perez; OIT-CITENFOR).

La pérdida de El trabajo como Paradigma central de la sociedad contemporánea Asociado a este crecimiento vertiginoso del trabajo informal está la pérdida del paradigma de la centralidad de El Trabajo en la vida cotidiana. Autores de las propias sociedades llamadas desarrolladas han alertado sobre este fenómeno, a veces de manera dramática (Forrester; Rifkin). Así, Martin y Schumann (1998) comentan que en la reunión convocada por la fundación de Gorbachov en 1995, donde asistieron unos 500 líderes de empresas y políticos más “notables” del planeta, uno de ellos resumió el panorama del nuevo Milenio en la fórmula “20 a 80” y tittytainment: en el siguiente Milenio sólo el 20% de la población global bastará para hacer funcionar la economía, el resto tendrán grandes problemas para conseguir empleo, y sólo quedará brindarle “diversión y entretenimiento”. ¿Será posible un “empleo decente” como propugna la OIT para la mayoría de seres humanos en el futuro o esto es una utopía y marchamos a un Mundo con mayores brechas de oportunidades?

10 Catan sistematiza una serie de categorías o características para denominar esta “otra economía”: asociativismo, autogestión, cadenas productivas solidarias, capital social, comercio justo, consumo solidario, cooperación, cooperación internacional, cooperativismo-cooperativa, desarrollo local, desarrollo sustentable, economía de donación, economía del trabajo, economía moral, economía popular, economía solidaria, tercer sector, entre otros.

Algunos puntos de acuerdo

Todo intento de definir la informalidad es aproximativo y, como hemos visto incluso divergente. Podemos mencionar los puntos en los que existirían ciertos puntos de encuentro.

Así, se define, por ejemplo el sector informal como resultado de la escasa capacidad del sector productivo formal para absorber una fuerza laboral cuantitativamente importante en términos comparativos con la Población Económicamente Activa (PEA) disponible. El “sector informal” sería aquel “conjunto de actividades, organizaciones y relaciones relativamente estables y permanentes que afectan a los sectores subalternos urbanos (o los pobres que habitan en la ciudad) que no logran vincularse –vía empleo formal- con las empresas capitalistas y los aparatos estatales tradicionales, relaciones congeneradas por ellos, con el objetivo básico de obtener ingresos o bienes que posibiliten la reproducción de la propia existencia y de la familia.” (Urmeneta, 1997).

Candia 2003, luego de una revisión del debate sobre el tema, siguiendo a Fernando Cortés, identifica por lo menos tres puntos básicos de coincidencia. “Los aspectos comunes son: a. el nacimiento de la idea de informalidad está asociado a la observación empírica de un sector social y surge de criterios que son de sentido común; b. el objeto de estudio, o el sector económico en cuestión, son las actividades productivas cuyo funcionamiento se realiza fuera de los marcos normativos regulatorios en comparación con las empresas que cumplen con dichos requisitos legales y c. el universo de la informalidad reconoce fronteras claramente delimitadas con el sector propiamente capitalista de la economía”.

Cobertura de Seguridad y Salud del trabajo informal.

Desde el punto de vista de salud y seguridad de los trabajadores informales, lo que nos interesa principalmente es si es que cuentan o no con cobertura o acceso a los servicios de salud y riesgos del trabajo. Las aproximaciones reseñadas son importantes ya que nos brindan herramientas conceptuales y metodológicas para intervenciones, y –desde nuestra experiencia- no podemos descartar ninguna de estas, si bien podemos optar por una particular dependiendo del problema o la iniciativa que deseamos desarrollar. Pero siempre hay que tener cuidado con el contexto y el contenido del uso de los términos, ya que como hemos visto, estos pueden ser diferentes e, incluso, contradictorios.

En términos generales se estima que la cobertura de la seguridad social en América Latina bordea sólo el 30% de la PEA. En el siguiente cuadro podemos ver, de acuerdo a la OIT, la evolución de la cotización a la Seguridad Social de los asalariados del “Sector Informal”. Se puede observar que entre 1990 y el 2002, ha existido un descenso de un 3% en el total de asalariados del sector informal que cotizan en la seguridad social entre los últimos doce años.

CUADRO 4
EVOLUCIÓN DE AMÉRICA LATINA: ASALARIADOS QUE COTIZAN EN LA SEGURIDAD SOCIAL, POR SEXO SOBRE EL TOTAL. 1990 – 2002.

Año	Sector Informal		Total (%) Sector Informal
	Hombres (%)	Mujeres (%)	
1990	32.5	27.0	29.2
1995	25.4	24.0	24.2
2000	26.6	27.9	27.2
2002	25.5	27.0	26.2

Elaborado en base: OIT, 2003, p. 114.

Al observar la situación por países, podemos agruparlos por nivel de aporte, teniendo que Uruguay, Costa Rica y Chile tienen una mayor cobertura de los asalariados del “Sector Informal” que cotizan a la Seguridad Social. Brasil, Colombia, Panamá, Argentina estarían en un nivel medio entre 20-40%. Venezuela, Perú, Ecuador, México, Paraguay estarían con un nivel menor al 20%.

CUADRO 5
ASALARIADOS POR PAISES QUE COTIZAN EN LA SEGURIDAD SOCIAL, POR SEXO, SOBRE EL TOTAL.

Nivel	Año	País	Sector Informal		Total (%) Sector Informal
			Hombres (%)	Mujeres (%)	
Alto (Mayor al 40 %)	2002	Uruguay	94.4	98.2	96.7
	2000	Chile	52.3	49.7	50.9
	2002	Costa Rica	45.6	43.1	44.5
Medio (Mayor al 20 %)	2002	Brasil	31.7	32.9	32.4
	2000	Colombia	29.4	33.5	31.6
	2002	Panamá	25.4	34.3	29.5
	2002	Argentina	27.3	17.6	22.7
Bajo (Menor al 20 %)	2002	Venezuela	13.2	22.7	17.2
	2002	Perú	13.6	19.4	16.6
	2002	Ecuador	11.1	13.9	12.4
	2002	México	10.5	13.8	11.8
	2001	Paraguay	5.1	3.8	4.4

Elaborado en base: OIT, 2003, pp. 114 - 116

En el siguiente cuadro podemos observar la diferencia entre el porcentaje de la PEA del Sector Formal y el porcentaje de población cubierta de la seguridad social. Esto permite ver que incluso en el llamado sector formal existe una deficiencia de cobertura de la seguridad social, salvo en el caso de Uruguay. Pero lo que destaca es la baja cobertura de la seguridad social respecto de la PEA.

CUADRO 6:
SEIS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR. COBERTURA EN
SEGURIDAD SOCIAL DEL SECTOR INFORMAL. EN PORCENTAJE
SOBRE LA PEA. AÑO 1998

País	Sector formal	Cubiertos	Diferencia	No cubiertos
Brasil	49.5	43	6.5	57
Colombia	44.3	41	3.3	59
Ecuador	38.2	22	16.2	78
Perú	42.8	25	17.8	75
Uruguay	52.7	60	-7.3	40
Venezuela	51.2	22	29.2	78

Fuente: elaboración propia en base a OIT 2003.

Podemos observar la cobertura de la seguridad social en los países de América Latina y El Caribe en el siguiente cuadro (OIT/OPS 1009). Para el año 1995 se estimaba en casi 220 millones de personas sin cobertura de seguridad social.

**CUADRO 7:
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON COBERTURA DE LA
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (1995)**

Subregión	% población cubierta por la seguridad social	Población sin cobertura de seguridad social
América Latina		
Chile	87	1.847.000
Costa Rica	85	533
Brasil	80	31.922.000
Uruguay	63	1.191.000
Panamá	61	1.026.000
Argentina	59	14.255.000
México	49	46.484.000
Venezuela	36	13.980.000
Perú	30	16.472.000
Bolivia	19	6.005.000
Ecuador	19	9.283.000
Paraguay	19	3.911.000
Nicaragua	18	3.629.000
Guatemala	16	8.380.000
El Salvador	14	4.875.000
Honduras	14	4.862.000
Colombia	11	34.302.000
Belice	sin datos	-
El Caribe		
Antigua y Barbuda Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts y Nevis,	100	0

Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago		
República Dominicana	7	7.275.000
Haití	1	7.546.000
Suriname	sin datos	-
Total		217.779.000

Fuente: OPS

La cobertura de riesgos laborales de la población ocupada en los países de América Latina y del Caribe es, en términos generales, “uno de los problemas críticos y tiene niveles muy bajos en su conjunto y heterogéneos entre subregiones y países. Así, de once países cuya información permite compararlos, en sólo tres de ellos el porcentaje de la población ocupada que cuenta con cobertura supera a la mitad: Panamá (66%), Chile (64%) y Costa Rica (55%). En el Cono Sur, de los países seleccionados, Brasil cuenta con cobertura para el 40% de la población ocupada y Argentina para el 35%. La situación de Paraguay es particularmente débil: sólo el 9% de los ocupados tiene protección en la materia (OIT, 2003)”

“En América Central, la proporción de la fuerza de trabajo que cotiza a la seguridad social varía fuertemente. En dos de los países considerados, Costa Rica y Panamá, la proporción supera la mitad. En Guatemala es inferior a la tercera parte. En El Salvador, Honduras y Nicaragua es escasamente mayor a la quinta parte. Es preciso que los países de la región avancen en este campo. Ello, considerando que la cobertura de los sistemas de seguridad social de los países desarrollados alcanza al 86% en la actualidad.” (OIT, 2003)

CUADRO 8
AMÉRICA LATINA : PAISES SELECCIONADOS COBERTURA FRENTE
A RIESGOS LABORALES

PAISES	% DE OCUPADOS CUBIERTOS	SISTEMA DE COBERTURA
Panamá	66	Seguro integrado a la Caja de seguro Social, exclusivo.
Chile	64	Seguro social obligatorio para trabajadores dependientes (1968), exclusivo, con administración privada (Mutualidades de Empleadores sin fines de lucro) o pública (Instituto de Normalización Previsional).
Costa Rica	55	Seguro social integrado a las seguridad social, exclusivo, Instituto Nacional de Seguros.
Brasil	40	Seguro social integrado en la seguridad social general (1991), no exclusivo, obligatorio para trabajadores del régimen General de Previsión Social y optativo para trabajadores del Régimen Facultativo Complementario de Previsión y Asistencia Social.
Argentina	35	Seguro social obligatorio para trabajadores dependientes (1996), exclusivo, con administración privada por Aseguradoras de Riesgo del Trabajo (ATR) con fines de lucro.
Colombia	31	Seguro social (1994), exclusivo, obligatorio para trabajadores dependientes, con administración privada con fines de lucro (Administradoras de Riesgos de Trabajo, ART) o pública.
Guatemala	30	Parte de la seguridad social general, no diferencia accidentalidad laboral de extralaboral.
Honduras	22	Parte de la seguridad social general
El Salvador	22	Parte de la seguridad social general
Nicaragua	20	Parte de la seguridad social general
Paraguay	9	Seguro social integrado en la seguridad social general.

La necesidad de definir el objeto de estudio y el sujeto de acción

Un análisis de las formas de producción y reproducción social de los grupos comprendidos en el “espacio informal”, es útil al momento de identificar las características de los perfiles de morbi-mortalidad, los patrones de desgaste, pero además, las posibilidades y las limitaciones de la implementación de políticas y programas de intervención, ampliación de cobertura en estos grupos laborales. Las generalizaciones y el quedarse en los aspectos formales y externos puede llevar a simplificaciones no sólo en la explicación de las formas de la informalidad, sino principalmente en el diseño de propuestas (BREILH 1999).

Quijano sistematiza, desde el pensamiento crítico estructural, las formas que asume el trabajo informal, clasificándolos en los siguientes grupos:

1. El espacio informal del capital.

a) Los trabajadores cuya fuerza laboral es comprada en el “mercado informal”, pese a que los empresarios o capitalistas “formales”, con empresas constituidas “formalmente” operan parcialmente como “informales”; o combinan con otras “informales”, sin abandonar, no obstante, el espacio “formal”.

b) Los trabajadores de las empresas exclusivamente “informales”.

c) Los trabajadores que venden su trabajo y no su fuerza de trabajo, como individuos o familias, pero que producen o venden por encargo (trabajo a destajo) y bajo el control de empresarios, sea “formales” o “informales”, siendo la “subcontratación” una de sus formas características”.

2. La venta “informal” de trabajo (no de fuerza de trabajo) o pequeña producción mercantil

“Los trabajadores que, individualmente o con sus familias, producen y/o venden independientemente de contratos o acuerdos con empresarios formales o informales, pero con recursos y productividad, que permiten obtener ganancias. En este caso, se trata de una franja de pequeña producción mercantil, donde las ganancias pueden ser convertidas, por lo general en una minoría de casos, en capital (compra y explotación de fuerza de trabajo) en pequeña escala y dar lugar a reales “microempresas””.

3. El “polo marginal”

Los trabajadores que individual o familiarmente trabajan de manera independiente, sin contratos, ni en subordinación directa a las empresas, ni asociados a otros trabajadores en organizaciones comunales o de reciprocidad, pero con recursos y

productividad tan bajos que no pueden obtener ganancias, sino ingresos de subsistencia. En este caso, se trata de una parte del "polo marginal" de la economía.

4. Reciprocidad o intercambio de trabajo, gestión y venta comunal de trabajo

Los trabajadores que individual o familiarmente, se asocian en organizaciones de producción y/o de mercado, sobre la base de la reciprocidad (intercambio de trabajo y de fuerza de trabajo sin pasar por el mercado) y de la gestión "comunal", y cuya función no es la obtención de ganancias para capitalizar, sino proveer ingresos para la subsistencia de sus miembros y/o para ampliar la producción y el ingreso.

b) Los trabajadores que se asocian, individualmente o en familias, en instituciones de intercambio de servicios y de gestión "comunal", cuyo propósito es abaratar el costo de la subsistencia de sus miembros, sea en el mercado o ejerciendo presión sobre la sociedad formal y el Estado, o de ambas maneras.

Concluye Quijano señalando que "En rigor, como puede observarse, ninguno de tales campos es en sí mismo nuevo en América Latina. Lo es la dimensión del conjunto de ellos respecto de la estructura global de la actividad económica, su nueva y creciente presencia en una economía urbana del período capitalista. Eso, sin duda, otorga a ésta un carácter distinto. En un contexto histórico que se articula en torno de la hegemonía del capital."

BREILH 1999 menciona lo siguiente: "Por consiguiente, son tres las clases sociales principales que han engrosado la economía informal: la "clase media"¹¹; el semiasalariado (semiproletariado)¹² y el subasalariado (subproletariado)¹³. En este

11 "Clase media" que sería mejor denominarla capa media, constituida por aquellos que desempeñan tareas administrativas o técnicas para el Estado o para las empresas privadas. Reciben un sueldo a cambio de los servicios prestados. En la mayor parte de países de América Latina las "clases medias" han sufrido una caída dramática de sus ingresos reales.

12 Semiasalariado (semiproletariado) corresponde a los operarios/as que además de su trabajo para una empresa capitalista por lo que reciben un salario, desempeñan un trabajo complementario; o también aquellos que desempeñan su trabajo asalariado en su propio domicilio, como por ejemplo costureras que trabajan para empresas productoras de ropa.

13 Subasalariados (subproletariado) son los grupos que no tienen ninguna inserción en empresa capitalista, sino que desempeñan tareas por cuenta propia, (...)

terreno también entra el lumpenproletariado.¹⁴ Al darse una compleja combinación de estrategias de supervivencia, la estratificación histórica de clases se torna muy compleja y aun “borrosa”, pero es importante abordar dicha complejidad con un marco conceptual claro que evite los procedimientos poco rigurosos de una sociología empírica.

BREILH 1999 afirma que: “La categoría informalidad no corresponde a una clase social, sino a un conglomerado formado por varias clases sociales, que comparten rasgos semejantes que fueron mencionados antes: pequeña escala de los emprendimientos; la organización rudimentaria del proceso productivo; la inestabilidad o estacionalidad de la inserción productiva; la ausencia de un reconocimiento formal del Estado y las leyes, con la consecuente ausencia de garantías y derechos laborales y sociales (ni aun los pocos que cubren a los/as trabajadores/as formales).“Es necesario reconocer que, desde el punto de vista de los procesos sociales que operan en la determinación de la salud y de la peligrosidad del trabajo, es necesario reconocer que bajo el membrete general del “trabajo informal” subyacen situaciones de clase muy diferentes, que conllevan variaciones importantes en dicha determinación, en la forma, magnitud o severidad de sus procesos destructivos y de sus procesos protectores para la salud; tanto los que se desarrollan en el presente como los que definen los soportes y defensas heredados del pasado, respecto a la situación actual de informalidad, así como de su inserción de clase actual que determina importantes diferencias en su capacidad de negociación y armado para sus estrategias de supervivencia”.

14 Lumpenproletariado corresponde a los grupos que desempeñan trabajos del campo delictivo ligadas a la prostitución, al robo o al tráfico de drogas, que tienen también las características de los procesos informales, aunque pueden implicar un perfil de procesos destructivos distintos.

CUADRO 9. COMPOSICIÓN SOCIAL Y TIPO DE INFORMATIZACIÓN

INSERCIÓN DE CLASE SOCIAL PREDOMINANTE	TIPO DE INFORMALIZACIÓN
“Clase” media	Formal – informal
Semiasalariados	Formal – informal
Subsalariados	Informal (Primera generación puede ser que haya vivido experiencias formales también)
Lumpenasalariados	Informal (excepcionalmente puede darse formas combinadas)

Tomado de BREILH 1999.

“Entonces al realizarse investigación con población informal no debe olvidarse que hay necesidad de estratificar las observaciones según tipos de situación social porque de lo contrario se está mezclando calidades de vida y condiciones epidemiológicas muy diferentes, aunque compartan rasgos informales en su trabajo. En el campo de la investigación de accidentes laborales, los procesos determinantes dan origen a condiciones distintas que en el plano empírico podemos reconocer como “modificadores de efecto”, estrechamente ligados a los protectores y destructores distintos que caracterizan a las clases sociales. Lo anterior implica que no podemos en América Latina trabajar con la población informal como si fuera un solo “estrato”, ni tampoco pensar que es suficiente con distinguir sólo los efectos y modificadores en el análisis cuantitativo mediante “control, de variables, el problema es previo y se remonta a la construcción de explicaciones sobre el proceso que lleva a un desencadenamiento epidemiológico, como puede ser, para el caso del ejemplo anterior, el hecho de accidentarse. Asunto que es especialmente importante para orientar la forma de triangulación de instrumentos como los

extensivos (“cuantitativos”) y los intensivos (“cualitativos”) en la investigación. (BREILH 1999)

Algunas experiencias y propuestas

La preocupación por la ampliación de cobertura de servicios de salud y seguridad social ha sido preocupación permanente, por ejemplo, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la salud (OPS). Así se han realizado, entre otras iniciativas, la Reunión Regional Tripartita de OIT con la colaboración de la OPS "Extensión de la Protección Social en Salud a los Grupos Excluidos en América Latina y el Caribe", México, noviembre de 1999 (OIT/OPS 1999). En esta reunión, una de las estrategias sugeridas ha sido el de los "microseguros", un sistema de seguros comunitario controlado por la propia comunidad en lo que respecta a los niveles de contribución y prestaciones, para reducir la exclusión social, que, de acuerdo a un informe sobre el tema presentado a esta reunión, se señala que los sistemas de microseguros han contribuido a mejorar la equidad y calidad en materia de salud. Se menciona como obvio que el enfoque de microseguros no es el único y que tiene que complementarse con planes nacionales de protección social y debe permitir la participación de los sectores público, privado y social.

Otros eventos fueron el Taller para implementar la estrategia de promoción de la salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe, de Costa Rica en marzo del 2000; la Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de México, de junio del 2000¹⁵; y los Foros sobre Salud de los Trabajadores Hispanos del 2000 en Orlando, Florida¹⁶, y en el 2002 en San Diego, California, ambos en Estados Unidos¹⁷.

La OPS viene promoviendo el Plan Regional de Salud de los Trabajadores, el cual contempla acciones en cuatro áreas: Mejoramiento de la calidad de los

¹⁵ http://www.who.int/hpr/conference/spanish/s_info/index.html

¹⁶ http://www.geocities.com/hispanic_esh

¹⁷ <http://www.nsc.org/news/nr042602sp.htm> http://www.nsc.org/hispanicforum/eng_prest_index.htm

ambientes de trabajo, el desarrollo de políticas y normas que los proteja, la promoción en salud, el desarrollo de servicios integrales de salud.

Entre las principales conclusiones, problemas o retos planteados en esos eventos, en torno a la calidad de vida, condiciones de trabajo, y, particularmente, la salud y seguridad de este sector, podemos mencionar:

El crecimiento sostenido del sector.

La baja cobertura de seguridad social y salud en la mayoría de los países de la Región

Las escasas oportunidades de los trabajadores de superar una economía de subsistencia.

Las dificultades de definición, cuantificación y caracterización del sector informal, de sus componentes y categorías.

La diversidad de las características del sector dentro de los países y entre los países, haciendo difícil intervenciones de carácter general.

Las dificultades que para el pago o copago de prestaciones sociales, por causa de su pobreza, tienen los trabajadores de este sector según muestran algunas experiencias.

La incursión de mujeres, niños, personas de tercera edad, en este sector, como categorías de trabajadores más desprotegidos.

Un criterio básico, desde el punto de vista de la salud y seguridad en el trabajo, es la definición y delimitación de este grupo de trabajadores, como trabajadores que no gozan de servicios de protección social o seguridad social, es decir que no cuentan con cobertura de los servicios de salud.

Presentamos algunas ideas a manera de promover una reflexión colectiva:

Se necesitan planes de largo plazo, es un problema complejo, que no cuenta con datos precisos sobre el sector. Por ejemplo, edad de cada categoría, número de dependientes, posibilidades y monto de aportación.

No es posible realizar generalizaciones a nivel Regional, sino solo lineamientos generales. Es mejor realizar experiencias piloto serias que permitan luego generalizarse: ello debido a que en cada país varía el número y composición, además de aspectos culturales –tan relevante en este caso-. También existen diferencias al interior de cada país. Por ello, en la investigación debe promoverse métodos cualitativos y cuantitativos, combinados, mediante la llamada triangulación metodológica (Betancourt).

Con formato: Num viñetas

Con formato: Num viñetas

Una medida inmediata establecer registros que permitan cuantificar y observar las características del sector.

A largo plazo las soluciones implican cambios en la protección: creación de empleo productivo, legalización de la informalidad, apoyo en crédito y capacitación, eliminación de barreras que le frenan su desarrollo (caso tributos), etc. Aunque también existen planteamientos en el sentido que no es posible superar esta situación si no se modifican los términos de intercambio globales.

Una estrategia de cobertura debe partir de la capacidad de aportación de cada sector, es decir de la demanda. No es posible generalizar la oferta de servicios, ya que sería insostenible económicamente. De esta manera podemos ver que, por ejemplo, los trabajadores domésticos podrían ser un primer sector de cobertura de accesible casi inmediata: es posible un aporte patronal. Es más difícil, en el otro extremo, por ejemplo, brindar cobertura a los trabajadores familiares no remunerados.

En base a definir bien la demanda y el aporte posible, recién es posible definir la oferta. Iniciando con salud, luego puede ser progresivamente otros derechos sociales (jubilación, etc.). Pero también dentro del paquete de salud, hay que definir un orden de prioridades y de oferta de servicios.

Los gobiernos, que desarrollan estrategias de focalización del gasto social, también podrían precisar si pueden subsidiar en todo o en parte (copago), la demanda.

Es necesario, realizar estudios de caso, orientados a identificar los principales factores de riesgo en el trabajo, orientado a precisar la demanda. Pero sobre la base de determinar la forma de reproducción social del grupo estudiado, sabiendo que con frecuencia, parte de ellos participan de múltiples formas de trabajo, incluso combinando actividades de tipo formal e informal.

Pero también hay que precisar, dentro de cada categoría, cuáles son los grupos más expuestos: niños, migrantes, mujeres. Y realizar acciones inmediatas orientados a protegerlos.

Las intervenciones no pueden ser impuestas, ni “fiscalizadoras”, de manera concertada deben intervenir todos los sectores involucrados, pero particularmente los propios trabajadores. Hay que notar que muchas veces el propio trabajador es posible que no identifique con claridad sus necesidades y precise su “demanda”.

La organización de los trabajadores del sector informal, que puede ser de dos maneras: por los sindicatos tradicionales que los agrupa, o por formas de organización propias.

Desarrollo de normas como la de 1996, La Conferencia Internacional de Trabajo adoptó el Convenio sobre el trabajo a domicilio (N° 177) y las Recomendaciones N° 184. Acciones por su ratificación y eventos que permitan analizar la situación particular de los países y la regiones, que permitan definir estrategias de formación y organización con los propios representantes de los trabajadores.

Como se puede observar en el Cuadro 10, es posible encontrar coincidencias –salvando la distancia conceptual y metodológica–, entre los grupos de trabajadores que pueden aludir las diferentes formas de clasificación de los trabajadores de la Informalidad. Esto debe permitir identificar sus formas de reproducción social, cuáles serían los grupos más expuestos y cuáles las estrategias de intervención para la prevención y promoción.

Una estrategia de resultados promisorios en el caso de las micro y pequeñas empresas es la metodología WISE desarrollada por la OIT (Hiba, 1997, 2001). Para el caso de trabajadores independientes, la Coordinadora Interfederal de Salud (CIS, una ONG sindical de Perú) está desarrollando la metodología de soluciones prácticas. También se puede mencionar la experiencia de Broms y Harare (2000) en Ecuador y de la OIT en México y Centro América.

En el caso de los grupos que más desprotegidos y vulnerables, que tienen ingresos de subsistencia o incluso inferiores, es más difícil formas de seguro de salud autofinanciados, se necesitaría su incorporación a formas de servicios de salud pública subsidiada, y estrategias de desarrollo local.

Algunas propuestas desde los trabajadores.

Por una parte (OIT, 2001) se constata que, pese a ser un derecho fundamental ciudadano, no es prioritario frente a la supervivencia y la salud. La actitud de los trabajadores varía dependiendo de si pertenecen o no a una organización sindical: si están sindicalizados entienden la importancia de su defensa, si no lo están temen que al incorporarse a la seguridad social se les reduzca el ingreso. La opinión sobre los institutos de seguridad social es negativa y es percibido como lejano, no se conocen, por lo general modalidades de incorporación a la seguridad social para informales.

Hay experiencias de autogestión desarrolladas por determinadas organizaciones sindicales o comunales, son embrionarias, de carácter solidario, por ejemplo para proveerse de determinados servicios como: funerarios, asesoría legal, obtención de créditos, mínimas cobertura de salud.

Las propuestas se ubican en tres niveles:

- “i) las que refieren al sistema general enmarcadas en el contexto socio económico;
- ii) las que se relacionan con la gestión de los organismos y de la participación de los trabajadores en los mismos en el caso que las hubiere;
- iii) las que se relacionan con los programas destinados al sector informal (como trabajadores por cuenta propia, microempresarios, trabajadoras domésticas, entre otros).”

La propuesta va por la necesidad de proyectar una combinación de medidas que incluyan una combinación de sistemas asistenciales, contributivos y subsidiados de acuerdo a las realidades de cada país, en el marco de un desarrollo integral y sustentable con justicia social.

Parte importante de las propuestas deben llevar al desarrollo de experiencias de lo que Breilh (2003), llama monitoreo participativo.

Cuadro 10. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA EXPERIENCIA POR CAPAS DEL TRABAJO INFORMAL

6.5	OIT 2002	QUIJANO	BREILH	EXPERIENCIA	
3) trabajadores asalariados de microempresas, usualmente sin contrato	3) los trabajadores dependientes, remunerados o no, incluidos los asalariados de las microempresas, los trabajadores familiares no remunerados, los aprendices, los trabajadores en régimen de subcontratación, los trabajadores a domicilio	1. El espacio informal del capital	“Clase media” o capa media, que labora para el Estado o para las empresas privadas. Reciben un sueldo a cambio de los servicios prestados. Semiasalariado: reciben un salario y complementan con otra actividad		
		a) Los trabajadores cuya fuerza laboral es comprada en el “mercado informal”		Trabajadores c contratas subcontratas	
		b) Los trabajadores de las empresas exclusivamente "informales"		Trabajadores c mypes y pymes informales	
		c) Los trabajadores que venden su trabajo y no su fuerza de trabajo por “subcontratación” por productos		Trabajo domicilio, p encargo producto	
1) propietarios o empleadores por cuenta propia, de microempresas con un número mínimo de trabajadores	1) los propietarios empleadores de microempresas	2. La venta "informal" de trabajo (no de fuerza de trabajo) o pequeña producción mercantil “microempresas”		Empresarios trabajadores c mypes y pymes Comercio ambulatorio, Tingaleros, buhoneros cc rentabilidad	

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

2) trabajadores por cuenta propia o independientes no profesionales o técnicos, que no reciben salario, sino ingreso 4) trabajadores familiares, que laboran para un jefe de familia, no remunerados o asalariados	2) trabajadores por cuenta propia	3. El "polo marginal" Los trabajadores que independientes sin contratos, ni en subordinación directa, ingresos de subsistencia	Subasalariado Trabajo infantil Trabajo femenino Trabajo de personas de tercera edad	Comercio ambulatorio, Tingaleros, buhoneros c subsistencia	
		4. Reciprocidad o intercambio de trabajo, gestión y venta comunal de trabajo			
4) trabajadores familiares, que laboran para un jefe de familia, no remunerados o asalariados		a) Los trabajadores que se asocian en organizaciones sobre la base de la reciprocidad y de la gestión "comunal", para lograr ingresos	Formas de "Nueva economía" asociativismo, autogestión, cadenas productivas solidarias, economía popular, economía solidaria. Formas de empleo	Formas c "Nueva economía" asociativismo, autogestión, cadenas productivas solidarias, economía	

FACTORES PSICOSOCIALES Y SALUD MENTAL EN EL TRABAJO

		para la subsistencia y/o para ampliar la producción y el ingreso.	temporal de alivio a la pobreza	popular, economía solidaria. Formas de empleo temporal de alivio a la pobreza	
4) trabajadores familiares, que laboran para un jefe de familia, no remunerados o asalariados		b) Los trabajadores que se asocian en instituciones de intercambio de servicios y de gestión "comunal", cuyo propósito es abaratar el costo de la subsistencia de sus miembros, sea en el mercado o ejerciendo presión sobre la sociedad formal y el Estado, o de ambas maneras	Formas de organizaciones de subsistencia alimentaria: vaso de leche, comedores populares, etc.	Formas de organizaciones de subsistencia alimentaria: vasos de leche comedores populares, etc.	
5) trabajadores asalariados en el servicio doméstico	3) ... y los trabajadores domésticos remunerados		Trabajo doméstico	Trabajadoras domésticas	
			Lumpenproletariado	Trabajo ilícito Peores Formas de Trabajo Infantil	

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ACEVEDO, Doris. “El trabajo y la salud laboral de las mujeres en Venezuela”. Universidad de Carabo. 2002.

BETANCOURT, Oscar. 1999. “Para la enseñanza e investigación de la Salud y Seguridad en el Trabajo”. FUNSA. OPS-OMS. Quito, 1999.

BREILH, Jaime. 1999. “Breves notas y reflexiones metodológicas sobre informalidad y problemas metodológicos relacionados”. Documento presentado al Programa Integrado de Salud Ambiental y del Trabajador del Instituto de salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía – Salvador: Junio 1999

BREILH, Jaime, 2002. “De la vigilancia convencional al monitoreo participativo”. En: Ciencia y Salud Colectiva Vol. 8 Nro. 4. Asociación Brasileña de Post Graduados en Salud Colectiva. Salvador de Bahía, 2003. Pp. 937-952.

BROMS, Gunnar y HARARI, Raúl. 2000. “Mejoramiento de la producción y el medio ambiente en Ecuador”. IFA –COIFA. Quito.

CANDIA, José. “Sector Informal ¿treinta años de debate bizantino?”. Instituto del Mundo del Trabajo Revista Pistas. Nro 9. Marzo de 2003. En: http://www.plades.org.pe/seminario_regional/materiales.htm

CATAN, Antonio (organizador). “A Outra Economia”. Veraz Editores. Porto Alegre 2003.

CIOSL - ORIT/FNV, s/f. “Sector Informal y sindicalismo en América Latina. Proyecto: Educación y organización para la acción en el sector informal – EOASI” <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/doc/sind/xviii/>

MARTIN, Has Meter; SCHUMANN, Harald. La trampa de la globalización. El ataque contra la democracia y el bienestar. Ed. Taurus. Madrid, 1998. págs. 9-10.

- DE SOTO, Hernando, 1986. "El Otro sendero". Lima.
- DE SOTO, Hernando, 2002. "El Misterio del Capital". Ed. El Comercio. Lima.
- FORRESTER, Viviane. El horror económico. Fondo de cultura económica (FCE). 1997.
- GUERSI, Enrique. The informal economy en Latin America. Gate Journal, vol. 17, No. 1 (Spring 1997). Cato Institute. Pags. 99-108. En:
<http://www.cato.org/pubs/journal/cj17n1/cj17n1-8.pdf>
- HIBA, Juan. 1997. "Cuando la pequeña empresa quiere. Doce estudios de caso de mejoras en condiciones de trabajo y productividad". OIT. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo de España. Madrid, 1997.
- HIBA, Juan. 2001. "¿Cómo mejorar las condiciones de trabajo y la productividad en la industria de las confecciones?". OIT. Lima, 2001.
- MATOS MAR, José. Desborde Popular y crisis del estado. El nuevo rostro del Perú en la década de 1980. Ed. Concytec. 7ma. Edición. 1988.
- OIT, 1999. Seminario Técnico Tripartito sobre trabajo a domicilio en América Latina. Organización Internacional del Trabajo. Santiago de Chile , 26-28 de mayo de 1999.
http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/em_tec/ix/index.htm
- OIT/OPS, 1999. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Informe OIT/OPS presentado a la Reunión Regional Tripartita sobre la extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe, México, 29 de noviembre - 1 de diciembre de 1999
- OIT, 2000. Empleo y protección social en el sector informal. b) El empleo en el sector informal: retos y programa futuro. Oficina Internacional del Trabajo.

Consejo de Administración. Comisión de Empleo y Política Social. 277.a reunión. Ginebra, marzo del 2000.

<http://www.ilomirror.cornell.edu/public/spanish/standards/reim/gb/docs/gb277/pdf/esp-1-2.pdf> (11)

OIT, 2001. Informalidad y Seguridad Social en países de América Latina. Documento de Trabajo. OIT, Oficina de Actividades para los Trabajadores. Lima, marzo del 2001.

OIT, 2002a. El trabajo decente y la economía informal. Conferencia Internacional del Trabajo. 90.a reunión 2002. Informe VI. Oficina Internacional del Trabajo,

OIT, Ginebra. Primera edición 2002

OIT, 2002b. Sexta reunión del grupo de expertos en estadísticas del sector informal (Grupo DELHI). Río de Janeiro, 16 al 18 de septiembre de 2002. Oficina de Estadísticas. Oficina Internacional del Empleo.

http://www.oit.or.cr/estad/taller/docs/delhi6pap_esp.doc

OIT-CITENFOR, s/f. Los sindicatos y el sector informal. OIT. Oficina de Actividades para los Trabajadores. Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (Cinterfor/OIT)

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/doc/otros/iv/ii/i/index.htm>

OIT, 2003. Panorama Laboral 2003. OIT, Lima.

<http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/publ/panorama/1999/estructu.shtml#comp osicion>

PARRA, Manuel. "La salud de las mujeres trabajadoras en América Latina". En: MESSING, Karen (dir.) Ed. Catarata. ISTAS. Madrid, 2002. Pp. 69-128.

PÉREZ, Guillermo. Sector Informal y Sindicalismo en América Latina. Proyecto: Educación y organización para la acción en el sector informal. EOASI. CIOSL –

ORIT/FNV

http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/bajarch/doc/sind/xviii/sec_inf.doc

PIEDRAHITA, Hugo. "Vulnerabilidad de la fuerza laboral hispana del sector agrícola en las Américas. Una aproximación para dimensionar soluciones". En. II Foro Hispano del Nacional Safety Council, San Diego, 2002.

http://www.nsc.org/hispanicforum/hf_dl/1

PLATNER, James y DONG, Sue. "La seguridad y salud de los trabajadores hispanos en la construcción, en el lugar de trabajo" (PPT). Centro para la Protección de los derechos de los trabajadores. En. II Foro Hispano del Nacional Safety Council, San Diego, 2002.

http://www.nsc.org/hispanicforum/hf_dl/1

QUIJANO, Aníbal. "Marginalidad" e "Informalidad" en debate".

RIFKIN, Jeremy. El fin del trabajo.

SARMIENTO , Libardo y VARGAS, Hernán. "El trabajo de las Mujeres en Colombia". Corporación Viva la Ciudadanía. Bogotá, 2002.

THE GLOBAL LABOUR INSTITUTE. Notas sobre los sindicatos y el sector informal.

http://www.globallabour.org/notas_sobre_los_sindicatos_y_el_sector_informal.htm

URMENETA, Roberto. Modelos de Intervención en Salud en el Sector Informal de los Países del Área Andina. PET. Informe para la OPS. Santiago de Chile, 1997.

VARILLAS, Walter. "La Red sobre Trabajo Infantil Peligroso". En: Ciencia y Salud Colectiva Vol. 8 Nro. 4. Asociación Brasileña de Post Graduados en Salud Colectiva. Pp. 923-936.

LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

***Manuel Pando Moreno, Ma. Angels Carrion, Gilberto Arellano Pérez,
Severiano Saraz Lozano.***

Los Factores Psicosociales del trabajo, es uno de los temas que mayor atención y preocupación ha causado entre los involucrados en el tema de la salud, seguridad e higiene ocupacional, desde finales del siglo pasado. Las investigaciones realizadas en muchos países, tanto industrializados como no industrializado, ha suministrado durante las ultimas décadas, una gran cantidad de datos sobre las condiciones psicosociales en el trabajo que pueden afectar la salud de los trabajadores.

En el medio ambiente de trabajo se ha identificado, en numerosos estudios, una serie de factores psicosociales, potencialmente negativos, vinculados con la salud del trabajador. En consecuencia, los factores psicosociales en el trabajo, fueron considerados en gran medida desde un punto de vista negativo. Pero también deben ser considerados como algo que puede influir de manera favorable o positiva sobre la salud, lo que nos ha llevado a presentar el modelo eugenésico para la salud ocupacional.

El panorama de la seguridad y salud en el trabajo a nivel internacional, especialmente en Europa, muestra la emergencia de los análisis de lo que se ha venido en llamar "nuevos riesgos", en los que se incluyen a los de carácter psicosocial.

La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo llevó a cabo en el año 2000 una encuesta entre todos los países de la Unión Europea sobre necesidades de investigación y análisis técnico resultando que los riesgos o factores de riesgo psicosocial eran considerados los más prioritarios (Velásquez, 2003).

La incidencia de los Factores Psicosociales en la Salud Ocupacional está ampliamente reconocida, La Comisión Europea se remite a "una Encuesta de Población Activa llevada a cabo en 1999 en la que se estimaba que las enfermedades causadas por estrés, depresión o ansiedad, violencia en el trabajo, acosos o intimidación son las causantes del 18% de los problemas de salud asociados con el trabajo, una cuarta parte de los cuales implica dos semanas o más de ausencia laboral, siendo la frecuencia de estas patologías dos veces superior en

los sectores de la educación, los servicios sociales y los servicios de salud” (Velásquez, 2003).

La IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del INSHT, en España, detecta que es en los sectores de Administración, Banca y Servicios Sociales donde hay mayores síntomas de estrés tales como alteraciones del sueño, cansancio, cefaleas y problemas de visión.

Sin embargo, esto no significa que se haya logrado ya un consenso sobre los principales conceptos y técnicas de abordaje de los mismos, es común que mas que una definición encontremos largas listas de factores Tales como; la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en relaciones laborales, el trabajo por turnos, y el peligro físico, que si bien todos ellos pueden ser incluidos en la mayores de las conceptualizaciones sobre Factores Psicosociales, no resuelve la necesidad de un modelo explicativo que nos permita operar en consecuencia. De hecho, el problema no es la falta de una definición, sino que existe una importante diversidad de definiciones utilizadas para designar a los “Factores Psicosociales en el Trabajo”, algunas complementarias y otras divergentes.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha presentado diversos documentos en los que se pueden encontrar distintas definiciones; en 1984 se señalaba “los agentes psicosociales, por su parte, pueden ser definidos como elementos externos que afectan la relación de la persona con su grupo y cuya presencia o ausencia puede producir daño en el equilibrio psicológico del individuo” (OIT, 1984).

Los riesgos o "factores de riesgo" psicosociales se han definido 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 otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia"(Velásquez, 2003).

La propia Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998), se mencionan a “las condiciones que conducen al estrés en el trabajo y a otros problemas conexos de salud y seguridad” como las “condiciones normalmente denominadas factores psicosociales”.

Moncada, por su parte, nos dice que “en Salud Laboral entendemos por Factores Psicosociales aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que puede afectar a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos” (Moncada 2000:389).

La Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, por su parte, diferencia entre 10 categorías diferentes clasificándolas entre aquellas relacionadas con el contexto del trabajo y las relacionadas con el contenido del trabajo: en las categorías relacionadas con el contexto del trabajo incluye: a) Cultura de organización y gestión, b) Papel o rol en la organización, c) Desarrollo de la carrera profesional, d) Poderes de decisión y de control, e) Relaciones interpersonales en el trabajo, y f) Interrelación con problemas familiares o sociales. En cuanto a las categorías relacionadas con el contenido del trabajo: a) Equipos y ambiente laborales, b) Concepción de las tareas del puesto de trabajo, c) Carga y ritmo de trabajo, y d) Programación del trabajo.

Tal diversidad de definiciones, es obvio, provienen de una diversidad de modelos causales y/o explicativos, en tal cantidad existentes que sería improcedente tratar de enunciarlos todos aquí, abordaremos solo algunos, que a nuestro juicio, han tenido mayor impacto en las concepciones hegemónicas en nuestro medio.

En todas ellas podemos encontrar al menos tres líneas principales de modelos explicativos, en primer lugar, aquellos que se centran en las condiciones dadas por las interacciones propias entre los trabajadores y la organización administrativa del trabajo, en segundo aquellos modelos explicativos que tienden a unirse de alguna manera con los paradigmas del estrés, equiparando de esa manera a los factores psicosociales del trabajo con los llamados estresores, y por último habremos de encontrar un grupo de modelos explicativos más críticos de los sistemas productivos actuales y que explicará a los factores psicosociales ligados a la organización del trabajo desde un enfoque histórico y macro social, en el que los sistemas de extracción de la plusvalía juegan el papel determinante de estos factores y en la empresa encontraremos apenas un reflejo a nivel grupal o individual de dichos factores.

Iniciaremos retomando las ideas del modelo “demanda-control” de Robert Karasek, quien a principios de los ochentas, trata de explicar la relación entre los factores psicosociales y la salud en función de las demandas psicológicas del

trabajo generadoras de estrés y asociadas a enfermedades cardiovasculares (Karasek, 1998).

En este modelo, las demandas del trabajo están determinadas por las exigencias de carácter psicológico que sufre el trabajador como consecuencia del desempeño de sus actividades laborales. El concepto de control, por su parte, incluye aquellos recursos u oportunidades que el centro de trabajo pone a disposición del trabajador para que este pueda desarrollar sus habilidades, contar con autonomía, administrar su tiempo, o participar en la toma de decisiones.

Es importante hacer notar, como ya ha sido mencionado por Moncada, que los aspectos de control no son un problema exclusivamente intra empresa, “el control en el trabajo tiene relación con la clase social y el género, de tal forma que los trabajadores manuales tienen un nivel de control inferior al de los trabajadores no manuales y las mujeres suelen alcanzar niveles de control inferiores a los de los hombres de la misma clase social, ocupación y categoría” (Moncada, 2000: 391).

A partir de este modelo, el estrés laboral es la consecuencia no solo de un alto nivel de exigencia, sino del equilibrio entre control y demandas estructurado desde la organización del trabajo y donde las características personales juegan un papel secundario.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998) presenta el modelo de demandas/control (Karasek 1976; Karasek 1979; Karasek y Theorell 1990), centrado en dos hipótesis, la primera “es que las reacciones de tensión psicológica más negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física) se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son grandes y en cambio es escasa la latitud de toma de decisiones del trabajador”. La llamada latitud de toma de decisiones, se basa en el equilibrio que habíamos mencionado entre “las demandas psicológicas que éste plantea y una cierta combinación de control de las tareas y uso de las capacidades”.

La segunda hipótesis se centra en que “cuando el control sobre el trabajo es elevado y también son elevadas las demandas psicológicas, pero no abrumadoras, los efectos sobre el comportamiento que se predicen son el aprendizaje y el crecimiento (es decir, la hipótesis de aprendizaje activo). Este tipo de trabajo se califica de “activo”, pues estudios realizados tanto en Suecia como en Estados Unidos han demostrado que estos trabajadores son los más activos al margen de su vida laboral —en el ocio y en la actividad política— a pesar de las fuertes

exigencias del trabajo (Karasek y Theorell 1990). Para este “trabajo activo” se predice únicamente una tensión psicológica media, pues gran parte de la energía que provocan muchos de los estresores del trabajo (“retos”) se traducen en acción directa —solución eficaz de problemas—, de manera que queda poca tensión residual que cause trastornos”.

A finales de la década de los ochentas, Jhonson y may introdujeron el apoyo social como una tercera dimensión en este modelo. El apoyo social actúa, según estos autores, como un modelador del efecto de tensión o estrés laboral generado en la relación demandas-control y es considerado solamente en dos direcciones, el apoyo proveniente de sus compañeros de trabajo y el de sus superiores en la jerarquía organizacional. El abordaje del apoyo social como modulador de los efectos negativos del estrés y Burnout a sido ampliado por otros autores para considerar también la red de apoyo extralaboral (pareja, hijos, otros familiares y amigos) e incluir el apoyo recibido por los subordinados en el trabajo (Aranda, 2002), pero el tema será desarrollado en un capítulo posterior de este libro.

Otro modelo explicativo que ha sido frecuentemente utilizado en diversos estudios es el llamado de esfuerzo-recompensa (Moncada, 2000), presentado por Siegrist (1996), este modelo explica que las experiencias estresantes son consecuencia de situaciones amenazantes a la “continuidad de roles sociales esenciales”. Los estresores ocupan el lugar de Factores Psicosociales y su efecto sobre la salud se explica en que tanto la persona cuenta con el control sobre su propio futuro laboral y personal.

Los daños a la salud podrán ser explicados en la relación entre el esfuerzo que el trabajo demanda y las recompensas a largo plazo que este proporciona, pero sobre todo, la seguridad o control que la persona puede tener sobre ese largo plazo. Un elevado nivel de esfuerzo con un bajo control de las recompensas a largo plazo constituye la situación de mayor riesgo a la salud en este modelo.

El cuestionario de esfuerzo – recompensa que presenta Siegrist investiga en materia de esfuerzo, aspectos como “ir contra reloj” en la ejecución del trabajo, la cantidad o nivel de responsabilidad, verse obligado a trabajar fuera del horario constantemente, tener un trabajo “muy exigente”.

Mientras que los aspectos de recompensa se establecen en tres aspectos o dimensiones diferentes, la estima, la gratificación monetaria y el control de status.

De la estima se pregunta sobre si se recibe “el respeto que merezco” de mis superiores y compañeros, si se cuenta con el apoyo adecuado en situaciones difíciles, si se recibe un “trato justo”; de la gratificación monetaria interesa saber si se considera “adecuado” el ingreso recibido en relación al trabajo realizado; y sobre el control del status, se incluyen las perspectivas de promoción, la vivencia de “cambios no deseados”, y la estabilidad laboral entre otros factores.

Diversos estudios han mostrado la asociación de condiciones de alto esfuerzo y baja recompensa con aspectos de salud del trabajador como la hipertensión, riesgo coronario, y otros trastornos (Siegrist 1996, 1997)

Otro modelo explicativo surge de la llamada “medicina social”, enfoque surgido a fines del siglo XIX y que en los sesentas del siglo pasado cobra fuerza especial, su aporte proviene de reconceptualizar el proceso salud-enfermedad trascendiendo los modelos biologicistas por una explicación que incorpora la estructura social en que se desarrolla el hombre.

Una parte del conocimiento de la medicina social está dedicado al estudio de la salud de los trabajadores asumiendo la categoría de “proceso de trabajo” como el concepto central del análisis (López, 1989).

En este modelo se asume que las formas de extracción de la plusvalía están íntimamente ligadas a las formas de producción, estableciéndose así una estrecha relación entre los patrones de “desgaste-reproducción” y los “perfiles patológicos” específicos del lugar que se ocupe en el sistema de producción. Se ha hablado específicamente del patrón de desgaste de la clase obrera, pero de igual modo habría que hablar de patrones de desgaste específicos a los grupos de trabajadores que quisiéramos estudiar, podrían ser los patrones de desgaste del trabajador de empresa de servicios, del trabajador docente, de servicios de salud, o aún más específicamente, del patrón de desgaste de los obreros de industria maquiladora electrónica, como meros ejemplos.

Es inevitable encontrar aquí, las influencias del “modelo obrero italiano”, (Laurell, 1984) movimiento manifestado a finales de los sesentas, en la gran organización lograda por los obreros italianos, donde el trabajador asume un papel activo y protagónico en la organización del trabajo y dentro de ella, en las condiciones de trabajo que condicionan su salud. Se constituye en un método de investigación-acción que lleva a las organizaciones de trabajadores a investigar por sí mismos (con o sin la participación de expertos) las condiciones de salud

asociadas a los procesos de trabajo y generar un movimiento de transformación de las mismas.

El método de investigación-acción llevado a cabo por los trabajadores puede sintetizarse “En cuatro conceptos para su operación: la experiencia obrera, la no delegación, el grupo homogéneo y la validación realizada por los obreros respecto a sus condiciones de trabajo, la que existe como experiencia depositada en el grupo. Los obreros son los sujetos en el proceso de generación de conocimiento respecto a su lugar de trabajo y no sus representantes y técnicos especializados, en quienes generalmente se delega la problemática de salud. Esta experiencia se convierte en patrimonio común a través de una encuesta que se llena colectivamente por un grupo homogéneo; es decir, un grupo que labora en condiciones de trabajo similares. Los resultados obtenidos por la experiencia obrera son validados por el grupo homogéneo retomando únicamente aquellos que el grupo reconoce como más importantes.” (López, 1989:68-69).

Para el manejo más operativo del conocimiento generado sobre la salud y las condiciones de trabajo, todo aquello que se recoge de la experiencia obrera sobre los riesgos del ambiente de trabajo, se clasifica en cuatro (Oddone, 1977) o cinco (López, 1989) grupos temáticos. Uno de ellos se refiere a los “factores fatigantes cuyo origen no es la actividad muscular, relacionados con la organización del trabajo y que producen tensión, angustia, nerviosismo.” (López, 1989: 70), que correspondería en términos generales a los factores psicosociales de salud ocupacional.

El concepto de desgaste obrero ha sido abordado desde perspectivas diferentes y de manera específica a lo que se llamó el “desgaste mental” (Dejours, 1990) que replantea la concepción de la psicopatología del trabajo, invitando a abordar el análisis del sufrimiento mental como resultado de la organización del trabajo, buscando “hacer resaltar en el sufrimiento a aquello que resulta más empobrecedor, es decir a la desaparición de los comportamientos libres” (Dejours, 1990: 28).

Es frecuente encontrar en los especialistas del área, una preocupación sobre un bienestar integral que incluya algo más que la simple prevención del accidente y la enfermedad laboral, un enfoque al que nosotros hemos llamado la EUGENESIA LABORAL, del cual encontramos referencias a veces vagas y faltas de sistematización.

Por ejemplo, en una reciente Comunicación de la Comisión Europea (11 de marzo de 2002) sobre "cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006)" encontramos referencias a este respecto al hacer hincapié en que se ha de "promover un verdadero bienestar en el trabajo -físico, moral y social-, que no se mida únicamente por la ausencia de accidentes o enfermedades profesionales" (Velásquez, 2003).

El propio Velásquez (2003) señala "En los factores de riesgo psicosocial, según coinciden en señalar diversos expertos, tales daños podrían no llegar a darse o si se dan serían leves o fácilmente reversibles de ahí que algunos prefieran la definición dada por Cox & Griffiths (1995) que los definen como aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental que tienen la potencialidad de causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores. Los factores de riesgo psicosocial estarían, por lo tanto, más ligados al objetivo de alcanzar un bienestar personal y social de los trabajadores y una calidad en el trabajo y el empleo que a la clásica perspectiva de la seguridad y salud en el trabajo de evitar la producción de accidentes y enfermedades profesionales".

Si bien no coincidimos con sus razonamiento inicial, porque dadas las numerosas pruebas del daño producido por los factores psicosociales no podríamos asumir que estos sean poco relevantes porque los daños puedan no llegar a darse, sean leves o fácilmente reversibles, si consideramos importante resaltar la importancia de que la Salud Ocupacional en su conjunto, y no solo los aspectos psicosociales, se liguen al objetivo de alcanzar un bienestar personal y social de los trabajadores y una calidad en el trabajo, más allá de la clásica perspectiva de la seguridad y salud en el trabajo de solamente evitar la producción de accidentes y enfermedades profesionales

Algo similar ocurre con los acercamientos a factores psicosociales en el trabajo a través de los modelos del estrés, ya que aunque en muchas ocasiones se aborda como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento ligados a aspectos adversos o nocivos de la organización o el entorno de trabajo y caracterizado por altos niveles de excitación y angustia.

El concepto de estrés, sin embargo, no siempre tiene un valor negativo, pues se reconoce que determinados tipos o niveles de estrés cumplen funciones positivas

de estímulo y desarrollo ante las situaciones de cambio e incertidumbre en las que hay que desenvolverse, diferenciando entre el llamado "distress" y el "eustress"(Hamberger, 1984).

Queda claro que actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar, calidad de vida e indicadores positivos de salud laboral en la evaluación de las condiciones de trabajo de una determinada organización productiva.

Sabemos que el trabajo no cura ni enferma a nadie, son las condiciones de éste las que pueden ser eugénicas o patogénicas, por lo mismo, las aspiraciones de un trabajador hoy en día, no deben limitarse a el hecho de no sufrir accidentes ni enfermedades laborales al final de nuestra jornada laboral, la organización del trabajo puede crear sentimientos de confianza en si mismo, elevar la autoestima en el trabajador, mejorar las redes sociales de apoyo laborales y extra laborales, incrementar la satisfacción, y otros indicadores positivos de salud mental, (véase el capítulo correspondiente a salud mental).

De tal manera, la jornada laboral adecuadamente organizada puede en general mejorar la salud del trabajador, es decir, al terminar una su semana laboral, tendrá mejor autoestima que antes, habrá desarrollado o ejercitado su creatividad, su capacidad de cooperar con los demás, etc., este proceso en que la organización del trabajo no solo cuida la integridad física y mental del trabajador, sino que promueve, fomenta la salud como parte misma del proceso de trabajo es lo que llamamos Eugenesia Laboral y debería constituir una de la legítimas aspiraciones del trabajador actual.

Del marco legal en factores psicosociales del trabajo.

Los Factores Psicosociales no ocupan aún, en lo legislativo, el papel que debería corresponderles, no obstante que en algunos casos se hable de un bienestar integral en la salud del trabajador esto no llega a concretarse en la obligatoriedad explícita de proteger al trabajador de los factores psicosociales negativos, ni de considerar los trastornos psíquicos derivados del trabajo como riesgos laborales.

En Japón, por ejemplo, el objetivo de la Ley de Salud y Seguridad Industrial es "garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, así como facilitar el desarrollo de entornos laborales confortables. La ley señala que la empresa no sólo debe cumplir las normas mínimas para prevenir los accidentes y enfermedades laborales, sino que también debe intervenir activamente para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en el puesto de trabajo mediante

la creación de un entorno laboral cómodo y la mejoría de las condiciones de trabajo.

El artículo 69 de la ley, modificado en 1988, señala que la empresa debe hacer esfuerzos continuos y sistemáticos a favor del mantenimiento y la promoción de la salud de sus trabajadores, tomando para ello las medidas oportunas, como proporcionar servicios de educación para la salud y asesoramiento. En 1988, el Ministerio de Trabajo de Japón anunció las directrices en que debían basarse las medidas adoptadas por las empresas para la promoción y el mantenimiento de la salud de sus trabajadores. En ellas, se recomienda la instauración de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, según el denominado Plan Total de Promoción de la Salud: ejercicio (entrenamiento y asesoramiento), educación para la salud, asesoramiento psicológico y asesoramiento nutricional basado en el estado de salud de los trabajadores (OIT, 1998: 5.21).

En Chile, la ley 16.744 de 1968 sobre accidentes y enfermedades laborales define los riesgos laborales como el conjunto de factores técnicos y sociales que participan en el proceso de trabajo y que influyen en el bienestar físico y mental de los trabajadores (MINSAL, 1993).

En España encontramos una definición de “riesgo laboral” que lo considera como la probabilidad de que la exposición a una condición de trabajo produzca un problema de salud a un trabajador expuesto a éste en un tiempo determinado (Benavides y cols.,2001)

La Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de Seguridad y Salud en el trabajo.

Los factores psicosociales están implícitamente en la ley de prevención de riesgos laborales y explícita aunque con grandes ambigüedades en el Reglamento de los Servicios de prevención, siendo el tiempo y la jurisprudencia quien nos ampliará el ámbito de aplicación.

Desde la aparición de la ley de Prevención de Riesgos Laborales existen, en España, algunas sentencias que contemplan las diversas patologías ocasionadas por factores psicosociales en el lugar de trabajo.

Entre las sentencias conocidas, podemos mencionar la sentencia de 2-11-99, num. 2662/1999. Recurso de Suplicación nº 1320/1999 de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, donde el Burnout se considera

accidente de trabajo, reconociendo por parte de los tribunales el origen laboral de la patología, estableciendo causa-efecto entre su dolencia de carácter psíquico (Burnout) y las condiciones de trabajo de su puesto como jefe de taller de trabajadores minusválidos.

El Tribunal Superior de Justicia de Catalunya hizo pública el pasado 19 de Diciembre/02, una sentencia que confirmaba la resolución de un juzgado de lo Social de Hospitalet (Barcelona).

En esta última se condenaba a una empresa a indemnizar con 15 millones de pesetas a un trabajador por someterlo a "acoso moral". El Tribunal sostiene que la dirección de la fábrica llevó a cabo una "insistente conducta hostil"; relegando al trabajador de su puesto como jefe de equipo con subordinados, a oficial de primera, prohibiéndole hacer horas extras, obligándolo a trabajar en un rincón de la fábrica, acusándolo públicamente de estar robando a la empresa y prohibiendo a sus compañeros hablar y comer con él.

El listado que recoge las "enfermedades de trabajo" en España, realizado en 1978, es bastante restrictivo y el burn-out, el Mobbing, el estrés o la ansiedad no forman parte de él, sin embargo, a nivel europeo, se está trabajando en una lista unitaria más amplia, que permitirá introducir con más facilidad nuevas enfermedades como éstas.

En México se define en términos institucionales y oficiales los riesgos del trabajo como los accidentes y enfermedades a que están expuesto los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo (Reynaldos, 2000).

De la evaluación de los Factores Psicosociales en el Trabajo.

Dado que la diversidad (de conceptos, modelos explicativos, legislaciones, etc.) caracteriza a los Factores Psicosociales en el Trabajo, era de esperarse que esto mismo ocurriese al examinar los sistemas de evaluación y registro de los mismos en los ambientes laborales.

Moncada, asume la posibilidad de recurrir a diferentes "instrumentos de medida", no habiendo uno ideal pues la elección depende de factores como la situación de la empresa, y recomienda la posibilidad de recurrir a varias técnicas, entre los que señala: las "Listas de Control", los cuestionarios, el análisis de "datos administrativos" como los relativos a la rotación de la mano de obra y a la incapacidad laboral, la repetición de bajas de corta duración, acumulación de horas

extraordinarias o la acumulación de días libres. Los “Grupos de discusión”, y la técnica Delphi de cuestionarios sucesivos.

Finalmente señala “A la hora de decidir que método usar puede optarse por uno o varios cuyos resultados serán complementarios. La elección depende de los objetivos, los recursos, el tamaño y la cultura de la empresa”.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en México editó una guía para la evaluación de Factores Psicosociales en el Trabajo, entendiéndolos “como las entidades o eventos, cuya presencia o ausencia pueda producir daño en el equilibrio psicológico del individuo” (IMSS, 1986:14).

La guía consta de 56 reactivos divididos en cuatro áreas: Los factores propios de la tarea misma, los relativos al sistema de trabajo, los de la interacción social en la empresa y, los organizacionales; para su evaluación considera tanto la observación por uno o varios especialistas como la percepción de la presencia de los factores señalada por el propio trabajador.

En España el Gobierno de Navarra presenta un ejemplo, entre la diversidad existente de sistemas de evaluación de los Factores Psicosociales (Lahera, 2002), en esta obra, los factores psicosociales se definen como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que se presentan con capacidad para afectar tanto al desarrollo del trabajo como a la salud (física, psíquica o social) del trabajador (Lahera, 2002:5).

Las variables consideradas en instrumento ahí presentado son cuatro; 1) participación, implicación, responsabilidad, 2) formación, información, comunicación, 3) gestión del tiempo, y 4) cohesión de grupo.

Existen también una diversidad de escalas de tamizaje diseñadas para evaluar efectos negativos como el mobbing (Ausfelder, 2002; Piñuel, 2001) o el burnout, (Gil Monte, 1997) pero ello se abordará en capítulos posteriores.

PIENSO A. C. (Programa de Investigación EN Salud Ocupacional) y la Universidad de Guadalajara, en México, han desarrollado también una “Guía Diagnóstica de Factores Psicosociales y Salud Mental en la Empresa”, que pretende una mayor integralidad y cobertura de las condiciones psicosociales en la empresa y en el trabajador.

Asume que, casi todas las concepciones contemporáneas sobre los factores psicosociales en el trabajo, tienen un elemento común: se les conceptualiza en términos de la relación entre el trabajo y la persona.

En el medio ambiente de trabajo se ha identificado, en numerosos estudios, una serie de factores psicosociales, potencialmente negativos, vinculados con su salud. Tales factores son la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico.

En consecuencia, los factores psicosociales en el trabajo, fueron considerados en gran medida desde un punto de vista negativo. Pero también deben ser considerados como algo que influye de manera favorable o positiva sobre la salud, entre otras cosas.

Existen diversas formas de abordar la evaluación de factores psicosociales uno de los más comunes es el sistema basado en check list, y otros basados en una analogía entre factor psicosocial y estrés. Habrá que reconocer que son muchas las alternativas y orientaciones para dicha evaluación, sin embargo, en la mayoría de los casos se requiere de un experto en salud mental ocupacional para su realización y no existen más de 20 especialistas de esta área en nuestro país.

Por lo anterior, la propuesta desarrollada integra diferentes sistemas de evaluación de factores psicosociales, daño a la salud mental y factores protectores con características que les permitan ser empleados por personal no psicólogo en las empresas.

El caso de la “Guía Diagnóstica de Factores Psicosociales y Salud Mental en la Empresa” es solo una forma de procedimiento basado en lo que todo especialista de salud ocupacional conoce (Reconocimiento, evaluación y control) y que puede operarse con conocimientos elementales de salud mental ocupacional, sin requerir la presencia obligada de un especialista, aunque sería recomendable el asesoramiento con uno de ellos.

RECONOCIMIENTO

- Platique con informantes clave (personal de seguridad, salud, comisión mixta, supervisores).

Pregunte sobre: El proceso de trabajo, los momentos de mayor tensión o estrés, las “quejas” más comunes en los trabajadores, las prevalencias de cefaleas, acidez estomacal, etc. (preferentemente a la enfermera), ausentismo, accidentabilidad, etc., las relaciones interpersonales y el Clima Organizacional en la empresa y por departamentos o áreas.

Haga varios recorridos de la empresa en diferentes momentos del proceso de producción, turnos, o días de la semana. No solo converse con su acompañante, procure detenerse en diferentes momentos del recorrido y conversar con los trabajadores que vaya encontrando.

Observe y pregunte sobre: El proceso de trabajo, el ambiente de trabajo, las actitudes de los trabajadores entre ellos, con sus supervisores y con quien le acompañe a Ud., vigile las expresiones de tensión, estrés, insatisfacción (o sus opuestos positivos).

Platique con algunos trabajadores, preferentemente con entrevistas grupales de tipo cualitativo o “grupos homogéneos.

Pregunte sobre: El proceso de trabajo y la actividad de su puesto en especial, los momentos de mayor tensión o estrés, sentimientos de satisfacción o molestias, condiciones de trabajo (incluyendo agentes físicos, químicos, etc.), las prevalencias de cefaleas, acidez estomacal, etc., las relaciones interpersonales y los sentimientos de reciprocidad con la empresa, estilo de liderazgo, etc.

EVALUACION

- A partir de las observaciones y conversaciones del “Reconocimiento”, organice:
 - 1) Los Factores Psicosociales negativos y positivos encontrados.
 - 2) Los factores de “daño” presente o potencial, a la salud física y mental en los trabajadores.
 - 3) Los Factores protectores y/o de salud mental positiva.
- Una vez organizados los “Factores” detectados durante el “reconocimiento”, seleccione los instrumentos de recolección de datos a utilizar:
 - * Los “instrumentos” pueden ser de carácter cualitativo (entrevistas, grupos focales, observación, etc) o cuantitativos (cuestionarios, escalas, hojas de concentración de datos de archivos y/o expedientes.
 - * Los instrumentos seleccionados deben ser adaptados a las condiciones y lenguaje del centro de trabajo.
 - * Conviene siempre hacer una aplicación piloto.
- En el caso de empresas muy grandes, se verá uno forzado a elaborar un marco muestral y una selección de muestra (cuanti o cuali según sea el caso).
- Seleccionados los sujetos para la captación de datos, se diseñará un protocolo o procedimiento de aplicación y se vigilará su cumplimiento (en especial cuando el levantamiento de datos no se hará por uno mismo).
- Asegúrese de contar con el diseño de una base de datos y un sistema de análisis de los mismos antes de iniciar la aplicación.
- Los datos recabados deberán ser analizados y presentados de manera tal que permita la comprensión de la situación y el diseño de sistemas de intervención, tanto para los especialistas del área como para quienes participan en la toma de decisiones. Debe determinarse al menos:
 - * Areas, departamentos, puestos de trabajo, turnos que presentan mayores daños (en tasa y números absolutos).
 - * Areas, departamentos, puestos de trabajo, turnos que presentan mayores riesgos (mayor cantidad e intensidad de factores psicosociales negativos y bajos niveles de factores protectores.
 - * Factores psicosociales negativos con mayor asociación (u OR) con los daños.

CONTROL

Un buen reporte de “evaluación” siempre dejara facilitado el trabajo de control.

- El precepto de “primero: eliminar la fuente, segundo: aislarla y tercero: utilizar equipo de protección” puede servir de guía general tambien para los aspectos psicosociales.
- Determine las prioridades por áreas, departamentos, puestos de trabajo, turnos.
- Determine prioridades de “daños” a atender, factores protectores a promover y agentes psicosociales negativos a controlar.
- Establezca medidas de prevención y de atención al daño existente.
- Establezca un sistema de evaluación de la aplicación correcta y suficiente de las medidas de prevención y atención planeadas.
- Determine los indicadores y los tiempos con los que evaluará el éxito de su intervención y establezca un sistema de vigilancia psicoepidemiológica.
- Procure siempre contar con algún sistema de evaluación externo que le retroalimente sobre sus acciones y resultados.

BIBLIOGRAFIA DEL CAPITULO

Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M.G. “Jubilación, trastornos psicológicos y redes sociales de apoyo en el adulto mayor jubilado”. *Revista de Psiquiatría*, 2002, 29: (3), 169–174

Ausfelder, T. *Mobbing el acoso moral en el trabajo*. España; Ed. Océano, 2002.
Dejours, C. *Trabajo y desgaste mental*. Buenos Aires; Ed Humanitas, 1990.

Gil–Monte, P. Peiró J.M. *Desgaste Psíquico en el trabajo: el Síndrome de Quemarse*. España; Ed. Síntesis Psicología, 1997.

Hamberger, L. y Lohr, J. *Theories of stress, Definitions and Sigues en stress and management.- Research and applications* springer publishing company, New York, 1984.

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Factores psicosociales en el ambiente de trabajo*. México; Ed. Serie de Folletos de la Jefatura de Salud en el trabajo, 1986
Karasek R., Baker D., Marxer F., Ahlbom A., Theorell T. “Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men”. *American Journal of Public Health*, 1981; 71: 694–705.

MINSAL. *Salud ocupacional*. Santiago de Chile; Departamento programas sobre el ambiente, Ministerio de Salud, 1993. 72

Moncada, S.; Artazcoz, L. Factores psicosociales. En: Benavides, F.G.; Ruiz-Frutos, C.; García, A.M. eds. *salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona; Masson, S.A., 2000. 389–399.

Lahera, M., Góngora, J. *Factores Psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo*. Pamplona, España; Ed. Gobierno de Navarra, 2002.

Laurell, A.C. *Ciencia y experiencia obrera: la lucha por la salud en Italia; cuadernos políticos #41*. México; Ed. Era, 1984. 63–83.

López, O., Martínez S. La relación salud-trabajo. México; Universidad Autónoma Metropolitana, 1989.

Oddone, I. et. cols. Ambiente di lavoro, la fabbrica nel territorio. Italia; Editrice Sindicale Italiana, 1977. 1–58

OIT. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra. Informe del Comité Mixto OIT/OMS, 1984. 5–78

Sauter, S., Murphy, L., Hurrell, J., Levi, L. Factores Psicosociales y de Organización. En: Jeanne Pager Stellman, directora. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra; OIT, 1998. 34.1–34.87

Hurrell, J., Murphy, L., Sauter, S., Levi, L. Salud Mental. En: Jeanne Pager Stellman, directora. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Ginebra; OIT, 1998. 5.1– 5.23.

Piñuel, I. Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander, Sal Térrea; 2001.

Reinadlos, C. “Riesgos psicosociales en el trabajo: una revisión de conceptos”. Revista Académica de la Universidad Católica del Maule, Diciembre 2002: 139–145

Siegrist, J. “Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions”. Journal of Occupational Health Psychology, 1996, 1: (1) 27–41.

Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., Seidel, D. “Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated fibrinogen in middle-aged men”. Journal of Internal Medicine, 1997, 242: (2) 149–156.

Velásquez, M. Los riesgos psico-sociales en el trabajo, 2003. Available at: <http://www.arearh.com/salud%20laboral/psicosociales2.htm>

LA SALUD MENTAL POSITIVA

Manuel Pando, Carolina Aranda, José G. Salazar, Darío Bermúdez

El estudio de la salud mental ocupacional, como un problema de salud pública, requiere una reconceptualización de la salud que no pretenda evaluar la misma a través de indicadores negativos, como la morbi-mortalidad o los “riesgos de trabajo”.

En términos de salud física en el ámbito del trabajo existen intervenciones dedicadas a desarrollar y tratar de evaluar los indicadores positivos de salud como las investigaciones del Dr. Rogelio Manero Alfert en Cuba; de su experiencia se fundamentó el estudio de las Tablas de Indicadores Antropométricos y Fisiológicos en Trabajadores Mexicanos realizado en 1992 por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que después fueron retomados en otros trabajos como los del Dr. Sergio Aguilar en Guadalajara, México.

Sin embargo, en la literatura internacional son más escasos los trabajos dedicados al estudio de los indicadores positivos de la salud mental y mucho menos la aplicación de estos a los espacios laborales.

Hasta ahora, el abordaje más común para la salud mental es solo en términos negativos, es decir, la salud entendida a través de indicadores negativos, indicadores de la enfermedad, pero debemos acercarnos de igual modo hacia los conceptos de la salud mental positiva, vista no como algo negativo o deficitario, como se hace desde el modelo médico hegemónico (la salud mental como ausencia de enfermedad o trastorno mental). Tal definición negativa podría ser útil, si acaso, para la prevención del trastorno mental, pero no para la promoción de la salud mental. (Sánchez 1991).

Son pocos aquellos que contribuyen a la salud con diversas concepciones en términos de salud mental positiva, como: Marie Jahoda (1958) Gordon Allport (1961) y Strupp y Hadley (1977), sin embargo, no hemos encontrado concepciones aplicadas a la salud ocupacional. De ahí que pensando en la salud laboral como un problema de salud pública propusimos (1989) que “la salud mental puede ser comprendida como el proceso dialéctico del comportamiento humano individual y colectivo dado como una práctica social particular que fundamenta y representa la capacidad de transformación de la realidad conforma a la conciencia que de ella se tenga (conciencia de clase en sí y para sí y el lugar que se ocupe en el proceso de

producción, reconociendo en todo esto la determinación socio-histórica ejercida a través del sistema socioeconómico de producción que se encuentre vigente”.

Esta concepción permite percibir en el ser humano una serie de "desarrollos" que su presencia o ausencia no indican ninguna psicopatología pero si una "calidad" de la salud mental en el individuo. Indicadores de esa calidad podrían ser la conciencia social, capacidad de transformar la realidad, la autoestima, el proyecto de vida, la creatividad, la grupalidad y redes sociales, la capacidad para dar y recibir afecto, etc

EL PROBLEMA DEL ESTUDIO DE LA SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

El trastorno mental ha sido reconocido y tratado en las distintas sociedades desde hace siglos, en el esplendor de las culturas griegas y romanas, estos fueron adjudicados a diferentes razones de fríos y calores y las combinaciones humorales; de los que se derivaban tratamientos de relajamiento, música, aguas termales, etc., que podrían coincidir con los centros de rehabilitación, de carácter humanístico, actuales (Pérez 1985).

Incluso, algunos médicos de esas épocas resaltaban ya el uso de la palabra como herramienta terapéutica “...un fragmento del Cármenes platónico (156 d-157 a), aquel en que Sócrates dice haber aprendido de un tracio, discípulo de Zamolxis, que las dolencias del cuerpo no pueden ser curadas sin tratar, ante todo y sobre todo el alma. << Pero el alma es curada con ciertos ensalmos>>” pero igualmente se perfilaban ya las corrientes más biologicistas que años después obtendrían la hegemonía para conservarla hasta nuestros días; entre ellos Celio Aureliano transcribe: “ jácense necia y vanamente quienes creen que la fuerza de la enfermedad puede ser expelida con melodías y cantos”

Sed Sorani indicio videntur hi mentis vanitate iactari, qui modulis et cantilena passionis robur excludi posse crediderunt. Caelius Aurelianus, De morbis acutis et chronicis, ed. J.Cr. Amman, Amstelodami, 1709.(Laing 1987). A diferencia de la medicina supersticiosa y popular, la medicina técnica o científica debe ser muta ars, arte sin palabras.

Llegado el oscurantismo en la cultura occidental estos conocimientos y sabiduría quedarán prohibidos y, durante la Edad Media el trastorno mental fue reconocido como un pecado o posesión diabólica, tratado por agentes religiosos,

representantes del poder político y social y apegado al uso y beneficio de la ideología dominante, es decir, al servicio del poder (Szasz 1972).

Posteriormente la “locura” vendría a ser vista como una enfermedad, primero tratando de recuperar el conocimiento de los clásicos y después, asociados con alguna alteración bioquímica subyacente asumida, tratable con medios médicos, originados principalmente con los trabajos de Kraepelin.

En el modelo médico, los trastornos mentales son enfermedades mentales con una etiología, curso y resultado determinados; son de origen orgánico, la enfermedad se deduce por los síntomas pero se reconoce que eliminando estos no se elimina la enfermedad misma; la cura se realiza a través de la intervención del especialista médico.

Este modelo ha sido ya centro de innumerables críticas, por un lado, se centra en los factores biológicos dejando lo psicológico y social en un plano secundario, de él se ha derivado un modelo de atención con un paciente en un rol totalmente pasivo y un médico de indudable superioridad jerárquica. De aquí se derivó “el gran encierro” que inicio con encadenando a los “pacientes”, pasando a la camisa de fuerza y hoy en día se manifiesta en el abuso de fármacos para mantener al enfermo tranquilo o el llamado “chaleco químico”.

La medicina era una ciencia social tanto en el sentido de una medicina popular que señala Comelles (1993) como en el sentido de atribuir la enfermedad a las condiciones sociales de vida y no a la “bacteria” y al individuo. La patología médica fija mediante el razonamiento inductivo modelos de enfermedad; la popular los describe como mosaicos de casos sin llegar a síntesis. En la salud mental la “síntesis” debe ser obtenida en un diagnóstico individualizado, orgánico, o en su defecto intrapsíquico, dejando a lo social y lo cultural siempre un papel secundario.

La excesiva importancia sobre el diagnóstico, ha la etiquetación, a favorecido la estigmatización del enfermo y ha convertido a los psiquiatras y psicólogos en agentes del control de la desviación social como lo hicieron los punzadores e inquisidores de la Edad Media. (Szasz 1972).

Szasz, ante lo inevitable que es reconocerle un contenido ideológico a cualquiera de las definiciones actuales de salud y enfermedad mental, propone una analogía con la Edad Media que hemos representado en el siguiente esquema:

EDAD MEDIA	ACTUALIDAD	
<i>CENTRO DE PODER:</i>	<i>IGLESIA</i>	<i>POLITICO ECONOMICO</i>
<i>PODER SOSTENIDO POR:</i>	<i>FE</i>	<i>CONTROL SOCIAL</i>
<i>DESVIACIONES:</i>	<i>HEREJES, BRUJOS</i>	<i>LOCOS, DESADAPTADOS</i>
<i>CONTROL:</i>	<i>INQUISICION</i>	<i>PSIQUIATRIA, PSICOLOGÍA.</i>

“La medicina mental, del mismo modo que la medicina orgánica, ha intentado primeramente descifrar la esencia de la enfermedad logrando un agrupamiento coherente de los signos que la hacen evidente. Se creó una sintomatología, creó también una nosografía” (Foucault 1991), si definir la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si se aísla y se reúnen los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, se estaría considerando la enfermedad mental u orgánica como una esencia natural manifestada en síntomas específicos.

Igualmente, al adoptar la organicidad, la salud mental adoptaría la obsesiva necesidad de la medición, de la cuantificación, no como un recurso, sino como un sistema, el “único” sistema para hacer un trabajo “científico” en lo que a salud se refiere, “Idealmente un sistema indicador válido de la salud y bienestar social debería de consistir en una serie relevante de mediciones fáciles de entender y obtener” (Holland 1982).

Las psicologías y psiquiatrías, se han debatido así entre la organicidad y lo intrapsíquico, dejando de lado o en un papel secundario, el importante componente social y cultural, y no es que lo social y lo cultural vaya al final de cuentas a determinar la salud y enfermedad mental, es que la salud y la enfermedad son también un elemento social y cultural, lo social y cultural son procesos y a la vez producto de la salud mental.

Algunos autores han llegado incluso a presentar analogías entre la personalidad y el sistema social (Cohen 1970), la personalidad es definida como el “modo de producción de vida” y está condicionada por los “medios de producción de vida” que el sujeto va alcanzando durante su desarrollo, como la capacidad para gatear, pararse, caminar, hablar, etc. y las “relaciones vitales” que va estableciendo y que se desarrollan desde un estado cohesivo, independiente, hasta llegar al

máximo nivel “socializado”. Lo más importante en las propuestas de Cohen es que finalmente, la personalidad no depende de sustancias orgánicas, ni de fuerzas intrapsíquicas opuestas en un inconsciente, ella depende básicamente de las condiciones materiales de vida, que inician desde las condiciones de nutrición y cultura de la madre. Así se desmitifica la salud y enfermedad mental y se le ubica en un contexto social determinado, que no solo juzga lo que ha de ser considerado desviación, sino que además es el encargado de la construcción del sujeto.¹⁸

Hasta ahora, hemos abordado la salud mental solo en términos negativos, es decir, la salud entendida a través de indicadores negativos, indicadores de la enfermedad, pero debemos acercarnos de igual modo hacia los conceptos de la salud mental positiva, vista como una meta u objetivo a perseguir, “algo hacia lo que se va o que se intenta conseguir y promocionar...” (Sánchez 1991)

Pero aún sobre todas estas críticas, no se puede dejar de reconocer la existencia del trastorno mental y el sufrimiento psíquico como un hecho empírico; es por ello tal vez que se han intentado tantos modelos y conceptos alrededor del tema. Sánchez (1991) agrupa los modelos en cinco clases, de acuerdo con sus concepciones básicas de salud mental:

1) Ausencia de enfermedad: Es un concepto negativo de salud que se corresponde con el modelo médico, la persona saludable en este modelo es la no tratada u hospitalizada, aquella que no presenta síntomas de enfermedad o bien que sus síntomas no son tan intensos como para obstaculizar un nivel razonable de funcionamiento social.

2) Normalidad estadística: La normalidad estadística se caracteriza por ser descriptiva y objetivamente determinable tomando como referencia lo que las cosas son. La salud mental en este enfoque viene a coincidir con el promedio estadístico del atributo estudiado, basados en la suposición de que éste se distribuye según la curva normal. La patología vendría a ser la desviación del valor promedio, sin embargo, todo valor promedio tiene desviación hacia arriba y hacia abajo y no queda resuelto cuál habrá de ser considerado patología y cuál no.

“Durkheim pensaba explicarla mediante una concepción evolucionista y estadística a la vez: en una sociedad, se considerarían patológicos los fenómenos

¹⁸Quiero aquí dar a la palabra “sujeto” la doble implicación que Braunstein le ha señalado, sujeto como ser social al que hacemos referencia, pero a la vez sujeto, por unas condiciones y entorno sociales, que si bien no son absolutas, si juegan un papel determinante en la salud y enfermedad mental de las personas

que al alejarse de la media, señalan las etapas superadas de una evolución anterior, o anuncian las fases próximas de un acontecimiento que se prepara apenas "Si convenimos en llamar tipo medio al ser esquemático que se constituiría reuniendo en un mismo todo, en una especie de universalidad abstracta, los caracteres más frecuentes de la especie..., podemos decir que todo alejamiento de este exponente de la salud es un fenómeno patológico", y completa este punto de vista estadístico agregando: "Un hecho social no puede ser llamado normal por una sociedad determinada más que en relación a una fase igualmente determinada de su desarrollo" (Regla del método sociológico)"(Foucault 1986), sin embargo, hoy día es difícil defender una delimitación estadística para lo normal = salud y desviación = enfermedad.

“Según Ruth Benedict, cada cultura elige algunas de las virtualidades que forman la constelación antropológica del hombre una cultura, como por ejemplo la de los Kwakiutl, elige la exaltación del yo individual, mientras que la de los Zuñilo excluye totalmente, la agresión es una conducta privilegiada en los Dobus, y reprimida entre los pueblos. Entonces, cada cultura se hace una imagen de la enfermedad, cuyo perfil se dibuja gracias al conjunto de las virtualidades antropológicas que ella desprecia o reprime (...) La concepción de Durkheim, se manifiesta en ella: para Durkheim es la virtualidad estadística de un alejamiento de la media; para Benedict, es la virtualidad antropológica de la esencia humana; en los dos análisis, la enfermedad está ubicada entre las virtualidades que sirven de margen a la realidad cultural de un grupo social”(Foucault 1991)

Durkheim y los psicólogos americanos han hecho de la desviación y del alejamiento de la media, la naturaleza misma de la enfermedad por efecto de una ilusión cultural que les es común. Los análisis de nuestros psicólogos y de nuestros sociólogos, que hacen del enfermo un desviado y que buscan el origen de lo morboso en lo anormal son , ante todo, una proyección de temas culturales.

3) Normalidad Social: La normalidad social tiene una función predictiva, depende de valores y normas sociales que hacen referencia a donde se establece la desviación. En este modelo se identifica la salud mental con la aceptación de las normas y valores sociales, se confunde la salud con la conformidad social y adjudica al profesional de la salud mental un papel claro de agente de control social.

4) Salud como Proceso: Aquí la salud mental no es entendida como algo estático, no es un estado sino un desarrollo evolutivo en relación interactiva con su entorno. La salud es aquí el resultado, no del individuo mismo, sino de su interacción con el campo total de fuerzas y relaciones en que se mueve.

5) Ideal positivo o utópico: En esta perspectiva la salud mental cubre todo aquello que va desde un polo constituido por la ausencia del trastorno hasta el otro polo, ideal como tal, pero perseguible como objetivo, que corresponde al funcionamiento óptimo de la persona.

En el terreno de la salud mental como tal, las aportaciones no son muy numerosas, pues como ya hemos dicho el discurso médico hegemónico basado en la enfermedad ocupa la mayoría del espacio de los trabajos teóricos y/o de investigación y es que ante la dificultad y la ambigüedad de la definición de salud se evita haciendo referencia a ella en términos contextuales directos y/o haciendo uso de la definición más extendida, la proporcionada por la OMS en 1946, escondiéndose, protegiéndose así, tras el prestigio de una organización.

Unos pocos autores se aventuran a defender el concepto de la salud mental positiva, aunque sus aportaciones han sido criticadas ya que “la mayoría de las definiciones ponen en el mismo nivel las características físicas y psicológicas del individuo, que son atributos personales de salud, al mismo nivel que las condiciones sociales de un grupo” y que en su “afán por no olvidar ningún elemento que incida en la definición de la salud obliga, en la práctica, a acotar la definición a unos pocos atributos que correspondan a los individuos y distinguirla claramente de sus determinantes ambientales o sociales”.(Condom, 1995).

Pero de aquellos que contribuyen a la salud con diversas concepciones en términos de salud mental positiva examinaremos a Marie Jahoda (1958) Gordon Allport (1961) y Strupp y Hadley (1977).

Marie Jahoda realiza su libro por encargo de la Joint Commission on Mental Illness and Health norteamericana en 1955 y es quizá la primer obra completa sobre el tema de la salud mental. Al igual que en otros autores, en su trabajo destaca el señalamiento de criterios o características propias de la salud mental en los individuos; en su caso, señala i) Actitudes positivas hacia sí mismo como la autoaceptación y confianza en sí mismo, ii) Crecimiento, desarrollo y actualización de sí mismo, iii) Integración del sí mismo o la personalidad, iv) Autonomía o autodeterminación, como proceso y como resultado comportamental,

v) Percepción correcta de la realidad, lo cual incluye tanto la percepción razonablemente objetiva del entorno, como la empatía y sensibilidad social; y vi) Dominio y control (razonablemente posible) del entorno, como proceso y como resultado de ese proceso.

Es importante resaltar que Jahoda reconoce que no existe ningún concepto comprensivo totalmente aceptable de salud o enfermedad mental y que las normas y estándares de comportamiento saludable varían con el lugar, tiempo, cultura y expectativas del grupo social. Marie Jahoda sienta las bases para lo que otros autores presentarían posteriormente, aún sin poder saber si estos autores conocieron o no la obra de Jahoda.

El concepto de Allport (1961) sobre la “personalidad madura”, que para nuestros fines podremos entender como personalidad saludable, es un reflejo fiel del pensamiento de la psicología humanística, y puede ser resumida en las seis cualidades básicas que le atribuye:

1. Extensión del sentido de sí mismo a la participación en acciones humanas que rebasan el mero interés personal.
2. Mantener relaciones cálidas o afectuosas con otras personas, incluida la intimidad, respeto y compasión.
3. Seguridad emocional y autovaloración.
4. Percepción realista; destreza y capacidad de realización de tareas con involucración personal y conducta focalizada.
5. Capacidad para autopercebirse objetivamente, (insight).
6. Una filosofía vital coherente de ideas y creencias que den un sentido de dirección a la vida.

El modelo de Strupp y Hadley proviene de la psicoterapia a la que aplican tres componentes claves para su propuesta; comportamiento social, bienestar subjetivo, y estructuración de la personalidad. El primer componente está compuesto por la capacidad de funcionamiento, de asumir responsabilidades por los roles sociales asignados y cumplir los requisitos de la vida cotidiana, pero se reconoce que son las estructuras formales e informales de la sociedad las interesadas en que esto se cumpla, y que lo bueno para la sociedad puede no serlo en absoluto para el segundo componente; el individuo afectado. Este segundo concepto está dado por el estado emocional interior propio de cada persona, en el que intervienen la autopercepción, la autoestima, la ansiedad, etc.. La

estructuración de la personalidad pretende sostener un criterio profesional “objetivo” que caracteriza la capacidad de crecimiento, desarrollo, integración , poseer una orientación realista, capacidad de adaptación al entorno y otras ideas similares a las de Allport. Para Strupp y Hadley una buena concurrencia entre estos tres elementos mostraría una valoración muy elevada de la salud mental.

En México, la visión de la salud, enfermedad o grado de bienestar físico y mental de poblaciones humanas ha experimentado una sacudida muy sana (entre los investigadores del tema) en las últimas décadas con el reconocimiento de sus múltiples determinantes sociales, políticas y culturales. Investigadores de diversas disciplinas de las ciencias sociales (particularmente la antropología, demografía, sociología y ciencias políticas) han “invadido” el terreno de los profesionales de la salud, “esta invasión del terreno de la salud por científicos sociales ha sido particularmente fuerte y elocuente (aunque no exclusiva) en el terreno de la salud reproductiva.(Mummert, 1998) y es que si bien es cierto, como lo señala Mummert, que el complejo tema de la sexualidad y la reproducción humana está rodeado de fuertes cargas morales y emotivas entre las diversas capas de la sociedad mexicana, es cierto también que las condiciones demográficas y económicas determinan en México un fuerte interés por los problemas de salud característicos de los países no desarrollados, tales como los problemas reproductivos y las llamadas enfermedades de la pobreza (especialmente las infecciosas agudas), dejando poco espacio para la investigación e intervención anticipada a problemas que, como la vejez, serán muy graves en unas décadas más.

“Las nuevas miradas sobre la salud desde las ciencias sociales -además de aportar nuevos conocimientos empíricos- han dado lugar también a importantes innovaciones metodológicas al estudio de la salud en México. Se ha requerido de herramientas poco usuales en el terreno de la salud, incluso de estrategias investigativas detectivescas: la reconstrucción de redes sociales, conversaciones informales con usuarios de instituciones médicas o de productos médicos, discusiones colectivas en grupos focales, etnografías de espacios laborales, institucionales y familiares, recopilación de historias de vida. etc.” (Mummert, 1998).

Instituciones como El Colegio de México han realizado esfuerzos pioneros en este sentido desde 1993, “testimonios del difícil camino -individual y colectivo-

hacia la práctica y la legitimidad de la investigación cualitativa se encuentran en diversas publicaciones impulsadas por este grupo (Szasz y Lerner, 1996).

Partiendo del común denominador de un compromiso social de realizar investigación cuyos resultados contribuyan a mejorar el nivel y la calidad de vida de la población mexicana. Los investigadores mexicanos cercanos a los métodos cualitativos debaten ahora también las cuestiones éticas; al privilegiar el estudio interpretativo de la subjetividad de los individuos, entrando a la intimidad del estudiado, ¿Cómo conciliar las exigencias del trabajo académico con la necesidad de salvaguardar el anonimato de los participantes en el estudio y evitarles cualquier perjuicio?, sin poder ofrecer recetas a este punto, es definitivo que el enterar al grupo estudiado de los acontecimientos cotidianos que se van dando con la información recabada, concibiendo un continuum de reciprocidad con el grupo en cuestión, será un buen camino para encontrar las respuestas.

DEL ABORDAJE DEL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD Y LA SALUD MENTAL COMO UN PROBLEMA DE SALUD OCUPACIONAL.

Los trabajos actuales sobre este tema, pueden clasificarse en tres grandes grupos; el primero; conformado por un gran número de estudios epidemiológicos y clínicos que caracterizan los trastornos psicopatológicos más frecuentes relacionados con aspectos laborales; el segundo, por estudios de otro tipo de trastornos que no son calificados por el DSM IV pero constituyen un daño psicológico importante al trabajador (estrés laboral, Síndrome de Quemarse, Mobbin), y el tercero, que presenta escasos estudios, agruparía indicadores de salud mental positiva, aún cuando no se presenten bajo este concepto y aparezcan más frecuentemente como “factores protectores”. (autoestima, locus de control, redes sociales)

Los trastornos psicopatológicos que se relacionan más con las condiciones de trabajo responden a diferentes percepciones del trabajo mismo y del concepto de salud, entre las hegemónicas, encontramos las de psicopatología clásica, pero tenemos también aportaciones sobre una perspectiva más global y más crítica de la experiencia laboral y sus repercusiones en la salud (Laurell 1984, 1989; Dejours, 1990, Brehil, 1994), algunos estudios han buscado incluso la relación de psicopatologías clásicas como la Depresión y Síndrome del Quemado; Baba W. y

colaboradores (1999), mostraron la depresión relacionada con el trabajo en un grupo de 119 enfermeras trabajando en hospitales grandes localizados en San Vicente y Trinidad y Tobago, los autores concluyen que aspectos como el conflicto de rol, sobrecarga de rol y el soporte social, son predictores del Síndrome del Quemado; y este Síndrome es un funcional predictor de depresión.

El segundo tipo de estudios, tienden básicamente a interesarse por una serie de Síndromes que se han desarrollado muy recientemente en la teoría de la salud ocupacional y como consecuencia de un proceso de trabajo que ha disminuido la sobre explotación física gracias al maquinismo y la tecnología, pero ha incrementado la carga psíquica del trabajo a través de la parcialización de la tarea, el establecimiento de ritmos predeterminados, el trabajo en línea, las nuevas formas precarias de contratación y remuneración basadas en productividad. Una de las líneas de trabajo más frecuentes en este tipo de estudios es el abordaje del estrés; este ha sido estudiado como “causa” de múltiples enfermedades laborales (Karasek, 1981), como consecuencia (daño) del nivel de exigencias y los factores psicossociales del trabajo y la pobre adecuación de los recursos y capacidades del trabajador (Karasek, 1990; Di Martino, 1992; Cortés 1999).

En este mismo tipo de estudios debemos incluir dos síndromes más recientemente descritos; el Burnout, generalmente traducido como “Síndrome del Quemado” y el Mobbing o Acoso Moral en el trabajo. Sobre el primero podemos señalar que el concepto “burnout” fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974) y después desarrollado por Gil Monte y Peiró (1997), entre otros, para hacer referencia al desgaste de aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (sanidad, educación, funcionarios, etc.), sin embargo, estudios más recientes han encontrado este síndrome en personal que se encuentra expuesto a trabajo monótono (Mireles, 2003), algunos estudios han dedicado espacio a estructurar las diferencias entre este Síndrome y a depresión, Farber (1985), señaló que la depresión se acompaña de culpa, pero el Síndrome de Quemado se acompaña de ira, enfado. Por su parte, Leiter y Durup (1994) ven el Síndrome del Quemado como un constructo social que surge consecuentemente de las relaciones interpersonales y organizacionales, mientras que la depresión es un conjunto de cogniciones y emociones que tiene consecuencias sobre esas relaciones interpersonales.

En cuanto al mobbing, la palabra procede de un estudio de Konrad Lorenz en el que se describió el mobbing como el ataque de una coalición de miembros débiles de una misma especie contra otro individuo más fuerte que ellos (Piñuel, 2001), y se trata de un problema reconocido como un serio problema a nivel mundial por la propia Organización Mundial de la Salud (Grazia, 2003).

Desarrollado posteriormente por Heinz Leymann (1993) en el ámbito laboral, el mobbing señala el continuo y deliberado maltrato verbal que recibe un trabajador por parte de otro u otros, que se comportan con él cruelmente con vistas a lograr su aniquilación o destrucción psicológica y a obtener su salida de la organización a través de diferentes procedimientos. Sin embargo, no describiremos más estos puntos por contar con capítulos en esta obra dedicados especialmente al desarrollo del tema.

El tercer grupo de estudios está constituido por los indicadores propios del concepto de Salud Mental Positiva, que hemos presentado en páginas anteriores, y que permite visualizar en el ser humano una serie de "desarrollos" que su presencia o ausencia no indican ninguna psicopatología pero sí una "calidad" de la salud mental en el individuo.

Indicadores de esa calidad podrían ser la conciencia social, capacidad de transformar la realidad, proyecto de vida, creatividad, grupalidad - que puede manifestarse en las Redes Sociales de Apoyo- (ver capítulo al respecto en esta misma obra), etc.

De estos indicadores podemos encontrar algunas aproximaciones en estudios como los realizados por Brockner (1983, 1988) quien formuló la hipótesis de que las personas con baja autoestima suelen ser más vulnerables a los eventos del entorno que las que tienen un nivel elevado de autoestima. Ganster y Schaubroek (1991) plantearon la posibilidad de que la función moderadora de la autoestima sobre los efectos de los estresores obedezca a la falta de confianza que las personas con bajo nivel de autoestima experimentan en su capacidad para influir en su entorno social.

Existe muy frecuentemente el error de abordar la autoestima como un factor individual, y a veces hasta intrapsíquico, pero el abordaje más acertado para los profesionales de la salud laboral es aquel que ve la autoestima como un factor fuertemente ligado a los procesos organizacionales del trabajo. Brockner (1988)

formuló una serie de métodos para que las organizaciones puedan fomentar la autoestima de su personal.

De hecho “los sistemas de supervisión de las empresas constituyen uno de los campos con mayores perspectivas de mejora. En efecto, el ofrecimiento de una retroinformación en la evaluación del rendimiento centrada más en los comportamientos que en las peculiaridades, el suministro de información descriptiva con resúmenes valorativos y la elaboración en un marco participativo de planes de mejora continua son sistemas menos propensos a repercutir negativamente en la autoestima de los trabajadores y pueden, incluso, reforzar ésta en algunos de ellos, que pueden así descubrir nuevos cauces para mejorar su rendimiento” (OIT, 1998: 34.52).

La expresión “locus de control” (locus of control, LOC) designa un rasgo de la personalidad que refleja la creencia general de que las experiencias vitales están regidas, bien por los actos propios (locus de control interno), bien por influencias externas (locus de control externo). Las personas que tienen un locus de control interno se consideran capaces de controlar los hechos y circunstancias de la vida, incluidos los refuerzos asociados, esto es, los resultados que se perciben como recompensas de los propios comportamientos y actitudes. Por el contrario, las que tienen un locus de control externo creen que ejercen escaso control sobre los hechos y circunstancias vitales y atribuyen los refuerzos a poderosos factores extrínsecos o a la suerte (OIT, 1998: 34.52 – 34.53).

Las investigaciones científicas en este tema, tienden a coincidir en la existencia de una asociación entre el locus de control externo y la mala salud física y mental (Ganster y Fusilier 1989), y la idea de que aquellos con un locus de control externo tienden a mostrar un mayor agotamiento psíquico, insatisfacción en el trabajo, estrés, y niveles inferiores de autoestima (Kasl 1989). Otros estudios han asociado el locus de control con la tendencia a adoptar determinadas maniobras defensivas y a mostrar propensión a los comportamientos de la personalidad Tipo A (Hurrell y Murphy 1992).

Mucho tiene que ver la forma como se concibe el trabajo para no pensar en aspectos de salud mental positiva en el ámbito de la salud ocupacional, ya que el mismo –trabajo- se plantea como una carga, esfuerzo, desgaste, gasto de energía, o una necesidad lo que refiere a considerar los factores negativos “riesgo” “enfermedad” “estrés laboral” “desviación” etc, términos que caracterizan una

visión “medicalizada” del proceso denominado “trabajo”. Dar un giro a la forma contraria, representa un esfuerzo colectivo y cultural, un cambio de paradigma en todas las esferas del conocimiento, un cambio en patrones culturales en donde visualicemos la parte positiva del trabajo y de la vida misma.

Sin embargo, como puede observarse, elementos como las autoestima, redes sociales de apoyo, Locus de Control, etc., se abordan como factores protectores de la salud del trabajador, ya sea como protección al estrés de manera directa o como modulador de los efectos de los estresores en la salud del individuo, pero no se abordan en su dimensión de “indicadores positivos”, es quizá prematuro pensar que los ambientes de trabajo lleguen a preocuparse de la “salud”, cuando aún no han resuelto los problemas más elementales de daño y enfermedad mental y física en los trabajadores, pero es tarea de los investigadores y especialistas señalar el rumbo futuro para el completo bienestar del trabajador.

BIBLIOGRAFIA

Baba W., Galpering BL., Lituchy TR., Department of Management, Conconci University, Montreal, QC, Canada. Department of Occupational Mental Health Nurses, 1999.

Breilh, J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación, Serie epidemiológica crítica número 3; primera edición. Ecuador, Editorial CEAS; 1994

Brockner, J. Low self-esteem and behavioral plasticity: some implications. En: L Wheeler y PR Shaver, directores, Review Personality and Social Psychology. Beverly Hills, California, Sage; 1983.

Brockner, J. Self-Esteem At Work. Lexington, Massachussets, Health; 1988

Cortés, I., Artazcoz, L., Moncada, S., Molinero, E., Sánchez, A. “Utilización de factores de riesgo psicosocial”. Gac Sanit 1999; 13: (2) 103.

Dejours, C. Trabajo y desgaste mental; una contribución a la psicopatología del trabajo. Buenos Aires, Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires–CREDAL–HVMANITAS; 1990.

Di Martino, V., Karasek, R., “Preventing stress at work”. Conditions of work digest. 1992; 2: (11) 275

Farber, B.A. (ed), Stress and burnout in the human services professions, 2ª edición, New York: Pergamon Press, pag. 97 - 118, 1985

Freudenberg, H.J. “Staff burn-out”. Journal of Social Issues, 1974, 30: (1), 159–165

Ganster, D.C., Fusilier, M.R. 1989. “Control in the workplace”. En: Cary Cooper e Ivan T. Robertson, directores, International Review of Industrial and Organizational Psychology. Chichester, United Kingdom, John Wiley & Sons; 1989

Ganster, D.C., Schaubroeck, J. "Role stress and worker health: an extension of the plasticity hypothesis of self-esteem". *Journal of Social Behavior and Personality*, 1991, 6: (7) 349–360

Gil Monte, P. y Peiró, J. M.; *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid, Síntesis; 1997.

Grazia Cassitto M., Fattorini E., Gilioli R., Rengo, Ch. *Raising awareness of Psychological Harassment at Work, Protecting Workers' Health Series No. 4*, Geneva, World Health Organization; 2003.

Hurrell, JJ Jr, LR Murphy. Locus of control, job demands, worker health. En: Cary Cooper y Roy Payne, directores. *Individual Differences, Personality, Stress*. Chichester, United Kingdom, John Wiley & Sons; 1992.

Karasek, R., Theorell, T. *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books; 1990.

Kasasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., Theorell, T. "Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men". *American Journal of Public Health*, 1981; 71: 694 – 705

Kasl, SV. 1989. An epidemiological perspective on the role of control in health. En: Steven Sauter, Joseph Hurrell Jr y Cary Cooper, directores. *Job Control and Worker Health*. Chichester, United Kingdom, John Wiley & Sons; 1989.

Laurell, A.C., "Ciencia y Experiencia Obrera: La Lucha por la Salud en Italia". *Cuadernos Políticos*. 1984, 41: 63 – 83

Laurell, A.C., Noriega, M. *La Salud en la Fábrica*. México, D.F., Era; 1989.

Leiter, M.P. y Durup, J. "The discriminant validity of burnout and depression: A confirmatory factor analytic study". *Anxiety, Stress and Coping*, 1994, 7: 357-373

Leymann H. *Mobbing, Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Reinbeck bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch; 1993.

Mireles, A.B.; Pando, M.; Aranda, C. "Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en una empresa de la rama textil en Guadalajara", *Investigación en Salud*, 2002 2: (4), 104-110

Sauter, S., Murphy, L., Hurrell, J., Levi, L. Factores Psicosociales y de Organización. En: Jeanne Pager Stellamn, directora y editora. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Ginebra, OIT; 1998

Piñuel, I. *Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo*. Santander, Sal Térrea; 2001.

Szasz, I. y Lerner, S. *Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad (para comprender la subjetividad)*. México, El Colegio de México; 1996.

CLIMA ORGANIZACIONAL

**Juan Manuel Glez de Mendoza, Ricardo Cruz, Sergio Adalberto Franco
Chávez**

Al abordar el tema de Clima organizacional, es conveniente precisar el propósito del presente Capítulo. Se considera pertinente generar un producto entendible e influyente que pueda coadyuvar al fortalecimiento de organizaciones productivas, a fin de que puedan ser dignas fuentes de trabajo que incluyan la preocupación por la salud ocupacional de quienes ahí laboran.

De esta manera, una primera inquietud es la de entender las posibles necesidades de los potenciales lectores, quienes podrán influir en las organizaciones. Para ellos, el tema debe tener aplicaciones prácticas como miembros de equipos multi e interdisciplinarios de profesionales de la Salud Ocupacional, y también ofrecerles alternativas para intervenir a favor de la salud de los trabajadores. Por supuesto, gente dada a un actuar fundamentado¹⁹.

Por ello, se pretende reconceptualizar y definir lo que se considera como Clima Organizacional (CO). Además, se deberán identificar los elementos que intervienen en él, y se tendrá que discernir cómo impacta en el desempeño y la productividad de las organizaciones y del trabajador en particular.

En el ámbito de la Salud Ocupacional aún existen aspectos que al parecer no han sido lo suficientemente explorados o dilucidados; mismos que van más allá de los factores de riesgo tradicionalmente estudiados, entre los que destacan los físicos, químicos, biológicos y ergonómicos. Tal hecho puede explicarse por la preponderante y hegemónica tendencia biologicista de la práctica médica actual, en la que se omite un abordaje integral de la salud de las personas.

Así, los factores psicosociales han sido pasados por alto, a pesar de que asumen una importante connotación en la salud laboral, ya que los mecanismos con que el trabajador afronta y confronta las exigencias propias del medio ambiente

¹⁹ Ya Kurt Lewin (1951), padre de la Psicología Social y Organizacional, y quien en sus premisas planteó la necesidad de estudiar lo que hoy se conoce como Clima Organizacional al afirmar que el comportamiento es un producto de los individuos que actúan en un contexto, y que la conducta es una función de la persona y del ambiente, dijo que "No hay nada más práctico que una teoría bien fundamentada y correctamente aplicada".

ocupacional, en sus distintos niveles: Organizacional, grupal e individual, impactan su salud mental, y consecuentemente su desempeño y satisfacción laboral.

Para sistematizar el conocimiento en torno al tema, se comienza por decir que el Clima Organizacional es un apartado estudiado desde el Desarrollo Organizacional como disciplina fundamental, y preponderantemente desde el enfoque de la Psicología de las Organizaciones.

LOS ORÍGENES DEL CLIMA ORGANIZACIONAL ESTÁN EN EL DESARROLLO ORGANIZACIONAL

El Desarrollo Organizacional es una mezcla de ciencia y artesanía. Es a la vez un área de acción social y un área de investigación científica. Trata de las personas y las organizaciones, de las personas en las organizaciones, y de cómo funcionan. El DO se interesa en el cambio planificado; en lograr que los individuos, los equipos y las organizaciones funcionen mejor. La facilitación de los procesos de cambio implica al sentido común; un trabajo arduo aplicado con diligencia a lo largo del tiempo; un enfoque sistemático orientado a metas, y conocimiento acerca de la dinámica de la persona, los grupos y la organización, del comportamiento de las personas y de los mismos procesos de cambio. Se pone en práctica mediante intervenciones, aún diagnósticas, y en actividades que abordan las condiciones problemáticas específicas.

El conocimiento válido se deriva de ciencias del comportamiento como la Psicología, la Psicología social, la Psicología Organizacional, la Sociología, la Antropología, y de enfoques teóricos como la Teoría de los Sistemas, del Comportamiento Organizacional, la Teoría de la Organización y la Práctica de la Administración. Al reunir todo esto, el Desarrollo Organizacional ofrece una prescripción para mejorar el ajuste entre el individuo y la organización, entre ésta y su ambiente, y entre los componentes de la organización.

De esta manera, la Teoría de los Sistemas ha marcado una redefinición del DO actual²⁰. Con ella, queda clara la mutua influencia de los subsistemas que componen una organización, al considerarla como un todo.

20 Los inicios del DO están marcados por trabajos particulares dirigidos a procesos de cambio en aspectos muy puntuales; pero como puede verse en la primera colección de seis libros de DO, publicados por el Fondo Educativo Interamericano, S.A., México, 1969, en los que

En el Desarrollo Organizacional, los vertiginosos cambios que a diario suceden en el entorno económico, político, científico, tecnológico, jurídico, de la información, de las comunicaciones, etc. se consideran como el factor determinante para la adaptación de toda organización. Es decir, los factores externos influyen necesariamente en la organización, ya que establecen relaciones de las que no se puede escindir, y originan un proceso de cambio del sistema organizacional que quiera subsistir.

Por ello, también el enfoque se orienta paralelamente a las personas y a las organizaciones, y en lograr que consigan sus finalidades. La orientación se centra en el resultado de la acción –en alcanzar los objetivos deseados-, como consecuencia de actividades planeadas. El camino son los procesos humanos y sociales, el lado humano de las organizaciones. El escenario son las organizaciones reales, en el mundo real, y las personas y grupos que las componen.

La riqueza de toda organización está en su capital humano. Sin él no hay organización o razón de ser de la misma. Así, pues, la persona es su esencia. Para atender al individuo y a los grupos que se van configurando, el Desarrollo Organizacional tiene que fundarse en las bases que aporta la Psicología, particularmente la Psicología de las Organizaciones.

Integrar los cambios externos en lo interno de la organización marca la diferencia fundamental y vital entre una organización sana y una enferma. Serán los productos de esta integración los que nos permitan la mejor adaptación a las cambiantes demandas sociales y culturales. Por tanto, debe existir concordancia entre las demandas externas e internas a la misma.

Se puede sintetizar lo anterior, al decir que el Desarrollo Organizacional es un proceso de cambio sistemático y planificado, en el cual se introducen los principios y las prácticas de las ciencias del comportamiento y de la organización, con la meta de incrementar la efectividad individual y de la organización, y de asegurar su subsistencia y crecimiento.

Bennis Warren, Beckhard Richard, Blake Robert y Mouton Jane, Schein Edgard, Walton Richard, Lawrence Paul y Lorsch Jay, se replantean esta disciplina, su é hacer y metodología, y en los que se inicia la transición hacia una postura sistémica. Los consultores, investigadores y autores actuales del DO acuden a la concepción de totalidad de una organización qué hacer y metodología, y en los que se inicia la transición hacia una postura sistémica. Los consultores, investigadores y autores actuales del DO acuden a la concepción de totalidad de una organización.

El Desarrollo Organizacional, como una estrategia singular para mejora de la organización, surgió a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta. Originalmente basado en los descubrimientos de la dinámica de grupo y en la teoría y la práctica relacionadas con el cambio planificado. Ha evolucionado hasta convertirse en una disciplina integrada, de búsqueda y consolidación de teorías y prácticas capaces de ayudar a resolver los problemas importantes a los que se enfrenta el lado humano de las organizaciones²¹.

El DO actual enfatiza que una visión claramente definida permite la adecuada integración del personal, y que la mejor cultura organizacional será aquella capaz de socializar la visión de la empresa entre cada uno de sus miembros²². El personal debe comprender y adoptar el propósito de la Dirección, pues en él descansa la responsabilidad operativa. Redefinir la visión de la empresa implica valorar, en el futuro, cada uno de los componentes que le dan sentido: estrategias, tecnología, procesos, estructura, información, seguridad, calidad de servicios, y, sobre todo, las necesidades y expectativas de los clientes y de su personal.

Los miembros de una organización y la propia organización deberán adaptarse a los cambios (exigencias) que permanentemente suceden en el exterior, sin olvidar las propias necesidades (pertenencia, autoreconocimiento y autorrealización), que a su vez deberán estar en concordancia con los propósitos de la organización, determinados por la dirección a fin de conducir los esfuerzos de todos en un mismo sentido, y como producto de la visión compartida.

El proceso de cambio opera en forma bidireccional (interior-exterior); a manera de simbiosis, un factor influye o determina al otro, y viceversa. En una concepción sistémica en la que se rompe con la linealidad del esquema causa y

21 No es el propósito de este capítulo el hacer una historia del DO; en caso de que el lector se interese por esta reconstrucción tendrá que consultar obras como la antología No es el propósito de este capítulo el hacer una historia del DO; en caso de que el lector se interese por esta reconstrucción tendrá que consultar obras como la antología de asuntos y autores propuesta por Margulies Newton y Anthony Raia, (1972), Desarrollo Organizacional, Valores, Proceso y Tecnología, Editorial Diana, 1974, y que en 1993 llevaba 9 reimpressiones.

22 La visión compartida la recoge el DO actual de Bennis Warren, (1989), ¿Cómo llegar a ser un Líder?, Editorial Norma, Bogotá, 1990, y subrayada como una de las cinco disciplinas centrales propuestas por Peter Senge, (1990), La Quinta Disciplina, Ediciones Juan Garnica, S.A., Barcelona, 1992.

efecto, y en la que surgen elementos de causalidad circular dialéctica, es donde esta mutua influencia puede ser explicada. En esa riqueza de interacciones se da la exigencia implícita de transformaciones, donde la supervivencia de la persona y de la organización será el resultado de su mejor adaptación²³.

No es extraño que una disciplina con las pretensiones del Desarrollo Organizacional intente clarificar el cambio personal como efecto y también como sujeto del cambio organizacional, y a la organización como producto de estas interacciones transformadoras que se dan con el medio interno y el externo. Así, pues, los Deoístas y los Psicólogos Organizacionales comenzaron a valorar el sentir general del proceso de cambio en las personas que componen una organización. Inicialmente como parte o como eje del proceso de diagnóstico que, siendo ya una intervención organizacional, resultaba conveniente para medir un punto de partida; después como una forma de evaluar el efecto de los cambios pretendidos.

APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Ante la diversidad de enfoques para tratar de conocer las situaciones humanas y su relación con la organización y sus resultados²⁴, en muchos casos se fundamentaron y estructuraron encuestas de actitudes, estudios del medio laboral,

23 Conviene al respecto ampliar la concepción de sistemas organizacionales. Es recomendable la lectura de McCaughan Nano y Palmer Barry, *Pensamiento Sistémico Para Gerentes Comprometidos*, Panorama Editorial, S.A. de C.V., México, 2003.

24 Hay innumerables antecedentes a los estudios de Clima Organizacional. Resulta conveniente recordar la metateoría de Likert (1961 *New Patterns for Management*, McGraw-Hill, New York, sobre gerencia y funcionamiento organizacional, y las aportaciones del autor para la medición de las actitudes. Las revisiones más importantes son de 1972, *Encuesta de organizaciones o SOO (Survey of Organizations the Taylor y Bowers)*, y en 1974 y 1980, el perfil de la encuesta de la organozacion *OSP (Organozation Survey Profile)*, Rensis Liker Associates, Ann Arbor, Michigan.

del ambiente laboral, del ambiente de trabajo²⁵, del ambiente organizacional²⁶, medición de cultura en la organización²⁷ y de la moral del trabajador, de la ecología del trabajo, y aún de la motivación propiamente dicha, y otros instrumentos que pretendían medir las disposiciones del personal y la relación de las actitudes y el desempeño. Entre algunos Deoístas se comenzó a utilizar la expresión ambiente organizacional, y, entonces, surgió la expresión Clima Organizacional²⁸. También dentro del ámbito de la Psicología Organizacional, el concepto CO es utilizado con cierta selectividad, y su aceptación se da en algunos investigadores cuando quieren subrayar la influencia del ambiente de trabajo sobre la conducta de sus miembros. Se ha equiparado el concepto de Clima Organizacional al de satisfacción. Este último hace referencia al estado afectivo de agrado que una persona experimenta acerca de su realidad laboral. Representa un componente emocional de la conducta del trabajador. La satisfacción o insatisfacción surge de la comparación o juicio entre lo que una persona desea y lo que puede obtener.

La consecuencia de esta evaluación genera un sentimiento positivo o de satisfacción; o, por el contrario, un sentimiento negativo o de insatisfacción, según el trabajador encuentre en su trabajo condiciones que desea (o ausencia de realidades indeseadas) o discrepancias entre lo deseado y lo obtenido. Por ello, se afirma que son conceptos paralelos²⁹, debido a que el Clima Organizacional afecta

25 Halpin, A. W. y Croft, D. B., (1962), *The Organizational Climate of Schools*, St Louis: Washington University Pres, utilizan la expresión de Factores Ambientales y tratan de medir la valoración y los sentimientos del personal.

26 Likert Resnsis y Likert Gibson Jane, (1967), *The human Organizations*, McGraw-Hill, New York, utilizan an. la expresión de Ambiente Organizacional, y así lo toman otros como Hodgetts Richard M, (1981), *Comportamiento en las Organizaciones*, McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V., México, 1989.

27 Katz y Kahn, (1966), *Psicología de las Organizaciones*, Editorial Trillas, México, 1977, afirman que toda organización crea su propio clima o cultura, y que el clima o cultura del sistema refleja las normas y los valores del sistema formal y la manera en que los reinterpreta el sistema informal. El clima o cultura del sistema, dicen, refleja las normas y los valores del sistema formal y la manera en que los reinterpreta el sistema informal. También refleja la historia, los tipos de gente, sus propios procesos laborales, la planta física, las formas de comunicación y cómo se ejerce la autoridad. (Compárese con lo que menciona Denilson (1982), y que se sintetiza en la nota # 14).

28 La referencia explícita más antigua a esta expresión que hemos encontrado, está en Meyer (1967), citado por Frederick Glen, la psicología social de las organizaciones, editorial CECSA, 1985 de quien se dice que lo utiliza como una manera de describir los estilos administrativos que se usan en la organización; con todo, es una deuda al lector establecer el verdadero origen de la expresión.

el grado de satisfacción, y la satisfacción afecta al CO. A pesar de la relación entre ambos conceptos, es conveniente diferenciarlos; si bien por ejemplo una buena percepción del clima tiende a generar mayor satisfacción, los instrumentos que se usen para su medición deben diferenciarlos.

En ocasiones, las mediciones de la motivación o de la moral de los trabajadores se han comparado a mediciones del Clima Organizacional, e igualmente las encuestas de actitudes. Indudablemente que son conceptos distintos. Si bien el CO no es la causa sine qua non de la productividad sí incide en ella. Hay consenso en que el CO juega un papel de catalizador en el sentido de que si existe un clima positivo, otros determinantes de la productividad como la motivación, o la moral de los trabajadores, logran afectar a los empleados de forma más efectiva y en consecuencia la mejoran.

Como se ha dicho, al Clima Organizacional inicialmente se le trató como Ambiente Organizacional y Como Ambiente Laboral³⁰, y también ha recibido tratamientos específicos como el de Clima de Liderazgo³¹. Ahora bien, el tratamiento que debe enfatizarse es una tendencia contemporánea en la que varios autores equiparan el Clima Organizacional y la Cultura Organizacional.

29 Se ha tratado de diferenciar el clima de satisfacción, cuando ambos son tratados como percepción común con un punto de vista subjetivo. Así, Guion, (1973), *A Note on Organizational Climate, Organizational Behavior and Human Performance*, 7, 25-32; Schneider y Snyder, (1975), *Some Relations Ships Between Job Satisfaction and Organizational Climate, Journal of Applied Psychology*, 60:318-328; Lafollette, W.R. y Sims, H. P. (1975), *Is Satisfaction Redundant with Organizational Climate?*, *Organizational Behavior and Human Performance*, 13: 275-78; Johanneson, R. F. (1976), *Some Problems in the Measurement of Organizational Climate, Organizational Behavior and Human Performance*, 14, 95-103; Payne, R. L., Fineman, S., y Wall, T.D., (1976), *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 45-62

30 Hodgetts Richard M, (1981), *Comportamiento en las Organizaciones*, McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V., México, 1989, dice que el tratamiento del Ambiente Organizacional es difícil, porque a menudo se tienen varios "ambientes"; dependiendo del puesto que se tenga dentro de la jerarquía. Likert Resnsis y Likert Gibson Jane, (1976), *New Ways of Managing Conflict*, McGraw Hill Book

Company, New York, al hablar del Ambiente de Trabajo, mencionan que la estructura y las normas de la organización influyen en la conducta de liderazgo, y estos dos factores afectan el proceso del trabajo.

31 Gibson James, Ivancevich John, (1994), *Las Organización: Comportamiento, Estructura, Procesos*, McGraw-Hill, México, señalan que la naturaleza del Ambiente de Trabajo o el Clima del Liderazgo se derivan del estilo de liderazgo y de las prácticas administrativa de los gestores.

Denilson³² dice que la Cultura Organizacional tienen una similitud en lo substancial con el Clima Organizacional; pero, según él, existen dos peculiaridades: a) El estudio de la Cultura Organizacional se concentra en valores básicos, creencias, hipótesis presentes en las organizaciones; en los patrones de conducta que resultan de los significados o propósitos compartidos, y de los símbolos que expresan los vínculos entre lo anterior y las conductas de los miembros, y b) El método de investigación de quienes estudian la Cultura Organizacional es cualitativo, clínico, ideográfico; propio del interaccionismo simbólico o de otra aproximación antropológica, y de los que consideran la realidad social como construcción humana; mentalidad que permite la comprensión de sistemas significativos en las organizaciones y su impacto sobre el comportamiento individual y los procedimientos gerenciales. Por otra parte, afirma que los investigadores del Clima Organizacional son psicometristas que, con cuestionarios, tratan de caracterizar las situaciones organizacionales específicas con respecto a dimensiones y a principios universales. Con todo, el mismo Denilson concluye que ambos abordamientos son complementarios e interactuantes, y se complementan al combinar los métodos racionales con los intuitivos, para entender las organizaciones como sistemas sociales. Ambos comparten el mismo problema: Cómo las características comportamentales de un sistema afectan la conducta del individuo, y la explicación de cómo las conductas individuales crean las características del sistema organizacional. Además, dice, ambos conceptos se concentran en las características comportamentales a nivel de la organización, e implícitamente sostienen que las unidades organizacionales son

32 Denilson Daniel R. (1982), Cultura Corporativa y Productividad Organizacional, Legis Editores, Bogotá, 1991. Para este investigador, la Cultura Organizacional es un conjunto de variables comportamentales que tienen significado para los miembros de la organización y que aseguran la supervivencia organizacional, las cuales son generadas por los procedimientos y conductas que sostiene el sistema gerencial, suponiendo sus valores, creencias y principios fundamentales. Además, este investigador argumenta que hay académicos y consultores que muestran su preocupación en la relación de los resultados de las organizaciones con el comportamiento de sus miembros. Así, en lugar de centrarse en un estilo gerencial que base su dirección en criterios financieros, se concentran en llamar la atención de la gerencia para que se enfoque a los comportamientos de las personas en la organización. Sin embargo, dice, hay otros autores que fundan sus aseveraciones con historias y anécdotas de empresas y empresarios exitosos, en las que no hay un método cualitativo que las unifique y fundamente, y menos propuestas teóricas definidas de las que se desprendan hipótesis y evidencias para que se acepten o rechacen; tal parece que su estilo es más propagandístico que concluyente, ya que estos estudios tienen un descuido por los criterios científicos.

un nivel viable para el análisis del comportamiento; lo cual supone consistencia e integración comportamental dentro de un sistema organizacional, y funda en la común comprensión las medidas tomadas por las organizaciones y por los individuos (creencias, hipótesis, valores, patrones de conducta). Además, añade el autor, los dos métodos se refieren a una amplia variedad de fenómenos: las hipótesis que son base de una cultura (más característicos de los estudios de cultura), y los procedimientos y patrones de conducta (más de los estudios de clima). Incluso, afirma, la aceptación del concepto de clima o de cultura es un acuerdo del investigador organizacional.

De la prístina utilización del Clima Organizacional como instrumento para el diagnóstico en el DO, a la actualidad, el tratamiento de este tema se ha extendido mucho más. Al presente, algunas empresas certificadoras de los procesos ISO 9000, versión 2000, incluyen la recurrente medición del Clima Organizacional como un requisito de verificación de la relación que tiene la Organización con su cliente interno, el empleado o el trabajador³³. Por eso, se está dando una notable popularización, tanto del término como de la demanda de mediciones del Clima Organizacional.

CONCEPTO DE CLIMA ORGANIZACIONAL:

Ahora bien, dado que existe una gran infinidad de definiciones de Clima Organizacional, para fines didácticos se esbozará una; sin dejar de lado que finalmente el término es un constructo social, y que por lo mismo puede adoptar variantes conceptuales.

33 El capítulo 6 de la Norma ISO 9000 – 2000 se habla de Recursos Humanos. En el párrafo 6.2, se dice que “El personal que realiza trabajos que afectan la calidad del producto deberá ser competente, contar con la educación apropiada, capacitación, habilidades y experiencia”. Luego agrega varios deberes de la organización, entre ellos evaluar la eficiencia de las acciones emprendidas, asegurar que el personal esté consciente de la relevancia e importancia de sus actividades... , y de mantener registros apropiados.... Más adelante, en el párrafo 6.4, dice “La organización determinará y manejará el entorno de trabajo necesario para alcanzar la conformidad a los requerimientos del producto. También en otros párrafos se sobre entiende, v.gr.: 8.5.3 “La organización determinará las acciones para eliminar la causa de no conformidades potenciales...” Hay varios manuales que proponen, directa o indirectamente, la medición del Clima Organizacional, como una forma de medición de la realidad organizacional y/o de la satisfacción del cliente interno. Cfr. Lamprcht James, (2001), *Guía Interpretativa de ISO 9001 – 2000*, Panorama Editorial, México, 2002, y Senlle Andres et alí, (2001), *ISO 9000 – 2000 Calidad en los Servicios*, Ediciones Gestión 2000, Barcelona.

Los factores de riesgo psicosociales están pobremente estudiados; o mejor dicho, pobremente considerados en la salud de los trabajadores. Desconocemos a cuántos accidentes o a cuántas enfermedades profesionales subyace la inadecuada interacción psicocognitiva entre el trabajador y las demandas propias del proceso de trabajo y de la misma organización en la que se desempeña. Por ello, se asume la pertinencia de un abordaje más integral de la salud ocupacional, que contemple en su conjunto los factores que influyen en los diversos espacios en los que interviene el trabajador, y cómo se da esa influencia.

En los procesos de trabajo se encuentran como componentes los procesos psicosociales del trabajador, y aquellos que son propios de su entorno y que le están impactando. Es obvio que a cada interacción situacional corresponde una reacción inmediata de la persona en la que entran en juego sus valores, actitudes y creencias. Así, se subraya la importancia de un análisis micro y macro donde se estudie la realidad psicosocial que compone el entorno laboral. Por tanto, la realidad psicosocial se traduce en un fenómeno contextual de influencia, como factor modulador del sistema social.

Cuando el trabajador llega a su lugar de labores, lleva consigo ideas, representaciones histórico cognitivas y preconcepciones sobre sí mismo y sobre la naturaleza de la actividad que va a desempeñar: quién es, qué merece, qué espera, qué es capaz de realizar, qué retos tiene, etc. Este bagaje contextualiza su percepción de la realidad.

Además, el medio laboral institucionaliza y reproduce normas y valores que influyen en el comportamiento del trabajador. El ámbito particular del trabajo actúa de manera directa sobre los sujetos que lo realizan. Los componentes del entorno se interpretan como un todo institucional, como un sistema social.

La percepción se refiere a aquel proceso mediante el cual el ser humano organiza, interpreta y procesa diversos estímulos de sí mismo y de su entorno a fin de darles significado. Es el punto de unión entre las condiciones de una entidad y la conducta de los trabajadores. Supone conocimiento, y está mediatizada por las experiencias de la persona, sus necesidades, motivaciones, deseos, emociones, expectativas y sistemas de valores, entre otros; pero se articula con el ambiente laboral en que se actúa.

Es a través las propiedades adaptativas del proceso perceptual individual, que el trabajador trata de hacer coherentes sus conocimientos, valores, opiniones,

actitudes y comportamientos, con los característicos de la organización en la que labora.

Con todo, hay un segundo filtro perceptual. El trabajador va a socializar con otras personas sus descubrimientos acerca de la congruencia o incongruencia que le suscita el sistema social en que se encuentra. Al compartirlos, no sólo socializa con otros lo que en él se va aclarando; sino que las percepciones de aquellos con quienes convive en el trabajo refuerzan sus primeras percepciones o las modifican.

El conocer las percepciones que un trabajador tiene de su entorno laboral es un recurso valioso para comprender su comportamiento y el de los otros. En mucho el desempeño del trabajador se orienta por la percepción que tiene acerca de las características del ámbito laboral en el que se desenvuelve. Establecer los factores que influyen en esas percepciones permitirá fijar las formas más adecuadas para elevar la calidad de vida laboral del trabajador y optimizar el nivel de su rendimiento.

Tal captación perceptual del trabajador acerca de sí mismo y de su medio, que no es estática y definitiva como no lo son los estímulos que la generan, es el punto focal de quienes estudian el Clima Organizacional.

Para proponer el concepto se parte de que el ser humano es esencialmente un ser social, y, por ello, un ser organizacional. Con ambas expresiones se quiere significar que el hombre, por su misma naturaleza, tiende a establecer relaciones de cooperación e interdependencia para el logro de sus propósitos.

De ahí que el Clima Organizacional se conceptualice como la representación perceptual que tiene el individuo acerca de sí mismo y de su ámbito de trabajo, en términos de un esquema cognitivo y valorativo que le da significado psicológico personal y social a su trabajo, y que influye determinadamente en su comportamiento y desempeño laboral³⁴.

34 Este enfoque perceptual tiene semejanzas y diferencias, y, por tanto, no se asimila con los presentados por Litwin, G. H. y Stringer, R. A. Jr. (1968), Motivation and Organizational Climate, Graduate School of Business Administration, Harvard University Press, Cambridge, Ma., quienes agrupan la naturaleza estructural y subjetiva del Clima Organizacional. Ellos lo definen como la percepción que tienen las personas sobre un conjunto de propiedades del ambiente de trabajo que influye en sus motivaciones y conductas. A esta posición se suman Campell, J.P., Dunnette, M. D., Lawler, E. E. y Weick., (1970), Managerial Behavior, Performance and Effectiveness, McGraw – Hill, New York, quienes dicen que el Clima Organizacional representa la percepción que el individuo tiene de la organización para la cual que el

De esta manera, en el Clima Organizacional quedan englobadas las percepciones que tienen los miembros de una organización acerca de las estructuras y de los procesos que ocurren en el medio laboral; como un fenómeno interviniente que media entre los factores del sistema organizacional y las tendencias motivacionales, y que se traduce en comportamientos observables y comunes, y que, por tanto, condicionan el rendimiento del trabajador.

Con el concepto propuesto, el término permite una perspectiva holística de análisis sistémico en el que se integra el entorno con otros factores intrínsecos al individuo. Por ello, el abordaje del Clima Organizacional se realiza desde el enfoque de la Teoría de Sistemas³⁵, dado que considera la incidencia y las relaciones de múltiples factores de las que resulta una totalidad perceptual, y también desde el punto de vista de la Psicología de las Organizaciones que enfatiza el componente humano en estas interacciones del sujeto organizacional.

No obstante, independientemente de cómo se conciba el enfoque adoptado, de la caracterización o tipologías del clima, hay un significativo consenso en que el CO es una dimensión de la calidad de vida laboral y tiene gran influencia en la productividad y el desarrollo del talento humano de una entidad.

DISCUSIÓN ALREDEDOR DEL CONCEPTO DE CLIMA ORGANIZACIONAL:

Este concepto remite a un enfoque distinto al de autores que pueden ser nombrados Estructuralistas, quienes proponen que el Clima Organizacional es un conjunto de características o de condiciones objetivas que son propias de cada organización o sistema social, de forma que sirven para describirla y diferenciarla de otras, y que, por tanto, son ajenas a los individuos que la componen; pero que sí

individuo tiene de la organización para la cual trabaja, y la opinión que se haya formado de ella en términos de autonomía, estructura, recompensas, concideracion, cordialidad, apoyo y apertura.

35 Por economía de espacio, más que discusión se toma este supuesto. Para mayor ampliación Cfr. Guizar Montújar Rafael, (1998), Desarrollo Organizacional, Principios y Aplicaciones, McGraw-Hill Interamericana Editores, México, quien sintetiza cuatro ventajas de este enfoque en los estudios de Clima Organizacional: 1) Considerar el medio ambiente, en términos de dominios, y la expectativa que esos dominios tienen sobre los comportamientos en la organización. 2) Evaluar cómo la organización responde a las demandas y expectativas del medio ambiente. 3) Putualizar los escenarios futuros a los que la organización tiene que responder, al determinar las expectativas que el medio ambiente crea. 4) Comparar el presente con el futuro para reducir la discrepancian

impactan en su comportamiento por la reactividad que causan (v.gr. coordinación entre unidades, distancia social, estilo de mando, participación en toma de decisiones, y cualquier proceso, práctica, o condición que defina el funcionamiento organizacional)³⁶.

Tampoco el concepto cae en un enfoque meramente subjetivo que conciba al Clima Organizacional como la opinión o juicio que la persona se forma de la organización, y que equipara el estudio del Clima Organizacional a la identificación de distintos asuntos sobre los cuales se pueda formar una opinión. A este campo subjetivo corresponden valoraciones que las personas hacen del entorno; como por ejemplo, la apreciación que hace sobre la actuación de su superior, o la opinión que tienen acerca de algún cambio llevado a cabo, etc.³⁷.

El concepto propuesto de Clima Organizacional sí tiene familiaridad con formulaciones como la de Darío Rodríguez³⁸. Para este autor, los estudios de Clima Organizacional son una herramienta de diagnóstico a fin de orientar una intervención de cambio. Se trata de conocer las percepciones compartidas que tienen los individuos acerca de su experiencia en y con el sistema organizacional. El Clima Organizacional constituye el ambiente interno de una organización, y es una apreciación subjetiva y colectiva de los miembros acerca de los fenómenos globales que tienen lugar en ella y de las características que configuran la personalidad organizacional; dicho de otra manera, es la autorreflexión de los

36 Forehand, G y Gilmer, B. (1974), *Environmental Variation in Studies of Organizational Behavior*, *Psychological Bulletin*, 62, pp. 361-382., señalan que las características estructurales son las que permiten distinguir una organización de otra, y, por tanto logran garantizar que la organización sea relativamente durable en el tiempo; además que esas características distintivas son las que influyen en el comportamiento de las personas. Por eso, postulan características estructurales como el tamaño de la organización, su estructura organizacionala naturaleza de las interacciones entre los componentes, los mecanismos de liderazgo y autoridad, la normativa, etc. Esta concepción es cuestionada por no proponer sistemas de medición más precisos.

37 A esta posición, nominada subjetiva, se suman Campell, J.P., Dunnette, M.D., Lawler, E.E., y Weick, K.E., (1970). *Managerial Behavior, Performance, and Effectiveness*, McGraw-Hill Book Co., New York, quienes dicen que el Clima Organizacional representa la percepción que el individuo tiene de la organización para la cual trabaja, y la opinión que se haya formado de ella en términos de autonomía, estructura, recompensas, consideración, cordialidad, apoyo y apertura.

38 Rodríguez, Darío, (1993), *Diagnóstico Organizacional*, Colección de Textos universitarios, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago. En la tercera parte de su libro, Darío Rodríguez trata al Clima Organizacional como una de las dimensiones de lo que él ha definido como Diagnóstico Organizacional.

miembros de la organización, acerca de su vinculación entre sí y con el todo del sistema organizacional.

PROBLEMAS PARA LA ADECUADA INVESTIGACIÓN DEL CLIMA:

Dada la diversidad de enfoques y conceptos de Clima Organizacional se dan distintas metodologías para su abordaje. Cualquier taxonomía que categorice las dimensiones del clima responde a una orientación teórica particular. Por ello, la orientación de una herramienta de medición del Clima Organizacional determinará la selección de factores y criterios de inclusión que son propios de algún enfoque teórico.

Existen quienes, basados en un marco referencial, quieren afirmar variables o dimensiones como universalmente significativas. Tiene que advertirse que tal vez lo sean respecto de su planteamientos teóricos, pero no más. Por otro lado, muy pocos principios de la Psicología Organizacional o de la sociología se han establecido con el carácter de leyes del comportamiento organizacional.

Además las realidades son muy distintas. Cambian las finalidades y los ramos de la actividad económica de las organizaciones, y, aún en las que parecen similares, hay diferencias fundamentales causadas por sus su historia, directivos, subsistemas, tecnología, entornos inmediatos, etc., y las personas que son muy distintas por sexo, edad, escolaridad, subcultura, etc.

También se dan distintos propósitos para la aplicación de una forma de medición de lo que se pretende sea el Clima Organizacional. Se ha dicho de su utilización como diagnóstico o punto de partida para una intervención de cambio. A veces, se pretende conocer qué atributos del sistema organizacional tienen más impacto en el rendimiento individual o grupal del personal³⁹, o medir el efecto de alguna variable interviniente que se haya tratado de implementar en ese sistema, como pudiera ser un estilo de liderazgo, o la formación de equipos de trabajo, o la

³⁹ Reddin Bill, (1988), *La Organización Orientada al Resultado*, Ediciones Piados Ibérica, Barcelona, 1994, en el capítulo 4, titulado Clima, propone cuatro climas básicos que, cuando se toma en cuenta la eficiencia, conducen a cuatro climas de aportes y a cuatro climas de resultados. Termina señalando que el clima debe ser adecuado para la situación que prevalece. Más su enfoque permanece en el sistema como tal.

instauración de un proceso participativo, o hasta para conocer la resultante de una acción concreta como puede ser un programa de incentivos⁴⁰.

Otra inadecuada utilización de las llamadas herramientas de Clima Organizacional puede privilegiar la observación de los sujetos del sistema organizacional, como las encuestas de actitudes o los instrumentos para determinar la motivación. Incluso, algunas mediciones confunden los atributos del sistema con los atributos individuales⁴¹.

De ahí que haya magníficos instrumentos de medición, pero cuyos diseños no son de aplicabilidad universal. En ocasiones, con poca ética institucional y con gran pérdida de validez, son utilizados materiales elaborados para situaciones y finalidades distintas a las de su aplicación original.

HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL CLIMA ORGANIZACIONAL:

Con el fin de construir un instrumento que evalúe el Clima Organizacional, se asume la premisa inicialmente dicha de que se deben identificar los factores psicosociales, ya que tienen una alta relevancia en la salud laboral, puesto que la forma como el trabajador enfrenta el entorno ocupacional, se refleja en su salud mental, y consecuentemente en su desempeño laboral. Por ello tenemos que

*40 Hay muchos instrumentos de medición propuestos para el clima, que lo único que miden es el efecto de una variable aplicada en la organización por el investigador o consultor. Sin hacer injusticias, en este caso se ubican trabajos clásicos en relación al clima, como Litwin George H., Stringer Robert A. Jr., (1988) *Motivation and Organizational Climate*, Boston: Harvard Graduate School of Business Administration., (Cfr. Nota # 16), y Muchinsky Paul M., *An Assessment of the Litwin and Stringer Organizational Climate Questionnaire, An Empirical and Theoretical Extension of the Sims and LaFollette Study*, *Personnel Psychology*, Autumn 1976. También, a la luz de estas afirmaciones, analicé los planteamientos de Likert Rensis, (1967), *The Human Organization: Its Management and Value*, McGraw-Hill Book Company, New York; Likert Rensis y Likert Gibson Jane (1976), *New Ways of Managing Conflict*, McGraw Hill Book Company, New York, y Likert Rensis, (1977), *Management Styles and the Human Component*, *Management Review*, October 1977.*

*41A este respecto, conviene profundizar cómo por el hecho de confirmar la existencia de ciertas características objetivas en la organización como se asume su necesario impacto en las personas. Lo cual es cuestionable. Cfr. Guion, R. M., (1973), *Organizational Behavior and Human Performance, A Note on Organizational Climate*.*

conocerlo. Secundariamente, se dijo que las certificaciones de ISO 9000, versión 2000, también pueden incluir su medición.

De acuerdo al concepto de Clima Organizacional que se ha reflexionado, habría que encontrar los caminos para la clarificación del Clima Organizacional, en un sistema dado.

Inicialmente se pueden proponer evaluaciones cualitativas⁴². Por el tipo de contenidos que se requieren investigar, esta vía parece la más recomendable. Con todo, para lograr un conocimiento confiable y válido en los casos que se deseen tratar, se deben seguir los rigores propios de los métodos y técnicas de la investigación cualitativa. Además se tendrían que prever los alcances de lo conocido y salvar los problemas que surgirían de una inadecuada generalización de los resultados.

En cuanto a las técnicas, se utilizan entrevistas individuales, grupos focales, análisis de contenidos de actas y/o registros de juntas, análisis de participación en programas de capacitación, etc. El adoptar formas de contacto personalizado con los trabajadores y empleados tiene ventajas como la de permitir la libertad de expresión del sujeto abordado acerca de la representación perceptual que tiene acerca de sí mismo y de su ámbito laboral, y de su esquema cognitivo y valorativo que le da significado al trabajo. Estas maneras tienen el inconveniente de que no pueden aplicarse a todas las personas de una organización por sus costos temporales, y que un mal diseño puede llevar a sesgos o a generalizaciones impropias al mismo método; además del demérito que puede causar en aquellos sujetos que no sean tomados en cuenta.

A propósito de formas cualitativas de evaluación del Clima Organizacional, que deben ser precisadas por quien lo hace a fin de evitar distorsiones, ¿Por qué no aprovechar una parte no estructurada de la entrevista de salida que realiza el área de Recursos Humanos de la organización, a quienes dejan ese lugar de trabajo, como una forma de evaluación continua del Clima Organizacional? Para ello, se tendrían que hacer algunos ajustes en esta herramienta administrativa y en los

42 De nuevo conviene acudir a Denilson, (Cfr. Nota # 14, antea), quien ha propuesto que los caminos para investigar clima y cultura organizacional se enmarcan en una diferencia en la metodología de la investigación; dejando las orientaciones cualitativas para la ltura organizacional. Con todo, no es el lugar para esa discusión, y sólo se puede afirmar que la metodología cualitativ cu a abre una vía válida para investigar el Clima Organizacional como aquí se entiende.

registros. También se pueden sistematizar entrevistas y recopilación informativa que, en un período amplio, contemplen a toda la población laboral de una organización, y que sean parte de los procesos de comunicación interna que son responsabilidad del departamento de personal.

En contraste, la literatura de Clima Organizacional relacionada con cualquiera de los enfoques conceptuales relatados, está llena de instrumentos cuantitativos⁴³. Por lo general son cuestionarios estandarizados, contruidos con preguntas cerradas, de doble opción del tipo acuerdo - desacuerdo, o con escalas de las llamadas de Likert, de cuatro, cinco y o más alternativas en un abanico de extremos. Las variables y dimensiones que utilizan pueden ser objeto de reflexión crítica acerca de su contenido; pero la forma suele ser viable para producir un conocimiento verdadero y cierto, en los términos empíricos en que se plantean. Si se selecciona una investigación de Clima Organizacional que permita cuantificaciones de tales esquemas, hay que enfatizar la necesidad de determinar los propios significados laborales y las conductas que los manifiestan.

Parece recomendable sistematizar evaluaciones del Clima Organizacional que aúnen métodos cualitativos y cuantitativos.

El problema de evaluación del Clima Organizacional aparece en cuanto a contenidos válidos y confiables respecto a lo que se ha propuesto como significado de este término, y que no caigan en la sola caracterización del sistema entorno o en una propuesta meramente subjetiva. Se trata de conocer los esquemas cognitivo – valorativos, que le dan significado psicológico, personal y social, al trabajo, y que influyen determinantemente en el comportamiento y desempeño laboral, formados por las percepciones del personal (aquellas propias que ya se han depurado al ser socializadas).

En la investigación propuesta del Clima Organizacional se implican por igual la forma y el contenido. Es decir, es tan importante la manera de estructurar las preguntas para advertir el Clima Organizacional como el contenido que trata de obtener la misma cuestión.

Para esbozar un camino, se tiene que determinar con qué subsistemas interactúan principalmente las personas de una organización. Sin duda, tienen que ver con todos, pues forman parte de su entorno. A pesar de ello, en la consideración subsistémica del todo organizacional, algunos representan las

⁴³ Entre otros ejemplos se remite a la nota 22, anterior, en que se señalan estudios clásicos de Clima Organizacional.

principales captaciones perceptuales que tiene el trabajador; otros, por sus relaciones entre sí, están implícitos.

Para ello, se puede partir de un modelo socio-técnico, modificado⁴⁴, o de otro⁴⁵ que encuentre respaldo en la teoría que se sustente. La finalidad es ubicar, en un menú subsistémico y previsto por el enfoque teórico asumido, los subsistemas más significativos, por ser los que tienen más peso para las personas que laboran en una organización concreta. Estas hipótesis pueden requerir sondeos probatorios.

Ahora bien, al tenerse una visión del contenido que se va a evaluar hay que disponer la forma en que se va a lograr la evaluación. Se reitera que no se tratan de identificar las características objetivas de la organización, tampoco cualidades subjetivas de las personas; se intentan recoger las percepciones que tienen las personas acerca de sí mismas y de su ámbito de trabajo, que se han vuelto esquemas cognitivo – valorativos, y que le dan significado psicológico personal y social a su trabajo, y que influyen determinadamente en su comportamiento y desempeño laboral.

44 El modelo socio – técnico, surgido de la investigación de Tavistock, determina dos subsistemas principales uno social y otro tecnológico. Posteriormente se han hecho planteamientos que lo han enriquecido; por ejemplo, la sugerencia de tres subsistemas fundamentales: personas, administración y tecnología. Cada uno de estos subsistemas da pie para una descomposición mayor.

45 Con la intención de ilustrar el punto; mas no de remitir a la estructura subsistémica que cada uno privilegia por su propia conceptualización de Clima Organizacional, se pueden referenciar los autores clásicos, quienes proponen ciertos subsistemas. Así, Likert (Cfr. Notas 22 y 25) dimensiona el estilo de autoridad, los métodos de motivación, las comunicaciones, los procesos de influencia, los procesos de toma de decisiones, los procesos de planificación, los procesos de control, los objetivos de rendimiento y de evaluación de resultados. Litwin y Stringer, a su vez, proponen la estructura organizacional, remuneraciones, responsabilidad, riesgos y toma de decisiones, apoyos, conflictos. Hay muchos más ejemplo. Baste, entre los citados, el de Reddin (nota # 21), para quien Clima Organizacional son los factores que influyen en la conducta en la organización y que inciden por igual en los distintos cargos, y que influido de las concepciones de relación que imperaban en su momento como son la de los estilos gerenciales x y de McGregor, y los estilos de liderazgo propuestos por Blake y Mouton en el Grid Gerencial, a partir de las orientaciones del comportamiento a la tarea y/o a las relaciones, postula cuatro subsistemas organizacionales básicos: los sistemas en sí, las personas, la producción y la interacción al interior de los equipos de trabajo; y aún los subdivide cuando tiene en cuenta la eficiencia o ineficiencia. Entre los no citados se escoge por ser sugerente a gentes prácticas comprometidas con la Salud Ocupacional y que puedan idear su propia estructura subsistémica, la propuesta de Keith Davis, (1981), El Comportamiento Humano en el Trabajo, Libros McGraw Hill de México, S.A. de C.V., México, 1983, quien define al clima como el ambiente humano en el cual realizan su trabajo los empleados de una compañía, y propone como dimensiones subsistémicas: calidad de liderazgo, grado de confianza, comunicación ascendente y descendente, sentimiento de realizar un trabajo útil, responsabilidad, recompensas justas presiones razonables en el empleo, oportunidad, controles razonables, estructura y burocracia, compromiso del empleado y participación.

NOTA PARA QUIENES TRABAJAN EN LA SALUD OCUPACIONAL:

Nunca será una decisión mal tomada el intentar construir una herramienta que mida el Clima Organizacional, como lo hemos entendido. Vale la pena disponerse a hacerlo, más que dudar en su implementación. Indudablemente que se tendrán que tomar todas las precauciones metodológicas para producir conocimiento confiable y válido de la realidad de las personas que están laborando en una organización, y esta responsabilidad incrementa las cargas de trabajo que libremente hemos asumido. Sin embargo la identificación de los factores psicosociales que afectan los resultados del trabajo, no sólo lo aplaudirá la dirigencia organizacional, sino que una mejor calidad de vida de nuestros compañeros de labores incrementará nuestra satisfacción.

Con los conocimientos metodológicos logrados se aportará para el mejor aprovechamiento de otros empeños por identificar caminos ciertos, lo cual es ya una satisfacción. Sin embargo la mayor recompensa está en tomar medidas correctivas y preventivas que favorezcan la satisfacción de las expectativas de los trabajadores, cualquiera que sea su nivel en las organizaciones en las que participamos.

BIBLIOGRAFÍA

Campell, J.P., Dunnette, M. D., Lawler, E. E. y Weick. Managerial behavior, performance and effectiveness. New York, McGraw-Hill; 1970.

Davis, K. El comportamiento humano en el trabajo. México, Libros McGraw Hill de México, S.A. de C.V.; 1983.

Denilson, D. R. Cultura corporativa y productividad organizacional. Bogotá, Legis Editores; 1991.

Forehand, G., Gilmer, B. "Environmental variation in studies of organizational behavior". Psychological Bulletin, 1974, 62: 361-382.

Frederick G. La psicología social de las organizaciones. México, Editorial CECSA; 1985.

Gibson, J., Ivancevich, J. Las organización: comportamiento, estructura, procesos. México, McGraw-Hill; 1994.

Guion, R.M. "A note on organizational climate". Organizational Behavior and Human Performance, 1973, 7: 25-32.

Guion, R.M. Organizational Behavior and Human Performance, A Note on Organizational Climate. 1973

Guizar, M. R. Desarrollo organizacional, principios y aplicaciones. México, McGraw-Hill Interamericana Editores; 1998.

Halpin, A. W.; Croft, D. B. The organizational climate of schools. St Louis, Washington University Pres; 1962.

Hodgetts, R.M. Comportamiento en las organizaciones. México, McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V.; 1989.

Johannesson, R.F. "Some problems in the measurement of organizational climate". *Organizational Behavior and Human Performance*, 1976, 14: 95-103.

Katz, D.; Kahn, R. *Psicología de las organizaciones*. México, Editorial Trillas; 1977.

Lafollette, W.R., Sims, H.P. "Is satisfaction redundant with organizational climate?". *Organizational Behavior and Human Performance*, 1975, 13: 275-78.

Lamprecht, J. *Guía interpretativa de ISO9001-2000*. México, Panorama Editorial; 2002.

Likert, R. *New patterns for management*. New York, McGraw-Hill; 1961.

Likert, R. *The human organization: its management and value*. New York, McGraw-Hill Book Company; 1967.

Likert, R. "Management styles and the human component". *Management Review*, 1977, 66: (2) 23-38.

Likert, R.; Likert G. J. *New Ways of Managing Conflict*. New York, McGraw-Hill Book Company; 1976.

Likert, R.; Likert, G. J. *The human organizations*. New York, McGraw-Hill; 1967

Litwin, G., Stringer, R. Jr. *Motivation and organizational climate*. Cambridge, Graduate School of Business Administration – Harvard University Press; 1968.

Litwin, G.H., Stringer R.A. Jr. *Motivation and organizational climate*. Boston, Harvard Graduate School of Business Administration; 1988.

McCaughan, N.; Palmer, B. *Pensamiento sistémico para gerentes comprometidos*. México, Panorama Editorial, S.A. de C.V.; 2003.

Muchinsky, P.M. "An assessment of the litwin and stringer organizational climate questionnaire, an empirical and theoretical extension of the Sims and Lafollette study". *Personnel Psychology*, 1976.

Newton, M.; Raia, A. *Desarrollo organizacional, valores, proceso y tecnología*. México, Editorial Diana; 1974.

Payne, R.L., Fineman, S., Wall, T.D. "Organizational climate and job satisfaction: a conceptual synthesis". *Organizational Behavior and Human Performance*, 1976, 16: 45-62.

Reddin, B. *La organización orientada al resultado*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica; 1994.

Rodríguez, D. *Diagnóstico organizacional, colección de textos universitarios*. Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile; 1993.

Schneider, B. Snyder, R. "Some relationships between job satisfaction and organizational climate". *Journal of Applied Psychology*, 1975, 60: 318-328.

Senge, P. *La quinta disciplina*. Barcelona, Ediciones Juan Garnica S.A.; 1992.

Senlle, A., et al. *ISO9000-2000 Calidad en los servicios*. Barcelona, Ediciones Gestión; 2000.

Warren, B. *¿Cómo llegar a ser un Líder?* Bogotá, Editorial Norma; 1990.

ESTRÉS LABORAL Y SÍNDROME DE BURNOUT

Lourdes Preciado, Carolina Aranda, Manuel Pando Moreno

INTRODUCCIÓN.

Se ha dicho (aunque no tan científicamente) que el ser humano está viviendo bajo una constante y abrumadora sobre-estimulación, y que el hombre moderno está viviendo nuevas situaciones sociales que lo someten a “estrés”. Basta mencionar las formas de producción y distribución, el trabajo en cadena, la competitividad, la dependencia económica de las ciudades (o lo antieconómico), el cambio de la estructura familiar, las catástrofes sociales (guerras, delincuencia, secuestros, violaciones, etc.), el desempleo, la miseria (económica y cultural), las deficiencias de los servicios sociales y de salud, etc., etc... Pero también se sabe que la estimulación mínima lleva al estrés: la automatización, la monotonía laboral, el aislamiento (a pesar del contacto televisivo y de otros medios electrónicos), la movilización o cambio constante de lugares de residencia y el poco o nulo contacto emocional, por ejemplo.

Es claro que el modo en que respondemos a las exigencias externas no ha cambiado fisiológicamente, sin embargo, nuestro comportamiento es diferente. Podemos imaginarnos al hombre de las cavernas con reacciones de huida o de ataque ante los eventos externos amenazantes; el «hombre moderno» permanece quieto a pesar de las reservas de energía que todavía almacena en su cuerpo. No se espera que ante los incidentes de tránsito respondamos con gritos, golpes u otra demostración de fuerza ¿verdad? Por otra parte la energía investida en la movilización ha cambiado; para trasladarnos o para hacer quehaceres domésticos utilizamos elementos automatizados que facilitan la tarea. Por tanto, el hombre moderno ha sobrepasado ya su capacidad de acomodación, por lo que la ansiedad, manifestaciones agresivas, momentos de depresión, trastornos somáticos o el agotamiento emocional (burnout), configuran alteraciones de salud.

¿QUIÉN HABLA DEL ESTRÉS?

De acuerdo a Fontana (1992) la palabra estrés se incorporó al inglés entre los siglos XII y XVI proveniente del antiguo francés destresse, que se entendía como estrechez u opresión y se aplicaba al sufrimiento, privación de algo o a la

respuesta ante los eventos de calamidades o adversidades. Al pasar el tiempo el término “de” se suprimió por eufonía.

En la actualidad el concepto está muy relacionado con el área de la salud, pero sus antecedentes remontan el uso que le dio la Física, al referir la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, en tanto tensión se aceptaba como la distorsión interna de un objeto para provocar cambio de tamaño o forma. Así, la física ha podido cuantificar ambos conceptos, tiene como unidad de medición el peso y el área (ejemplo kg/cm^2). Hay que hacer notar que esta relación o la respuesta del objeto al estrés o tensión depende de la estructura molecular de la materia, su elasticidad y resistencia.

Por analogía, el razonamiento común ha llevado a expresar que el estrés puede deformar al cuerpo o a la mente. En la literatura científica sobre la salud, Hans Seyle ha proporcionado la primera definición, al advertir el «síndrome general de la enfermedad» que parecía la respuesta inespecífica del organismo “provocadas por un agente agresor físico”. Posteriormente confiere al concepto estrés⁴⁶ el sentido de estado del sistema biológico como respuesta a los cambios no específicos. Seyle (1974) diferenció los efectos del estrés en “eustrés” y distrés”, esto es: eustress cuando ejerce en el organismo una función protectora o integradora, pero si sufre un desarreglo se presenta como distrés. De esta forma la biología adopta al término estrés como respuesta fisiológica. Concebida como tal, es preciso identificar aquellos estímulos o “agresores” que provocarán estrés, lo cual ha llevado a una serie de discusiones metodológicas en relación causal de estímulo-respuesta (Cohen, 1985; Fernández-Castro, 1994; Laungani, 1996; Stewart y Barling, 1996). Constituyendo así el modelo que enfatiza en la medición de acontecimientos desencadenadores de la respuesta estrés, en algunos casos llamándoles estresores, agentes nocivos para la salud o factores de riesgo para el estrés. Es posible escuchar entonces: estrés de las vacaciones, estrés del ruido, del calor o de la luz, estrés de densidad o muchedumbre, estrés de la escuela, estrés del desarrollo o incluso estrés laboral o del profesional.

Este modelo lineal o en el mejor de los casos multilineal, proporciona una terminología caótica, siendo el estrés unas veces estímulo y otras respuesta. Esto es, unas veces el estrés es la fuerza que produce una tensión, deformación del objeto o alteración física o psicológica, y otras, es el resultado de la acción de un

⁴⁶ La palabra inglesa stress es traducida al español como estrés.

agente nocivo (estresor) con consecuencias biológicas y psíquicas sobre la salud de las personas.

Queda aún más ambiguo la diferenciación del estrés en relación con el concepto emoción. Por ejemplo, Turcotte (1982) colaborador con Seyle refiere que «es la emoción la que genera una demanda al organismo...» (p. 51), llega incluso a separar el estrés fisiológico del estrés psíquico. De hecho los trabajos pioneros sobre estrés estuvieron basados en la concepción fisiológica de la emoción propuesta por Walter Cannon, quien fundamentaba su teoría en cinco postulados: a) total separación de la respuesta visceral o del sistema nervioso central de la conducta emocional, b) los cambios viscerales ocurren en muy diferentes estados emocionales y en los no emocionales, c) las vísceras son estructuras relativamente insensibles, d) los cambios viscerales no son la fuente del sentimiento emocional, y e) los cambios viscerales inducidos artificialmente iguales a los ocurridos en fuertes emociones, no producen el sentimiento asociado. Por tanto, la teoría emocional de Cannon (1927) refiere que es el resultado de la acción de ciertos centros subcorticales, principalmente de procesos talámicos⁴⁷, ya que se establece que los impulsos nerviosos llegan al tálamo desde los receptores y lo estimulan, para de ahí enviar impulsos nerviosos a la corteza y a las vísceras simultáneamente. La experiencia consciente de una emoción se organizan en la corteza quien envía impulsos de acción o urgencia. De esta forma la biología adopta al término estrés como respuesta fisiológica.

Para la teoría del aprendizaje social, la emoción no sería posible sin la historia del estímulo reforzador generalizado. De tal forma se puede considerar que los efectos emocionales son universales y la respuesta de estrés es particular. Los fenómenos del estrés se refieren a cambios ocurridos en el funcionamiento y no en las consecuencias reforzantes, dando lugar, muchas veces, a alteraciones fisiológicas llamadas psicósomáticas. Por tanto, esta teoría propone el proceso productor del estrés bajo tres formas: 1) se presenta repetidamente un situación cuya magnitud sobre pasa a la respuesta, 2) la adaptación constituye un importante método para modificar la conducta emocional (extinción) o habituación al estrés, y 3) La emoción es una señal básica para la aparición del estrés.

Las teorías llamadas cognitivas identifican la emoción como el estado subjetivo o interpretación de la situación en que se encuentra una persona. De tal

⁴⁷ A la teoría sobre la emoción de Cannon (1927) se le conoce como de "urgencia" o talámica..

forma, la relación ya no es lineal en un solo sentido. Es decir, es posible mostrar emociones sin evidencia de estimulación o la estimulación sin evidencia de emociones. Este modelo teórico hace énfasis en las evaluaciones cognoscitivas de la situación que tiene lugar antes de que actúe el sistema nervioso para ser posible la liberación de hormonas en la sangre (Schachter y Singer, 1962). Richard S. Lazarus al parecer intercala la definición de emoción con la de estrés, ya que para este teórico la emoción es una respuesta de adaptación y la evaluación, identificación o apreciación determina el sentimiento emocional que sigue a estímulos importantes; mientras que el “estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus, 1986 p.43). Por tanto, debemos entender que una emoción es una respuesta adaptativa, mientras que el estrés es una relación individuo-entorno y que las diferencias en la respuesta debemos entenderlas por los procesos cognitivos y de afrontamiento. Stora (1992) con su formación psicoanalítica propone la relación de estrés con la «estructuración psíquica individual y la economía psicosomática». Define al estrés como agente externo que el individuo es capaz de percibir en un espacio-tiempo determinado; “el sujeto pone en juego sus defensas mentales para enfrentarlo con los mecanismos biológicos acompañados simultáneamente del juego de las defensas mentales”⁴⁸ (p. 6). Su modelo enfatiza el reconocimiento de las fuentes de estrés, las características individuales, los síntomas de salud y los de enfermedad. Coincide con Seyle, al igualar el término tensión con agentes estresantes con origen en el interior o en el exterior de una persona, los cuales generan una emoción intensa que al “no encontrar relación con el nivel del aparato psíquico, crea en el primer momento un estado de angustia que se traduce en sudoración, temblor, hipertensión, taquicardia ... y en un segundo momento, dicha angustia somática sería el primer paso del proceso de somatización destinada, en forma ulterior, a alcanzar uno u otro órgano, según modalidades que quedan aún por aclarar” (Stora, 1992 p. 74). En términos de economía psicosomática retoma el concepto freudiano del impulso, su origen y destino. Sin embargo, queda por investigar la elección de la función somática y del órgano como manifestación del estrés, los mecanismos defensivos y la función fisiológica del cuerpo para diferenciar al estrés de la ansiedad como manifestación psicopatológica.

⁴⁸ Las cursivas son nuestras.

Tanto en el modelo cognitivo como en la percepción psicoanalítica es importante la relación organismo-ambiente (en este sentido), lo que determina la condición de estrés.

Esto es, una persona no se pone enferma como resultado único de la existencia de agentes nocivos en el medio ambiente que vive, sino como resultado de ser sensible a la acción de estos agentes. De esta forma, la primera labor en la investigación sería el estudio de la contribución de las variables y procesos como mediadores de dicha relación para acercarnos al concepto estrés y su relación con la salud (relación que discutiremos más adelante).

ESTRÉS EN EL TRABAJO.

El ambiente laboral representa la manera de expresión del hombre en su esfera social y económica. Su cotidianidad, su proyección vital, su experiencia emocional, cognoscitiva o espiritual es dada con mayor frecuencia en el área de trabajo, dado el tiempo que se invierte en esta actividad socio-histórica.

La actividad laboral no tiene solamente el sentido de productividad, sino que implica la totalidad del individuo, donde se producen y reproducen vivencias e ideas que interactúan con la salud, la seguridad emocional, la autoestima, la expectativa de logro, prestigio social, comunicación, etc., y donde se presenta un peculiar proceso de estrés, nombrado indistintamente estrés laboral o distrés.

Por tanto, la realización de una actividad en el trabajo se integra en la subjetividad. Como señala González-Rey (1998) “cuando un espacio interactivo se estabiliza como forma de actividad o relación, la personalidad actúa simultáneamente como determinada y determinante, resultando parte inseparable del camino vital del sujeto” (p. 52). Y es este espacio-tiempo que involucra el proceso de estrés laboral, sin embargo, cabe hacer la aclaración que “es en el sujeto concreto no en el marco laboral definido por indicadores abstractos, fuera del sujeto” (ídem p. 53) donde se expresa el estrés.

Enfatizamos que cuando la actividad laboral no cubre o satisface las necesidades (materiales o simbólicas) del trabajador se produce estrés, por eso se señala que es en el trabajo donde mejor se aplica el concepto estrés laboral o estrés por el trabajo. Esta condición nos permite adoptar la definición de Scuter (1990) sobre el estrés laboral: “una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo que conducen a trastornos psicológicos y a conductas insanas y finalmente a la enfermedad”.

Dicha definición acepta aspectos dinámicos del modelo transaccional de Lazarus que ha sido ampliamente difundida por investigaciones recientes; algunas abordando las características de la persona; otras, las condiciones ambientales de trabajo o su interacción con la subjetividad; unas más, atendiendo las consecuencias para la salud del trabajador (Turhipseed, 1994; Eells y col. 1994; Moore & Cooper, 1996; Potaje & Huxley, 1996; González-Forteza y col. 1997; Turnipseed, 1998; Orford y col. 1998).

MODELO DE ESTRÉS LABORAL.

El modelo transaccional del estrés laboral (basado en la acepción general del estrés propuesto a finales de lo 70' por Lazarus y sus colaboradores) refiere tres componentes principales: 1) estímulos externos referidos al contexto laboral (exigencias de la tarea y la tecnología implicada en su elaboración), 2) variables moderadoras (factores individuales: físicos y psicológicos) y 3) respuesta al estrés (consecuencias individuales y organizacionales).

Como ya se ha mencionado el estrés es percibido por la persona como desbordante de sus recursos para su adaptación o crecimiento y pone en peligro su bienestar, es decir, es el sujeto quien percibe, evalúa y afronta al estrés.

Dicha percepción está en relación con su contexto por las variables moderadoras. Cabe hacer notar que este concepto (moderador) se aplica exclusivamente a los efectos interactivos. Esto es, una variable moderadora altera la naturaleza de la relación entre otras dos variables. En este caso sería X como ambiente laboral e Y como percepción, evaluación o afrontamiento con respecto a Z estrés laboral.

De acuerdo a Parkes (1998) el efecto de las variables moderadoras puede ser aditivo o interactivo. Sería efecto aditivo si las variables X e Y están directamente relacionadas con Z; y efecto interactivo si la magnitud y/o dirección del efecto de X sobre Z depende del nivel de Y (o viceversa). Por consiguiente, tanto en la investigación como en el tratamiento es indispensable saber si los individuos expuestos a estresores laborales particulares son afectados en la misma medida y si con ello sería posible especificar los factores de riesgo potencialmente relacionados con la salud de los trabajadores.

Se han realizado numerosos intentos por identificar y clasificar tanto los determinantes ambientales (estresores laborales: inherentes a la organización o al individuo) como sus consecuencias (conductuales, fisiológicas y psicológicas)

(O'Brien, 1984). Sin embargo, han sido numerosas las dificultades teóricas y metodológicas a las que se ha enfrentado, como son:

el valor asignado a los sucesos (Rahe y Arthur, 1978) y su relación con la varianza en salud,

los problemas conceptuales y de medida del estrés laboral (autoinformes y otras medidas fisiológicas) y,

las variables mediadoras: personalidad o factores protectores entre las contrariedades y disfunciones adaptativas.

La propuesta teórica de Lazarus (1986) refiere que la evaluación cognitiva influye o media en los niveles de respuesta al estrés "lo que realmente importa es la «situación psicológica», resultado de la interacción entre el entorno y los factores del individuo" (p. 48), lo cual conduce a situar la experiencia subjetiva y la actividad cognitiva del individuo como mediadores entre los acontecimientos vitales como posibles predictores del daño a la salud, cuya respuesta es el estrés.

De esta manera, aunque se escale los acontecimientos⁴⁹, se han encontrado contrariedades entre los síntomas previos y los sucesos mayores desencadenadores del estrés laboral. Es decir, los estresores diarios juegan el papel de intermediarios en el proceso y pueden ser más importantes que los acontecimientos mayores. Por ejemplo, la inquisitiva supervisión, la relación con compañeros fumadores, la convivencia con vecinos difíciles, etc. También las diferencias individuales permiten valorar al suceso como mayor o menor, como causa o efecto; o como posible de recordar⁵⁰. Por ejemplo, el trabajador con gastritis crónica, atenderá primeramente su afección dolorosa y buscará la asociación con elementos funcionales más que con la significación de dichos eventos que llevaron a desarrollar su padecimiento, los cuales quedarían olvidados o como diría Freud en el inconsciente.

Queda pues el problema planteado para la medida subjetiva del estrés laboral, que amenaza la validez de constructo y la validez predictiva. Principalmente por que los datos se obtienen de autoinformes (criterio) que pueden

49 Por ejemplo Holmes, Rahe y col. (1967) proponen una cuantificación a 43 eventos de la vida. Otorga como valor máximo de 100 a la muerte del cónyuge y 11 como valor mínimo a las infracciones menores a la ley.

50 El método freudiano (1917) de examen de la realidad (p190) ha podido distinguir entre la influencia de estímulos exteriores e interiores, entre imaginaciones y percepciones de la realidad; por lo que se podría discutir la dimensión de la "historia psíquica"..

ser redundantes o solapadores entre lo que se está midiendo como predictor o lo que se mide como criterio⁵¹. Por ejemplo, Appels refiere que la escala para medir la “carga laboral percibida” de Meyman, tiene ítems que relacionan la falta de voluntad para emplear la capacidad: «aversión a la actividad», «dificultad para continuar con el trabajo» y el déficit en las aptitudes para emplear la capacidad: «tropezar con mi propio pie», «incapacidad de concentrarse» cuyas puntuaciones se relacionaron con el nivel de sobrecarga en la tarea observada y con efectos de sobrecarga subjetivos. Sin embargo, no se encontró ninguna relación con parámetros fisiológicos como presión sanguínea y actividad neuroendocrina.

No obstante, como comentan Santed, Sandín y Chorot (1998) la confusión de medidas se supera en el registro de datos cuando las variables “tienen un carácter objetivo (por ejemplo, marcadores biológicos o criterios de salud a largo plazo, como morbilidad y mortalidad), las posibilidades de confusión, salvo por deficiencias del diseño, desaparecen” (p. 42). Asimismo, hacen énfasis en que la utilidad de los autoinformes en la investigación del estrés laboral y salud será más validada cuando se acompañen de variables objetivas con un adecuado diseño metodológico.

BURNOUT: síndrome del quemado.

Las investigaciones sobre el estrés laboral han identificado estresores ambientales propios del puesto de trabajo, las relacionadas al desempeño del rol y las del desarrollo organizacional como sus principales desencadenantes (Gil-Monte y Peiró, 1997). Uno de los sectores de la sociedad más afectados por este estrés prolongado es el personal sanitario (principalmente el que trabaja en el sector público), ya que su actividad supone exigencias mentales, respuestas finas de motricidad, atención a pacientes, necesidad de tomar decisiones críticas incluso sobre la base de información escasa o ambigua (y por consiguiente la responsabilidad de su decisión), el peligro de contagio, las líneas de autoridad, el uso limitado de recursos tecnológicos masivos, etc., etc.

La mayoría de los profesionales de la salud tienen claro su rol laboral: promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o rehabilitar. A pesar de la

51 En este caso la acepción de criterio es considerado dentro del procedimiento de construcción de pruebas o escalas, como norma o elemento de referencia que permite realizar inferencias o tomar decisiones

satisfacción que ello les produce, suelen manifestar sentimientos de tensión, ansiedad, miedo o incluso hostilidad encubierta, estableciendo relaciones interpersonales bajo un constante estrés que acaba conduciendo a una pérdida de energía y al desarrollo de lo que se denomina “burnout” o síndrome del quemado.

El término de «burnout» fue mencionado por primera vez por Freudenberg (1974) al identificar el cambio ocurrido después de un año, en jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación. De la actitud cooperadora y servicial, se observó agotamiento, irritabilidad y cinismo hacia sus pacientes e incluso una tendencia a evitarlos.

Desde entonces se han producido bastantes investigaciones que ponen de manifiesto lo controversial del concepto. Sin embargo, desde la perspectiva psicosocial el <síndrome del quemado> no se identifica como estrés psicológico, sino como la respuesta a fuentes de estrés crónico que nacen de las relaciones interpersonales. Quedando de manifiesto desde el comienzo dos posturas principales:

La que refiere que el burnout se manifiesta por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal, generado en la relación del profesional sanitario y su paciente (Maslach y Jackson, 1979) y que la disminución del rendimiento se sustituye o compensa por una actitud de omnipotencia (Alvarez y Fernández, 1991). Su acepción es tridimensional desde la perspectiva factorial.

Por otro lado, el burnout se ha considerado también como un tipo particular de afrontamiento y autoprotección frente al estrés crónico establecido por la relación individuo-organización, lo cual incluye a personas que no trabajan en el sector de asistencia sanitaria (educadores, trabajadores sociales, policías, estudiantes, etc.). Su acepción es unidimensional e involucra un agotamiento físico, emocional y mental producido por la sobre carga laboral, percibida como desbordante a sus recursos. (Pines y Arosón, 1988).

En general, puede considerarse el burnout como el estado final de una progresión de intentos fracasados por manejar el estrés laboral percibiéndose de manera crónica bajo la relación individuo-organización. En esta acepción queda de manifiesto los recursos necesarios para la percepción del estrés laboral: evaluación y afrontamiento. Pero también, las variables situacionales y sus determinantes significativos.

1.-VARIABLES SITUACIONALES.

Parkes, Katherine (1998) identifica dos dimensiones centrales en los procesos de estrés laboral relacionadas a las variables situacionales: demandas laborales y control laboral.

La demanda laboral puede ser cuantitativas o cualitativas de acuerdo a las tareas del trabajo y su impacto en la salud física y mental. La dimensión cuantitativa, es generalmente referido a la sobre carga laboral o a la cantidad de trabajo que impone el rol. El extremo final de este continuo se caracteriza por presión de tiempo, ritmo de trabajo o productividad por tiempo, rapidez en realizar la tarea, necesidad de tomar decisiones, viajes por trabajo, cambios o ascensos en el puesto de trabajo, cumplimiento de horario, horas extras, etc. Los efectos sobre la salud se han relacionado con problemas musculoesqueléticos (Skov y col. 1996), parámetros inmunológicos (CONNOR y Leonard, 1998), respuestas del Sistema Nervioso Central (Tuulik, 1996; Gerra y Col. 1998; Weisfeldt, 1998) y sobre todo se relaciona con la salud mental (Leonard, 1998; Moore & Cooper, 1996). Mientras que el extremo bajo también puede ser una variable estresante, ya la subutilización puede producir desaliento, indiferencia o cinismo. La dimensión cualitativa de la demanda laboral se caracteriza por la complejidad de la tarea, la fragmentación, la monotonía y los ciclos del puesto, los cuales se relacionan con bajo rendimiento, baja satisfacción laboral, ansiedad, problemas somáticos y musculares y presencia de ansiedad (Turnipseed, 1998; Prosser, 1996).

El control laboral, también nombrado como autonomía, libertad de decisión o responsabilidad de la tarea, se considera una variable situacional de protección contra el estrés. Se asocia positivamente con la satisfacción en el trabajo, compromiso, implicación, rendimiento y motivación. En contraste, la relación laboral con bajo control laboral reporta burnout, bajo rendimiento, absentismo y rotación del puesto. Sin embargo, cabe hacer la aclaración que esta dimensión de la variable situacional debe interactuar aditivamente con las habilidades y oportunidades del trabajador para el efecto de los factores protectores de salud.

La evaluación de las características contextuales de la situación laboral son relevantes para que el individuo afronte el proceso de estrés. Dichas características

tienen que ver con: a) el entorno físico: ruido, calor, iluminación, calidad del aire, manejo de químicos tóxicos, aislamiento, hacinamiento, etc., Tradicionalmente han sido adversas en la industria manufacturera: minería, extracción de gas y petróleo o de transformación (Nower, 1984; Perlman, 1982; Roskies, 1990), b) temporalidad laboral, es decir, la percepción de una organización estable y duradera, sin rotación de turnos y con horario promedio de 40 a 48 horas semanas han sido factores protectores de salud ante el proceso del estrés, ya que influyen en la calidad de descanso, ajuste circadiano, satisfacción laboral y por ende en la disminución de accidentes laborales y absentismos.

2.- FACTORES PERSONALES.

Las diferencias individuales juegan un papel primordial en la percepción, evaluación y afrontamiento del proceso estrés.

Personalidad. La vulnerabilidad a la respuesta del estrés laboral o desarrollo del burnout ha sido abordado por dos posturas básicas: a) las que consideran el comportamiento como determinante para afrontar el entorno bajo ciertas pautas de comportamiento (Lazarus, 1986): personas sensibles, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás (Personalidad Tipo A), además del locus de control. Esta variable alude a la creencia generaliza de que los eventos externos son consecuencias de una relación causa-efecto y por ende capaz de ser controlados mediante fuerzas internas: voluntad, decisión y acciones. La propuesta de afrontamiento de esta teoría sería el desarrollo de factores protectores de salud: autoconfianza, autoestima y autoeficacia) y, b) la postura de la psicología profunda. Se ocupa de la exploración analítica de las preexperiencias, de la estructura de carácter y de las manifestaciones de la vida “inconsciente” o simbólica.

BIBLIOGRAFÍA

Appels, A. Estrés laboral, agotamiento y enfermedad, en José Buendía, compilador. Estrés laboral y salud. Madrid; Biblioteca Nueva, 1998. 119–128.

Cohen, S., Wills, T. "Stress, Social support, and the Buffering Hypothesis". *Psychological Bulletin*, 1985, 98: (2) 310–357.

Eells, T., Lacefield, P., Maxey, J. "Symptom correlates and factor structure of the health professions stress inventory". *Psychological Reports*, 1994, 75: 1563–1568.

Fernández-Castro, J., Doval, E., Edo, S. Efectos del estrés docente sobre los hábitos de salud. En: Antonio Cano Vindel y Juan José Miguel Tobal, compiladores. *Psicología, Medicina y Salud*. Barcelona; Editorial Ansiedad y Estrés 0, 1994. 127–133

Fontana, D. *Control del estrés*. México; Editorial Manual Moderno, 1992.

Gil-Monte, P., Peiró Silla, J.M. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. España; Editorial Síntesis Psicología. 1997.

González-Forteza, C. y cols. "Indicadores sociodemográficos de riesgo de estrés psicosocial en los estudiantes de educación media y media superior en la República Mexicana". *Salud Mental*, 1997, 20: (4) 1–7.

González-Rey, F. El estrés y sus vías de desarrollo en la institución laboral: alternativas para su prevención e intervención. En: José Buendía, editor. *Estrés Laboral y Salud*. España; Editorial Biblioteca Nueva, S. L., 1998

Holmes, T.H., Rahe, R. "The Social Readjustment Rating Scale". *Journal of Psychosomatic Research*. 2: 213–218.

Laungani, P. "Cross-Cultural Investigations of Stress: Conceptual and Methodological Considerations". *Internacional Journal of Stress Management*, 2000, 3: (1) 25–35.

Lazarus, R.S., Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. México; Editorial Martínez Roca, 1986.

Moore, K.A., Cooper, C.L.. "Stress in mental health professionals: a theoretical overview". *International Journal of Social Psychiatry*, 1996, 42: (2), 82–89.

O'Brien, G.E. "Reciprocal effects between locus of control and job attributes". *Australian Journal of Psychology*, 1984, 36: 57–74.

Orford, J. y col. "Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico". *Salud Mental*, 1998, 21: (1), 1–13.

Parkes, K. Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: José Buendía, editor. *Estrés Laboral y Salud*. España Editorial Biblioteca Nueva, S. L. 1998.

Pottage, D., Huxley, P. "Stress and Mental Health Social Work a Developmental Perspective". *International Journal of Social Psychiatry*, 1996, 42: (2), 124–131.

Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P. El estrés diario desde el marco del modelo transaccional: cuestiones conceptuales y metodológicas. En: José Buendía, editor. *Estrés Laboral y Salud*. España; Editorial Biblioteca Nueva, S. L., 1998.

Scuter y cols. Referido por: Parkes, K. Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: José Buendía, editor. *Estrés Laboral y Salud*. España; Editorial Biblioteca Nueva, S. L., 1990.

Sewart, W., Barling, J. "Daily work stress, mood and interpersonal job performance: a mediational model". *Work & Stress* 1996, 10: (4), 336–3551.

Seyle, Hans. Stress without distress. En: Jesús Rodríguez Marín, editor. *Psicología Social de la Salud*. España; Editorial Síntesis Psicológica, 1974.

Stora, J.B. ¿Qué sé? El estrés. México; Publicaciones Cruz O., S.A., 1992.

Turcotte, P.T. *Calidad de vida en el trabajo: antiestrés y creatividad*. México; Editorial Trillas, 1982.

Turnipseed, D.L. "An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome". *Journal of Applied Social Psychology*, 1994 24: (9), 782–800.

Turnipseed, D.L. "Anxiety and burnout in the health care work environment". *Psychological Reports*, 1998, 82: 627–642.

Skov, T., Borg, V., Orhede, E. "Psychosocial and physical risk factors for musculoskeletal disorders of the neck, shoulders, and lower back in salespeople". *Occupational and Environmental Medicine*, 1996, 53: (5), 351–356.

Connor, T.J., Leonard, B.E. "Depression, stress and immunological activation: the role of cytokines in depressive disorders". *Life Sciences*, 1998, 62: (7), 583–606.

Tuulik, V. "The Functional State of the Central Nervous System in Chemical Stress". *International Journal of Stress Management*, 1996, 3: (2): 107–115.

Weisfeldt, M. "Aging, Changes in the Cardiovascular System, and Responses to Stress". *American Journal of Hypertension*, 1998, 11: (3), Part. 2: 41S–45S .

Gerra, G. y col. "Neurotransmitter-Hormonal Responses to Psychological Stress in Peripubertal Subjects: relationship to aggressive behavior". *Life Sciences*, 1998, 62: (7), 617–625.

Prosser, D. y cols. "Mental Health, 'Burnout' and Job Satisfaction among Hospital and Community-Based Mental health Staff". *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 334–337.

Nower, M.H. "Noise exposure as related to productivity, disciplinary actions, absenteeism, and accidents among textile worker". *Journal of Safety Research*, 1984, 15: 163–174.

Roskies, E., Louis-Guerin, C. "Job insecurity in managers: antecedents and consequences". *Journal of Organizational Behaviour*, 1990, 11: 345–359.

Perlman, B., Hartman, E.A. "Burnout: summary and future research". *Human Relations*, 1982, 35: 283–305.

EL ACOSO MORAL EN EL TRABAJO

***Martín Acosta, María Angel's Carrion, Fernando González Sandoval,
Sergio Adalberto Franco Ramírez***

Introducción

El presente capítulo tiene como propósito analizar el tema de la violencia en el trabajo, especialmente la violencia interpersonal denominada acoso moral. Bajo el razonamiento de que dicha manifestación que profana la integridad física y mental de los trabajadores tiene, entre sus fuentes de subsidio más importantes, una relación muy estrecha en el vínculo mundialización de las economías y el denominado ajuste organizacional.

Dicho análisis nos conducirá a la necesidad de referirnos a una tipología de la violencia en el trabajo que nos permita distinguir y definir muy claramente en dónde posicionar al acoso moral, precisar cuál es su naturaleza e identificar a sus protagonistas.

Asimismo, describiremos el proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas. Donde partiremos de la conceptualización del acoso como un proceso de desgaste psicosocial y precisaremos cómo se convierte en un atentado contra la integridad mental de los trabajadores.

Concluiremos con un sencillo más importante llamamiento a los especialistas en la salud mental ocupacional en Latinoamérica invitándoles a documentar este azote obscuro que lacera el bienestar de los asalariados nacionales.

La violencia psicológica en el trabajo
Un acercamiento conceptual

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del

desarrollo o privaciones” (WHO, 1996). Mientras que para el Health and Safety Executive del Reino Unido la violencia en el lugar de trabajo se define como “todo incidente en el que un trabajador sea insultado, amenazado o agredido por otra persona en circunstancias surgidas durante el desempeño de su trabajo. Los agresores pueden ser pacientes, clientes o compañeros de trabajo” (MSF, 1993)

Según los datos expresados por Krug (2003) en el I^{er} Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud auspiciado por la Organización Mundial de la Salud, la violencia en el trabajo es una de las principales causas de muertes y lesiones en muchas partes del mundo. El Informe señala que en los Estados Unidos de Norteamérica la violencia en el trabajo ocupa el segundo lugar como causa de muerte, mientras que en los países de la Unión Europea se estima que cerca de 3 millones de trabajadores han sido presa de la violencia física en sus lugares de trabajo.

Según datos de la OMS, en Colombia el porcentaje de trabajadores fallecidos por homicidio en su sitio de trabajo fue del 2.6% en 2000 y las víctimas de agresiones no mortales fue del 6% en el mismo año (Rodríguez, et al, 2003).

También se reporta que en la Argentina el 6.1% de los trabajadores y el 11.8% de las trabajadoras revelaron haber sufrido algún tipo de agresión. Y el 16.6% de las mujeres dieron cuenta de incidentes de carácter sexual durante 1995. En Bolivia, el 0.4% de los trabajadores y el 0.9% de las trabajadoras sufrieron agresiones. El 1.3% de las mujeres fueron víctimas de algún tipo de incidente sexual durante 1996. En Costa Rica, el 0.8% de los trabajadores y el 1.4% de las trabajadoras sufrieron agresiones, mientras que el porcentaje de mujeres que sufrieron incidentes sexuales fue del 2.2% (OIT, 1998).

En un estudio sobre la magnitud y la repercusión económica de la violencia en seis países latinoamericanos realizado entre 1996 y 1997 auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo, Buvinic y Morrison (1999) reportaron que los costos que generaba la violencia alcanzaba el 1.9% del producto interno bruto (PIB) en Brasil, 5.0% en Colombia, 4.3% en El Salvador, 1.3% en México, 1.5% en Perú y 0.3% en Venezuela (Buvinic, 1999).

Sin embargo los costos de la violencia en el lugar de trabajo no sólo son económicos. Krug (2003) clasifica los costos implicados en costos directos, costos indirectos y costos intangibles.

Los costos directos se expresan en:

Accidentes;
Enfermedades;
Discapacidad y muerte;
Ausentismo;
Recambio del personal.

Los costos indirectos se manifiestan a través de:

Mengua del rendimiento en el trabajo;
Descenso de la calidad de los productos o el servicio y una producción más lenta;
Disminución de la competitividad.

Y, por último, los costos intangibles repercuten en:

Daño a la imagen de la institución;
Mengua de la motivación y la moral de los empleados;
Menor lealtad a la institución;
Niveles inferiores de creatividad;
Un ambiente que no propicia el trabajo (Krug, op. cit.)

Es importante precisar que la denominada violencia en el trabajo no sólo se expresa en atentados contra la corporalidad de quienes la sufren, sino que incluye, de acuerdo a la Northwestern National Life Insurance Company, “el acoso (acto de crear un ambiente hostil mediante palabras, acciones o contactos físicos molestos que no tengan como consecuencia un daño físico); las amenazas (manifestaciones de la intención de causar un daño físico), y las agresiones físicas (ataques violentos, con o sin uso de armas)” (Lawless, 1993).

Según los datos del The Workplace Bullying & Trauma Institute (Namie, 2000) en una encuesta realizada a finales del año 2000, el 16.8% de la población de trabajadores estadounidenses sufre o ha sufrido de acoso en el trabajo. Soares (2002) menciona, en su estudio realizado en la comunidad de Montreal, que en Canadá el 10.9% de los trabajadores vivían, en el momento en que realizó su investigación, alguna situación de acoso moral, un 18% lo ha vivido en los últimos

12 meses y un 6.1% ha sido testigo de algún acto de hostigamiento psicológico (Soares, 2002).

Di Martino, Hoel y Cooper (2003) señalan que en los países que actualmente conforman la Unión Europea existe una prevalencia del 9% (Di Martino, 2003) de trabajadores violentados psicológicamente, siendo Finlandia la nación con un mayor porcentaje de casos reportados con el 15%.

El I^{er} Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que: “en investigaciones efectuadas en el Reino Unido se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo y 78% han presenciado dicho comportamiento. En Sudáfrica, las agresiones en el lugar de trabajo se han notificado como algo anormalmente elevado y un estudio reciente mostró que 78% de los encuestados habían experimentado en algún momento intimidación en el lugar de trabajo” (Krug, op. cit.).

Como se puede ver existen estudios que ilustran la magnitud de la violencia psicológica en el lugar de trabajo. Desgraciadamente en Latinoamérica, aunque ya se empieza a discutir sobre el tema, aún no existen datos consistentes derivados de trabajos de investigación. Ello deviene de un interés extemporáneo de los especialistas en salud en el trabajo sobre el tema, mas no sólo es eso. También podríamos sugerir que la manifestación de la violencia en general, y por consecuencia la expresada en el lugar de trabajo, tiene otras aristas que condicionan su no oficialización en cifras y datos duros. Rosenberg y Mercy (1991) mencionan, entre otros motivos, la aceptación cultural de la violencia, la ausencia de un procedimiento de denuncias, el temor a la culpabilización o a las represalias y la falta de interés por parte de la empresa.

Además, por la naturaleza e implicaciones sociales que conlleva la violencia en el trabajo, el acceso a los datos epidemiológicos varía significativamente entre países, pues como ya se mencionó líneas arriba, aunque la violencia en el trabajo sea un fenómeno globalizado, no existe uniformidad entre naciones, ni en la capacidad para abordar el comportamiento violento y sus repercusiones en la integridad mental, ni en la generación de datos fidedignos sobre el tema.

Así, sea un interés asincrónico de los especialistas, sean atavismos culturales o un franco desinterés de los empleadores, todos estos motivos representan un impedimento real, lo que ocasiona que en los países

latinoamericanos se anteponga una enorme zaga entre la vivencia, el conocimiento, la capacidad de denuncia y la atención de la violencia psicológica generada en el trabajo.

La mundialización de las economías: ¿un escenario promotor de la violencia en el trabajo?

A nadie en sano juicio le resultará ajeno comprender que la mundialización de las economías es una estrategia financiera de la que todos los países del orbe forman parte, ya sea voluntaria o involuntariamente.

En apego estricto a la historia, la mundialización que hoy vivimos es una versión actualizada de acuerdos económicos internacionales precedentes. Mas con la diferencia de que el formato global vigente obedece a una lógica que Amin (2001) califica como una mundialización de naturaleza polarizante y que trae como resultado una enorme desigualdad entre las naciones afiliadas según sea su rango de participación en dicha aventura mercantil.

Para Samir Amin, la lógica que impera en la mundialización actual es la de las “políticas antisistémicas de desconexión” (Anim, 2001) lo que significa que los países con un magro nivel de desarrollo económico se enfrentan ante la imposibilidad irreversible de aspirar a alcanzar el bienestar económico y social para sus ciudadanos y, al mismo tiempo, se les condiciona a una adhesión irremediable a dicha estrategia perversa so pena de quedar excluidos, paradójicamente, de cualquier posibilidad de desarrollo.

Mas nos preguntaremos ¿qué tiene que ver la mundialización económica y el trabajo y qué articulación tiene con la violencia psicológica escenificada en los entornos laborales?

La respuesta es simple. La mundialización ha derivado en la sobreconcentración de la riqueza en los países hegemónicos (entiéndase Estados Unidos de Norteamérica y los países integrantes de la Comunidad Europea, principalmente.) y, por ende, como lo cita Petras (2002), ningún país periférico (inclúyanse a todos los países latinoamericanos) tiene posibilidad alguna de competir ante las potencias de este bloque económico. Así, “el argumento liberal de que el libre comercio, expresión genuina de la mundialización económica, incrementará la "competitividad" de las economías del Tercer Mundo es falso, dado que existe una concentración tan desigual del poder económico ante las

compañías estadounidenses y europeas que el camino al desarrollo social y el bienestar de los países periféricos está lejos de convertirse en una realidad.”

Por otra parte, en lo que se refiere al escenario laboral, la mundialización de la economía provoca una severa segmentación del mercado de trabajo, esto se refleja en una serie de desajustes y complicaciones en el empleo, el ingreso y las relaciones entre trabajadores y empleadores.

En México esto se ha manifestado, por un lado, en una organización emergente del trabajo, donde las empresas e inversionistas o bien tienen que recurrir a los paros técnicos y disminución de la jornada laboral⁵², la intensificación del trabajo (y su expresión en la acentuación del estrés en los trabajadores⁵³) o simplemente levantan literalmente sus empresas y direccionan su capital a otros mercados laborales más a modo⁵⁴. Tal es el caso de Motorola México que, en su planta instalada en el estado de Puebla, inició un proyecto de reducción de operaciones en su Centro de Desarrollo de Software. El argumento de la firma es que dicha estrategia tiene como finalidad “la obtención de ventajas competitivas en el mercado global” (Fregoso, 2003).

También es importante señalar la imponente tendencia a la feminización de la violencia en el trabajo como consecuencia de la migración. Según el libro, ¡Género! Pacto entre iguales, publicado por la OIT “la migración y el tráfico humano... existen porque hay un mercado, mantenido por una demanda de consumo, y porque en algunas partes del mundo la feminización de la pobreza, la falta de acceso a los recursos y los crecientes índices de desempleo y de inseguridad económica han aumentado la masa de posibles candidatos tanto a la

52 Véase el caso de la planta Volkswagen de México. Donde el sindicato de trabajadores decidió aceptar la disminución de la jornada de trabajo a cuatro días de trabajo por tres de descanso ante la caída de las exportaciones de automóviles a los Estados Unidos.

53 En México, con la finalidad de disminuir la carga presupuestal que significa la nómina de un sinnúmero de dependencias gubernamentales, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ha instrumentado un plan de retiro voluntario entre los trabajadores. A dicho plan se han acogido miles de burócratas lo que ha derivado en un incremento sustancial de las cargas de trabajo para los trabajadores

54 Cientos de ejemplos los podemos ver en la industria maquiladora. Donde simplemente se recurre a la extracción de las denominadas ventajas competitivas a costa de la mano de obra.

migración como a ser objeto de tráfico” lo que tiende a perpetuar los actos de violencia hacia las mujeres.

Por otra parte, Hirigoyen (2001) utiliza los términos de cinismo del sistema y perversidad del sistema para describir formas de organización promotoras de la violencia psicológica en la modalidad de acoso moral. En sendos procedimientos las empresas se valen de “la manipulación y la mentira para obtener un mayor rendimiento de sus asalariados y aumentar sus cifras”. Dichos actos, sin duda, estimulan más que la cooperación entre los trabajadores, la rivalidad y el encono. De esto a la violencia psicológica no hay ni un solo paso.

En fin, la mundialización a pesar de sus “bondades” tiene como atributos la exclusión y la justificación de la desigualdad, tanto entre naciones como en poblaciones, condición que incuba el infortunio de la violencia. Ya Krug lo menciona en el 1^{er} Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, “las sociedades con niveles elevados de desigualdad, donde la brecha entre ricos y pobres se ensancha más como resultado de la globalización, probablemente sufran un aumento de la violencia interpersonal” (Krug, op. cit.).

¿Habría algo más generador de violencia que esto?

Una tipología de la violencia y su expresión psicológica en el trabajo.

En la Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en el año de 1996 en Ginebra, la violencia fue declarada como un asunto de salud pública, de ello emanó la necesidad de enunciar una tipología de la violencia en la que se pudieran caracterizar sus diferentes tipos y la relación entre éstos.

Así, la violencia es dividida en tres categorías generales:

La violencia autoinflingida

La violencia interpersonal

La violencia colectiva

En este trabajo sólo abordaremos la violencia interpersonal en su modalidad de violencia comunitaria que “es la que se produce entre personas que no guardan parentesco y que pueden conocerse o no, y sucede por lo general fuera del hogar” (Krug, et al, op. cit.)

De esta suerte, la violencia psicológica en el lugar de trabajo está inscrita en la expresión interpersonal y es concebida de dos formas:

Amedrentamiento

Intimidación y hostigamiento

Conforme al Comunicado de Prensa de la OIT CE 132/22, el amedrentamiento en el lugar de trabajo cada vez es más frecuente y “se trata de todo comportamiento ofensivo de un miembro del personal que, mediante actos revanchistas, crueles, malintencionados o humillantes, busque debilitar la condición de otro trabajador o de un grupo de trabajadores”.

Tal podría ser el caso de generar dificultades al compañero de trabajo que destaque en el desempeño de sus funciones; el que un superior se dirija sistemáticamente a un subordinado por medio de gritos; la imposición por parte del "amedrentador" de sus puntos de vista como única manera correcta de realizar las tareas; la negativa del "amedrentador" a delegar responsabilidades argumentando que nadie merece su confianza; la mortificación a otros miembros del personal con críticas negativas incesantes o privar de responsabilidades a los trabajadores que muestren grandes competencias o aptitudes profesionales (ídem, pág 2).

La intimidación y hostigamiento se define como los comportamientos que un grupo de trabajadores ejerce sobre otro trabajador y que van desde “la repetición de comentarios negativos sobre una persona o las críticas incesantes en su contra; "hacer el vacío" a un trabajador, desalentando todo contacto social con éste; o la propagación de chismes o de información falsa acerca de la persona que se quiere perjudicar” (ídem, pág. 3).

Una vez caracterizada la violencia en el lugar de trabajo, dispongámonos a concentrar nuestro análisis en el acoso moral.

¿Qué es acoso moral en el trabajo?

El concepto de acoso moral en el trabajo ha surgido de definiciones precedentes sobre la violencia psicológica en el trabajo. Heinz Leymann fue uno de los primeros especialistas en el tema y denominó como psicoterror laboral (Leyman, 2001) a toda comunicación hostil e inmoral que se dirige de una manera sistemática por uno o más individuos, principalmente hacia un compañero de trabajo que, debido a ello, es empujado a una posición de indefensión que le impide continuar eficientemente con sus actividades laborales.

Mientras que para Christophe Dejours (1999), “el acoso moral es un cuadro clínico específico de alienación social en el trabajo. Dicho cuadro lleva a la marginación extrema, a la pérdida de identidad del sujeto que lo sufre. La alienación social es el resultado de presiones psíquicas que surgen de la organización del trabajo sobre el sujeto. Ya sea el modo de gestión y evaluación o el estilo de dirección en la empresa”.

Einarsen y Skogstad (1996); Leymann (1996); Zapf et al. (1996) y Zapf (1999) definen el acoso en el trabajo como “un tipo extremo de estresor social. Se distingue de los estresores “normales” por su larga duración y por estar dirigido “especialmente” a una persona en particular”.

Marie-France Hirigoyen (2001) señala que el acoso moral en el trabajo es principalmente un rechazo a la alteridad que se manifiesta por una intencionalidad perversa consciente o inconsciente de causar daño. Hirigoyen define al acoso moral en el trabajo “como toda acción (gesto, palabra, comportamiento, actitud, etc.) que atente, por su repetición y gravedad, contra la dignidad o la integridad psíquica o física de uno mismo o de un trabajador” (ídem, pág. 19).

Así, el acoso moral en el trabajo es un asedio comunicacional, un cuadro clínico específico de alienación social en el trabajo, un estresor social y un rechazo a la alteridad que es generado por la organización social del trabajo a través de un intrínquilis complementario conformada por el sistema de trabajo, uno o varios acosadores y un acosado. La principal característica de este cuadro clínico es su

reiteración y sistematicidad, lo que provoca en las víctimas un “sentimiento de haber sido maltratadas, despreciadas, humilladas, rechazadas”. (ídem, pág. 17)

De lo anterior se deriva la naturaleza moral del acoso, pues el objetivo de éste es generar en la víctima un vacío que poco a poco le va minando la salud y le reduce a un simple objeto, blanco de la violencia y víctima de las decisiones que su empleador decida tomar.

Piñuel (2002) caracteriza la naturaleza del acoso en el trabajo en la intencionalidad que conlleva el menoscabo y deterioro de la capacidad laboral que se intenta provocar en la víctima. Es decir, para este autor los comportamientos de acoso generalmente tienen una finalidad específica “poder... eliminar a la víctima más fácilmente del lugar y del trabajo que ocupa en la organización”.

En fin, el acoso moral en el trabajo sería así, una estrategia que no se funda en la simple rivalidad interpersonal sino que puede estar vinculado a una maniobra institucional que tenga como fin forzar la salida “voluntaria” de un trabajador. Con dicha determinación una empresa estaría en la inmejorable situación de rehuir el pago de la indemnización que correspondiera legalmente al implicado. Mas es necesario evitar, en este rubro, cualquier generalización, pues no es ésta la única modalidad en que puede darse el acoso moral. Existen otras formas que se concentran principalmente en las disputas generadas exclusivamente entre los trabajadores, lo que de ninguna manera exime a la empresa en su corresponsabilidad ante el tema. Ya Piñuel (2001) lo refiere así: “el acoso laboral no es un problema tan sólo del individuo o del perverso acosador que lo desencadena, sino todo un signo o síntoma de que las cosas no marchan bien en la manera de organizar el trabajo, de asignar las cargas del mismo, de seleccionar o promocionar a los directivos clave, o bien en lo que respecta a los valores, la cultura y el estilo de management científico”.

Otro de los aspectos importantes a resaltar sobre el tema es lo concerniente al vínculo que el acoso moral tiene con el poder, específicamente en su modalidad relacional.

Uriz (1994) señala que las organizaciones funcionan como entornos donde los individuos ejercitan su capacidad de poder hacer; imagen primordial de todo sujeto que se construye, tanto al reconocer en los otros dicha capacidad, como en el que esta misma le sea concedida por aquellos. De esto depende que las organizaciones den origen a dos distintos tipos de relaciones de poder: de dominación y de cooperación.

El acoso moral en el trabajo tiene su escenario en las relaciones de dominación. Expliquemos brevemente esta conjetura.

Todo individuo, en cualquier contexto, ya no se diga el laboral, se ve en la necesidad de interactuar con otros individuos. Puede hacerlo de dos maneras; percibiendo a los otros como colaboradores o visualizarlos como adversarios.

Cuando un sujeto discrimina a los otros como oponentes, éste se trueca en un agresor potencial y se echa a andar un proceso a través del cual la amenaza se configura como una consecuencia probable resultante de dicha interacción. De ello deriva en que un acosador recurra a la agresión como instrumento que, lejos de cualquier utilidad biológica primaria, caracterizada por una confrontación física directa, reviste un interés más subjetivo: eliminar la fuente de la amenaza. Es decir, aniquilar simbólicamente al otro.

Así, el acosador pone en marcha una agresión que se dirige “contra todo obstáculo que entiende puede oponerse al logro de sus objetivos, independientemente de la actuación actual o previsible del mismo. No responde a una agresión previa o prevista, sino a la decisión del acosador de ocupar un lugar en el que se encuentra el agredido” (Uriz, 1994).

Es decir, cuando una organización laboral promueve la competencia entre sus asociados, le abre la puerta a la agresión como práctica cotidiana. Le tiende un puente en el que pueden transitar fluidamente todo tipo de reacciones emocionales que exponen, tanto a sus emisores como a sus receptores, a una lucha intestina por la obtención de un sitio de privilegio. Un sitio de poder.

De esta forma no es difícil identificar que el proceso del acoso moral responde a una especie de subsidio organizacional que da salida a lo que Uriz

denomina como “las estructuras mentales básicas” (ídem, pág. 70) del sujeto. Estructuras que se caracterizan por su inmediatez de respuesta y no necesariamente por su prudencia. Así pues, éste es el soporte psíquico del acoso moral: la agresión y la dominación.

De tal suerte, el acoso moral debe ser abordado desde una óptica que sancione a la mundialización como una estrategia económica que facilita y permite las relaciones asimétricas entre naciones, y cuya consecuencia indiscutible es la instauración de la dominación como un esquema relacional implícito y “aceptado” por y en las organizaciones. En conclusión, el binomio estrategia económica - asimilación organizacional no es un escenario muy propicio para la generación de prácticas sociolaborales que tengan a buen recaudo la integridad mental de los trabajadores.

Prosigamos ahora a exponer sucintamente cómo se emplaza el proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas.

El proceso del acoso moral y sus repercusiones en la salud mental de las víctimas

El acoso: un proceso siniestro de desgaste.

Es importante destacar que, por su naturaleza relacional, el acoso moral es indiscutiblemente un proceso de desgaste psicosocial. Además, como lo expusimos líneas arriba, el contexto que facilita el acoso en el trabajo es aquel donde permean las relaciones de dominación; escenario donde se verifica el vínculo infalible para el emplazamiento de esta calamidad moral: el vínculo agresión – poder.

Pero, ¿cómo se instala dicho proceso? Veamos dos explicaciones distintas, una centrada en la percepción individual y otra en la alienación social.

Valette (2001), retoma la postura de Leymann quien señala que los prolegómenos del acoso son más bien conflictos cotidianos que generalmente son resueltos por las partes involucradas. De no ser así, y generalmente después de seis meses de lucha sin fortuna, la instalación del acoso se da con la ruptura del equilibrio psíquico de

la víctima. Según Leymann, esto se expresa de manera muy similar a las reacciones del tipo postraumáticas que se caracterizan por: fijación del trauma, intrusiones, re-exposición compulsiva al trauma, evitación y embotamiento, incapacidad de modular el grado de alerta, capacidad de procesar información y cambios permanentes en la personalidad.

Después de esto, Leymann señala que la hostilidad sentida por la víctima es tal, que le surge un sentimiento de negación del derecho al trabajo. Es a partir de aquí que el acosado intenta resistirse a acudir a laborar y, de asistir, se torna cada vez más incompetente en su ejercicio. Situación inmejorable para justificar su cese o despido laboral.

Para Dejours (Citado por Valette op. cit pág. 5) el proceso del acoso es consecuencia de la alienación social y consta de las siguientes fases:
Es consecutivo a una posición de inconformidad de un individuo que, al vencer su miedo, entra en rebelión contra la dominación simbólica que realiza la administración

Se comete una injusticia contra el sujeto en rebelión, más a pesar de ello no recibe ninguna muestra de solidaridad de sus compañeros de trabajo
El movimiento de indignación y rebelión naciente con el sujeto, en vez de crear en los otros la emoción colectiva y solidaria, aísla todavía más al sujeto
La pasividad, la indiferencia y la inercia de los compañeros, con relación a la dominación y sumisión simbólica, exasperan todavía más al sujeto. Es a partir de entonces que empieza a manifestar comportamientos extraños. Así, el sujeto, solo y estigmatizado, sostiene una relación crítica con la realidad del trabajo. Relación muchas veces justificable. A fin de cuentas, este distanciamiento se convierte en el principal atentado contra su identidad

Como podemos observar, el proceso del acoso moral es mucho más complicado que un simple problema de interrelación, tiene un vínculo indisoluble con las formas de gestión organizacional y se caracteriza por la dominación y sumisión de una de las partes en conflicto.

El acoso moral: un atentado contra la integridad mental

Veamos ahora cuáles con las repercusiones que el acoso moral genera en la salud mental de quienes lo sufren.

Según los datos reportados por la Fédération Générale du Travail de Belgique una de las principales repercusiones que el acoso moral genera en la integridad mental de la víctima provienen de sus efectos acumulativos. Pues mientras el acosador está en viabilidad de planear y decidir cuándo llevar a cabo un nuevo embate contra la víctima, ésta tendrá que mantenerse hipervigilante ante tal posibilidad. Así, mantener el estado de alerta necesario para repeler o esquivar cualquier agresión se convierte en una pesada carga, necesaria, durante mínimo 8 horas por jornada.

Al cabo de unos días, la víctima se puede quejar de dolor de cabeza, malestares estomacales o intestinales, temblores, transpiración profusa, taquicardia y tensión e insomnio. Conforme la situación de acoso se mantenga, alrededor de 6 meses según los expertos, la mayor parte de las víctimas sufren del síndrome de estrés postraumático.

Si la delación del acoso no se concreta, Leymann (op. cit.) afirma que, después de 18 meses de estar sometido al psicoterror laboral, la víctima desarrolla el desorden general de angustia caracterizado por:

Afectaciones de tipo muscular como: temblores, dolor muscular, inquietud y fatiga. hiperactividad del sistema nervioso autónomo expresada en: necesidad de aire, palpitaciones del corazón, pulso rápido, sudoración en las manos, sequedad en la boca, vértigo o desvanecimiento, malestares gastrointestinales, cambios súbitos en la temperatura corporal, gran necesidad de orinar y el sentir un nudo en la garganta. Hipervigilancia e hipersensibilidad: sentirse alterado, hiperreactividad ante estímulos externos, dificultad para concentrarse, dificultades para conciliar y mantener el sueño e irritabilidad.

Para Marie-France Hirigoyen (Valette op. cit ídem pág. 4), las víctimas de acoso moral sufren una descomposición en tres aspectos:

Psicosomático

Lo que no se puede expresar verbalmente se manifiesta a través del cuerpo. Estos problemas no resultan solamente de la agresión, sino, sobretudo, de la

incapacidad de hacerles frente, pues los afectados piensan que estarían equivocados al intentarlo, ya que se asumen como culpables de lo que les sucede.

Estados depresivos mayores que pueden llevar al suicidio.

Formas de comportamiento caracterizadas por pasajes de ira en los sujetos más impulsivos. Estas respuestas son tentativas vanas del acosado por hacerse entender. Ya sea por una expresión pública de una crisis de nervios, o bien por un acto agresivo dirigido a hacia su victimario.

Por otra parte, Piñuel (2001) señala que, además de estrés postraumático los efectos psicológicos en las víctimas de acoso son:

El estrés por coacción continuada

El síndrome de fatiga crónica

El estrés por coacción continuada, según Piñuel, (2004) “recoge buena parte de las características que el DSM IV atribuye al síndrome de estrés postraumático” y son:

Exposición a un acontecimiento estresante o situación de naturaleza excepcionalmente amenazadora.

Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.

Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.

Una de las dos:

Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del período de exposición al agente estresante

Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los siguientes:

Dificultad para conciliar el sueño

Irritabilidad

Dificultad de concentración

Facilidad para distraerse

Sobresaltos y aprensión exagerados

Los criterios B, C y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante

Respecto al síndrome de fatiga crónica, Piñuel (ídem pág. 90) destaca su presencia durante 6 meses o más, la exclusión de otras causas físicas o psíquicas, cansancio que no desaparece con el descanso y la presencia al menos de cuatro de los siguientes síntomas: pérdida de memoria, dolores musculares, dolores en las articulaciones, inflamación de la garganta, inflamación de los nódulos linfáticos en nuca y axilas, cefaleas y malestar y agotamiento más de un día después de un esfuerzo. Antes de concluir con este apartado, es importante mencionar que la última y más cruenta repercusión que el acoso moral en el trabajo puede ocasionar es el suicidio. Ya desde los estudios que realizó Leymann consideró que uno de cada cinco suicidios en Suecia tenía como causa al acoso moral en el trabajo. En fin. El tema del acoso moral es bastante complejo lo que implica la imperiosa necesidad de abordarlo de manera ordenada y sistemática en nuestro entorno latinoamericano.

A manera de conclusión

Sin duda muchos serán los puntos que no pudieron ser abordados sobre el tema del acoso moral en este trabajo. Sin embargo consideramos que, si logramos inquietar un poco a los especialistas de la salud mental ocupacional de Latinoamérica, para que orienten sus trabajos de investigación hacia este problema, sin duda la contribución estará materializada.

No olvidemos que todavía en nuestro sub-continente se viven, en la mayoría de los países que lo conforman, condiciones estructurales que favorecen la perpetuación de la pobreza y la desigualdad; condiciones que se convierten en el germen de la violencia social. Y una vez que ésta se instala, se disemina a otras esferas de la vida como lo es el trabajo.

Por otra parte, también es importante apelar a nuestra capacidad creativa para que, una vez que contemos con evidencias obtenidas a través de estudios serios y metodológicamente bien inducidos, logremos generar, a pesar de los exiguos recursos económicos disponibles, estrategias que atenúen y prevengan el acoso moral en el trabajo. Ello no sólo nos permitirá escudriñar buenas prácticas para su control y manejo, sino que nos posibilitaría enmarcar a la violencia psicológica en el trabajo y, específicamente el acoso moral, en una dimensión que se ajuste a nuestras realidades nacionales

Referencias bibliográficas

World Health Organization Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Geneva: 1996 (documento WHO/EHA/SPI.POA.2)

MSF (Management, Science and Finance). Prevention of Violence At Work, and MSF Guide With Model Agreement and Violence At Work Questionnaire. MSF Health and Safety Information, n° 37. En: Leon J Warshaw, Director. Tomo II. Capítulo 51: la violencia en el lugar de trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra; OIT, 1993. 2

Krug, E. et al. I^{er} Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud: 2003. 19.

Organización Mundial de la Salud. Repercusión de la Violencia en la Salud de las poblaciones americanas 132.A Sesión del Comité Ejecutivo Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003 Punto 4.14 del orden del día provisional CE132/22 (Esp.) 5 mayo 2003. págs. 12 –13

Rodríguez, J., Forero, L., Hernández, H., Castillo, P. Caracterización de diferentes formas de violencia en el lugar de trabajo y exploración de sus factores asociados. FISO Instituto Nacional de Medicina y Ciencias Forenses; Bogotá, Colombia, 2002–2003.

OIT. Comunicado de prensa de la OIT. CE132/22, Lunes 20 de julio de 1998. “Violencia en el trabajo: un problema mundial”. Ginebra y Washington D.C.; OIT, 1998. 5

Buvinic M, Morrison A. Technical Note 4: Economic and social consequences of violence. Violence as an obstacle to development. Washington, DC; Interamerican Development Bank, 1999. 3–4

Lawless, P. Fear and Violence in the Workplace: A Survey Documenting the Experience of American Workers. Minneapolis, Minnesota: Northwestern National Life Insurance. En: Leon J. Warshaw, director. Tomo II. Capítulo 51: la violencia en el lugar de trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, OIT, 1993. 2

Namie, Gary. U.S. Hostile Workplace Survey 2000. Michigan; The Workplace Bullying & Trauma Institute, 2000. 1

Soares, Angelo. Quand le travail devient indécent: le harcèlement psychologique au travail. Montreal; Université du Québec à Montréal, 2002. 28 págs.

Di Martino, V., Helge, H., Cooper, C. Preventing violence and harassment in the workplace. Ireland; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. págs. 42

Rosenberg, M., Mercy, J. Assaultive violence En: Leon J. Warshaw, director. Tomo II. Capítulo 51: la violencia en el lugar de trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo. Ginebra, OIT, 1993. 2-3

Amin, S. Capitalismo, Imperialismo, Mundialización. En: Seoane, J. y Taddei, E. Compiladores Resistencias Mundiales. De Seattle a Porto Alegre. Buenos Aires: CLACSO, 2001. 16

Petras, J. ¿Quién Gobierna el Mundo? Available at: <http://www.eurosur.org/rebellion/petras/petras200502.htm>

Fregoso, J. "Motorola México se achica. Su presencia en Puebla tiene los días contados". Rev. Expansión, 2003, 869: 17

OIT. La violencia en el trabajo: una carga costosa. Available at: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/cue_gen/viol_tra.htm

Hirigoyen, M. El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso. España, Paidós 2001. 178–179

WHO (documento WHO/EHA/ SPI.POA.2). Resolución WHA 49.25. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. Ginebra; Organización Mundial de la Salud, 1996.

OIT Violencia en el trabajo: un problema mundial Publicación simultánea en Ginebra y Washington D.C.: Lunes 20 de julio de 1998 (OIT/98/30) Comunicado de prensa de la OIT. CE132/22 (Esp.) págs. 5–6

Leymann, H. “The Definition of Mobbing at Workplaces” The Mobbing Encyclopaedia. Available at: <http://www.leymann.se/English/frame.html/12100e>

Dejours, Christophe. Violence ou Domination in Travail. Revue Internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail N° 3 1999. En: Valette, JC.

Hypothèses de travail pour comprendre le processus de harcèlement moral et agir. <http://www.cgt.fr/06campa/protectionsociale/condtravai/evalurisk/risquespro/hypotes.pdf> (la traducción es de Acosta, M, y los subrayados son nuestros)

Zapf, D. “Organisational, work group related and personal causes of mobbing/bullying at work”. International Journal of Manpower, 1999, 20: (1/2) 70

Piñuel, I. “La violencia psicológica en el trabajo” Informe CISNEROS II sobre “Violencia en el entorno laboral” Resultados preliminares del barómetro CISNEROS II. España: 2002. pág 2.
http://212.73.52.211/hosting/000c/acosomoral/pdf/bibliografia/Pi%F1uel_cisneros_2.pdf

Piñuel, I. Mobbing, Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander; Sal Terrae, 2001. 61

Uriz, J. La subjetividad de la organización El poder más allá de las estructuras. España; Siglo XXI de España Editores, S. A. 1994. 71

Valette, JC. “Hypothèses de travail pour comprendre le processus de harcèlement moral et agir”. Available at:
http://www.cgt.fr/06campa/protectionsociale/condtravail/evalurisk/risquespro/hypot_hes.pdf

FGTB Harcèlement moral au travail. Une réponse syndicale. Bruxelles; Service Entreprises de la FGTB, 2002. 20

Leymann, H. op. cit <http://www.leymann.se/English/frame.html/32130e>

TRABAJO Y CALIDAD DE VIDA
José G. Salazar Estrada, Carlos Alvarado

Introducción

El estudio de los determinantes de la calidad de vida, es un tema que ha suscitado un creciente interés entre los diversos estudiosos de la Salud y de las Ciencias Sociales, en una búsqueda por encontrar un modelo teórico integrador y por optimizar y orientar las intervenciones dirigidas a grupos sociales o a grandes poblaciones. Pero la discusión da inicio desde la definición propia de Calidad de Vida (CV), término que ha existido desde hace varias décadas, con un origen desconocido, se empieza a hacer popular en los ámbitos de la salud, la salud mental, la educación, y en muchas otras áreas de la medicina y de las Ciencias Sociales. Es en esta última donde se ha formado una conceptualización más explicativa de lo que se quiere decir con Calidad de Vida, pero siempre en una constante lucha por establecer criterios cuantitativos vs. cualitativos. En un principio se buscaba aspectos que lo definieran desde lo económico como es el hablar de “nivel de vida” con indicadores de bienestar social basados estrictamente en el aspecto de económico o de poder adquisitivo y que no incluía indicadores del satisfacción ambiental, laboral, social y/o personal.

El término de Calidad de Vida como una fuerza importante en el ámbito de la salud, al irse presentando el interés por las enfermedades crónicas degenerativas, tanto los oncólogos, como los especialistas en enfermedades crónicas se preocuparon en la calidad de vida de los enfermos y por consiguiente se da una búsqueda de instrumentos de medición e identificar si los objetivos se cumplían o no.

Actualmente el desarrollo tecnológico en el campo de la medicina ha hecho que los cambios en las condiciones de vida evolucione de una década a otra, el incremento de la esperanza de vida, nuevos tratamientos y un mayor acceso a los servicios de la salud, propician encontrar en parámetros de morbilidad / mortalidad, y perfilar un cambio epidemiológico en donde valoran los resultados como un incremento de la calidad de vida, como producto de un mejor bienestar físico, psicológico y social. Sin embargo esos avances logrados por la medicina no siempre aseguran un incremento de calidad de vida, los indicadores utilizados para

la medición de calidad de vida no siempre son completos y valoran aspectos parciales dejando una engañosa visión de la realidad.

El caso de la calidad de vida relacionada al trabajo no escapa de tal inquietud, ya que el área laboral o el del trabajo productivo, hablar de las necesidades básicas específicamente, y de las condiciones sociales, culturales, económicas y de acceso a los servicios son básicas y esenciales en el ser humano, independientemente del modo de producción a que nos estemos refiriendo y a las condiciones de trabajo particulares, pero cuando hablamos de calidad de vida de los trabajadores tendremos que darle el contexto propio al que nos referimos.

Para entender esta relación debemos de entender que el trabajo es algo más que una fuente de remuneración, para el hombre el trabajo es¹:

- 1.- Seguridad, independencia psicológica, sensación de poder personal, capacidad para bastarse por si mismo.
- 2.- Experiencia creciente de la vida y de la profesión y oficio. Kabayashi dice “ existe en el mundo algo que es mejor maestro que el ser humano: el trabajo”
- 3.- Oportunidad de expresarse como persona individual y única. El profesor se expresa en sus clases, el arquitecto en sus diseños, el medico en sus tratamientos, el escritor en sus libros; y con la expresión va la expansión de la propia personalidad.
- 4.- Satisfacción de ser útil, de estar en condiciones de dar un servicio valioso, solicitado y apreciado.
- 5.- Refuerzo del sentido de la dignidad personal “soy un elemento positivo de la comunidad: merezco el pan que me como”. Para las personas de clase humilde el trabajo es el último y seguro reducto de su confianza en la propia fuerza y en el propio valor.
- 6.- Fuente de relaciones interpersonales que nos estimulan y enriquecen.
- 7.- Integración de una comunidad humana diferente de la familia, fincada sobre otros principios psicosociales y destinada a abrirnos a horizontes más amplios.
- 8.- Ayuda a descubrirnos a nosotros mismos; termómetro de nuestra capacidad, espejo de nuestra imagen psíquica y social e indicador de nuestros valores ante nosotros mismos.
- 9.- Estatus social, nuestro trabajo nos define tanto que cuando un desconocido nos preguntan ¿Quién eres? Hacer referencias apelando a nuestra función y actividad laboral nos da un estatus social propio de la relación económica y profesional del trabajo realizado.

10.- Satisfacción de la necesidad de estructurar nuestro tiempo. Si no trabajáramos en ninguna actividad los días serían más largos, vacíos, estériles y tristes.

El trabajo es inherente al ser humano y desde siempre ha formado parte de su historia, mejorando su calidad de vida, asumiendo roles de acuerdo a sus capacidades y competencias para cubrir la mayoría de las necesidades esenciales del hombre, entre ellas vivienda, alimentación, vestuario, educación. Lo cual a su vez marca las diferencias culturales y sociales existentes en el mundo.

Con el fenómeno mundial de la globalización y la alta tecnificación se recrudecen marcadamente las desigualdades sociales, aumenta el desempleo y la marginación, W. SyCip (citado por H.Peters, 1998)¹ menciona que en el siglo recién iniciado, sólo el 20% de la población económicamente activa bastará para mantener en marcha la economía mundial. Por lo que sólo ese 20% participará de manera más activa en el movimiento económico y de consumo para mejorar su calidad de vida. El restante 80% de la población mundial, enfrentará grandes problemas económicos, desempleo y una lucha difícil por la sobrevivencia y por lo tanto una “pobre” calidad de vida. El ingreso económico como obrero, empleado, campesino, trabajador independiente no asegura tener acceso a los satisfactores suficiente para poder evaluar un incremento en la calidad de vida, la calidad y la cantidad varía en gran parte por la fuerza del poder adquisitivo y por la seguridad e inseguridad que ofrece el quehacer laboral, así como el tipo de trabajo, haciendo marcada las diferencias en los indicadores valorativos entre un grupo y otro.

En muchos países de América Latina como Centro América, las fluctuaciones de la economía, generan una constante inseguridad y poca permanencia laboral, cada día aumentan las filas de desempleados y subempleados, lo que provoca inestabilidad no solo a nivel económico sino también en el plano social y personal, en donde el espejismo de la creación de empleos a través del autoempleo, no es más que la opción de empleos de poca duración, sin ninguna seguridad social y de una pobre perspectiva la futuro. Los centros laborales ofreciendo empleo a mano de obra barata, con poca estabilidad laboral pero con mayores exigencias de preparación técnica.

En este tenor, aparece el concepto de “calidad de vida” dentro del rubro laboral, como una necesidad por valorar no solo los aspectos relacionados con las necesidades económicas y materiales sino aunado a ellas, las necesidades personales subjetivas de sensación de bienestar.

Hasta hace muy poco tiempo el concepto de calidad de vida mantenía poca relación con el trabajo y el consumo de bienes y servicios, era más un concepto de tal abstracción que resultaba difícil su operacionalización, su instrumentación y por ende su acceso para ser estudiado de manera científica. La relación hombre-trabajo, que se produce en la actividad laboral es el factor determinante en esa constelación de múltiples influencias. De ahí que en la investigación del concepto de salud en el trabajo deba sostenerse una comprensión dialéctica de los factores psicosociales comprometidos en el estado de salud, no solo al nivel del colectivo, sino que incluya las relaciones de la actividad laboral con las restantes actividades vitales que componen el estilo de vida, en las demás esferas de la actividad social del hombre, que pueden actuar de modo diverso sobre su bienestar en el trabajo³. Estas relaciones han sido investigadas en relación con diversos elementos, como el apoyo social en el hogar, en el colectivo laboral, diferencias entre sexos, y otros elementos. (Ver Levi, 1984; Buunk y Janssen, 1987; Long y Voges, 1987; Marcelissen, Winnubst y otros, 1988).

J. P. Potrony, que se ha interesado sistemáticamente en el tema del modo de vida y del estilo de vida individual define del siguiente modo el concepto de actividad vital: “la categoría que relaciona las condiciones de vida propias de una formación socioeconómica dada con el sistema de las necesidades sociales e individuales que se satisfacen en el contexto del modo de vida correspondiente a ella”. Y seguidamente agrega: “lo que hace vital a una actividad es la importancia que ésta tenga en su doble carácter; para la sociedad y para el individuo; la actividad vital además es de carácter típico y recurrente” (Potrony, 1984, p. 18).

En las investigaciones empíricas ha sido considerada de manera general y como referencia necesaria la estructura formal o del tiempo de las diversas actividades que componen el estilo de vida, dada su importancia para el desarrollo de la personalidad (Seve, 1975, pp. 304 y sigs.) y su relación con el trabajo y su posición social⁴.

En un reciente estudio realizado en las 25 ciudades mas grandes de la Republica Mexicana, con una muestra de 5 504 personas encuestadas aleatoriamente solicitándole que calificaran sus condiciones de vida para poder clasificar la calidad de vida, con la aplicación de 12 aspectos a calificar a) oportunidades de empleo, b) vivienda, c) seguridad pública, d) servicios de salud,

e) servicios educativos, f) calidad de aire, g) servicios públicos, h) actividades y centros culturales, i) tramites con autoridades locales, j) infraestructura urbana, k) áreas verdes y parques, y l) abasto de bienes básicos. Se obtuvieron promedios ponderados obteniendo índices de calidad de vida, el índice global de calidad de vida fue de 6.8, En donde el primer lugar lo obtuvo la Ciudad de Aguascalientes con un porcentaje de 7.9 y en último lugar la Ciudad de México con un puntaje de 5.4. (Moreno A, Reforma 2001). La mayor parte de estos indicadores son de aspectos cuantitativos tomando en consideración si cuenta con el servicio, si existe, o si tiene acceso a determinado aspecto, algunos pocos aspectos son valorados en los aspectos subjetivos en los que se involucra la satisfacción, el bienestar y la satisfacción del servicio.

En un aspecto más amplio el concepto de calidad de vida, reitera en el uso de factores como es las condiciones de vivienda, empleo, salud, acceso a los servicios públicos, comunicación, condiciones ambientales, relaciones sociales, condiciones de urbanización en fin aspectos que tienen que ver con el entorno social, cultural y político, sin dejar a un lado los aspectos subjetivos como es la satisfacción, el bienestar y la calidad de esos factores sociales.

Por eso es necesario ir transformando una definición de un simple juicio subjetivo de satisfacción y de sentimiento de bienestar personal, a un concepto más sólido relacionado con indicadores más objetivos como pueden ser los relacionados con factores biológicos como salud física y funcionalidad, laborales, económicos, ambientales, sociales y psicosociales y ya no como un simple sentimiento de “felicidad” como lo definía Dalkey y Rourke ²(1973).

Antecedentes del uso de Calidad de vida y trabajo

Como ya se mencionó, Dalkey y Rourke, ofrecieron una definición del término más relacionada con la satisfacción personal y el sentido de felicidad. Ya para 1976 Andrew y Withney., citado por Bobes J.³ intentan definir a la calidad de vida, con otros componentes más cognitivos, sin dejar de lado lo afectivo describiéndola como una interpretación y evaluación que hace el sujeto a la condiciones laborales físicas, interpersonales y sociales. En 1978, Shin y Jonson⁴ señalan que la calidad de vida depende de los recursos con que se cuenta para satisfacer las necesidades y deseos. Para Bestuzhev-Lada (1980), citado por Bobes J.⁵ (1993) tiene un significado evaluativo de la gratificación que la gente deriva del grado en que sus necesidades materiales y mentales se encuentran satisfechas.

Por su parte Spitzar⁶ (1987) define a la calidad de vida como la valoración que hace la propia persona de una serie de atributos tanto físicos como sociales y psicológicos. Algunos autores como Walker y Roser⁷ (1987) establecen un espectro más amplio del término sustentándolo en aquellos aspectos que están vinculados con las necesidades vitales como pueden ser desde el alimento y el cobijo hasta las asociadas con desarrollar un sentido de plenitud y felicidad.

Cuervo-Arango⁸ (1990) considera la satisfacción con la vida como un indicador subjetivo de calidad de vida y que al final se convierte en la búsqueda interminable por la felicidad en el transcurso de la vida. Tal vez en términos más “psicologizados”, no suene descabellado en este sentido mencionar la teoría de Maslow⁹ de las necesidades y la búsqueda de la autorrealización como una forma de acceder al estudio de la calidad de vida ya que habla de la satisfacción desde las necesidades más básicas para la sobrevivencia, hasta el sentido de satisfacción personal con el sí mismo, como una expresión del propio potencial de llegar a ser lo que uno es capaz de ser, como un proceso evolutivo a través de las etapas psicosociales propuestas en función al desarrollo de la personalidad.

Existe también el abordaje de las condiciones laborales y su relación con la subjetividad del trabajador, cuando se aborda desde el Clima Laboral por Coyle et al., 1995,¹⁰ definiéndolo como una percepción subjetiva de la organización, sus miembros, sus estructuras y sus procesos, que presenta aspectos comunes, a pesar de las diferencias individuales, basados en indicios o elementos objetivos del ambiente, y, que, además, actúan como antecedente de la conducta de los sujetos, cualidad que le confiere su verdadera importancia .

Factores intervinientes en el concepto de Calidad de Vida

En términos generales y de acuerdo a las definiciones anteriores, podemos definir a la calidad de vida como un nivel de bienestar subjetivo por un lado y por otro en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar más o menos objetivos, de lo que en consenso general las personas consideran que determina una buena vida, de lo cual se pueden desprender dos aspectos, uno que alude a la “felicidad” y el otro que contempla el “estado de bienestar” material.

Conjuntar ambos factores implica entonces no solo establecer y constatar socialmente la presencia de indicadores “objetivos” de bienestar, generalmente relacionados con ingreso económico, vivienda, comunicación, urbanización, condiciones ambientales, educación y factores laborales entre otros, además de

indicadores “subjetivos” como el sentimiento de satisfacción, de felicidad y el estado de ánimo positivo determinado por otros elementos psicológicos como son procesos del pensamiento y conductas.

De tal forma, los indicadores objetivos están referidos a realidades presentes en el hábitat social físico de las personas y pueden centrarse en capital económico, material y social, es decir, recursos para la satisfacción de necesidades materiales para la subsistencia, en gran parte estos elementos centrados en el poder adquisitivo, el estatus laboral y el control sobre los bienes materiales que generan comodidades y bienestar. En este sentido el empleo representa un indicador objetivo, tanto por el tipo de empleo como por el desgaste físico cognitivo y afectivo que genera y por la gratificación material y subjetiva obtenida de él.

En el contexto laboral la calidad de vida tiene un significado multifactorial, que va desde una actividad laboral que sea compatible con nuestras competencias conductuales y nuestras capacidades para adaptarnos psicológica, social y biológicamente al mismo, hasta las condiciones o factores de riesgo laboral en que se desarrolla (riesgos físicos como ruido, temperatura, hasta los psicosociales como el estrés y el acoso psicológico), que no deterioren nuestra salud; pero ello lleva incluido la formación profesional, su nivel socioeconómico previo, su remuneración, sus relaciones interpersonales en el trabajo, su propia personalidad y su estilo de vida, sin dejar de lado la estructura organizacional y funcional de la empresa. Y si todo ese conjunto de factores que también interactúan con su vida personal y familiar como ser social per se, mantienen un equilibrio que permita un estado de satisfacción y de salud físicas, social, mental adecuado consideraremos que tiene calidad de vida.

En muchos de nuestros países se deben incluir (por ley) personas con pérdida de la capacidad funcional (limitaciones o discapacidades) en las empresas y así incorporarlas a la vida productiva y cuando sus competencias conductuales y su actividad laboral, se entrelazan armónicamente, junto un ambiente de trabajo saludable (libre de riesgos a la salud o con los riesgos controlados) ellos se sienten útiles socialmente y productivos económicamente, su calidad de vida mejora, aunque su condición de salud siga siendo la misma. Otros ejemplos como los que cita Román, 2001, los sujetos ansiosos (neuróticos como le llama Merota, 1988) enfrentan de manera diferente su actividad laboral y sus conflictos que los sujetos sanos, creando con ellos percepción de insatisfacción laboral y mala calidad de

vida en un ambiente saludable de trabajo, tomando ello importancia para conceptualizar que la calidad de vida tiene un componente individual que no debe ser subestimado, Asimismo una organización que no tenga políticas bien establecidas en varias de sus esferas, como la política salarial, un programa de salud ocupacional, organigrama disfuncional, entre otros llevara a un empleado que tenga todas sus competencias para un puesto y buena salud, buenas condiciones sociales y familiares, caer en situaciones como el acoso psicológico, la desmotivación, el estrés laboral, la ambigüedad de roles, que pueden crear insatisfacción laboral y por ende afectar su calidad de vida que tenia antes de entrar a esa organización

Cualquier operacionalización de variables para el concepto de calidad de vida, deberá de contemplar factores como la calidad de condiciones de vida de una persona, así como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones, la combinación de factores objetivos y subjetivos en donde se valore las condiciones de vida y las satisfacciones que estas producen a la persona y por ultimo, considerar los aspectos más valorativos de la propia persona ponderando la satisfacción a través de sus expectativas, y aspiraciones personales.

La satisfacción con el trabajo ha sido un indicador amplia y tempranamente empleado en las investigaciones de la relación hombre-trabajo. Desde los años de la década del 30, puede considerarse que éste ha sido un indicador subjetivo sistemáticamente tratado en las investigaciones de psicología del trabajo. Inicialmente fueron estimuladas por el supuesto de que el estado de satisfacción del hombre con su trabajo pudiera contribuir de forma significativa al incremento de su productividad.

El estudio de la satisfacción del trabajador con su actividad laboral es de suma importancia para la investigación higiénica, ya que ella constituye el indicador afectivo-emocional más inmediato de la relación del hombre con esa actividad suya. Por el grado de satisfacción podemos establecer también juicios acerca del estado de bienestar del hombre con su vida laboral e, indirectamente, con otros ámbitos de actividades que se relacionan con aquella. De ahí la relación de la satisfacción con la salud¹⁴.

R. Stollberg (1986, p. 204) define del siguiente modo este concepto: "...la satisfacción por el trabajo, en primer lugar, no es otra cosa que un estado psíquico de los trabajadores, en el cual su actitud hacia el trabajo y la vida, especialmente su motivación por el trabajo, sus necesidades y sus expectativas se reflejan en el

trabajo. Satisfacción por el trabajo es una expresión de equilibrio psíquico, un resultado de la existencia de hechos tales en el proceso de trabajo que correspondan con las necesidades y expectativas, o sea, un resultado de la falta de aquellas necesidades y expectativas que han quedado insatisfechas mediante la situación de trabajo dada.”

No es posible identificar la satisfacción con el trabajo, con el estado de salud mental ni con los sentimientos de bienestar de un modo absoluto. Esto se comprende si, como se señala en la definición antes expuesta, se indaga en su esencia. Esto es, si se profundiza en la gratificación o la represión de cuáles necesidades permiten que el hombre logre su estado de adaptación o de equilibrio con el medio en que desenvuelve su actividad. La satisfacción puede lograrse sobre la base de jerarquizar necesidades que por la experiencia científica se conoce que provocan daño a la salud, como los hábitos alcohólicos, de fumar, y otros. Por otra parte, el estado de satisfacción se puede obtener reprimiendo, suprimiendo o censurando la satisfacción de otras necesidades que requieren un esfuerzo mayor, realizar altos gastos energético-funcionales, enfrentar responsabilidades sociales que son entonces evadidas, correr riesgos, etc. En muchos de esos casos, si se indaga en las motivaciones de tales comportamientos, no será extraño notar la superficialidad de la satisfacción declarada en principio o su no correspondencia con reales aspiraciones que abriga la persona.

V. E. Milman (1985) estudió mediante la técnica de encuesta anónima aplicada a 300 trabajadores de una fábrica de tornos, diez factores condicionantes de la satisfacción con el trabajo, entre los cuales consideró los estímulos materiales del trabajo, las características del proceso laboral, las condiciones de trabajo y de descanso, los medios de trabajo, las condiciones organizativas y las posibilidades de regulación autónoma por el sujeto de su actividad, entre otros. Sobre estos aspectos se indagó la significación de cada factor para el individuo y su grado de satisfacción o de insatisfacción con cada uno. Como resultado de la investigación, concluye que la satisfacción laboral es el resultado de la realización de motivos significativos relacionados con la actividad laboral, y que el carácter de la satisfacción, en grado significativo, se determina por el carácter de los motivos de la actividad laboral. Además, agrega que las características cualitativas de la satisfacción con el trabajo, tales como su intensidad, completitud e involucración

social, dependen de las interacciones e interrelaciones de los planos objetal y emocional de la actividad laboral¹⁵.

La relación de las recompensas laborales y los valores con la satisfacción con el trabajo, ha dado lugar a diferentes interrogantes. La cuestión de suma importancia es a qué atribuye el sujeto máxima significación, a las recompensas intrínsecas del trabajo como un proceso, dadas por su contenido, su complejidad, etc., o a recompensas extrínsecas, como el pago, la seguridad del empleo y otras.

Se ha sugerido, en lo que a la edad respecta, que si bien existe un incremento general en la significación concedida a las recompensas intrínsecas, allí donde estas no son alcanzables o relevantes, las extrínsecas tienden a cobrar mayor valor y a incrementar la satisfacción con el trabajo, según aumenta la edad del trabajador. Esta ha sido denominada la hipótesis de “acomodación”.

Otra hipótesis sobre la relación entre estas variables es la llamada de “pulimiento”, la que establece que la tendencia en cuestión no proviene del deterioro de los valores a medida que pasa el tiempo; sino de un cambio en los objetos de la significación personal, esto es, una modificación de lo que se considera más importante. Las evidencias hasta ahora acumuladas en el examen de la relación edad-satisfacción con el trabajo, no permiten elegir absolutamente entre una u otra explicación alternativa, y con toda probabilidad ello no es posible debido al efecto moderador de otras variables, entre las cuales debe ser considerado el sexo.

La relación entre el sexo y la satisfacción con el trabajo no es menos controvertida. En esto tiene fundamental responsabilidad la condición que se concede a la mujer en un modo de producción determinado, lo que cambia de una época a otra, de una cultura a otra, de un nivel de desarrollo tecnológico a otro, de un sistema social a otro y hasta de una empresa a otra. En la medida en que las limitaciones para el trabajo femenino son mayores y disminuyen sus posibilidades de opción, se hacen más evidentes las diferencias en la satisfacción con el trabajo entre los hombres y las mujeres. Estas tienen un margen más estrecho para desarrollar sus aspiraciones, revelar sus inconformidades.

Cuando esto ocurre, su satisfacción con el trabajo se logra no por la vía de la satisfacción de mayor número de necesidades; sino por la vía de la estrechez del dominio de su motivación laboral, y de la restricción del desarrollo de otras necesidades y aspiraciones. De hecho, se ha partido de suponer que la satisfacción

con el trabajo se corresponde con el estado de satisfacción del individuo en otras áreas de su vida. La interacción entre estas áreas ha dado lugar a dos teorías específicas para darle explicación. Una, denominada de la “compensación”, establece que unas áreas de la vida sirven en parte al propósito de satisfacer necesidades que no se realizan en otras. Otra, llamada del “vertimiento” (spill-over), expone que unas actividades se desbordan o irradian fuera de sus límites hasta influir en otras. Esto es, las necesidades de un área se transfieren y se reproducen en otras. Una y otra explicación parten de aceptar la interrelación entre las diferentes áreas de la vida, de sus necesidades y, consiguientemente, ha de seguirse que también de los estados subjetivos de satisfacción que unas y otras provocan en el sujeto. En dependencia de condiciones concretas es posible hallar evidencias empíricas para sustentar una u otra explicación. Por tanto, no debieran ser aceptadas de modo exclusivo y absoluto. De hecho, describen dos formas de relacionarse las actividades vitales. No es extraño encontrar casos en que el estado de satisfacción del hombre en el trabajo beneficie su satisfacción familiar; ni que las frustraciones en la vida laboral tiendan a compensarse con una mayor dedicación a la vida familiar.

A pesar de las descripciones anteriores, que han permitido conformar modelos de interacción entre las diferentes áreas de la vida, se ha objetado el supuesto de que la satisfacción con el trabajo se corresponda con el estado de satisfacción con la vida en otros campos o dominios de la actividad humana.

Near, Smith, Rice y Hunt (1983, p. 127), exponen que estudios univariados y multivariados han mostrado que “la satisfacción con el trabajo explica, como promedio, acerca del 5 % al 10 % de la varianza de la satisfacción con la vida”, aunque sí encuentran una elevada relación entre el grado manifiesto de satisfacción con el trabajo y otras áreas de actividades vitales diferentes de la laboral (evaluadas mediante una escala ordinal de siete puntos). Años más tarde, los propios Near, Rice y Hunt (1986), estudiaron cinco conjuntos de variables (sociodemográficas, geográficas, estatus socioeconómico, actitudes positivas y laborales) en cuatro grupos de sujetos en los cuales se representaban las combinaciones entre alta y baja satisfacción con el trabajo, y alta y baja satisfacción con la vida. Practicado un análisis discriminante, obtuvieron un 49 % de buena clasificación¹⁶.

La vinculación de la satisfacción con el trabajo y la salud ha sido también enfocada a través de su relación con el concepto del estrés. La insatisfacción laboral genera un estrés con efectos negativos del trabajo.

Por tanto la satisfacción laboral debe ser tomada en cuenta como un factor determinante en la calidad de vida en el trabajo, aunque las investigaciones ulteriores deben de tratar de cuantificar y cualificar más el concepto e satisfacción laboral, que a pesar de ser determinante, aun sigue siendo subjetivo y debe ser complementado con otros elementos que reflejen la actitud y disposición activa del hombre respecto a su actividad laboral.

El trabajo y el bienestar subjetivo como un indicador de Calidad de Vida

Se ha visto que en personas desempleadas el bienestar subjetivo es muy pobre en comparación de personas que tienen un empleo fijo, lo que sugiere que el no tener un empleo tiene un impacto devastador sobre el bienestar subjetivo en una sociedad donde se valora a quien más produce económicamente y que van más allá de las dificultades económicas que conlleva el desempleo.

En diversos estudios ^{11, 12} se ha observado una relación positiva entre el nivel de ingresos y el bienestar subjetivo, aunque el nivel de correlación no sea muy alto ya que pueden intervenir otras variables que tienen que ver con expectativas personales y con ambiente laboral, entre otras. Aunque sería prudente hacer una diferencia entre los grupos de personas que viven en extrema pobreza y que por lo tanto no tienen acceso a cubrir sus necesidades básicas de manera satisfactoria, donde no hay pertinencia para el cuestionamiento de bienestar subjetivo.

En los grupos que escapan a esta desesperada realidad de marginación y pobreza extrema, las necesidades de estatus social y poder económico pueden ser las responsables del bienestar subjetivo por el acceso a un estilo de vida “exitoso” basado en gran medida en el consumo de bienes y servicios materiales establecidos socialmente por un poderoso mecanismo publicitario. Algunas hipótesis para esta relación entre los ingresos y el bienestar subjetivo apuntan a que este efecto se da más en los grupo más pobres, ya que una vez cubiertas las necesidades básicas, los ingresos dejan de tener una influencia demasiado importante surgiendo otro tipo de necesidades; por otro lado también las necesidades de estatus y de poder se pueden ver influenciadas por el ingreso económico, afectando el bienestar subjetivo.

Autores como W. Dressler (1997), afirman que la escolaridad tiene mucha relación con el bienestar subjetivo. Este autor sostiene que la congruencia cultural conlleva a bajos niveles de estrés y por lo tanto a un bienestar del sujeto y que esto está relacionado directamente con el estilo de vida al que el sujeto tiene acceso y que es considerado socialmente, es decir, si el sujeto percibe como necesarios la adquisición de bienes y servicios para considerarse con un estilo de vida “exitoso” como pueden ser el tener un auto, un celular, televisión, etc. y tiene por medio de su poder adquisitivo acceso a ellos, tendrá un menor grado de estrés y un mayor sentido de autoeficacia, por lo tanto una mejor salud física y mental, sin embargo aquí existe una variable interviniente que como ya mencionamos tiene que ver con la escolaridad es decir, a una mayor escolaridad se espera un mejor empleo con mayores ingresos que quienes no tienen estudios académicos, sin embargo, con el proceso de producción donde lo que se pretende es más tecnificación, los profesionistas pueden o bien no tener empleo, o tener un empleo que no coincida con sus expectativas de vida, lo que genera en ellos insatisfacción, frustración y estrés y con ello bajo sentido de bienestar subjetivo ^{11,12} Por lo que el grado académico no asegura una mejor calidad de vida.

Por otra parte también se han estudiado los efectos negativos del trabajo sobre la salud física y mental de las personas, con lo que se ve la otra cara de la moneda en el sentido de que el trabajo no solo trae consigo satisfacción material y subjetiva, sino que también genera desgaste y enfermedades. Entre esos efectos se puede ver la fatiga, monotonía, el estrés, los efectos de la nocturnidad y turnicidad, que dañan físicamente, psicológicamente y socialmente al trabajador, incluso promoviendo estilos de vida no saludables con mayor consumo de tabaco, alcohol, y también violencia doméstica y desintegración familiar, generando con ello un concepto negativo de bienestar subjetivo.

Por todo esto en la III Cumbre de las Américas, 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en cooperación con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de Estados Americanos (OEA), Banco Mundial (BM), Banco Interamericano de Desarrollo (BID), entre otras, han lanzado programas de salud de los trabajadores, género y equidad con un proceso continuo de mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo, la salud y el bienestar de la población trabajadora, para crear ambientes de trabajo saludables en los países en desarrollo y subdesarrollados.

El trabajo y la creación de indicadores positivos de salud mental

Volviendo al trabajo como un medio de obtener satisfactores materiales y no materiales para mejorar la calidad de vida, podemos mencionar a la creación de interacciones sociales producto de la convivencia laboral, las que pueden o no coadyuvar a la creación de redes sociales de apoyo o lo que para algunos autores podría definirse como “capital social” y que puede ir desde la formación de una relación afectiva de intimidad que derive en matrimonio, hasta la pertenencia a un grupo social determinado, con lo que se puede también satisfacer unas de las necesidades humanas: aceptación y pertenencia. En ambos casos el grado de aceptación y pertenencia estaría dado en diversos grados, dependiendo del tipo de relación que podría ir desde el pertenecer afectivamente a otro como es el caso del matrimonio, hasta el compadrazgo, amiguismo y cuatismo, como lo define Lomnitz (1993, citado por Broffman 2000)¹³ y que en muchas ocasiones proporcionan la ayuda a sus miembros para la sobrevivencia, sobre todo en los casos en que dicha ayuda no se puede “comprar”. Di Nicola ¹⁴(1994) entiende la densidad de la red en el sentido del grado de confianza que se tiene en la relación de apoyo, redes de alta densidad conllevan sobre todo afecto, seguridad, bienes no instrumentales o bien servicios cuyo disfrute requiere de cierto nivel de “confidencia” y confianza mutua; redes de baja densidad conllevan sobre todo bienes instrumentales, informaciones y nuevos contactos. En este sentido el sentimiento de pertenencia y grupalidad proporcionan también bienestar subjetivo y en condiciones óptimas pueden ayudar para la creación y mantenimiento de otros indicadores positivos de salud mental además de la grupalidad.

La salud como un indicador “mixto” de calidad de vida

La salud integral en su sentido más amplio puede ser considerada como un indicador “mixto” de calidad de vida ya que posee elementos tanto objetivos como subjetivos. La salud está relacionada con el trabajo de manera directa e indirecta, ya que del tipo de trabajo y de sus productos se derivará el nivel de salud física, mental y social que el sujeto tenga.

Cabe aquí señalar la definición de salud de la OMS, que viene a representar una cita obligada si se quiere hablar de salud y que define al término como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad. Por supuesto que en esta definición caben los elementos físicos o

económicos con que cuenta un sujeto para tener salud, como los que le generan bienestar subjetivo. Dentro de los instrumentos utilizados para estudiar el bienestar subjetivo se encuentran los autoinformes donde las personas mencionan a la salud física y mental como indispensable para la “felicidad” valorándola como indicador “objetivo” o bien a la salud positiva como fuente de bienestar “subjetivo” en otras palabras, la salud trae bienestar pero también el bienestar tiene una relación favorable con la salud.

Elementos a considerar para medir la calidad de vida

En el aspecto específico de la salud mental, la calidad de vida sería el resultado de un contrato social, en el que de un lado se situarían las necesidades del sujeto y del otro las demandas que la sociedad impone a sus miembros Bigelow,¹⁵ (1991). Este mismo autor propone para el estudio de la calidad de vida cuatro áreas concretas:

adaptación personal

adaptación interpersonal

adaptación a la productividad

adaptación cívica

Lehman¹⁶ por su parte, propone que la entrevista de calidad de vida debe explorar las siguientes áreas: Condiciones de vida, Relaciones familiares, Relaciones sociales, Ocio, Trabajo, Finanzas, Seguridad, Salud y Religión.

Campbell¹⁷ clasifica los métodos de medida de calidad de vida en tres grupos:

bienestar psicológico como proceso cognitivo: compara las aspiraciones del sujeto con la propia percepción de su situación actual.

bienestar psicológico como proceso afectivo: registra las respuestas afectivas frente a la experiencia diaria.

bienestar psicológico como exclusión de distrés: detecta signos de distrés psicológico general.

Existen diferentes escalas de calidad de vida que se aplican^{18,19,20,21} . Desde “The General Health Questionnaire” de Goldberg (1970), con diversas aplicaciones en español, El Cuestionario de Calidad de Vida, de Ruiz y Baca, (1991), el Inventario de Calidad de Vida por G.-Riaño e Ibáñez (1992), El Quality of Life in Depresión Rating por Tuynnan, McKenna y cols., en (1992), el cuestionario de calidad de vida profesional de 35 ítems (CVP-35)(2000).

Sea cual fuere el método de estudio, la definición y la operacionalización que se haga del concepto de calidad de vida, parece ser válida la necesidad de estudiar su relación con el trabajo en vías de ofrecer medidas de intervención en poblaciones específicas, lo que no solo mejoraría la calidad de vida de los sujetos sino que ayudaría al desarrollo de poblaciones más saludables y productivas.

Para hacer una propuesta sobre escalas para medir calidad de vida en el ámbito laboral, debemos reconocer que existen varias formas de cuantificar calidad de vida. Sin embargo en el ámbito del trabajo las medidas pueden variar desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como los daños a la salud, los riesgos, el nivel socioeconómico, los accesos a servicios y otros de índole clínica o de laboratorio, hasta aquellos que están sustentados en juicios subjetivos. Para la medición de Calidad de vida en el Trabajo es necesario que al igual que otros instrumentos que se utilizan, deben de estar basados en procedimientos metodológicos preestablecidos, considerando el peso específico que puede tener cada una de las preguntas en un cuestionario, así como el tipo de empresa u organización laboral en donde se vaya a aplicar.

Por consiguiente se asume que teóricamente hay un verdadero valor de la calidad de vida y que puede ser medible cuantitativamente y cualitativamente desde la perspectiva laboral, midiendo la calidad e vida labora con criterios objetivos y funcionales, y en forma directa e indirectamente por medio de escalas. La perspectiva subjetiva de la calidad de vida será construida desde el propio contexto del ámbito laboral, tomando en consideración factores propias de la organización laboral y propia de los sujetos a medir.

Ante el panorama de cambios constantes, de los diferentes contextos de la relación humana y de las formas de organización laboral, las condiciones de bienestar social son enviadas a un lugar poco importante para el “desarrollo” social y económico, lo que obliga cada vez más conocer e identificar las condiciones de vida de los trabajadores y así ser un buen punto de partida, para la implantación de medidas encaminadas a establecer programas de apoyo a las diferentes organizaciones laborales y a los profesionales para mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

El empleo de instrumentos por parte de las organizaciones laborales, para conocer la calidad de vida de su personal, debería de ser una práctica habitual, ya que nos permitirán conocer más sobre el estado de opinión de los trabajadores en

relación con su trabajo, su empresa, sus compañeros y con su calidad de vida laboral, con el principio de establecer mejores condiciones de trabajo, implementar mecanismos correctores que prevengan el agotamiento profesional así como evitar los daños a su salud física y emocional.

En nuestra experiencia personal, la calidad de vida de los trabajadores de una empresa o comunidad, es inversamente proporcional a los factores de riesgo a que se expone en su trabajo, entre ellos los psicosociales, mientras mas se exponga a riesgos laborales y estos afecten su salud de forma directa o indirecta, peor será su calidad de vida. Muchos de los trabajadores al exponerse a estos riesgos sufren también accidentes de trabajo que los incapacitan de forma permanente en forma total o parcial, y luego si están dentro de un régimen de pensiones se les calcula su porcentaje de discapacidad para que puedan ser protegidos desde el punto de vista salarial, pero el daño físico y psicológico posterior al evento no se soluciona, la única manera que ese evento no produzca daño seria evitar los accidentes, mediante una cultura de prevención y autocuidado.

Los factores psicosociales pueden actuar de manera individual o varios a la vez sobre un mismo individuo o sector laboral, minando su salud y empleabilidad, por ende su calidad de vida se afecta en otras esferas como la social y familiar.

Por consiguiente el estudio de la calidad de vida en el ámbito laboral, depende en gran medida de la atención que se le quiera prestar a los aspectos personales y sociales de bienestar en un sentido amplio del propio concepto y no fragmentado por un concepto mediatizado por intereses de unos cuantos. El reto es grande ante los cambios de vida provocados por el “desarrollo” de la sociedad..

El trabajo y la calidad de vida deben de ser objeto de análisis e investigaciones ulteriores que busquen explicar las cuestiones que en ese contexto se generan, sin perder de vista la objetividad, pero que definitivamente los indicadores subjetivos individuales y colectivos siguen siendo básicos para definir las variables existentes entre ello.

Bibliografía

- 1.- Rodríguez Estrada, M., Motivación al Trabajo, Manual Moderno, Segunda edición, México, 1988, pag. 36-37.
- 2.- Martín, H.P., Schumann, H. La trampa de la globalización, el ataque contra la democracia y el bienestar. Madrid; Santillana, 1998.
- 3.- Román, J., Perspectiva sociopsicológica de las relaciones entre las capacidades y la motivación. Colectivo de autores. Temas sobre la actividad y la comunicación. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. 1989.
- 4.- Román, J., Relaciones entre las capacidades y la motivación de la personalidad. Colectivo de autores. Psicología de la personalidad. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. 1982.
- 5.- Dalkey, N., Rourke, D. The Delphi procedure and Rating Quality of Life Factors. Quality of life Concept. Washinton DC; Environmental Protection Agency, 1973.
- 6.- Bobes, J., et al., “Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida”. *Psiquiatria*, 1993 V:(6) 5-11.
- 7.- Shin, D., Johnson, D. “Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life”. *Social Indicators Research*, 1978, 5: 475-492.
- 8.- Bobes, J., at el., *Idem*
- 9.- Spitzer, W. “State of science 1986: quality of life and funcional status as target variables for research”. *Journal of Chronic Diseases*, 1987, 40:(6) 465-471.
- 10.- Walker, S. Quality of life: Principles and Methodology. En: SR Walker y RM Rosser, editores. *Quality of Life: Assesment and Application*. Lancaster; MTP Press Limited, 1987. 56–70.

- 11.- Cuervo-Arango, M. Satisfacción Residencial: Una aproximación Psicosocial a los estudios de Calidad de vida (Tesis Doctoral). Madrid; Universidad Complutense, Fac. de Psicología Madrid, 1990.
- 12.- Maslow, A.H. Toward a Psychology of Being. Princeton; Van Nostrand, 1968.
- 13.- Coyle et al., 1995, referida por Melià JL., Sesé A., "La medida del clima de seguridad y salud laboral". *Anales de Psicología*, 1999, 15:(2) 269-289
- 14.- Román, J., Factores psicosociales y salud en el trabajo. Modulo Psicología laboral, Maestría de Salud de los Trabajadores, INSAT. La Habana, 2000, Pag. 13-
- 15.- Milman, V. E. (1985): Motivación laboral y satisfacción con el trabajo. *Psijologicheskii zhurnal*. Tomo 6, No. 5, pp. 62-72.
- 16.- Near, J. P.; C. A. Smith y otros (1983): Job satisfaction and nonwork satisfaction as components of life satisfaction. Journal of Applied Social Psychology. Vol 13, No. 2, pp. 126-144.
- 17.- Palmore, E., Luikart, C. "Health and social factors related of life satisfaction". *Journal of Health and Social Behavior*, 1972. 13:(1) 68-90.
- 18.- Wilkening, E. McGranahan, D. "Correlates of subjective well being in northern Wisconsin". *Social Indicators Research*, 1978. 5: 211-234
- 19.- Brofman, M. Presencia y ausencia de redes sociales en: Como se vive y se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil. Centro de Investigaciones multidisciplinarias. Cuernavaca, Morelos; Universidad Autónoma de México, 2000. 143-159.
- 20.- Di Nicola, P. El papel de las redes sociales primarias en el control de la enfermedad y la protección de la salud. En: Pierpaolo Donati, editor. *Manual de Sociología de la salud*. España; Díaz Santos, 1994. 209-231.

- 21.- Bigelow, D. et al. "Quality of Life of Community Mental Health Program Clients; Validating a Measure, Community". *Mental Health Journal*, 1991 27:(1) 43-55.
- 22.- Lehman AF y cols. "A Quality of Life interview for the Chronically Mentally III". *Evaluation and Program Planning*, 1988, 11: 51-62.
- 23.- Campbell, A. et al. *The Quality of American Life*. New York; Russell Sage Foundation, 1976.
- 24.- González P., et al., "Evaluación de Calidad de vida" *Psiquiatría*, 1993, 5:(6) 20-32
- 25.- Cabezas C., *La calidad de vida profesional*. *FMC* 2000; 7:53-68
- 26.- Velarde-Jurado, E., Ávila Figueroa, C. "Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida". *Salud pública de México*, 2002, 44:(5) 448-463
- 27.- Velarde-Jurado, E., Ávila Figueroa, C. "Evaluación de la calidad de vida". *Salud pública de México*, 2002, 44:(4) 349-361
- 28.- Falero A., *Calidad de vida: ¿Eslogan o categoría de análisis?* Available at: http://www.rau.edu.uy/fcs/soc/revista_12/falero12.htm.
- 29.- Sánchez González, R., Álvarez Nido, R., Lorenzo Borda S., "Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención Primaria del Área 10 de Madrid". *MEDIFAM*, 2003, 13: 291-296

REDES SOCIALES DE APOYO Y SALUD LABORAL

Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno.

El apoyo social, entendido como aquel que ejerce una función recíproca entre las personas que componen la red de apoyo, juega un papel importante en la salud y el bienestar de todas las personas.

En las últimas décadas se ha mantenido la hipótesis de que el apoyo social tiene efectos positivos sobre la salud mental y física del individuo al desempeñar un importante papel mediador en el impacto de los eventos vitales estresantes sobre la salud en general. Una cantidad de estudios sugieren que las personas que carecen de éste apoyo social tanto en la frecuencia de contactos como en la calidad de la red, tienen mayor riesgo de padecer enfermedad, pero cuando éste es adecuado proporciona mejores niveles de salud y bienestar, a su vez, un buen estado de salud física y mental facilitaría el mantener un buen apoyo social.

De igual manera, en el medio laboral, el apoyo social permite prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos (respuesta al estrés y sus consecuencias). La teoría que concibe el apoyo social como una variable con efectos positivos potenciales frente al estrés se origina en la Sociología y en la Psicología Social.

CONCEPTOS SOBRE EL APOYO SOCIAL

Existe en la literatura una gran diversidad de conceptos sobre el apoyo social. La mayoría de los autores que lo han definido concuerdan en que el apoyo social es un concepto interactivo, es decir, hace referencia a las acciones y funciones que se ejercen entre los sujetos (Felton,1992;Rodríguez,1995;Barrón,1996) que conforman la red de apoyo de una persona.

De forma más breve, otros autores lo conceptualizan como la necesidad de buscar ayuda formal o informal con individuos o grupos de personas (House,1981), satisfaciéndose a través de la interacción con los otros (Thoits,1982).

Hobfoll (1988) lo define como aquel conjunto de personas relacionadas entre sí, las cuales ofrecen a los demás el sentimiento de que se está con ellos, de que forman parte del grupo y son queridos.

A raíz de los diferentes estudios realizados sobre el apoyo social, se han encontrado implicado en él, distintos comportamientos del individuo relacionados

entre sí, como son: el demostrar cariño e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, sentirse amado, visitar a un amigo, dar consejos, aceptar, empatizar, estar casado, etc.. Si el apoyo social implica la búsqueda de ayuda, éste no se debe confundir con compañerismo, filiación o interacción social, ya que en el primero incluye en sí mismo la procuración de ayuda, en los otros puntos se diferencia en que no lo tiene implicado (Peeters, Schaufeli y Buunk,1993).

La conceptualización del apoyo social implica el ser estudiado desde los aspectos cuantitativos u objetivos (número de contactos que conforman la red social de una persona, con que frecuencia recibe apoyo), los cualitativos o subjetivos (el grado de satisfacción con su red), es la percepción que el individuo hace de su red de apoyo.

LAS REDES SOCIAL DE APOYO

La red social de apoyo, es el conjunto de personas y/o grupos de personas que ejercen una función recíproca entre sí (Rodríguez (1995), formada por individuos considerados "significativos", como sería la familia, los hijos, el esposo/a, los amigos, los compañeros de trabajo, etc., que conforman la red social de apoyo de una persona.

Lin, Dean y Ensel (1981) definen a la red social como un "conjunto de características que permiten describir las relaciones sociales de un sujeto", formando éstas redes parte de una estructura donde el individuo podría buscar ayuda.

La red social de una persona consiste en el conjunto de todas aquellas otras personas con las que mantiene contacto y con las cuales cubrirá sus necesidades básicas sociales. Los ejemplos más frecuentes son la familia, el vecindario, el grupo de amigos, el grupo de trabajo y otros con los que la persona se relaciona en su trabajo, en sus actividades políticas, de ocio, etc.

Así como el apoyo social requiere ser diferenciado de otros conceptos, la red social de apoyo debe distinguirse del concepto de "caravana social". Mientras la primera hace referencia a la interrelación entre las personas que conforman la red de apoyo, la caravana social se refiere a la persona o al conjunto de personas que acompañan al individuo en el transcurso de su vida, ambas forman la estructura dentro de las cuales los individuos reciben, brindan e interrelacionan el apoyo (Montorio,1994; Rodríguez,1995).

Las personas actuamos ante los problemas a los que nos enfrentamos en la vida, haciéndose necesario encontrar estrategias que nos ayuden a solucionarlos, una de éstas estrategias es la búsqueda de diversas fuentes o redes de apoyo, ya sean informales o formales.

Como redes de apoyo informales encontramos a las llamadas redes naturales, las cuales incluyen a la familia, los amigos, compañeros de trabajo, de estudio, etc., y entre las formales tenemos a las denominadas redes organizadas a nivel institucional o como los grupos de ayuda mutua o de asociaciones incluyendo el apoyo a nivel profesional.

Una de las principales fuentes de apoyo natural y personal dentro de nuestra sociedad es la familia. Cuando un miembro de la familia se vuelve dependiente de los demás < principalmente frente a un proceso de enfermedad > busca en primer lugar el apoyo de la familia, siendo ella el cuidador principal del demandante y la que determinará las condiciones y la calidad de vida de la persona en el futuro.

El prestar ayuda, brindar apoyo, es una de las funciones esenciales de la familia, que si bien no todos lo proporcionan, al menos alguno lo hará. Se asume que de la calidad y cantidad del apoyo social proporcionado dependerá el estado de salud y bienestar del individuo.

Entonces, mediante el apoyo se pueden enfrentar situaciones de conflicto que sin él no se podrían resolver, nos ayuda a controlar de una manera más correcta la situación, con adecuadas funciones familiares y con suficiente adaptación al momento crítico.

Es en estos momentos críticos cuando la familia o al menos uno de los miembros, debe encontrar los mecanismos adecuados de afrontamiento hacia el problema y hacia el resto de la familia, buscando obtener el control y tratando de que todos los miembros de la familia se adapten a la nueva situación, a los cambios probables en los roles familiares y a las nuevas reglas, surgiendo a la vez nuevos problemas, nuevos riesgos para la salud del enfermo y de la familia, pero que también deben ser atendidos, esto debido probablemente, a que no toda la familia acepta el momento crítico por el cual están pasando.

Por otro lado, tenemos al apoyo informal, en donde los servicios de salud están obligados a prestar ayuda tanto a la persona que la requiere como al resto de

la familia y más exclusivamente a quien hace la función del cuidador principal, así mismo, tienen la obligación de mejorar la calidad de vida de las personas.

Los llamados grupos de ayuda mutua (GAM)⁵⁵ son grupos de personas que comparten sus problemas, los sienten como parte de todo el grupo, haciéndolo un problema común, buscando y encontrando la mejor estrategia para llegar a resolver el problema mediante la participación de todo el grupo (Roca,1990).

Las funciones de las redes sociales de apoyo principalmente son las de brindar ayuda, dar consejo, ofrecer información, cumplir con las expectativas, cubrir sus necesidades básicas y afrontar con mejores estrategias cualquier situación crítica..

A nivel laboral, el apoyo social puede venir de los compañeros de trabajo y de los supervisores, siendo la fuente principal de apoyo la de los compañeros de trabajo quienes ejercen la función de una fuente de apoyo informal, pero funcional (ver Capítulo 7.7 Formación de Redes Sociales de Apoyo Laborales).

EL APOYO SOCIAL EN EL TRABAJO

En los países desarrollados y en desarrollo los trabajadores están expuestos a diversos riesgos laborales, para muchos de ellos, el riesgo es mayor cuando por razones propias de su trabajo se exponen a una combinación de factores de riesgo.

La OMS (2000) refiere que en el mundo hay cientos de millones de personas que trabajan bajo condiciones inseguras poniendo en riesgo su salud. Cada año, 1,1 millones de personas en todo el mundo mueren a causa de lesiones y enfermedades ocupacionales, por año suceden 160 millones de casos nuevos de enfermedades laborales en el mundo, incluidas las enfermedades mentales, por lo que un número cada vez mayor de trabajadores en países industrializados padecen de estrés psicológico. (OMS,2000). Según la Organización Internacional del Trabajo, uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio (Diario la Nación,2001).

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ocupan un lugar destacado, pues son

55 Los objetivos de un GAM pueden ser varios, según los puntos de vista y necesidades de todas y cada una de las personas que participen serían: conocer la situación crítica y a la o las personas afectadas, brindar orientación y apoyo, compartir experiencias, miedos, frustraciones, anhelos, deseos, etc., reforzar la autoestima y la propia identidad, emplear la ayuda para llegar a una asociación, buscar mayor información y por lo tanto capacitación de posibles alternativas, soluciones o mejoras.

una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, fuente de accidentabilidad y ausentismo laboral (Gil-Monte,2000), y en donde variables de tipo psicosocial participan en su desarrollo, siendo en particular el apoyo social una de ellas (Gil-Monte,1997).

El apoyo social en el trabajo aparece en los estudios sobre el estrés laboral y el síndrome de quemarse (estrés crónico laboral), como una de las principales variables que permiten prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos.

Intentando identificar la relación entre el estado de salud y el comportamiento laboral, estudios actuales reportan que en hombres de 55 a 69 años de edad, la mala salud se asocia positivamente con la salida del área laboral, y negativamente con el regreso al trabajo. Según Mutchler (1999), la salud fue particularmente importante entre los individuos para quienes el retiro fue menos atractivo.

Otras investigaciones señalan las distintas formas de dominio masculino dentro del área laboral en términos de una cultura de género y han analizado el efecto de las relaciones de poder marcadas por el género sobre la cultura, la estructura y las prácticas de la empresa, así se ha encontrado que mujeres de todas las edades padecen de discriminación en el empleo a causa del sexo y de su edad, y de que la edad se combina con el género, en perjuicio de las mujeres de todas las edades (Bernard,1993; Itzin,1995; Tyler,1994).

Barreto (2001) refiere que los problemas internos entre la empresa y el individuo, la desorganización en el ámbito laboral pone en riesgo el orden y la capacidad de rendimiento del empleado, así como también la competencia desmedida entre los compañeros y la escasez de herramientas (Barreto,2001).

Gil-Monte y Peiró (1997-2000) señalan que la falta de apoyo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son características que pueden influenciar negativamente en la salud de los trabajadores.

Acercándonos un poco más hacia la relación entre el apoyo social a nivel laboral y la salud en los trabajadores en particular, sobre los efectos directos contra los moduladores del apoyo social, Cohen y Will (1985) han señalado que los efectos moduladores significativos del apoyo social aparecen cuando el apoyo

social que se da en una situación es eficaz para afrontar el tipo de estresor presente y cuando los niveles de estrés son elevados.

Es importante señalar que un inadecuado apoyo social así sea técnico o emocional ofrecido por compañeros y supervisores o su ausencia puede ser considerado como un estresor laboral con importantes efectos sobre la salud de los trabajadores.

RELACIÓN ENTRE APOYO SOCIAL, SALUD-ENFERMEDAD Y TRABAJO

La relación entre apoyo social y la salud es un campo relativamente nuevo de estudio de las ciencias socio-comportamentales, más sin embargo hay abundante literatura teórica y empírica al respecto (Rodríguez,1995).

La literatura indica que hay un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud, que la relación entre el apoyo social y la salud es que a un inadecuado apoyo o a su carencia la mala salud es más probable, las capacidades y la estabilidad para la toma de decisiones ante un problema son menores, contrario a cuando se cuenta con un adecuado apoyo, el estado de salud y bienestar de las personas es mayor, existen mejores estrategias de afrontamiento ante situaciones críticas y la toma de decisiones para resolver las dificultades son más fáciles, como por ejemplo, Chesney (1998) refiere que el aislamiento social incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular, a través del estado de ánimo depresivo y de las conductas tomadas en torno a la salud.

Para lograr esta influencia sobre el apoyo social en la salud de las personas, el apoyo social ofrece varias funciones: el hacer que la persona se quiera a sí misma, que valore su vida, le de sentido a la misma, obtenga mayor conocimiento e información sobre las situaciones críticas por la cual está pasando, ayudándolo a preverlas o a solucionarlas de manera más acertada. Pero, también el apoyo social puede funcionar como amortiguador ante los momentos estresantes de la vida con consecuencias positivas en la salud de las personas, por lo tanto, otra de las funciones que el apoyo social ofrece está dirigido hacia la prevención de la enfermedad, ejerciendo presión e informando al sujeto sobre la situación crítica, logrando que éste se adapte a la situación (ver Tabla 1) (Rodríguez,1995; Barrón,1996).

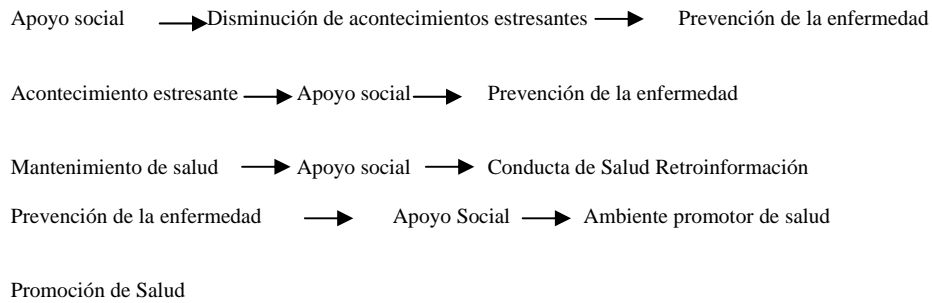


Tabla 1. Posibles vías de influencia del Apoyo Social sobre el Estatus de Salud. (Rodríguez M.Jesús,1995)

También se hace importante considerar que existe tanto el apoyo social formal como el informal, y que mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo de la enfermedad, los de carácter formal, dado que suponen mayor carga e implicación, pueden llegar a incrementarla.

Se comentaba en párrafos anteriores que el apoyo social en el medio laboral permite prevenir y aliviar las respuestas que el individuo genera ante los estresores y sus efectos. Los efectos del apoyo social en el trabajo sobre el estado de salud de las personas, se evalúan de la misma manera, es decir, presenta efectos directos sobre el estrés, eliminando o reduciendo el estresor mismo, presenta efectos directos sobre los niveles del estrés y, además presenta efectos moduladores en la relación que se establece entre los niveles de estrés percibido y la enfermedad. Es la interacción estrés percibido-apoyo social la que afecta al estado de salud de las personas.

El estrés en el ambiente laboral ha sido una de las preocupaciones mayores en el campo de la salud y del bienestar. El excesivo estrés relacionado con el trabajo lleva a tensiones en el mismo, lo cual no es nada nuevo. Gran parte de las causas provienen del funcionamiento organizacional, y del equipo como parte del mismo. Consecuencias como la tasa de accidentabilidad, la morbilidad y el absentismo laboral están directamente ligadas a sus condiciones de trabajo. De igual manera, las actitudes que desarrollan los trabajadores hacia la organización y

el servicio que ofrecen, están asociados a los riesgos laborales de origen psicosocial y si a esto agregamos la falta de apoyo social o un inadecuado apoyo, las respuestas negativas que el individuo genera ante los estresores, podrían repercutir en la salud y el bienestar de los individuos e inclusive generar el establecimiento de alguna enfermedad.

Una consecuencia generada por la falta de apoyo en las áreas laborales es el llamado "Síndrome de burnout" o de "quemarse por el trabajo". Actualmente considerado como una "enfermedad moderna" debido a un estrés laboral crónico de por lo menos seis meses de exposición continua a los estresores existentes en el medio laboral (Martos,2000) y del cual existe una gran cantidad de estudios que hablan sobre su desarrollo (Ferrando,1996; Gil-Monte,1996-2000) por mencionar algunos.

El apoyo social ya sea laboral o extralaboral puede ejercer diferentes tipos de efectos sobre el síndrome de quemarse: los efectos directos, los indirectos y los efectos moduladores.

Los efectos que el apoyo social ejerce sobre el síndrome de quemarse por el trabajo se explicarían de la siguiente manera: como efectos directos indicarían que el apoyo social puede mejorar (o su ausencia empeorar) los niveles percibidos del síndrome, independientemente de que cambien o no los niveles de estrés percibido, como efectos indirectos actuarían sobre los niveles de estrés percibido afectando negativamente los niveles del síndrome y, como efectos de amortiguación o buffering puede hacer que el impacto del estrés sobre el sujeto o la valoración que éste haga de los estresores sea menor. Estas diferentes vías de acción del apoyo social sobre el síndrome de quemarse por el trabajo, han sido operacionalizadas en forma de dos modelos que estiman los efectos del apoyo social sobre el síndrome: el modelo de efectos directos y el modelo de efectos moduladores (ver Tabla 2).

Ahora bien, tratando de identificar y conocer el papel que juega el contar con apoyo social sobre la salud y el bienestar de los individuos se han desarrollado diferentes estudios, en donde la función que el apoyo social ejerce sobre la salud de los individuos es de amortiguador de los efectos, es decir, actúa reduciendo los momentos estresantes, como por ejemplo: en los individuos con angina de pecho, con cáncer, en enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio, en adultos con diabetes, depresión y ansiedad, encontrando una disminución en la incidencia

de estas enfermedades o incluso la prolongación de la muerte cuando el individuo recibe apoyo. Otros estudios se enfocan hacia la relación entre el apoyo social y los trastornos en la conducta, encontrando que en las personas que reciben apoyo, la conducta de afrontamiento hacia los momentos críticos es el de encontrar estrategias de solución con mayor facilidad y decisión, de igual manera, cuando el cónyuge recibe ayuda por parte de la esposa las estrategias de solución al problema no son tan difíciles y el momento crítico es más aceptable (Rodríguez,1995; Seeman,1996; Mutran, 1997).

Chappell y Segall (1989) observaron que en las personas con menos enfermedades crónicas, con una mayor red de apoyo, y sin discapacidad funcional, presentaban un estado de salud y de bienestar más elevado. Asimismo, la asistencia de un hijo en una emergencia de salud o la del cónyuge tenía un efecto significativo en el bienestar. George (1989) y Terra (1987) observaron que un tamaño de red de apoyo y un grado de apoyo social percibido reducido, son predictores de la incidencia de síntomas depresivos.

También se han realizado diversos estudios de tipo observacional ((House,1988) que analizan la influencia de la integración social sobre la mortalidad de las personas, en donde las poblaciones rurales, las mujeres y la raza negra tiene menor riesgo de morir.

Generalmente el apoyo social actúa positivamente sobre la salud de las personas, pero en ocasiones, los efectos que esperamos de éste apoyo repercuten negativamente en la misma, como en el caso de las personas que conforman la red del sujeto con comportamientos hiperprotectores, las cuales generan tanta dependencia en el individuo que recibe el apoyo que, en lugar de ayudarle le dificultan su recuperación (Rodríguez,1995).

Hasta aquí se ha hablado de la relación que existe entre el apoyo social con el proceso salud-enfermedad y trabajo, sin embargo, este proceso no es suficiente para explicarnos la relación causal que existe entre ellas. Broadhead (1983) refiere que para demostrar causalidad se deben reunir y evaluar otras condiciones como son la temporalidad, la fuerza, la consistencia, el gradiente biológico, la plausibilidad biológica, la coherencia, la especificidad. y la demostración experimental. Estas ocho condiciones conforman los llamados Criterios de Bradford-Hill (Broadhead,1983).

PERSPECTIVAS Y MODELOS TEÓRICOS DEL APOYO SOCIAL FRENTE A LA SALUD-ENFERMEDAD

La falta de apoyo social o su deficiencia, es un factor psicosocial negativo que puede desencadenar o facilitar los efectos en la salud de los individuos. La relación del apoyo social frente a la salud física y psicológica del individuo ya había sido estudiada desde siglos pasados por autores como Aristóteles en el siglo (IV a.C.) y Paracelso (XVI). En este siglo autores como Durkheim realizó un estudio demostrando los efecto positivo del matrimonio aunado a la religión en donde concluye que refiere una disminución de suicidios cuando existe mejor respuestas de conducta (comportamientos positivos) .

En particular, el interés por desarrollar investigaciones sobre el apoyo social y las redes de apoyo tiene sus orígenes en la sociología. Caplan y Nelson (1973), Cassel (1976) y Cobb (1976) son considerados los fundadores sobre los estudios sobre el apoyo social y sus efectos en la salud y el bienestar de las personas. Ellos han estudiado el apoyo social desde diferentes niveles; pasando por las redes sociales de apoyo tanto a nivel funcional (calidad del apoyo recibido y percibido) como estructural (número de personas que componen la red social de apoyo) .

Según Lin y cols (1986), Stewart (1989), y Barrón (1990) en el apoyo social se deben estudiar tres aspectos:

1. El nivel de análisis: comunitario (tomando como medida de integración al estado civil, la pertenencia a algún grupo o asociación, etc), la red social (incluye a todos los contactos con los que cuenta la persona) y las relaciones íntimas (funciones recíprocas de ayuda con responsabilidad, que se ejercen y que son las que determinan el estado de salud y bienestar de las personas).

2. Desde diferentes perspectivas:

a) Estructural (basada en la cantidad de contactos sociales, es decir, el número de personas clave que conforman su red social, ya sea amigos, familiares, cónyuge, etc., asumiendo entonces que contar con alguien es tener apoyo) (Montorio,1994;Barrón,1996).

b) Funcional (basada en la calidad de apoyo brindado). Cuenta la persona con alguien a quien dirigirse, con quien sentirse amado (función de apoyo emocional). Qué tipo de acciones o cosas le proporciona su red como para que le ayuden a

resolver sus conflictos (función de apoyo material o instrumental) (Rodríguez,1995; Montorio,1994; Barrón,1996).

c) Contextual o informacional (toma en cuenta la efectividad del apoyo en base a quien, cuanto y en qué momento el apoyo es proporcionado como para que la persona pueda adaptarse a la situación en que vive) (Lin y cols, 1986; Barrón, 1990; Stewart (1989). Estas tres dimensiones van de la mano, es decir: no puede darse sólo una, si no hay la otra; tanto el apoyo material o instrumental como el contextual pueden considerarse como apoyo emocional, siempre y cuando no se den por obligación (Montorio,1994; Barrón,1996).

3. Desde la naturaleza del apoyo social: analizando la red social entre los aspectos objetivos (estructurales) y los subjetivos (funcionales), es decir entre el apoyo social percibido y el real, influyendo ambos en la salud y el bienestar de los individuos. La definición más conocida y clásica sobre la subjetividad del apoyo es la de Cobb (1976), que concibe el apoyo social como la percepción que el sujeto hace de su red, de que están cuidando de él, de que es amado, estimado y valorado y de que pertenece a un grupo social “La diferencia entre éste y el apoyo recibido, viene marcada cuando al sujeto se le pregunta sobre qué apoyo concreto recibió en un momento determinado”. Lo ideal para que el apoyo social repercuta en el estado de salud y bienestar de los personas es que realmente exista este apoyo concreto (objetivo) y la persona lo perciba como tal (subjetivo) (Montorio,1994; Barrón,1996).

Otros autores, como French (1973) refieren que el apoyo social laboral actúa al menos a cuatro niveles:

1. Reduciendo los agentes estresores en el medio laboral. Buenas relaciones interjerárquicas, facilitan la adaptación de las demandas de trabajo a las capacidades individuales.
2. Según la percepción que el individuo haga del propio estresor. Si el sujeto logra percibir la realidad de manera más objetiva reduciría las posibles distorsiones que el individuo pudo haber generado de esa percepción.
3. Reduciendo las respuestas generadas por el estrés (el recibir ayuda, cariño, afecto, comprensión, etc., sobre todo por parte de la familia y de los superiores) y, Reduciendo al estresor generando conductas de afrontamiento al estrés adecuadas en donde la toma de decisiones de solución serán más adecuadas y fáciles de construir.

En estos sentidos, el apoyo social actúa brindándole al trabajador mayor sentimiento de seguridad y de dominio de la situación.

Más actualmente, Holt (1982) estudia cuatro fases sobre las tendencias del estrés laboral:

1. El establecimiento de la relación causa-efecto, es decir, la relación de la que se ha venido comentando estrés-salud-enfermedad.
2. El análisis desarrollado y profundo sobre las variables que influyen en el desarrollo de la relación causa-efecto.
3. La búsqueda de las variables moduladoras o amortiguadoras en la relación estrés-salud-enfermedad.
4. La creación de estudios eficaces y efectivos en la relación causa-efecto y la búsqueda de alternativas adecuadas para la prevención y/o tratamiento (Villalobos,1995).

EVALUACIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE APOYO SOCIAL

Existen numerosos instrumentos que nos ayudan a evaluar el apoyo social, algunos miden los aspectos estructurales de la red de apoyo (existencia de personas como potencial fuente de apoyo) proporcionando un índice objetivo, cuantitativo e indirecto, y otros que ayudan a evaluar la funcionalidad de la red, midiendo más específicamente los índices cualitativos y subjetivos, basándose en lo que la persona cree y percibe de su red como determinante de su estado de salud. Heller y Lakey (1985) estiman la cantidad de apoyo que el sujeto cree que podría obtener ante un problema.

Para evaluar el aspecto estructural de las redes de apoyo existen algunos instrumentos como el Social Network Index (Berkman 1985-2000). Para las características funcionales, también existen ya algunos instrumentos como el Instrumental-Expressive Support Scale (Lin y cols.,1986), pero también existen otros instrumentos como el inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga que ayudan a evaluar ambos aspectos (Montorio,1994; Barrón,1996).

La Escala de Evaluación de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga es un instrumento construido siguiendo las recomendaciones de Satarino y Syme, posteriormente validado por otros autores como el estudio de Montorio (Montorio,1990).

Este inventario incluye elementos estructurales tales como: tamaño, frecuencia de contactos y tipos de apoyo con los que cuenta el sujeto (emocional e instrumental) sobre una escala ordinal de tres puntos. Se incluye un último elemento que hace referencia a la satisfacción subjetiva (satisfacción con su red) respecto a las relaciones sociales que mantiene. El instrumento consta de cuatro secciones correspondientes a distintos tipos de interacción social; pareja, hijos, otros familiares, amigos. A partir de este instrumento se obtienen dos índices, uno referido a características objetivas de apoyo social (oscila entre 0 y 12 puntos) y otro referido a características subjetivas de satisfacción (oscila entre 0 y 3 puntos). Por lo que respecta a sus propiedades psicométricas se determinó la fiabilidad de la escala obteniendo los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas, variando entre .35 y .86. (Montorio,1994).

El instrumento original no fue elaborado para ser aplicado en el medio ambiente de trabajo, sin embargo, para poder analizar a las redes sociales de apoyo laborales, fue necesario hacer algunas modificaciones al inventario de recursos sociales de Díaz Veiga (Aranda B.C, y Pando M.M. "Apoyo Social Y Síndrome de Quemarse en el Trabajo "Burnout" en los Médicos Familiares de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara, México". Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud Pública, 2003).

Dichas modificaciones consistieron en agregar variables enfocadas hacia el apoyo que reciben y perciben los sujetos por parte de los compañeros de trabajo, de los superiores y subordinados, tomando en cuenta tanto los aspectos objetivos (frecuencia de contacto) como los subjetivos (grado de satisfacción con su red de apoyo) los cuales se evalúan de la misma manera que para el análisis de las redes sociales de apoyo extralaborales como se indica en el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga (ver anexo 1).

El sistema de evaluación, los puntajes y el nivel de clasificación se puede ver en la tabla 2 y se describe de la siguiente manera :

Redes sociales extralaborales (familiares).

a) Aspectos objetivos. Se suman los aspectos objetivos de la escala (frecuencia con que ve y habla con su red de apoyo) de cada una de las interacciones (cónyuge,

hijos, familiares y amigos), del cual se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación. De 4 a 6 puntos significa que tiene una red alta, es decir que su red de apoyo es muy buena, lo bastante adecuada en la frecuencia con que ve y habla con sus contactos, de 7 a 9 puntos significa que tiene una red media o regular en su aspecto objetivo, y de 10 a 12 puntos que cuenta con una red de apoyo baja o mala en su frecuencia de contactos.

b) Aspectos subjetivos. Se suman los aspectos subjetivos de la escala (grado de satisfacción con red) de cada una de las interacciones (cónyuge, hijos, familiares y amigos), del cual se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación, el mismo que para los aspectos objetivos, es decir, de 4 a 6 puntos significa que tiene una red alta, de 7 a 9 puntos red media y de 10 a 12 red de apoyo baja o mala.

2. Redes sociales laborales.

a) Aspectos objetivos. Se suman los aspectos objetivos de la escala (frecuencia con que ve y habla con su red de apoyo) de cada una de las interacciones (superiores, compañeros de trabajo y subordinados), de los cuales también se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación. De 3 a 4 puntos significa que tiene una red alta, es decir que su red de apoyo es muy buena, de 5 a 7 puntos significa que tiene una red media y de 8 a 9 puntos se considera una red de apoyo baja.

b) Aspectos subjetivos. Se suman los aspectos subjetivos de la escala (grado de satisfacción con red) de cada una de las interacciones (superiores, compañeros de trabajo y subordinados), del cual se obtiene un puntaje y un nivel de clasificación iguales que para las redes objetivas laborales.

Además de evaluar estos aspectos extralaborales y laborales, y de proporcionarles un puntaje y una clasificación, se hace una valoración total, es decir, se suman los puntajes de ambos aspectos objetivos extralaborales y laborales y se sitúan en un nivel de clasificación con el propósito de identificar si toda la red de apoyo con la que cuenta el sujeto es alta, media o regular en cuanto a la frecuencia con que ve y habla con cada uno de los miembros. De la misma manera se realiza la sumatoria para obtener un puntaje total con los aspectos subjetivos de

ambos apoyos (extralaborales y laborales) y se clasificación y así se sabe si su red es alta, media o regular en cuanto al grado de satisfacción que el individuo siente de la red de apoyo con la que cuenta.

Tabla 2. PUNTAJE Y NIVEL DE CLASIFICACION DE LAS REDES SOCIALES DE APOYO

	Apoyo Extralaboral	Apoyo Laboral	Ambos Apoyos	Nivel de Clasificación
	Puntaje	Puntaje	Puntaje	
Aspecto objetivo				
	4 a 6	3 a 4	7 a 11	Alto
	7 a 9	5 a 7	12 a 16	Medio
	10 a 12	8 a 9	17 a 21	Bajo
Aspecto subjetivo				
	4 a 6	3 a 4	7 a 11	Alto
	7 a 9	5 a 7	12 a 16	Medio
	10 - 12	8 a 9	17 a 21	Bajo

INTERVENCIÓN EN CENTROS DE TRABAJO EN LA FORMACION DE REDES SOCIALES DE APOYO.

El objetivo de formar grupos de apoyo en los ámbitos laborales, es debido a que existe la necesidad de crear una cultura en donde el trabajador logre detectar las principales necesidades y dificultades a las que se enfrenta no sólo en su lugar de trabajo, sino a nivel personal, familiar y social que afectan su desarrollo laboral, con la finalidad de buscar estrategias de prevención y/o disminución de los mismos en mejoras de una calidad de vida laboral y social.

La red social de apoyo laboral debe ser un espacio de reunión, de discusión, de reflexión y de lucha, en donde se intercambian experiencias, se generan conocimientos, se promueva la comunicación, se brinde información, se sugieran ideas, etc., entre los miembros de la red con la finalidad de buscar estrategias de solución dar respuestas al problema determinado y a sus necesidades insatisfechas.

Para lograr lo anterior se debe comenzar por convocar la creación de la red "inserción de sujetos" con voluntad propia (compañeros de trabajo, superiores, etc) , interesados y comprometidos a colaborar, permitiendo la "integración a la red" de los miembros actuales y la posibilidad de la "inserción" de nuevos miembros, así como, establecer relaciones democráticas y de tipo horizontal. Una vez establecida la red, se deberá nombrar a una persona (s), según lo designe la red, sin que ello signifique que sea el jefe o la persona más importante de la red, mucho menos que sean las personas a la que se les debe obedecer, simplemente sus funciones serán las de coordinar al grupo, además de tomar fe de lo que pasa dentro de cada reunión, dar seguimiento al problema a solucionar y llevar un registro de si se llegó o no a alguna solución.

Una vez integrados los miembros deberán ponerse de acuerdo sobre las actividades y tareas a desarrollar dentro de la red, así como las responsabilidades de cada unos de ellos, estas responsabilidades no deben dejarse a una sola persona. Se recomiendan reuniones internas y externas elegidas en tiempo, espacio, etc., por los miembros de la red, en donde determinarán el objetivo de la reunión (qué , cómo, quien, cuando, etc), los puntos a reflexionar, las tareas y actividades (de manera individual y colectiva) a desarrollar en donde la comunicación entre ellos es básica para lograr lo propuesto y resolver los problemas, con todo esto y estando

seguros que todos los miembros de la red están convencidos de lo propuesto, es posible lograr lo que individualmente no se puede, incrementan su visión ante los problemas, crecen los logros, se aminoran las dificultades y se resuelven las dificultades.

Trabajar sabiendo que se cuenta con los demás, motiva al trabajador en el desempeño de sus labores, previene y disminuye el riesgo de accidentes y enfermedades, fortalece el apoyo y la comunicación, permite organizar, planear y ejecutar actividades en beneficio del mismo trabajador, de su familia y de la sociedad en general.

El síndrome de burnout consecuencia del estrés crónico laboral puede prevenirse mediante programas de intervención en donde el apoyo social ejerce funciones imprescindibles tanto a nivel individual, a nivel interpersonal y a nivel organizacional:

1. A nivel preventivo e individual (considerando estrategias de afrontamiento al estrés) el apoyo social y la red de apoyo funcionaría: a) Como estrategia de control ejerciendo mayor comunicación entre los compañeros de trabajo y superiores centrándose en el problema a solucionar y tomando decisiones adecuadas, aumentaría los sentimientos de realización personal en el trabajo, y mejoraría la relación entre los compañeros de trabajo, contrario a la evasión, la cual facilitaría el desarrollo del síndrome. b) En la adquisición de estrategias enfocadas al manejo de los sentimientos, en la toma de habilidades y destrezas para la expresión de emociones, mediante una mayor capacitación profesional, distracciones extralaborales, deporte, relajación, hobbies, descanso (pausas) durante el trabajo; metas y objetivos reales y factibles de alcanzar, etc. con la finalidad de prevenir el agotamiento emocional y físico por el síndrome de burnout.

2. A nivel interpersonal fomentando, potenciando y manteniendo la formación de habilidades y el apoyo social, mitigando las relaciones laborales, mediante: a) Técnicas de entrenamiento en habilidades sociales se instruyen, modelan, refuerzan conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral-profesional y personal. b) Mediante la identificación de sujetos que muestren actitudes negativas, para el desarrollo de habilidades comunicativas tanto con compañeros de trabajo y superiores con la finalidad de disminuir las agresiones verbales y físicas y prevenir el establecimiento del síndrome. c) Mediante la formación de un grupo de sujetos que brinden apoyo a sus compañeros (este grupo no es en ningún momento un

grupo de psicoterapia, sino un sistema de apoyo), dirigido por una persona cualificada con el propósito de prevenir el agotamiento emocional, facilitando la toma de decisiones ante los problemas y haciendo más agradable su trabajo.

3. A nivel preventivo y organizacional (evitando los estresores del entorno institucional): a) Desarrollando procesos de retroinformación desde los grupos de trabajo y desde la dirección de la organización, mejorando la calidad de la interacción social, estableciendo comunicación continua entre los trabajadores y los superiores. b) En la adquisición de habilidades y destrezas que les facilite la opción de cambiar aquellas partes del sistema de trabajo que le provocan disgusto, haciéndolas más agradables. c) En la formación de equipos eficaces, esfuerzo sistemático y planificado, rediseño de la realización de tareas, disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales, cambio de actividades, recompensas, promoción del profesional, participación en la toma de decisiones, autonomía, reuniones multidisciplinarias con periodicidad, rotación programada, cambio de horarios, etc., previniendo el desarrollo del Síndrome de burnout.

ANEXO 1

**INVENTARIO DE RECURSOS SOCIALES DE DIAZ VEIGA
(MODIFICADO POR ARANDA B.C., PANDO M.M)**

- ¿Tiene usted cónyuge?.....SI_____ NO_____
¿Tiene usted hijos?.....SI_____ NO_____cuantos_____
¿Tiene usted "parientes" sobrinos, hermanos, primos.....SI_____ NO_____
¿Tiene usted relación con amigos?.....SI_____ NO_____

Cónyuge

- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?
1.- Muy frecuentemente____ 2.- Poco Frecuente____ 3.- Nunca o casi nunca____
¿Qué tipo de apoyo o ayuda le proporciona la relación con su cónyuge?
Material y/o económico____ b) Emocional y/o afectivo____ c) Material y afectivo____
¿En que grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?
1.- Muy satisfecho____ 2.- Algo satisfecho____ 3.- Poco o nada satisfecho____

Hijos

- ¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?
1.- Muy frecuentemente____ 2.- Poco Frecuente____ 3.- Nunca o casi nunca____
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?
a) Material y/o económico____ b) Emocional y/o afectivo____ c) Material y afectivo____
¿En que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?
1.- Muy satisfecho____ 2.- Algo satisfecho____ 3.- Poco o nada satisfecho____

Familiares

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?

1.- Muy frecuentemente ____ 2.- Poco Frecuente ____ 3.- Nunca o casi nunca ____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?

a) Material y/o económico ____ b) Emocional y/o afectivo ____ c) Material y afectivo ____

¿En que grado está satisfecho de la relación con estas personas?

1.- Muy satisfecho ____ 2.- Algo satisfecho ____ 3.- Poco o nada satisfecho ____

Amigos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?

1.- Muy frecuentemente ____ 2.- Poco Frecuente ____ 3.- Nunca o casi nunca ____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

a) Material y/o económico ____ b) Emocional y/o afectivo ____ c) Material y afectivo ____

¿En que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus amigos?

1.- Muy satisfecho ____ 2.- Algo satisfecho ____ 3.- Poco o nada satisfecho ____

Compañeros de trabajo

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus compañeros de trabajo?

1.- Muy frecuentemente ____ 2.- Poco Frecuente ____ 3.- Nunca o casi nunca ____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

a) Material y/o económico ____ b) Emocional y/o afectivo ____ c) Material y afectivo ____

¿En que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus compañeros de trabajo?

1.- Muy satisfecho ____ 2.- Algo satisfecho ____ 3.- Poco o nada satisfecho ____

Superiores

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus superiores?

1.- Muy frecuentemente ____ 2.- Poco Frecuente ____ 3.- Nunca o casi nunca ____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

a) Material y/o económico ____ b) Emocional y/o afectivo ____ c) Material y afectivo ____

¿En que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus superiores?

1.- Muy satisfecho ____ 2.- Algo satisfecho ____ 3.- Poco o nada satisfecho ____

Subordinados

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus subordinados?

1.- Muy frecuentemente ____ 2.- Poco Frecuente ____ 3.- Nunca o casi nunca ____

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

a) Material y/o económico ____ b) Emocional y/o afectivo ____ c) Material y afectivo ____

¿En que grado está satisfecho de la relación que tiene con sus subordinados?

1.- Muy satisfecho ____ 2.- Algo satisfecho ____ 3.- Poco o nada satisfecho ____

BIBLIOGRAFÍA

Aranda B. C., Pando M. M. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout en los Médicos Familiares de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Zona Metropolitana de Guadalajara. Guadalajara, Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Enero 2004.

Barreto, S. El Síndrome de Burnout. RIMA (Red Informativa de Mujeres de Argentina) Del Diario "La Voz Del Interior" de Cordoba, Argentina, 25 de Julio 2001. Available at: <http://www.emprendedorasenred.com>

Barrón, A. Proyecto docente para concursar a la plaza de profesor titular del área de Psicología Social. En: Ana Barrón, compiladora. Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid, Siglo XXI de España editores; 1996.

Barrón, A. Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid, Siglo XXI de España editores; 1996.

Berkman, L.F.; Syme S.L. "Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda Country residents". Am J of Epidemiology, 1985, 109: 186–204.

Berkman, L. F., et al. "Social integration to health: Durkheim in the new millennium". Social Science and Medicine, 2000, 51: 843–57.

Bernard, J.; Meade, K. Women come of age: perspectives on the lives of older women. London, Edward Arnold; 1993.

Broadhead, W. E.; et al. "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health". Am J of Epidemiology, 1983, 117: 521–537.

Caplan, G.; Nelson, S. D. "On being useful: The nature and consequences of psychological research on social problems". American Psychologist, 1973, 28: 199–211.

Cassel, J. "The contribution of the social environment to host resistance". *Am J of Epidemiology*, 1976, 104:(2) 107–123.

Chappell, N. L.; Segall, A.; Lewis, D. G. Gender and Helping Networks among Day Hospital and Senior Centre Participants. *Canadian Journal on Aging*. 9(3): 220-233. En: José Buendía, compilador. *Envejecimiento y psicología de la salud*. España, Edit. Siglo Veintiuno de España S.A. 1994.

Cobb, S. "Social Support as a moderator of life stress". *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38: (5) 300–314.

Cohen, S.; Wills, T. A. "Stress, social support, and the buffering hypothesis". *Psychological Bulletin*, 1985, 98: (2) 310–357.

Chesney, M.; Darbes, L. Social support and heart disease in women: Implications for interventions. En: Orth-Gomer, K.; Chesney, M.; et al., editors. *Women, stress and heart disease*. Mahwah, NJ, US, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.; 1998. 165–182.

OIT. *Diario La Nación*. Problemas psicológicos en el ámbito laboral. Organización Internacional del Trabajo. *Sup. Salud*. 30 de abril de 2001.

Felton, B. J.; Shinn, M. "Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level". *Journal of Community Psychology*, 1992, 20: 103–115.

Ferrando, J.; Pérez, J. "Un instrumento para medir quemazón profesional en los docentes: adaptación catalana del Maslach Burnout Inventory (MBI)". *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 1996;23,1:11-18.

Gil–Monte, P. R.; Peiró J. M.; Valcárcel, P. "Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el Síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería". *Revista de Psicología Social Aplicada: Sociedad Valenciana de Psicología Social*, 1996, 6: (2) 37–57.

Gil-Monte, P. R.; Peiró J. M. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid, Editorial Síntesis; 1997.

Gil-Monte, P. R. "Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2000, 16: (2) 101–102.

George, L. K.; Blazer, D. G.; Hughes, D. C.; Fowler, N. "Social Support and the Outcome of Major Depressions". *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154: 478 – 485.

Heller, K.; Lakey, B. Perceived support and social interaction among friends and confidants. En: Ana Barrón, compiladora. *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI de España editores; 1996.

House, J. S. *Work stress and social support*. London, Addison–Weslwey Publishing Company; 1981.

House, J. S., et al. "Social relationships and health". *Science*, 1988, 241: 540–245
Itzin, C.; Newman, J. *Gender, Culture and organizational Change: Putting theory into practice*. London, Routledge; 1995.

Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W. M. "Social Support scales. A methodological note". *Schizophrenia Bulletin*, 1981, 7:(1) 73–89. En: Ana Barrón, compiladora. *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI de España editores; 1996.

Lin, N.; Dean, A.; Ensel, W. M. "Social support, life events and depressions", Nueva York, Academic Press; 1986. En: Ana Barrón, compiladora. *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI de España editores; 1996.

Martos Medina, J. A. *Guía para la prevención de estrés*. Sindicato de Enfermería (SATSE), 2000. Available at: <http://enfermeriaourense.galeon.com>

Montorio, I. Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional. Madrid, tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid, 1990.

Montorio, I. La persona mayor: guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid, Edit. Ministerio de asuntos sociales–Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1994.
Mutchler, J. E.; Burr, J. A.; Massagli, M. P.; Pienta, A. “Work transitions and health in later life”. *The Journals of Gerontology*; 1999, 54: 252–261.

Mutran, E. J.; Danis, M.; Bratton, K. A.; Sudha, S.; Hanson, L. “Attitudes of the critically ill toward prolonging life: The role of social support”. *The Gerontologist*, The Gerontological Society of America, 1997, 37: (2) 192–199.

OMS. Día mundial del medio ambiente. Salud ocupacional: éticamente correcta, económicamente adecuada. Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra 5 de Junio de 2000. Available at: <http://www.who.int>

Peeters, M. C.; Schaufeli, W. B.; Buunk, B. P. Social interactions and negative affect among prison officers: A micro-analytic approach. Trabajo presentado en el "Sixth European Congress of Work and Organization", 1993. En Pedro Gil-Monte y José María Peiró Silla, autores. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid, Editorial Síntesis; 1997.

Roca, F.; Villalbi, J. R. Manual para el afrontamiento de grupos de ayuda mutua. Madrid, Editorial Masson; 1990.

Rodríguez Marín, J. *Psicología Social de la Salud*. Madrid, Edit. Síntesis; 1995.
Seeman, T. E. “Social Ties and Health: The benefits of social integration”. *Ann Epidemiol*, 1996, 6: 442–451.

Stewart, M. “Social support instrument created by nurse investigators”. *Nursing Research*, 1989, 38: (5) 268–275.

Terra, J. L.; Boyadjian, C.; Guyotat, J.; Attalli, G. "Epidemiologie et personnes agees: les indicateurs du risque de decompensation psychique. (Epidemiology and the aged: risk factors for psychic decompensations)". *Psychiatrie Francaise*, 1987, 8: (3) 391–395. En: José Buendía, compilador. *Envejecimiento y psicología de la salud*. España, Edit. Siglo Veintiuno de España S.A. 1994.

Thoits, P.A. "Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against loife stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 1982, 23: 145–149.

Tyler, M.; Abbott, P. *The commodification of sexuality: Sexuality labour markets*. 1994. En: Sara Arber y Jay Ginn Jay, coordinadores. *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid, Narcea S.A. de Editores; 1996.

42. Villalobos, B. E. "El soporte social y su papel en el estrés laboral". *Psicología y Salud*, 1995, 5: 57–68.

**UNA APROXIMACIÓN AL ANÁLISIS DEL TRABAJO DE LAS
MUJERES DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.**

María Guadalupe Aldrete Rodríguez, Sergio Adalberto Franco Chávez

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, la inclusión de la mujer al ámbito laboral ha ido creciendo de manera considerable. Las diferentes situaciones históricas ocurridas desde la revolución industrial, las guerras mundiales, los cambios socio-culturales, han llevado a la mujer a involucrarse en el trabajo fuera del hogar. Es un hecho reconocido que ésta, enfrenta una situación de desventaja respecto al hombre tanto en los aspectos cualitativos (tipo de actividad, condición de trabajo) como cuantitativos (tasa de participación, desempleo) (Machado,1997).

En la actualidad, la mujer ya no abandona el mercado de trabajo para cumplir con las tareas domésticas y el cuidado de los hijos, cumple con ambas labores, obteniendo del primero importantes ingresos económicos, siendo el principal dentro del hogar en uno de cada 5 y la única receptora del ingreso en uno de cada 10 hogares.

Según INEGI en el 2002 la población femenina en nuestro país estaba constituida por 51 765 793 mujeres y representaba el 50.2% de los 103 039 964 personas. El 33.6% de la población económicamente activa está integrada por mujeres (INEGI, 2000). Especial consideración debemos tener al trabajo femenino y la salud de la mujer, ya que se prevé que para el año 2010 en los países en vías de desarrollo su involucración en la esfera productiva pudiera ser del 70% y en los más desarrollados rebasar el 80% (OIT, 2000).

Pero las ventajas que han ido obteniendo con su participación no han conseguido resolver el problema fundamental que experimenta la mayoría de las mujeres en algún momento de su vida profesional, esto es la desigualdad de trato en el empleo fundamentada en estereotipos de género, donde los patrones de división del trabajo entre sexos determina diferentes formas de organizar y utilizar el tiempo, así como las posibilidades de obtener un empleo.

El objetivo de esta contribución es realizar un análisis desde la perspectiva de género y aportar conocimientos sobre la situación de la mujer en la ocupación informal al tratar de contestar ¿Cuáles son las responsabilidades de la mujer en el

hogar? y ¿cuáles son las condiciones en las que se desenvuelve dentro de la economía informal, “tianguis” de Guadalajara?

La comprensión de la división de tareas es un paso esencial para aprender a valorar identidades devaluadas, al asignar un valor social, cultural y económico al trabajo de las mujeres que generalmente es invisible o concebido como ayuda y no como trabajo.

CONCEPTO DE GENERO

Hace aproximadamente 20 años los términos sexo y género se utilizaban indistintamente dentro de las ciencias sociales. Con el paso del tiempo estos dos términos, se van diferenciando, hasta entender que la palabra sexo, hace referencia a las características biológicas, relativamente invariables del hombre y de la mujer, y género, se utiliza para señalar las características socialmente construidas y en las que se engloban rasgos de personalidad, sentimientos, valores, actitudes, conductas y actividades que diferencian a los hombres de las mujeres (Gómez,1993).

Así tenemos que cada cultura construye sus propias ideas en cuanto a lo que significa ser mujer u hombre (Campero,1996). A través de la socialización, los individuos interiorizan los atributos que socialmente se asignan a hombres y mujeres. Por ello, el género es un concepto central en la estructura de la persona y una categoría cognoscitiva que, con base en la construcción social de los sexos, estructura las ideas en torno a la naturaleza y la ciencia, a lo público y lo privado, a lo racional y lo irracional, a lo bueno y lo malo. (Eibenschutz C.)

En la sociedad actual, a la mujer se le reconocen aquellos atributos que son definidos como más próximos a lo natural que a lo cultural. La asociación de la mujer con la naturaleza se centra en la esfera de lo privado y destaca las posibilidades de cuidado y reproducción; por ello se le reconoce como la que tiene las condiciones naturales para criar a los hijos. Más allá del hecho de que muchas trabajan fuera del hogar, las mujeres son identificadas ante todo como madres y amas de casa. (Chaney E, 1989). El hombre, en cambio, es definido como más próximo a lo cultural, como independiente y productivo. (De Lauretis T.1990).

Los estereotipos sexistas cumplen con la función social de legitimar y perpetuar la posición de desigualdad de la mujer (Michel A. 1986) y, como consecuencia, el poco poder que detentan las mujeres en la sociedad.

Esta identidad esta constituida por tres componentes:

1. Identidad de género: es la convicción íntima y profunda que tiene cada persona de pertenecer a uno u otro sexo, más allá de sus características cromosómicas y somáticas,

2. Rol de género: es la expresión de la masculinidad o feminidad de un individuo, acorde con las reglas establecidas por la sociedad, y

La orientación sexual: se refiere a las preferencias sexuales en la elección del vínculo sexo-erótico. (Cerruti 1993).

Considerando todo lo anterior género podría entenderse como la red de rasgos de la personalidad actitudes, sentimientos, valores conductas y actividades que ha través de un proceso de construcción social diferencia a los hombres de las mujeres. Esta construcción es histórica, permea la micro y macrosfera de la sociedad a través del mercado de trabajo, el sistema educativo, los medios de comunicación la religión, el aparato político, la recreación, la familia, las relaciones interpersonales, la salud. Además la diferenciación que se establece entre hombres y mujeres lejos de ser neutra implica valoraciones que atribuyen mayor importancia y valía a las características y actividades asociadas con el hombre (Gómez G. 1993).

Género es una categoría que se puede visualizar desde diferentes enfoques así tenemos que la Organización Mundial de Alimentos y Administración de Medicamentos FAO en su plan de acción considera que “género no se refiere a las mujeres o a los hombres de por sí, sino a las relaciones entre ellos, sean estas objetivas o subjetivas. El género no está determinado biológicamente como consecuencia de los atributos sexuales de hombres y mujeres, sino que se moldea culturalmente. Es un principio organizador central de las sociedades y que generalmente preside los procesos de producción, reproducción, distribución y consumo” (FAO 1997).

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LOS ROLES

Se nace hombre o mujer, a partir de las características biológicas que visualiza la persona que recibe el recién nacido y que manifiesta es “niño” o es “niña”, se inicia desde este momento la construcción social de género. Culturalmente entre otras cosas, se le asigna un color que lo representa genéricamente, (rosa o azul) y un nombre, con toda la carga de significados sociales que esto conlleva. Dentro del núcleo familiar se transmiten los códigos y

valores que sustentarán a lo largo de toda la vida las relaciones que en el futuro se espera de cada hombre y cada mujer. Posteriormente serán otros medios que intervendrán en esta construcción de género, entre ellos el sistema educativo, los medios de comunicación, el mercado de trabajo, la religión, el aparato político, la recreación. Espacios donde se significan y resignifican las relaciones de género.

Sin decirlo claramente, existe diferente preparación en valores, prácticas sociales y habilidades (Loveering 1998) que condicionan una valoración asimétrica para hombres y mujeres en las relaciones de poder que en ellos se establecen y dan lugar a mecanismos de subordinación y exclusión en perjuicio de la población femenina.

De esta manera se va estableciendo una relación de dominador/dominada. Así según el sexo se aprende a hablar o a guardar silencio, a tener acceso a determinados espacios de la casa o la escuela.

De la mujer se espera que aprenda a ser sumisa y obediente, que acate las normas y no las cuestione, que obedezca el mandato social de cumplir un rol y de realizarse a través de él. Todo lo anterior circunscrito al ámbito doméstico como único lugar de “visibilidad” de la mujer. Al mismo tiempo se espera que las tareas propias de su género las cumplan de por vida, es decir que cuide de los otros, que se haga cargo de las labores domésticas y además que estas tareas se hagan de buena voluntad, de tal manera que no se identifiquen ni se valoren como trabajo (Fernández R 1998).

Es así que sistemáticamente se va devaluando todo lo que ella realiza y al mismo tiempo, la lleva a interiorizar un lugar secundario y subordinado en la sociedad. Todo esto tiene un impacto en la manera en que la mujer se representa así misma, el desarrollo de sus motivaciones y las expectativas que tienen sobre su vida. Estas desigualdades se plasma en términos de las oportunidades que se le presentan en la vida, las libertades, las condiciones de vida que influyen en la probabilidad de gozar de salud, de enfermar y de morir.

Los roles asignados por cada sociedad a hombres y mujeres pueden transformarse y cuestionarse, ya que han sido construidas a partir de las relaciones sociales entre los individuos y en la cultura misma, y, si cambia ésta, también puede cambiar la concepción que se tenga de ser hombre o mujer y los papeles que juegan en la sociedad.

Uno de los elementos importantes en este cambio indudablemente es la educación formal e informal. Una educación de calidad contribuye a transformar la

mentalidad de los individuos y favorecer la adopción de actitudes y valores que se reflejan en el plano individual, en la conducta de las personas, y a nivel general en el cambio social y cultural.

De esta manera la educación formal de la mujer es un factor estratégico para lograr este cambio de su participación en la sociedad. Su superación académica le permite tener una mayor posibilidad de incorporarse en la actividad económica y aumentar su productividad e ingresos económicos, (Prados V. 2003) con sus repercusiones no solo a nivel individual sino familiar y social.

Actualmente ya no existe diferencia en cuanto al ingreso a nivel escolar entre niños y niñas pero existen aún desigualdad en cuanto a mantenerse en el sistema educativo formal. La deserción escolar es ligeramente mayor entre las mujeres, en comparación a los varones.

Estos cambios los podemos observar en los siguientes datos, que nos dan idea de cuales eran los patrones educativos que imperaban en el pasado y donde la mujer tenía menos acceso a la educación. El porcentaje de niñas que asistieron a la escuela entre 1970 y 1995 se incrementó de 63.3% a 91.4% respectivamente. Los índices de analfabetismo reportados por INEGI (2001) entre la población joven es relativamente menor y las diferencias porcentuales entre los hombres y las mujeres de 15 a 24 años que no saben leer ni escribir solo es de 0.5, a comparación del grupo de edad de 45 a 59 años que es de 8.9 puntos, siendo 22.8 % para las mujeres y 13.9 % para los hombres, para el grupo de 60 y más años estas diferencias eran mayores 37.7% en las mujeres y 26.2% para los hombres, existiendo una diferencia de 11.5 puntos.

La participación de las mujeres a nivel de educación superior ha presentado también un incremento continuo en los últimos años. En el ciclo escolar 1994-1995 por cada 100 hombres había 82 mujeres registradas. (CONAPO 1995) Esto ha contribuido a disminuir las desigualdades entre hombres y mujeres en el ámbito profesional, sin alcanzar todavía lo deseable.

Por otra parte actualmente las investigaciones desde la perspectiva de género que se han realizado están haciendo visible lo invisible, además han surgido diferentes grupos de apoyo y esto se está traduciendo en prácticas transformadoras de la vida cotidiana, (Loveering D. 1998) prácticas, en las que se vislumbra una apertura de oportunidades para las mujeres y en las que se están dando poco a poco situaciones más equitativas entre géneros.

La equidad de género debe entenderse como la eliminación de aquellas disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres que se asocian sistemáticamente en el contexto socioeconómico (Gómez G 2002).

GENERO Y TRABAJO

La identidad de género como dijimos anteriormente se incorpora y se manifiesta en las situaciones cotidianas familiares y escolares a través de las tareas asignadas y asumidas, existiendo una división basada en atributos biológicos y culturales de cada sexo, originando representaciones sociales bien definidas del trabajo de hombres y mujeres donde sobresalen para la mujer las relacionadas con las labores domésticas y el cuidado de los hijos, esto asociado a sentimientos que “por naturaleza” tiene la mujer como: fragilidad, delicadeza, comunicación, reproducción y para los hombres las que suponen mayor esfuerzo físico, preparación técnica, empleo de máquinas y por supuesto, de producción (Luevanos A. 1998, Acevedo D. 2002).

En este sentido las amas de casa no son consideradas trabajadoras. Al no visualizar el ambiente del hogar como un lugar de trabajo, las enfermedades y los accidentes relacionados con el trabajo doméstico también son subestimados, por lo que no se registran como accidentes y enfermedades ocupacionales. En consecuencia hay muy poca información acerca de los riesgos que representa el trabajo doméstico para la salud (Piroska 2001).

Cuando la mujer logra su participación en el mercado productivo, lo hace tardíamente y en situación de desventaja, (Machado 1993), ocupando cargos y funciones consideradas femeninas o “propias de su sexo”, o como extensión de las realizadas dentro del núcleo familiar, en las que se le ofrece pocas perspectivas de avance, mal remuneradas o con un menor grado de prestigio social, por ejemplo: camareras, empleadas domésticas, secretarias, profesoras, enfermera, peditras entre otras, lo que estaríamos hablando de una segregación horizontal de los empleos, pero también suele existir una segregación vertical, donde los hombres ocupan en mayor medida los cargos en los que se detenta el poder de decisión y de gestión y para las mujeres las posiciones inferiores aún en aquellos gremios de profesiones altamente feminizadas (Arriagada 1990).

Otro aspecto importante es que el trabajo femenino es visto como un mecanismo de mantenimiento del poder adquisitivo de la unidad familiar, como complementario al del hombre o como una fase transitoria de su vida, (Machado 1993) por que la función primordial de la mujer está relacionada con la reproducción.

A principios del decenio de 1920 muchas mujeres abandonaban sus trabajos para dar a luz y criar a sus hijos, (OIT 2000). Se supone la existencia de incompatibilidad entre el trabajo de la mujer en el mercado laboral y las actividades reproductivas y la crianza infantil (Presser H. 1986).

Hasta principios de los 70' en nuestro país el panorama mostraba que solo las mujeres jóvenes, solteras y sin hijos trabajaban fuera de su casa, sin embargo del año 76 en adelante se ha observado como las mujeres del grupo de edad de 25 a 44 años son las que más han incrementado su participación (ENE 2003, INEGI 2004); y cada vez hay más mujeres que pasan sus años de crianza de los hijos como trabajadoras asalariadas (Figueroa P. 1996).

El tópico de que los hombres mantienen a las mujeres y a los niños está actualmente superado, y en todo el mundo la mayor parte de los hogares depende ya de dos sueldos para mantener un nivel de vida adecuado. En muchos países, los ingresos de las mujeres resultan fundamentales para la supervivencia de las familias. El 59 por ciento de las trabajadoras europeas y un 55 por ciento de la de Estados Unidos aportan la mitad o más de los ingresos del hogar familiar y en Europa una de cada cuatro mujeres aporta la totalidad de los ingresos del hogar (OIT 2000).

En nuestro país también la mujer se enfrenta cada vez más a la necesidad no solo de complementar el ingreso del marido sino de sustituir el trabajo de éste por el propio y esto se ve reflejado en la estructura familiar. En las últimas décadas se ha incrementado el número de hogares encabezados por mujeres, ocasionado esto, por una parte, por las crisis económicas y a nivel intrafamiliar puede pensarse que al aumentar el poder de negociación de las mujeres dentro de la familia también existe un bajo nivel de tolerancia hacia los comportamientos masculinos violentos (violencia domestica hacia la mujer y/o los hijos) o perjudiciales para el presupuesto y el ambiente familiar (adición, alcoholismo, infidelidad) que anteriormente lo soportaba la mujer por que no veía otra alternativa (Brachet M. 1996).

De esta manera tenemos que las mujeres utilizan una gran diversidad de recursos y arreglos para combinar y conciliar sus actividades que realiza dentro del trabajo remunerado en la esfera productiva con las actividades que realiza en su vida cotidiana, en sus quehaceres domésticos, pero se enfrenta a enormes dificultades para cumplir con dos roles diferentes. La inclusión de nuevas actividades obliga a la mujer a ampliar su jornada de trabajo, a la doble jornada, acompañadas de mayor desgaste psico-físico con sus repercusiones en su salud y bienestar general (Blanco G., 2000). Al mismo tiempo se ha enriquecido en sus relaciones interpersonales y ha ganado autonomía y mejores condiciones en la vida familiar. (Garduño M.1993).

A esto hay que añadir la poca participación del hombre en las actividades propias de la vida doméstica, ya que él mismo no se siente “obligado “ a compartir los quehaceres domésticos con la mujer (Cruz A. 2003).

Puede decirse entonces que la salida de la mujer de su hogar para ingresar al trabajo productivo no estuvo acompañada de su liberación de las actividades propias de su vida privada, por el contrario persiste la tradicional división sexual del trabajo, las actividades relacionadas con la alimentación de la familia, el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, el aseo de la ropa, continúan siendo realizadas en la mayoría de los casos por la mujer (Blanco G. 2000) y se distribuyen inequitativamente las tarea entre varones y mujeres (Cruz A. 2003).

A pesar de este esfuerzo, socialmente el trabajo que realiza fuera del hogar sigue estando desprovisto de valor, no forma parte de la contabilidad familiar. En muchas de las actividades que realiza no recibe remuneración alguna por su trabajo, por estar relacionado con bienes y servicios, o por realizar actividades consideradas como trabajo por su cuenta en la elaboración de artesanías, alimentos o el trabajo a domicilio en manufactura o servicios.

Según la OIT las trabajadoras latinoamericanas siguen estando peor pagadas que los hombres, sufren más la desocupación y padecen un trato desigual en el empleo (OIT 2003).

Las cifras del informe sobre el desarrollo mundial (Banco Mundial 1995) revelan que anualmente no se contabilizan 16 billones de dólares en la economía mundial, cifra que representa el valor del trabajo no remunerado de mujeres y hombres y el pago insuficiente del trabajo de las mujeres. De esos 16 billones de dólares 11 correspondían a la contribución “invisible” de las mujeres (Piroska

2001). Después de 9 años del informe la cifra actual debe ser mucho mayor ya que se ha incrementado el número de mujeres participando en la vida productiva.

A pesar de la posición inferior de las mujeres y de la discriminación que padecen en la mayoría de los ámbitos y niveles de vida laboral, su creciente participación en el empleo lucrativo no solo ha fortalecido su condición social y su situación financiera personal y familiar, sino también ha resultado beneficiosa para su salud.

GENERO Y SALUD

La vinculación entre la condición de género y la salud es tan clara, que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud han sugerido que lo importante para la salud de las mujeres no es tanto la educación en salud, sino la alfabetización y el acceso a la educación en general, ya que esto último se asocia con procesos de empoderamiento que redundan en la salud de las mujeres, pero la falta de información, educación y apoyos sociales para las mujeres tiende a hacer más vulnerable su situación de salud.

Los perfiles de salud-enfermedad en hombres y mujeres presentan características de acuerdo con las condiciones socioeconómicas, culturales y educativas en las que se desenvuelven cada uno de ellos. La incidencia de los diferentes procesos de morbilidad, la percepción de las enfermedades y los perfiles de mortalidad o la demanda de servicios son ejemplo de aspectos en los que se observan esas diferencias. No todas las diferencias en salud entre hombres y mujeres implica necesariamente inequidad de género (Gómez G. 2002).

Son escasos los estudios que hablan de la relación entre la o las patologías que presenta la mujer y su relación con el proceso de trabajo y sobre todo los que expliquen conjuntamente las diferentes situaciones en que se desenvuelve: ser mujer, en un mundo masculino, esposa-madre- ama de casa y ser trabajadora.

Diversos estudios han mostrado que las mujeres enferman y mueren de manera diferente a los hombres, y que la situación social de la mujer está en estrecha correlación con su morbilidad y mortalidad. Se ha encontrado que el proceso por el cual un individuo se define como enfermo y decide actuar para la atención de sus síntomas, depende de qué tan comunes y aceptados son tales síntomas en un determinado grupo. En consecuencia, las expectativas sociales que se tienen de las mujeres están en estrecha relación con aquello que la misma mujer

percibe, interioriza y define como enfermedad. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado que la forma en que la mujer interioriza y concibe su salud, está muy vinculada con aquello que le permite o no desempeñar sus funciones cotidianas (Gómez 2002).

Los hombres tienden a ver la enfermedad y la búsqueda de atención como manifestación de debilidad que se contradice con la imagen cultural de fortaleza.

Si se consideran las principales causas de muerte para las mujeres de 15 a 49 años reportadas por INEGI en 2002, las más importantes fueron la diabetes mellitus, (tasa 8.2) los tumores malignos del cuello del útero (tasa de 5) y de la mama (tasa 4.6) y las relacionadas con embarazo, parto y puerperio (tasa 4.6), en comparación con los hombres las enfermedades del corazón tienen un peso relativamente menor (4 puntos porcentuales) pero siguen siendo la principal causa de muerte masculina, de igual importancia aparecen los accidentes, los fallecimientos por homicidios y lesiones infligidas, así como las muertes por cirrosis y enfermedades crónicas del hígado y, en menores proporciones que en las mujeres, los tumores malignos.

Por el momento no tenemos información que nos hable de la relación entre estas causas de muerte y las ocupaciones, la clasificación de las patologías y de las causas de muerte de acuerdo a su origen solo visualizan una parte de la vida del individuo la productiva o reproductiva, sin visualizar ese continuo en el que se desarrolla la vida.

El área de la salud de la mujer trabajadora es un campo sobre el cual se comienza a tener interés (Montero C.1995). Por cuestiones sociales y culturales las ocupaciones con una probabilidad mayor de accidentes son predominantemente masculinas y también existe una baja cultura en cuanto al uso de equipo de protección personal y el cumplimiento de normas de seguridad laboral.

Existen problemas de salud en los cuales las diferencias biológicas son de importancia por ejemplo la exposición a productos químicos. Si los hombres y las mujeres estuvieran expuestos en la misma medida, las repercusiones en la salud de la mujer serían más graves a causa de su mayor vulnerabilidad biológica. Las mujeres tienen una proporción mayor de tejido graso que los hombres, lugares donde se fijan las sustancias químicas liposolubles (Piroška 2001).

A pesar de los riesgos a los que se ve expuesta la mujer y de las sobrecargas de trabajo que tiene, su esperanza de vida ha aumentado a raíz de los

esfuerzos realizados por las instituciones oficiales en los últimos decenios, con el fin de incrementar las expectativas generales de salud. Esto ha tenido como resultado que entre 1970 y 1995 la esperanza de vida al nacer sea mayor (entendida ésta como el número de años que en promedio se espera que viva un recién nacido, siguiendo las pautas que presenta para la población en conjunto en un momento determinado). En 1995 la esperanza de vida se estimó en 76.1 año para las mujeres y de 69.7 años para los hombres. A nivel de nuestro estado se observó el mismo patrón entre hombres y mujeres encontrándose una diferencia favorable de 6 años. (70.5 para hombres y 76.3 para mujeres). Al mismo tiempo la tasa global de fecundidad declinó (la tasa global de fecundidad es una medida resumen que indica el promedio de hijos nacidos vivos que tendría una mujer durante su vida reproductiva, esto es de los 15 a 49 años, si estuviera sujeta a las tasas de fecundidad observadas en un año determinado). En México la Tasa Global de Fecundidad permaneció alta hasta la década de los setenta, en 1976 dicha tasa fue de 5.7 hijos por mujer. De 1987 a 1995 la tasa bajó de 3.8 a 2.8 hijos por mujer. En el periodo comprendido entre 1976 y 1995 la fecundidad disminuyó en 3 hijos. Las mujeres que no realizan actividades extralaborales, que son amas de casa prácticamente duplican la tasa global de fecundidad, ésta es de 4 hijos (INEGI 2001).

Se ha visualizado como un factor altamente relacionado con el nivel de fecundidad de las mujeres, su inserción en el mercado de trabajo, ya que éstas obtienen algunas alternativas de vida que las motiva a regular y controlar sus embarazos, de tal manera que puedan combinar su trabajo extradoméstico con las tareas vinculadas a la crianza de los hijos.

A pesar de todas estas mejoras, la tasa de mortalidad materna aunque ha descendido aún sigue siendo alta, ha pasado de 9.5 a 4.9 entre 1980 y 1994. En estos datos solo se incluyen las muertes oficialmente consignadas, existiendo un subregistro y muertes mal clasificadas o las que no se consideran como muertes maternas (son un número importante de mujeres que fallecen por secuelas agudas o crónicas a causa de complicaciones del embarazo y del parto). Se estima que en nuestro país se podrían evitar el 52% de las muertes maternas (Mora G 1993): (Este es un indicador que refleja el estado de salud de la población y el grado de desarrollo de cada región).

La proporción y circunstancias alrededor de la mortalidad y morbilidad materna que afecta a las mujeres empleadas en el sector formal no se conocen con exactitud. Legalmente las mujeres que trabajan en la economía formal conservan su empleo durante su embarazo, gozan de la asistencia social y disfrutan de un permiso de maternidad y se reintegran normalmente al trabajo después de este permiso. Se desconoce que cantidad de mujeres al quedar embarazadas se encuentran ante la amenaza de perder su trabajo, a qué riesgos se ve expuesta durante su embarazo, cuáles son las precauciones que adoptan para disminuir esos riesgos o para defender su empleo, cuáles son los derechos que de él se derivan y si conocen esos derechos. A estas preguntas agregaríamos otras para las mujeres que trabajan en la economía informal: ¿qué sucede con las mujeres embarazadas que trabajan en la economía informal? ¿cuáles son las consecuencias negativas que sufren durante su embarazo?, ¿qué facilidades de acceso tienen a la atención médica prenatal? son preguntas que requieren una respuesta. No solo desde el punto de vista de la investigación, sino desde la perspectiva social.

Al mismo tiempo existe controversia en los pocos estudios realizados sobre la salud mental de las mujeres trabajadoras. Blanco (2000) encontró buena salud mental y muy pocos síntomas, otros encuentran que las mujeres muestran puntajes más altos que los hombres en problemas como depresión, ansiedad y estrés psicológico (Rosenfield,1992; Baum,1991). La doble jornada vivida por la gran mayoría de las mujeres es señalada como causa de cansancio y estrés, (Garduño,1995; Spindola, 2003, Santos, 2003) , sobre todo cuando tiene hijos menores (Doyal,1990).

Otros como el de Jasis M (1993) en su estudio comparó los resultados de salud mental de las obreras de la maquila con los de las mujeres no trabajadoras, no encontró diferencias significativas. En éste mismo estudio, realizado en la frontera de nuestro país si encontró relación entre la insatisfacción en el trabajo y problemas en la esfera mental entre ellos: estrés, depresión, nerviosismo y "falta de sentido de control sobre sus propias vidas". El factor con mayor capacidad de predicción del estado de salud de las mujeres participantes en este estudio, fue la autopercepción de la incapacidad para cumplir con las obligaciones básicas, debida a la "falta de dinero".

Este factor se correlacionó con la existencia de tensiones en el hogar, con las condiciones de vivienda deficientes, con el bajo nivel de ingresos y de educación que al afectar la salud, éste incide en la productividad (Jasis, 1993).

Por otra parte se ha visualizado que el empleo fuera del hogar es una fuente importante de respaldo social y de autoestima que ha ayudado a mujeres a integrarse en la sociedad y a evitar el aislamiento social en el hogar. Las mujeres que sólo trabajan en el hogar, suelen establecer relaciones exclusivamente con las personas de su familia o del entorno de la misma, sin poder ver ampliado su círculo a otros individuos con los que la mujer pueda desarrollarse y expresarse sin prejuicios ni temores (Pérez, 1998).

Los pocos estudios realizados en los últimos años han avanzado en el conocimiento de la salud laboral femenina, pero son aún insuficientes. Existe un desconocimiento de las formas como enfrentan las mujeres dos trabajos con dos exigencias diferentes.

LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN EL MERCADO DE TRABAJO

A raíz de la segunda guerra mundial la mujer prácticamente fue obligada a salir de su casa con el objetivo de hacerse cargo de responsabilidades que hasta entonces culturalmente sólo eran de incumbencia de los hombres. Se vio lanzada a un mundo nuevo, sin estar preparada para ello y sin que ella lo decidiera. Una vez terminada la guerra muchas de ellas tuvieron que dejar a los excombatientes su lugar para volver de nuevo a quedar relegada a sus actividades tradicionales, pero otras continuaron desempeñando las actividades de los hombres cuando estos habían muerto o desaparecido (Fauné,1995).

Así por ejemplo en Honduras y otros países de la región abrieron espacios a la participación de la mujer, en la dirección de las organizaciones campesinas, puestos que eran reservados exclusivamente para el hombre.

Por otra parte la extensión de la industria manufacturera a países en desarrollo se ha caracterizado por tener preferencia por la mano de obra femenina, argumentando que ellas tienen mayor destreza manual (Jasis,1993); pero también por su sometimiento a la disciplina de trabajo y la aceptación de salarios bajos.

Hechos que garantizan una mano de obra barata y altamente productiva (Bifani, 2003).

En nuestro país, la crisis económica mundial tuvo sus repercusiones sobretodo en la vida cotidiana de la población pobre. El desempleo y la disminución del ingreso real están afectando duramente la calidad de vida de las familias, no solo en las áreas rurales, sino también en las urbanas llegándose a considerar como un fenómeno global (SAS, 1994).

Una consecuencia directa de esta crisis ha sido el nivel de empobrecimiento de amplios sectores de la población afectando con mayor fuerza a los más pobres, pues al tiempo que se aumenta la concentración del ingreso y la riqueza en unos pocos, se da un mayor deterioro del bienestar en los sectores de menores ingresos, existiendo un desfase entre las necesidades existentes y las posibilidades de satisfacerlas. Las manifestaciones se pueden observar en el subconsumo de alimentos, con su repercusión en el estado de nutrición sobretodo de los menores de 5 años y las mujeres embarazadas, mayor vulnerabilidad a las enfermedades, carencia de elementos de higiene, entre otras.

Frente a esta situación los pobres responden de muchas maneras: A nivel de las prácticas familiares hubo necesidad de incorporar al área productiva a varios miembros de la familia, entre ellos las mujeres con el fin de generar mayores ingresos (Sierra, Muñoz,1990). Situación que se vio reflejada en los datos estadísticos a nivel mundial. Los índices de actividad de las mujeres han pasado de un 54% en 1950 a un 66 % en 1990 y las proyecciones prevén que se alcance el 70 por ciento en el año 2010. En las regiones más desarrolladas el crecimiento ha sido aún más rápido, se estima que para el mismo periodo pasará al 80 por ciento (OIT, 2000).

En nuestro país también se visualizaron estos cambios, en 1940 el 7.39% de la Población Económicamente Activa estaba integrada por mujeres, en 1970 el 19.0% y para 1990 el 32.15% llegando al 49.7% en el grupo de edad de 35 a 39 años, en el año 2003 y de éstas el 96.3% realiza además trabajo doméstico al interior de sus propios hogares (INEGI 2004). En el estado de Jalisco para el año 2000 la PEA estaba integrada por 2 385 586 personas de las cuales 801 685 eran mujeres representando el 33.6%. Existiendo una relación 2:1 entre hombres y mujeres.

La distribución de la población ocupada femenina, que se dedica al trabajo extradoméstico lo realiza en áreas como la agricultura o las artesanías 14.8%, la mayoría se desarrollaban como: vendedoras y dependientas 20.3%, oficinistas 12.74% y el 11.7% en trabajo doméstico fuera de su hogar, empleadas en servicios 9.2% y vendedoras ambulantes 6% (INEGI,12004).

Este aumento también se puede explicar por una serie de acontecimientos que se dieron concomitantemente por la integración que ha tenido nuestro país en los últimos años en el proceso de modernización, concretamente en relación a la creciente urbanización, entre las posibles consecuencias está la elevada migración rural-urbana, el predominio de los flujos migratorios femeninos, la expansión y diversificación del sector terciario, la ampliación de la industria maquiladora y el incremento en los niveles educativos (De Oliveira,1989).

Paralelamente hubo un aumento en la cantidad de hogares en los que la mujer es la jefa de la familia, en donde son madres y al mismo tiempo únicas proveedoras. A nivel nacional 1.7 de cada diez hogares tienen a la cabeza una mujer, lo que representa que 2.3 millones de unidades domésticas tengan al frente una mujer. Existe una mayor prevalencia en áreas urbanas y variaciones según la entidad federativa, así por ejemplo estados como el Distrito Federal este hecho alcanza el 22.2 % y en Jalisco el 18.3% (INEGI, 2001).

EL TRABAJO DE LA MUJER EN LA ECONOMÍA INFORMAL

Entendemos como economía informal a las unidades económicas de tamaño pequeño, que requieren poca inversión, que utilizan tecnología y procesos productivos sencillos, mayor uso de mano de obra y grados de calificación bajos Welti C 1994. En el área urbana se incluyen en este rubro: servicios de limpieza, atención personal, mantenimiento, reparación y venta de artículos de consumo, vendedores(as) ambulantes, actividades de confección y maquila de ropa, calzado, muebles, artesanías, etc. Las actividades comerciales del sector informal pueden ser reconocidas por la ausencia de separación entre el trabajo y propiedad de los medios de producción (Rakowski,1994). con la característica de se actividades realizadas fuera de la legislación laboral vigente. En ésta área se encuentran involucradas una gran proporción de mujeres (Welti,1994).

El sector informal se ha convertido en el mayor generador de empleo en América Latina. Las personas involucradas en este sector han tratado de resolver sus necesidades económicas al obtener un mayor ingreso, y cada vez es mayor el número de personas inmersas en estas actividades. Durante la década de los años 80', entre el 20 y 80% del empleo en los países en vías de desarrollo se encontraba en el sector informal. La tasa de crecimiento de este sector en Centro América fue mayor que en el sector formal en la década de los 70' (Aguilar,1995). En Perú el 75% de las mujeres trabajan en la economía informal. En Tanzania un 80% de la fuerza de trabajo femenina cae dentro de la categoría de empleadas por cuenta propia y el 53% de todos aquellos que trabajan en el sector informal son mujeres. En México, 30 o 40 por ciento de las mujeres que trabajan lo hacen dentro de la economía informal.

La mayoría de las mujeres que trabajan en el sector informal se encuentran en edad de criar a sus hijos. Este tipo de empleo les da la oportunidad de realizar un trabajo reproductivo al mismo tiempo que un trabajo productivo (Amber,1998).

En la Ciudad de Guadalajara, México se realizó una investigación con mujeres que laboran en la economía informal con el objetivo de identificar la situación en la que trabajan las vendedoras ambulantes de los "Tianguis" de dicha ciudad. Se calculó una muestra probabilística de 282 Mujeres las cuales se seleccionaron proporcionalmente de 10 tianguis de la Ciudad, que reunieron el criterio de trabajar como mínimo 6 meses en esta rama de actividad. Las variables investigadas fueron:

1. Características generales de la mujer: edad, escolaridad, estado civil.
 2. Características del trabajo: jornada de trabajo, horario, antigüedad en esta rama de actividad, historia laboral, motivos de inserción en esta área de trabajo, posturas predominantes, prestaciones sociales, percepción de beneficios.
 3. Problemas de Salud: derivados del trabajo: accidentes, incapacidades, percepción de riesgos para su salud.
- Características Familiares: estructura familiar, ciclo de vida, número de hijos, apoyo que recibe para la realización de actividades dentro y fuera del hogar.

Los resultados obtenidos nos muestran un alto porcentaje de mujeres analfabetas (7.2%) y analfabetas funcionales (primaria incompleta 20.5%) así como un 3.6 % con alguna carrera profesional, el 48.4% eran casadas y un 4.3 % en unión libre.

Una proporción importante de mujeres se encuentran en esta área con la finalidad de lograr ingresos para subsistir, pero al estar marginadas de los derechos laborales que ofrece la formalidad, también se marginan de los derechos sociales.

También se encontró que un 80.2% de las mujeres trabajan por cuenta propia, no reciben salario, sino ingresos; el 7.9% son empleadas reciben un salario, sin contrato, en un 9.5% el dueño de las mercancías es un familiar, por lo que son consideradas como trabajadoras no remuneradas. Independientemente de su situación laboral, ellas se encuentran marginadas ya que solo un 7 % de las mujeres tienen seguridad social, pero esta no está dada por trabajar en estas áreas sino por que es otorgada por otro miembro de la familia que se encuentra laborando en la economía formal.

Al preguntar sobre las actividades que realiza dentro del tianguis la mayoría (90.1%) reconoció hacer de “todo”, esto es: desde adquirir la mercancía (que regularmente lo hace por las tardes y/o los días que no acude a los tianguis) que vende en los tianguis, así como transportarla, cargar los bultos, armar el puesto, acomodar la mercancía, atender a la clientela, cobrar y desarmar el puesto. Existió dentro de la muestra una proporción de mujeres que además prepara alimentos para vender (13.1%).

Al observar que es lo que vende, esto fue muy variado desde: alimentos que ahí prepara, alimentos ya preparados, artículos de plásticos, bisutería, electrónicos, la mayoría 38.7% vende ropa.

Al cuestionarle que es lo que le cansa más de todas las actividades que realiza, el 27.0% dijo que cargar bultos, 12% desarmar el puesto o el estar de pie por mucho tiempo. Un 30% de las mujeres comentó que estar de pie por periodos continuos de 1-2 horas y el resto del tiempo lo alterna estando sentada.

La jornada de trabajo en la mayoría de las mujeres inicia desde las 6 de la mañana, y concluye hasta las 16 horas, cuando los puestos del mercado ambulante se tienen que retirar. Cuando la mujer vende productos como hortalizas o verduras su jornada inicia desde las 4 de la mañana ya que acude a centros de abastos para adquirir su mercancía que posteriormente vende en el tianguis.

Este grupo de mujeres trabaja con recursos bajos y sus ingresos solo le permiten subsistir, fue la argumentación de 45.6% de ellas (Cuadro 1) y esto lo visualizan como principal beneficio al incorporarse a la economía informal. El efecto sobre la familia el más reconocido es que aumenta el ingreso familiar y este

se cristaliza en mejoras para su familia, al ser la mujer la principal proveedora para realizar gastos relacionados con la alimentación, la adquisición de ropa e incluso el pago de servicios (Cuadro 2).

La mayoría de las mujeres que trabajan tienen una responsabilidad más, por que el trabajo del hogar y el cuidado de los hijos no se excluye y es posible que experimenten sobrecarga tensión y conflicto. De las actividades que se realizan dentro del hogar como: preparación de alimentos, cuidado de los hijos, aseo de casa, compra de víveres. se les cuestionó quién era el principal responsable para llevarlas a cabo y se encontró que la única actividad que es realizado por la pareja en una mayor proporción fue la relacionada con la preparación de alimentos, las otras actividades corren a cuenta de la mujer y ésta las realiza después de su jornada laboral o los fines de semana sacrificando sus descansos del trabajo remunerado (Cuadro 3).

Los hechos descritos anteriormente nos dan idea de las características de estas mujeres, las cuales buscan obtener ingresos para subsistir (ella y su familia) dentro de estos espacios del trabajo informal, con una remuneración inestable, largas jornadas de trabajo doméstico y extradoméstico, distribución inequitativa de las tarea domésticas entre varones y mujeres baja escolaridad y ausencia completa de seguridad social y en las que se visualiza la desigualdad de género.

A pesar de esto la mujer visualiza beneficios ya que ve fortalecida su condición financiera personal y familiar.

Sin embargo estas cifras no reflejan la totalidad de la realidad de lo que ocurre con las mujeres, este ha sido un acercamiento al problema y se requiere realizar trabajos desde el paradigma cualitativo ya que hay una serie de datos que se vuelven “invisibles” ante la estadística.

***PERCEPCIÓN DE BENEFICIOS PARA LA FAMILIA QUE TIENEN
LAS MUJERES POR TRABAJAR EN LA ECONOMÍA INFORMAL
TIANGUIS DE GUADALAJARA 2003***

CUADRO N0. 1

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SUBSISTIR	129	45.6%
MAYOR INGRESOS (VESTIDO, GASTOS)	47	16.9%
ESTUDIOS HIJOS	22	7.9%
CUIDADO DE LOS HIJOS	6	2.1%
UNIÓN FAMILIAR	13	4.6%
NINGUNA	65	22.9%
TOTAL	282	100%

DISTRIBUCION DEL GASTO EN LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN EN LA ECONOMIA INFORMAL
TIANGUIS DE GUADALAJARA 2003
CUADRO N0.2

PRINCIPAL APORTADOR	PARA QUE SE APORTA					
	ALIMENTOS %	VESTIDO %	RECREACION %	COLEGIATURA %	PAGO DE SERVICIOS %	RENTA %
ENTREVISTADA	27.7	35.9	37.8	37.9	25.4	30.1
SU PAREJA	16.5	15.1	16.3	17.9	16.8	15.8
EN PAREJA	5.8	3.2	3.0	2.0	5.4	5.4
HIJOS (AS)	17.3	16.5	16.3	15.9	17.6	19.3
TODOS LOS MIEMBROS	9.9	11.9	7.0	8.0	6.2	8.4
OTRO FAMILIAR	9.4	9.0	19.3	10.4	10.8	10.4
OTRO NO FAMILIAR	7.9	6.5	7.7	8.0	7.5	6.6

ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS MUJERES QUE TRABAJAN EN LA ECONOMÍA INFORMAL TIANGUIS DE GUADALAJARA 2003

CUADRO N0. 3

PRINCIPAL RESPONSABLE	ACTIVIDAD					
	PREPARACIÓN ALIMENTOS %	ASEO DE CASA %	ASEO DE ROPA %	CUIDADO DE HIJOS %	COMPRA DE VÍVERES %	MANTENIMIENTO DE LA VIVIENDA %
ENTREVISTADA	39.5	64.3	67.2	62.6	54.7	46.3
SU PAREJA	60.1	0	0	1.2	4.0	10.7
EN PAREJA		5.4	4.0	6.9	11.7	13.3
HIJOS (AS)		7.2	4.4	6.5	5.8	7.8
ENTREVISTADA MÁS OTROS MIEMBROS	.4	5.5	8.8	4.5	5.9	10.0
OTRO FAMILIAR		16.2	14.2	17.1	17.2	10.0
EMPLEADA		1.1	1.5	1.2	.7	

MOTIVO DE INICIO DE TRABAJO EN LOS TIANGUIS DE GUADALAJARA TRABAJO EN EL COMERCIO INFORMAL TIANGUIS DE GUADALAJARA 2004

CUADRO N0. 4		
MOTIVO	No.	PORCENTAJE
DESPIDO DEL CÓNYUGE	13	5.0%
NECESIDAD ECONÓMICA	227	80.4%
GUSTO	8	2.7%
GANA MAS QUE OTRO EMPLEO	2	0.7%
TIEMPO	9	3.1%
INDEPENDENCIA	10	3.5%
PROBLEMAS DE SALUD	2	0.7%
S.D.	11	3.9%
TOTAL	282	100%

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, D. “Género y políticas laborales en un contexto de flexibilidad del trabajo, reestructuración productiva y precarización del trabajo”. *Salud de los trabajadores*, 2002, 10: (1) 93–102

Aguilar, E. *El Sindicato Nos Tiene Con Vida Aquí: Urban Informal Labor, Occupational Organization, and Political behavior in Costa Rica*. Unpublished Ph.D. dissertation, University of North Carolina-Chapel Hill; 1995.

Seligson, A. “Las mujeres en el sector informal, costarricense: causas del éxito”. *Anuario de estudios centroamericanos*. Universidad de Costa Rica, 1998, 24: (1-2) 21–46.

Baum, A.; Grunberg, N. “Gender, stress and health”. *Health Psychol*, 1991, 10: 80–85.

Bifani, P. *Género y medio ambiente*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara; 2003. 78 págs.

Blanco, G.; Feldman, L. “Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora”. *Salud Public Mex*, 2000, 42: (3) 217–225.

Brachet Márquez, V. Trabajo materno y salud infantil: hacia una guía teórica para las políticas sociales. En: Claudio Stern, coordinador. *El papel del trabajo materno en la salud infantil*. México DF, The population Council/El Colegio de México; 1996. 59–85.

Campero–Cuenca, L. “Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género”. *Salud Pública Mex*, 1996, 38: 217–222.

Ceron, P.; Sánchez, C.; Harlow, S.; Núñez, U. “Condiciones de trabajo materno y bajo peso al nacer en la ciudad de México”. *Salud Pública de Méx*, 1997, 39: (1) 2–10

Cerruti, S. “Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. En: Género mujer y salud en las Américas”. En: Organización Panamericana de la Salud, editora. *Publicación Científica No. 541*. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud; 1993. 124–129.

CONAPO. *Situación de la mujer Desafíos para el año 2000, IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*. México, CONAPO; 1995. 14–15

Cruz A. Noriega M, Garduño M. Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. *Cad. Saude Pública Jul/ago 2003 Vol. 19 No. : 1129-1138*.

Chaney, E.; A new field for research and action. En: M García–Castro, editor. *Muchacha no more, household workers in Latin America and the Caribbean*. Filadelfia, Temple University Press; 1989.

De Lauretis, T. “Eccentric subjects: Feminist theory and historical consciousness”. *Fem Stud*, 1990, 16: (1) 115–150.

De Oliveira. Empleo femenino en México en tiempos de recesión económica: tendencias recientes. En: Cooper et al, coordinadores. *Fuerza de trabajo femenina en México*, México DF, UNAM/Porrúa; 1989. 29–66.

Acevedo, D. “Género y políticas laborales en un contexto de flexibilidad del trabajo, reestructuración productiva y precarización del trabajo”. *Salud de los trabajadores*, 2002, 10: (1) 93–102.

Doyal, L. "Hazards and home". *Women's Studies Int Forum*, 1990, 3: (5) 501–517.
INEGI. "Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva, México, 2002". *Salud Pública de México*, 2004, 46: (1), 75–88

Eibenschutz, C.; Cardaci, D.; González de León, D. Reflexiones sobre mujer y salud, mujeres y medicina. México DF, UAM–Xochimilco, s/f; 33–44.

FAO. Plan de acción para la mujer en el desarrollo, 1996-2001, Género, la clave para el desarrollo sostenible y la seguridad alimentaria. Roma, FAO; 1997.

Fauné, A. Centroamérica: mujeres y familias rurales en: mujeres relaciones de género en la agricultura. Santiago de Chile, Centro de estudio para el Desarrollo de la mujer; 1995.

Fernández Rodríguez A., Hernández Ramírez R. Género y equidad. A propósito de la integración educativa *Educación Mex.* Dic. 1998, No. 7: 43-50

Figueroa Perea Guillermo, Características de la inserción laboral de mujeres con hijos en edad preescolar en: Stern C, El papel del trabajo materno en la salud infantil, The population Council, El Colegio de México 1996; 139-174.

Garduño M. Marquez M. La salud laboral femenina . Apuntes para su investigación en: Laurell Asa C. Para la investigación sobre la salud de los trabajadores, OPS,OMS, Washington D.C. 1993.235-264.

Garduño, M.; Márquez, M. "El estrés en el perfil de desgaste de las trabajadoras". *Cad Saude Pública*, 1995, 11: (1) 65–71.

Gómez Gómez, E. Género mujer y salud en las Américas. Publicación Científica No. 541. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; 1993.

Gómez Gómez, E. “Equidad, género y salud: retos para la acción”. Rev Panam Salud Publica, 2002 11: (5) 454–461.

Gómez Gómez, E. “Género equidad y acceso a los servicios de salud: Una aproximación empírica”. Rev Panam Salud Pública, 2002, 11: (5) 327–334.

Gómez Gomez E. Publicación Científica No. 541. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud; 1993.

INEGI (Instituto Nacional de Geografía e Informática) Censo de población y vivienda 1995.

INEGI (Instituto Nacional de Geografía e Informática) Censo de población y vivienda 2000.

INEGI Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva, México 2002, Salud Púb de Méx, 2004, 46: (1) 75

INEGI (Instituto Nacional de Geografía e Informática). Mujeres y Hombres en México. México, D.F., Editorial INEGI; 2001.

Jasis, M.; Guendelman, S. “Border women and maquiladoras: Benefit or detriment to workers' health?” Salud Pública Méx, 1993, 35: 620–629.

Loveering, A.; Sierra, G. “El curriculum oculto de género”. Educar, 1998, 7: 8–18.
Luevanoas, C. “La identidad de género de padres y docentes”. Educar, 1998, 7: 28–35.

Machado, M. E. La mujer y el mercado de trabajo en el sector de la salud en las Américas ¿Hegemonía femenina? Género, mujer y salud, publicación científica No. 541, Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud; 1993. 227

Michel, A. Down with stereotypes! París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 1986. 28.

Montero, C. Studies on woman in three Public Health Journals: A bibliographical review. *Cad Saude Publ*, Río de Janeiro, 11 (2): 305-313.

Mora, G. Mortalidad materna: una tragedia ignorada. En: Género mujer y salud en las Américas. En: Organización Panamericana de la Salud, editora. Publicación Científica No. 541. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud; 1993. 68-86.

Muñoz, R. El empleo femenino y el rol del Estado. En: R Muñoz, coordinador. Los Retos de la Crisis, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco; 1990. 56-69

OIT. La protección de la maternidad en el trabajo. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo/Alfaomega; 2000. 5

OIT. La OIT advierte sobre la brecha de equidad entre hombres y mujeres que trabajan en América Latina. Comunicado de prensa Marzo 2003, Oficina Internacional del Trabajo. Pérez, A. C. "Mujer derechos humanos y salud". *Rev Esp Salud Pública*, 1998. 72: (2)

Piroska, Ö. Desigualdades por razón de género en la salud ocupacional , Publicación Ocasional No. 9. Washington, Organización Panamericana de la Salud/Harvard Center for Population and Development Studies; 2001.

Presser, H. "Shift work among american women and child care". *Journal of Marriage and the Family*, 1986, 48: 551–556.

Rakowski, C. A. *The informal sector an empowerment in Latin America*. Unpublished 1994.

Rosenfield, S. "The cost of sharing: Wives' employment and husbands' mental health". *J Health Soc Behav*, 1992, 33: 214–225.

Sierra, O.; Madariaga Orozco, C.; Abello, R. "Relación entre la pertenencia a redes sociales y la dinámica familia de mujeres en condiciones de pobreza". *Revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 1998, 1:

Spindola, T.; Santos, R. "Mujer y Trabajo: la historia de vida de madres trabajadoras en enfermería". *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2003, 11: 593–600.

Szasz, I. La pobreza estudiada desde la perspectiva de género: estado de conocimiento. En: Alatorre J. Cariaga G., Jusidman C., Salles V., Talamantes C., Townsend J., coordinadores. *Las mujeres en la pobreza*. México DF, El Colegio de México; 1994. 17

Welti, C.; Rodríguez, B. La investigación en México sobre la participación de la mujer en la actividad económica en áreas urbanas y los efectos en su condición social. En: Alatorre J. Cariaga G., Jusidman C., Salles V., Talamantes C., Townsend J., coordinadores. *Las mujeres en la pobreza*. México DF, El Colegio de México; 1994. 121

EL ABORDAJE DE LOS MÉTODOS CUALITATIVOS

Teresa M. Torres López y Carolina Reynaldo

Introducción

En los procesos de investigación y generación de solución a los diversos problemas de salud que se presentan en el ámbito laboral, se ha destacado en los últimos años la importancia de considerar la perspectiva metodológica cualitativa. Ello porque los estudios que se realizan con el modelo positivista no permiten acceder a aspectos de tipo cultural (Nieto, 1994), como los valores y los significados que los trabajadores asignan a eventos como son los riesgos y enfermedades del trabajo. El enfoque holístico en el análisis e intervención de los problemas laborales ha sido también destacado en áreas tan específicas como lo es la prevención de la violencia y el acoso en el trabajo (Di Martino, 2003). Además, el uso de técnicas de obtención de información calificadas como cualitativas es común en el campo de la ergonomía⁵⁶.

A pesar de ello, existen pocos estudios empíricos reportados en la literatura de salud ocupacional con este enfoque. Este capítulo no pretende hacer una revisión exhaustiva de ellos, sino que su objetivo es el de proponer la perspectiva metodológica cualitativa, como una forma más para comprender a mayor profundidad los problemas de la salud ocupacional.

Los temas a tratar son las bases de la investigación cualitativa, las estrategias metodológicas y las técnicas de obtención de información mas empleadas, propuestas de análisis de datos cualitativos y por último, algunas consideraciones sobre las posibilidades de aplicación en el área ocupacional.

Bases de la investigación cualitativa

⁵⁶ Un ejemplo de ello se puede encontrar en la página web : "Notre Revue de presse" Le principe des focus groups (23 décembre 2002).
http://www.abc-netmarketing.com/article.php3?id_article=115 Ultimo acceso 25/08/03.

Existe una serie de enfoques teóricos que han dado sustento a los estudios de perspectiva metodológica cualitativa, entre ellas se encuentran la Fenomenología, el Interaccionismo Simbólico, la Etnometodología, la Teoría Fundamentada, la Teoría Crítica, el Feminismo y el Construccinismo Social. Cada una de ellas define claramente sus componentes ontológicos, epistemológicos y metodológicos, sin embargo podemos encontrar como común denominador el que resaltan la importancia del sujeto vs. el objeto, donde la subjetividad de los primeros constituye el principal objeto de estudio; y en la parte metodológica, el discurso y las prácticas como la materia prima para el proceso de análisis cualitativo.

En los diversos manuales sobre la metodología cualitativa no se observa un acuerdo sobre cómo clasificar las posibilidades de abordaje. Lo que es común en ellos es la idea de que con la etiqueta de investigación cualitativa se conjunta a diversas formas de estudio que antes no eran conocidas con ese nombre, las cuales se han realizado desde diferentes campos disciplinares, como lo es desde la antropología (Holzberg, 1981). Por otra parte, en la ejecución de la misma es frecuente encontrarse con la idea de que la aplicación de técnicas de tipo cualitativo (por ejemplo los grupos focales) ya le confiere al estudio el título de cualitativo. Por ello, conviene destacar de entrada algunos de los criterios que permiten calificar a un proceso de investigación cualitativo como tal.

Las principales características de la investigación cualitativa son: destaca el punto de vista de los directamente implicados en el problema de estudio; implica una postura política comprometida; establece formas de obtención de la información de la forma más natural posible; considera la totalidad de elementos que intervienen en el proceso u objeto de estudio; y como consecuencia de lo anterior, destaca la importancia del contexto histórico social en la comprensión del problema a estudiar.

Perspectiva del investigador *etic* versus *emic*:

La diferenciación de éstos conceptos hace referencia al punto de vista del investigador, en la visión *emic* o visión desde dentro permite acceder a información

que se encuentra más allá de las apariencias que presentan las pautas de interacción, las costumbres y las creencias, lo cual lleva a entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. En contraste, el término *etic* designa la visión desde fuera o punto de vista de los expertos (Rossi y O'Higgins, 1981). En el campo laboral se destacaría conocer el punto de vista de los trabajadores como visión *emic*; pero si el problema de estudio lo requiere, se resaltaría la perspectiva de supervisores o empleados de niveles medios e incluso de las autoridades, como parte de esta visión. Lo que importa es la participación de los sujetos directamente implicados en el problema de estudio.

Relacionado con lo anterior, el punto de vista del actor como postura política, parte de la idea que la visión desde dentro presentará formas de realidades que implican diferentes puntos de vista verdaderos para quienes los viven o interpretan. Esta aproximación pretende por un lado, dar la palabra a los sujetos sociales, y por el otro, supone que dar esa voz no implica sólo escucharlos, sino asumir que es correcta y verdadera (Menéndez, 1987). Es decir, se trata de conocer la visión de los otros (de la alteridad), y no juzgar los hechos desde nuestro particular punto de vista o marco de valores, ya que éstos no suelen ser los mismos para todos. Así, la empatía se presenta como una condición indispensable para comprender a los demás.

La naturalidad en la búsqueda de la información implica el uso de técnicas lo más cercano posible a las formas en que las personas se expresan en su cotidianeidad, como son las conversaciones o pláticas entre dos o más personas, la observación directa y otras formas de participación activa. Se ha observado que el uso de formularios o cuestionarios estructurados con opciones múltiples lleva a respuestas forzadas, al tratar de ajustar el punto de vista de cada persona a dichas opciones, ya que en la mayoría de los casos fueron establecidas a partir de la visión *etic*. Acá, se parte de la idea de que la obtención de información a través de medios cotidianos permitirá acceder a datos con mayor veracidad y de manera más profunda.

La perspectiva holística de la realidad considera la integridad del objeto de estudio, como una globalidad a ser explicada y entendida, desde todas sus esferas: social, económica, política, cultural, etc. Por lo cual, los significados que la gente le da a su discurso y a sus prácticas, tienen que ser ubicados en el contexto de los valores de su cultura; y de ahí la importancia de considerar el contexto histórico social (Mella, 1999).

Estrategias metodológicas

Aunque es muy común que haya confusión entre métodos y técnicas se puede decir que existen diferentes tipos de estrategias metodológicas dentro de esta perspectiva. Los que ahora se exponen son las más utilizadas:

1. Estudios de caso

Descripción intensiva, holística y un análisis de una entidad singular, un fenómeno o una unidad social. Es decir, es un examen de un fenómeno específico, como lo es un programa, un evento, una persona, un proceso, una institución o un grupo social. Los estudios de caso son particularistas, descriptivos y heurísticos, se basan en el razonamiento inductivo al manejar múltiples fuentes de datos.

Las principales etapas para realizar un estudio de caso son: a) Etapa inicial: familiarizarse con la naturaleza y el ámbito del objeto de estudio, a fin de lograr un conocimiento básico del fenómeno y sus problemas implicados; b) Segunda etapa: obtención continua de datos a través de diferentes medios; c) Tercera etapa: análisis de los datos y comprobación de las inferencias producidas por los procesos individuales, grupales y sociales implicados. Requiere de una continua interacción entre la conceptualización y la observación de los datos en todas las etapas (Pérez, 1998).

Un estudio sobre las trabajadoras mexicanas realizado por Solís de Alba y Martínez (1990) utilizó esta estrategia como parte de su metodología. Las autoras se enfocaron a analizar la condición sociopsicológica de las obreras en la industria de la transformación en la ciudad de México, para ello confrontaron historias de

vida particulares (desde el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo) de 37 mujeres de edades y situaciones personales diferentes. Con las entrevistas se buscó obtener información sobre la situación del mercado laboral, la condición particular de cada trabajadora, y por último, la que ellas consideraban que era la situación del resto de las mujeres que laboraban en el mismo sector. El análisis de la información se enfocó hacia dos realidades en el proceso laboral: una de tipo objetivo, referida a las condiciones económicas, políticas y sociales de los ámbitos público y privado de las entrevistadas en relación con su situación laboral; y otra de tipo subjetivo, orientada hacia los sentimientos, actitudes, opiniones, fantasías y expectativas que acompañaban a las situaciones de la realidad objetiva descrita (Solís de Alba y Martínez, 1990).

Otra investigación que empleó la estrategia de Estudio de caso es el realizado por Acosta (1998) sobre las repercusiones psicosociales que el desempleo produce en las personas y su efecto en su vida cotidiana. El autor partió desde una perspectiva teórica fenomenológica, realizando entrevistas a profundidad a dos personas: un joven soltero de 21 años con un periodo de siete meses de desempleo y a un hombre casado de 55 años con nueve meses de desempleo. La guía de entrevista se enfocó hacia la obtención de datos de tipo demográfico y antecedentes laborales, la descripción de experiencias y comportamientos de los sujetos, sus opiniones, valores, sentimientos, conocimientos y sensaciones en torno a su situación de desempleo (Acosta, 1998).

El estudio de Iglesias (1985) sobre mujeres trabajadoras de la industria maquiladora en la frontera norte de México, también utilizó la estrategia de metodológica de estudio de caso.

2. Etnografía

Es un proceso que genera comprensión de un grupo humano. La idea central de su método es participar en la vida cotidiana de las personas durante un tiempo relativamente extenso, trabajando con diferentes fuentes de información que permiten clarificar el tema de estudio (Hammersley y Atkinson, 1994).

Las fases del método etnográfico son: a) El recorrido del campo a estudiar, es un proceso inductivo que implica la identificación del espacio, habitantes, actividades cotidianas, costumbres, etc.; b) El trabajo de gabinete inicial: construcción del problema como objeto de estudio, obtención de información documental sobre el tema de investigación y del contexto; c) El trabajo de campo: obtención de la información en forma directa en el escenario seleccionado, se utilizan técnicas etnográficas como la observación participante, entrevistas a informantes clave, etc. En esta fase es de gran utilidad el uso de diversos registros como la libreta y el diario de campo, las fichas temáticas, las guías temáticas de observación y de entrevistas. Otros tipos de apoyos pueden ser las fotos, grabaciones de audio y video, dibujos, mapas, croquis, etc.; d) Trabajo de gabinete: ordenamiento, análisis e interpretación de la información y, e) Retorno al campo en caso de requerirse corroborar, corregir u obtener mayor información directa (Taylor y Bogdam, 1996).

La aplicación de la etnografía en las organizaciones propuesta por Schwartzman (1993) plantea detalladamente los procesos metodológicos para el trabajo de campo enfocado a estudiar la cultura organizacional. Una aplicación empírica se encuentra en un estudio que exploró la movilidad entre los sectores formal e informal en el mercado de trabajo urbano de la ciudad de Guadalajara, México (Escobar, 1986), el cual incluyó el uso de técnicas etnográficas. La metodología en general combinó las aproximaciones cuantitativas y cualitativas. La primera de ellas implicó una encuesta a una muestra de las empresas del sector secundario registradas oficialmente, de la cual se eligieron cinco empresas de diferentes ramas industriales. La aproximación cualitativa incluyó la realización de trabajo de campo en dichas empresas, con entrevistas a gerentes y obreros formales, además de entrevistas a una muestra control de obreros del sector informal (por lo general de talleres clandestinos). En este proceso se exploró la movilidad intersectorial y la orientación de la carrera de las trayectorias laborales individuales.

3. Método biográfico

Es un relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas, en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona, en la que se recojan tanto los acontecimientos, como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia. Es además, el reflejo de una época, de unas normas sociales y de unos valores esencialmente compartidos con la comunidad de la que el sujeto forma parte (Pujadas, 1992). Las fases de este método son:

- a) Etapa inicial: implica el planteamiento teórico, hipótesis de trabajo iniciales, justificar metodológicamente la elección del método, delimitar el universo de análisis y los criterios de selección de los informantes a biografiar.
- b) Fase de entrevista: Obtención de los relatos biográficos, pueden ser a través de documentos personales, entrevistas biográficas, relatos focalizados o entrevistas a profundidad.
- c) Registro, transcripción y elaboración de los relatos de vida: implica la grabación, el proceso de transcripción y su revisión; la elaboración de diferentes tipos de registros de la información obtenida: original (transcripción literal de todas las entrevistas), cronológico (ordenación de la información de acuerdo con las etapas sucesivas de la vida del individuo), de personas (relación de personas citadas en las entrevistas) y temático (agrupación de la información por grandes capítulos, cronológicamente discontinuos).
- d) Análisis e interpretación: implica tres tipos de exploración analítica:
 - d.1) Elaboración de la historia de vida: justificación del “caso único” en términos de su mayor o menor representatividad o de su valor testimonial, de la validez del estudio en relación a los objetivos teóricos o temáticos, y de la descripción de procedimientos utilizados en términos de fiabilidad del documento que se presenta.
 - d.2) Análisis cualitativo: análisis de contenido que consiste en una descripción objetiva, sistemática, y eventualmente, cuantitativa de la información obtenida (en el siguiente apartado de este capítulo se amplía más este tipo de análisis).

d.3) Análisis cuantitativo: para este tipo de análisis se necesita contar con suficiente número de casos para que la información sea susceptible de análisis estadístico.

Presentación y publicación de relatos biográficos (Pujadas, 1992).

El uso de esta estrategia en el ámbito laboral no ha sido muy frecuente, Pujadas reporta en su revisión de literatura dos estudios clásicos. Uno de ellos es sobre los Hobos, es decir, personas que a largo de diferentes momentos históricos de los Estados Unidos eran movilizadas para la construcción del ferrocarril, para trabajos de explotaciones mineras, para las ocupaciones agrícolas de temporadas o para el cuidado del ganado (Anderson, 1923 en Pujadas, 1992). Otro se ubica en el periodo de la depresión económica de los Estados Unidos, enfocado estudiar la modificación de la autoridad y del prestigio del padre de familia cuando a causa de la situación económica, éste deja de cumplir su rol de proveedor familiar (Komarowsky, 1949 en Pujadas, 1992).

4. Método histórico

Es el estudio de la representación que se hace de la sociedad moderna de y en diferentes momentos de la temporalidad.

Se parte del análisis de documentos, se lleva a cabo destacando tres planos de sentido que van del texto a su contexto, entendido éste último como aquello que le da sentido a la fuente. Las fases de éste método son: a) identificación de las reglas formales que estructuran el documento: efectos de realidad o verosimilitud, referencialidad, formas de argumentación, etc.; b) el lugar social desde dónde se produce el documento (análisis socio institucional del documento) y, por último c) Es el estudio de las prácticas culturales de cada época, las formas de recepción o apropiación de la información en su contexto (Mendiola y Zermeño, en Galindo, 1998).

Un ejemplo sobre la aplicación de esta estrategia es que se podría aplicar a los primeros textos que se enfocaron al estudio de la salud de los trabajadores como es el caso de Ramazzini que estudió las enfermedades de los artesanos en el

siglo XVII en Italia; por esa misma época el de Tissot sobre los padecimientos que los escritores (literatos) tenían por llevar una vida sedentaria; y el de Villermé, que en 1840 expone la situación del estado físico y moral de los obreros empleados en la manufacturas de algodón, lana y seda. En éste último caso, sus textos al denunciar el trabajo infantil en Francia condujeron a su prohibición (Riera, 1985).

5. Investigación – Acción

Es una actividad desarrollada por grupos o comunidades con el fin de cambiar sus circunstancias, de acuerdo con una idea compartida por los miembros del grupo. Es una práctica social reflexiva en la que no cabe ninguna distinción entre la práctica que se investiga y el proceso de investigación de esta práctica, exige la integración de la acción, el entrenamiento y la investigación.

Sus fases son: a) Diagnosticar y descubrir un preocupación temática problema; b) Construir un plan para resolver el problema donde se establecen las acciones, las responsabilidades de los implicados; se delimitan los tiempos y espacios con que se trabajará; y se definan las aplicaciones, controles, registros, etc. necesarios para la implementación de la intervención; c) Puesta en práctica del plan y observación de su funcionamiento; d) Fase de reflexión, interpretación e integración de resultados, incluye la evaluación final, y en el caso de ser necesario replanificación de la intervención (Pérez, 1998).

En el ámbito laboral el modelo teórico que considera este tipo de estrategia es el llamado modelo obrero italiano (Laurell, y Noriega,1989). Un estudio que lleva a la práctica la metodología que plantea esta perspectiva fue desarrollado con los trabajadores de Sociedad Cooperativa Pascual (industria del refresco) de la ciudad de México por estudiantes de la de la Maestría en Medicina Social (Colectivo de autores, 1986). Su objetivo fue el de profundizar en el conocimiento de la relación entre la salud y el trabajo desde una perspectiva médico social. El estudio se realizó en tres fases: en la primera se caracterizó la situación económica y política nacional de la industria refresquera en México; la segunda, en establecer la relación de la situación laboral y los procesos de enfermedad y muerte de los trabajadores; y la tercera, fue el diseño de un sistema de vigilancia epidemiológico

autogestivo laboral que involucró la participación de los trabajadores de la cooperativa.

6. Investigación documental

Si bien es utilizada tanto en la perspectiva cuantitativa como cualitativa, constituye un apoyo para cualquiera de los diseños ya enlistados.

Los procedimientos básicos son: a) El diseño de la investigación, planteamiento de las preguntas guía y el diseño de registros de la información; b) Identificación de documentos: por clase y tipo (si es textual, cartográfico, audio, video, impreso o soporte informático) y por sus caracteres internos (autoría, origen, función, público al que va dirigido, etc.); c) Selección de los documentos: identificación del universo, determinación de criterios de selección de la muestra, de las unidades de registro y de análisis; d) Análisis de la información: cuantitativo (determinación de frecuencias) y/o cualitativo (análisis de contenido); e) Reporte de resultados: descripción general, por temas o tópicos relevantes, conclusiones y sugerencias (Ruiz et al., 2001).

Algunas de las aplicaciones que puede tener esta estrategia serían los de analizar diferentes tipos de registros que ya existen en las empresas, específicamente en las respuestas a las preguntas abiertas de diversos formularios, que se emplean cotidianamente. Por ejemplo en la notificación de riesgos y accidentes de trabajo, en la parte en donde se hace la descripción anecdótica sobre como ocurrió el evento; o en la consideraciones que el trabajador manifiesta sobre las posibles mejoras a su puesto de trabajo obtenidas en los estudios ergonómicos. Ambas situaciones permiten considerar el punto de vista emic, tanto en el análisis de la situación como en la implementación de posibles soluciones a los problemas planteados.

Técnicas para la recolección de la información

Existe una gran cantidad de técnicas utilizadas para la obtención de la información. La Organización Mundial de la Salud (Hudelson, 1994) ha realizado un inventario de las mismas, entre las que destaca:

1. Entrevistas

Las entrevistas son encuentros cara a cara, entre el entrevistado y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como lo expresan en sus propias palabras (Taylor y Bogdam, 1996). Las hay de diferentes tipos:

a) No estructuradas: Se caracterizan por llevar un control mínimo por parte del entrevistador, lo cual permite la expresión libre del entrevistado. Es usual el uso de algunas preguntas evocadores (preguntas abiertas) a fin de estimular al informante para producir información sin que tengan que intervenir palabras, ideas o conceptos del investigador, en forma frecuente en la conversación.

b) Semi estructuradas: Existe un control parcial por parte del entrevistador al utilizar una guía de preguntas o de tópicos a cubrir durante la entrevista. La atención del entrevistador debe estar centrada en que todos los temas se toquen, sin necesidad de guiar dicho proceso, ya que las respuestas de los entrevistados pueden llegar a incluir uno o más de los temas incluidos en la guía. Hay varias aplicaciones de las entrevistas semi estructuradas:

A profundidad: forma intensiva de entrevistas para investigar un tema en particular, el propósito es centrarse en forma completa y detallada en la mayor comprensión posible de un tema. Por lo general, se parte de guías de entrevista especialmente diseñadas para focalizar el tema o temas de estudio.

Otras ya mencionadas con anterioridad son las entrevistas para estudios de caso y de historias de vida.

La técnica de entrevista fue reportada en sus diferentes modalidades en algunos de los estudio ya mencionados (Iglesias,1985; Escobar, 1986; Solís de Alba y Martínez, 1990; Ravelo, 1992; y Acosta, 1998).

Entrevistas estructuradas: Implican la exposición del mismo estímulo (una frase o palabra evocadora) a una muestra de informantes, a fin de provocar la asociación de ideas. Aún cuando este tipo de técnicas producen información cuantificable, se consideran cualitativas ya que permiten describir y analizar en la cultura y la conducta de los informantes desde su punto de vista. En particular llevan a definir

los dominios culturales de la personas, los cuales son categorías que tienen un significado particular para dichos grupos; por ejemplo tipos de enfermedades, tipos de accidentes, etc.

Algunos tipos son:

Listado libre: Su objetivo es identificar y definir dominios relevantes, para lo cual se les solicita a los entrevistados hacer una lista de palabras o frases que ellos consideran que pertenecen a un dominio en particular. Por ejemplo se les pide que enlisten las palabras que asocien al término acoso en el trabajo. Ello permite conocer la definición y terminología relacionada con nuevos dominios o conceptos desde una perspectiva emic.

Ordenamiento por montones: Se enfoca a la estudiar las relaciones entre los items de un dominio (palabras previamente identificadas en la aplicación del listado libre). Permite descubrir las percepciones de los informantes sobre las diferencias y similitudes entre las palabras, así como observar las variaciones intraculturales sobre como los informantes definen los dominios. Por ejemplo, se seleccionan de 10 a 15 palabras de mayor frecuencia enlistadas en el listado libre y se les pide a los informantes que las agrupen de acuerdo a su criterio y mencionen qué es lo que tienen en común cada montón de palabras.

c) **Entrevistas grupales:** Se utilizan para hacer inferencias sobre grupos de informantes, así la unidad de análisis es el grupo, no el individuo. Hay varios tipos de entrevistas grupales:

- **Grupos focales:** Es una técnica cuyo propósito es propiciar la interacción de un grupo de personas mediante la conversación acerca de un tema u objeto de investigación, en un tiempo determinado. El interés principal es captar la forma de pensar, de sentir, y vivir de los individuos que conforman el grupo (Alvarez-Gayou, 2003). Esta técnica es utilizada para la realización de estudios en el área de ergonomía; una modalidad interesante es la que propone para realizar foros de discusión de tipo chat.

- **No focales:** Grupos de discusión en forma de asamblea, donde se analizan diversos temas de interés para el grupo.

Encuestas colectivas: Discusiones colectivas con grupos de trabajadores que se desarrolla a través de preguntas o temas de discusión, en las que los trabajadores participan activamente en la validación de los resultados (con su opinión, con la observación de las áreas de trabajo o con la discusión con otros trabajadores). Las experiencias que han partido de la aplicación del modelo obrero italiano utilizan las encuestas colectivas (Laurell y Noriega, 1989; Colectivo de autores, 1989; Ravelo, 1992).

d) Observación: La observación común y generalizada puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación social y en técnica científica de obtención de información. Se efectúa orientando y enfocando la observación a un objetivo concreto de investigación formulado de antemano, debe ser planificada sistemáticamente en: fases, aspectos, lugares y personas (Ruiz Olabuénaga & Ispizua, 1989). Algunas formas de realizar la observación es:

- Participante: La observación participante es una estrategia que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes, en el ambiente de éstos últimos. La idea central es recolectar datos (cualitativos o cuantitativos) de modo sistemático y no intrusivo (Taylor y Bogdam, 1996). Involucra, además, el establecimiento del rapport con la comunidad. Lo que tiende a reducir el problema de que la gente reaccione frente al investigador, ya que no cambian tanto su conducta cuando conocen a éste. La observación participante ayuda a formular cuestionamientos en el lenguaje de los participantes y apoya el acercamiento al contexto cultural para captar los significados de los datos (Bernard, 1988). Es una técnica reportada en trabajos que incluyen la aplicación de técnicas etnográficas (Escobar, 1986; Laurell y Noriega, 1989 y Colectivo de autores, 1989).

- No estructurada: Observación directa de hechos, procesos o eventos, sin el establecimiento de hipótesis previas.

Estructurada: Parte de definir claramente lo que será observado apoyándose con el uso de diferentes tipos de registros, como son los anecdóticos, de frecuencia u ocurrencia del fenómeno, o por periodos de tiempo previamente establecidos (por ejemplo cada 10 o 20 minutos).

Análisis de los datos

Para la realización del análisis de los datos existen dos materias primas: el lenguaje y las prácticas, al ser elementos representativos de dos planos de experiencia social, que se encuentran en constante comunicación. La práctica perteneciente al nivel de lo ecológico, morfológico y concreto; y el lenguaje, ubicado en el mundo de los símbolos, los significados, la subjetividad y la intencionalidad. Así el análisis y confrontación del lenguaje y la práctica constituyen tareas concomitantes y complementarias de la investigación cualitativa (Minayo, 1993). El discurso es el lenguaje en interacción, o sea, es el efecto de superficie de relaciones establecidas y del contexto del lenguaje. El texto es el discurso acabado para fines de análisis, puede existir en forma escrita o haber sido registrado en audio para ser transcrito, y con ello, contar con un texto susceptible de ser analizado (Minayo, 1995). El inicio del análisis se puede realizar antes del comienzo del trabajo de campo (con el análisis de información de tipo documental) y/o paralelo al diseño, es decir, conforme se va recabando la información. Implica con un proceso de focalización progresiva sobre los datos, así el problema de investigación se desarrolla o se transforma, para irse delimitando y clarificando conforme avanza el estudio. De esta forma el análisis se enriquece y se orienta en conjunto con la recolección de la información.

Es conveniente establecer un sistema de organización de la información a fin de hacerla accesible. Esto incluye la clasificación de documentos, grabaciones, notas de los diarios de campo, transcripciones de entrevistas etc. Algunas estrategias para un adecuado manejo de la información son las que propone Bernard (1998).

Para el análisis de entrevistas se hace necesaria su transcripción, ésta es una actividad que consume mucho tiempo (aprox. 10 horas por cada hora de grabación); por lo cual se debe establecer desde un inicio las reglas para uniformizar la transcripción y delimitar la fidelidad entre el texto y la grabación. Conviene hacer varias revisiones de la transcripción para establecer los criterios de calidad a fin de imprimir el texto de la entrevista. Con ello se procede a hacer

lecturas repetidas de los textos de las entrevistas de principio a fin (lectura longitudinal), con la finalidad de identificar temas recurrentes para proponer etiquetas para la codificación de los segmentos. Los segmentos, son partes más pequeñas del texto que pueden ser comprendidos por sí mismo y que contienen una idea, episodio o pedazo de información, y que por lo tanto retienen su significado o sentido citado (Breilh,1994). Una vez codificadas las entrevistas se realiza la separación de los diferentes segmentos (su conjunto conforma el corpus de análisis), así la información queda clasificada por temas (con ello se construyen las categorías de análisis).

El proceso general consideran tres etapas básicas:

- a) Descubrimiento en progreso: Implica leer repetidamente los datos a fin de buscar los temas emergentes (lectura longitudinal), lo que permitirá identificar posibles etiquetas para la posterior codificación.
- b) Codificación de los datos y refinamiento de la comprensión del tema de estudio: Implica el desarrollar categorías de codificación (por ejemplo, causas del accidente, condiciones ambientales, etc.), con los cuales se codificarán todos los datos. Una vez realizada la codificación se separan los datos pertenecientes a los diversos segmentos de codificación, lo cual permitirá analizar la información por temas (lectura transversal).
- c) Relativización de los descubrimientos: problematizar la información obtenida, contrastar con los conceptos teóricos de soporte, y por último interpretar los resultados obtenidos (Taylor y Bogdam, 1987).

Tipos de análisis de datos cualitativos

Existen diversas formas de realizar el análisis de datos de tipos cualitativo, éstas dependerán:

Del objetivo del estudio

Del marco teórico en el que se haya basado.

Dos tipos de análisis muy utilizados son el análisis de contenido y el análisis del discurso. El primero de ellos, es una técnica no intrusiva, que acepta material no

estructurado y es capaz de procesar formas simbólicas y puede abordar un gran volumen de información.

Existen diferentes tipos de técnicas de análisis de contenido:

Análisis de expresión,

Análisis de las relaciones

Análisis de evaluación o representación

Análisis de enunciación

Análisis temático

En particular el análisis de contenido temático consiste en descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya presencia o frecuencia signifique alguna cosa para el objetivo analítico trazado. Cualitativamente la presencia de determinados temas denota valores de referencia y los modelos de comportamiento presentes en el discurso (Minayo, 1995).

El procedimiento del análisis de contenido es: formulación de los datos, reducción de los datos, inferencia y análisis. En éste último se realizan los procesos de identificación y representación de las pautas más notables, estadísticamente significativas o que por algún otro motivo dan cuenta de los resultados del análisis de contenido o los describe (Krippendorf, 1990).

El análisis del discurso es el estudio de las estructuras y las propiedades formales del lenguaje partiendo de: las interacciones organizadas estructuralmente. Las contribuciones de los participantes en esta interacción, están orientadas contextualmente, ningún detalle puede ser desechado, la conversación es organizada por las partes que conversan, la ordenación y organización de la conversación se puede presentar en los datos originales, la conversación se organiza en forma secuencial y el hablante modifica las repeticiones y ocurrencias. La conversación representa un sistema de turno de palabra, las descripciones deben ser específicas, los datos deben recogerse con fidelidad y la unidad de análisis es la palabra. Para una descripción más específica de este tipo de análisis se recomienda revisar a Haidar (en Galindo, 1998).

El análisis de los datos es uno de los apartados menos explícitos en los estudios reportados en la literatura sobre problemas de salud con enfoque cualitativo (Mercado y Torres, 2000). Es por ello que las experiencias que se acumulen en el campo de la salud laboral deberán ser muy detalladas al respecto, a fin de que los procedimientos del proceso de investigación puedan ser replicados en diferentes tipos de población trabajadora o de problemas ocupacionales, y con ello lograr enriquecer el campo de estudio.

VI. Consideraciones finales

La investigación cualitativa constituye una perspectiva no sólo deseable sino que indispensable en la investigación en salud laboral ya que recoge aspectos que revelan la intimidad de las personas en su relación con el trabajo, con sus condiciones de desempeño, con su grado de satisfacción y con el valor que percibe de su rol en la organización.

Aspectos cuantitativos son frecuentemente monitoreados por sistemas de control internos y externos, no obstante –si bien éstos controles evitan en general que se llegue a extremos de alto riesgo – queda sin explorar la visión subjetiva de cada trabajador frente a esa determinada circunstancia en un momento de su vida laboral.

Muchas veces la visión y el bienestar o malestar subjetivo de un trabajador en un puesto de trabajo le puede llevar a permanecer en una empresa o bien emigrar a otra que le ofrezca más garantías en el respeto a su dignidad personal, en cuanto al reconocimiento al valor de su aporte a la organización y en cuanto a un trato humanizado por parte de pares y superiores.

Desde hace tiempo se ha estudiado el valor del bienestar en un puesto de trabajo y el positivo efecto de éste sobre la satisfacción en la vida de las personas. Al mismo tiempo, ambientes de trabajo sanitariamente impecables pueden estar teñidos de tal frialdad o abuso en el trato que resta aliciente a quienes permanecen en éste, sentimiento que difícilmente puede ser recogido por medio de mediciones únicamente cuantitativas. Si bien un cuestionario colectivo de lápiz y papel puede

contribuir a orientar la búsqueda de insatisfacciones en el ámbito laboral, traducida por ejemplo en ausentismo o alta rotación de personal, sólo por medio de metodologías cualitativas se puede llegar al corazón del déficit existente y que puede ser incluso de mucha más fácil resolución de lo que aparenta desde fuera.

Las técnicas cualitativas pueden develar si la insatisfacción o bienestar sentido se relaciona con características individuales de los trabajadores (rasgos de personalidad, experiencias de vida, etc) o más bien con políticas de la empresa que es preciso mejorar para revertir un clima laboral adverso y nocivo, no sólo por sus trabajadores sino también para los intereses de la propia organización, esto es: mantener o mejorar su productividad y cultivar una adecuada y competitiva imagen corporativa.

BIBLIOGRAFIA

1. Acosta, Martín. Repercusiones psicosociales del desempleo. Un estudio fenomenológico. Tesis para obtener el grado de Maestro en Psicología del Trabajo. Universidad Autónoma de Querétaro. Santiago de Querétaro, 1998.
2. Alvarez Gayou, Juan Luis. Cómo hacer investigación cualitativa. México: Paidós, 2003
- Bernard, HR. Research Methods in cultural Anthropology. Newbury Park: Sage Publications, 1988
3. Breilh, Jaime. Las técnicas intensivas (cualitativas) en la investigación en salud: debates sobre sus usos y distorsiones. En Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Quito: Centro de estudios y asesoría en salud, 1994.
4. Colectivo de autores. La relación Salud Trabajo. El caso de los trabajadores de la Sociedad Cooperativa Pascual. México: UAM-Xochimilco, 1986
5. Di Martino, et al., Preventing violence and harassment in the workplace. Dublin: European Foundation for the improvement of living and working conditions, 2003
6. Escobar, Agustín. Con el sudor de tu frente. Mercado de trabajo y clase obrera en Guadalajara. Guadalajara: El Colegio de Jalisco, 1986
7. Haidar, Julieta. Análisis del discurso. En Galindo, Jesús. Técnicas de Investigación Social. México: Pearson, 1998
8. Hamersley M y Atkinson P. Etnografía. Métodos de investigación. Paidós: Barcelona, 1994.

Holzberg, Carol. Anthropology and Industry: reappraisal and new directions. Ann Rev. Anthropol. 1981, 10:317-60

9. Hudelson, Patricia. Qualitative research for health programmes. Geneva, World Health Organization, 1994

10. Iglesias, Norma. La flor más bella de la maquiladora. México: SEP Cultura, 1985.

11. Krippendorff, K. Metodología de análisis de contenido. Barcelona: Paidós. 1990.

12. Laurell, Cristina y Noriega, Mariano. La salud en la fábrica. Estudios sobre la industria siderúrgica en México. México: Era, 1989.

13. Mella, Orlando. Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la Investigación Cualitativa. Umbral 200. Revista Científica cuatrimestral. No. 1, mayo 1999.

14. Mendiola, Alfonso y Zermeño, Guillermo. Hacia una metodología del discurso histórico. En Galindo, Jesús. Técnicas de Investigación Social. México: Pearson, 1998

15. Menéndez Eduardo. El punto de vista del actor. Relaciones. Colegio de Michoacán, 1997, 69: 237-270.

16. Mercado, Francisco y Torres, Teresa. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México: Universidad de Guadalajara- Plaza y Valdés, 2002.

17. Minayo, Cecilia. EL desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar,1995.
18. Minayo, Cecilia. Quantitativo-Qualitativo: Oposiçao ou complementaridade. Cadernos de Saúde Pública, 1993; 9:239-145.
19. Nieto, Raúl. Antropología del trabajo industria. Sociología del Trabajo, Nueva Época, No 22, Otoño 1994:29-45.
20. Pérez, Graciela. Investigación cualitativa: problemas y posibilidades. Investigación Cualitativa I. Madrid: la Muralla, 1998.
21. Pujadas, Juan José. El método biográfico: el uso de las historias de vida en Ciencias Sociales. Madrid: Centro de Investigación Sociológica,1992.
22. Ravelo, Patricia. El cuerpo que se pierde en la costura. Trabajo y enfermedad en obreras de la ciudad de México. En Menéndez, Eduardo y García de Alba, Javier. Prácticas populares, ideología y participación social. Aportes sobre antropología médica en México. México: Universidad de Guadalajara- CIESAS, 1992
23. Riera, J. Historia, Medicina y Sociedad. Madrid: Pirámide, 1985.
Rossi, Ino y O'Higgins, Edward. Teorías de la cultura y métodos antropológicos. Barcelona: Anagrama,1981.
24. Ruiz Olabuenaga, J. e Ispizua, M. La descodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto, 1989
Ruiz, José et al. Avances en medición y evaluación en Psicología y Educación. Bogotá: Universidad El Bosque, 2001

25. Schwartzam, Helen. *Ethnography in organizations*. Newbury Park: SAGE, 1993.
26. Solis de Alba, Ana y Martínez, Alba. *Trabajadoras mexicanas*. México: UAM-Iztapalapa, 1990
27. Taylor, SJ y Bogdam R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1996.

Factores Psicosociales y Salud Mental en el Trabajo

Universidad de Guadalajara

Se terminó de imprimir en Febrero del 2006

En Digital Art, María Teresa Caloca Galvan

Nicolas Romero No. 870 Mezquitán Country

Guadalajara, Jalisco.

Responsable Mtro. Fernando González Sandoval.

Edición y Diseño: Digital Art

TIRAJE: 2 000 EJEMPLARES