

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.

PSICOLOGIA



ELEMENTOS PARA UNA ALTERNATIVA PSICOLOGICA A LA SALUD LABORAL

001
31921
[4
1986-1

**REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
MARIA DE LOS ANGELES CAMPOS HUICHAN
ANGEL ARVIZU MUÑOZ**

LOS REYES IZTACALA, MEXICO

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la memoria de los pilares de mi existir

**Mis abuelos: Altita y Antonio
 Clarita y Meliton**

Mi padre: Andrés

A mi madre: Amalia

mis hermanas: Ma. de la Luz, Remedios y Marcela

**mis hermanos: Ismaél, Mario, Benjamin, Gregorio
 Víctor, Héctor y Alejandro**

mis amigas-hermanas: Lulú, Caro y Paty

**Todas ellas personas insustituibles cuyas enseñanz
zas, cariño y apoyo incondicional han sido deter-
minantes en mi vida.**

A mi compañero Alberto por su apoyo, ternura, paciencia y amor. Y con el deseo de que continuemos construyendo nuestra alternativa de relación hombre-mujer.

A mi hija Nayeli quien con su presencia me ha dado la-
fortaleza para salir de mi abatimiento y seguir luchan
do a pesar de todos los pesares.

A Lety por su capacidad de amar, racionalidad, asertividad
y alegría de vivir.

A todos aquellos que fueron mis alumnos y que a pesar del
tiempo transcurrido aún me recuerdan.

Con respeto y cariño

A mi abuelita : Timo
A mis padres : Guadalupe y Tomás
A mis hermanos : José, Rodolfo, Yolanda,
 Guadalupe, Bertha, Tomás,
 Francisco y Fernando.

Todos ellos artifices de un logro compartido.

"Hay hombres que luchan un día
y son buenos,
hay otros que luchan un año
y son mejores,
hay quienes luchan muchos años
y son muy buenos,
pero hay los que luchan toda la vida:
esos son los imprescindibles"

B.B.

A Maricela,

A Mariángel,

A Lev Pável,

A Michelle Gibrán:

A quienes también les pertenece el presente trabajo.

Con todo el amor del universo

A la Señora Amalia,

Alejandro y

Héctor

por su solidaridad

e imprescindible ayuda.

Deseo expresar mi gratitud y reconocimiento a aquellas personas que de una u otra forma colaboraron para que prosiguiera mis estudios. Recuerdo a Miguel Guerrero, Edgar Alcántara, Jorge Lomeli, Guadalupe Hurtado, María de la Paz, Leandro, Hugo Aguilar, Isabel, Javier -- Gaytan, los compañeros del Almacén General y muchos más que escapan a mi memoria.

Angel Arvizu Muñoz.

Con respeto y admiración:

A Alejandro,

Fausto,

Héctor e

Issac.

Por su valiosa asesoría y orientación.

Indice

IZT.

1001111

	Introducción.....	1
I	La salud.....	3 ✓
	a) Hegemonía médica.....	3
	b) Una alternativa: proceso salud-enfermedad.....	9 ✓
	c) La salud laboral.....	16 ✓
II	Aproximaciones de la Psicología a la salud laboral..	24 ✓
	a) La Psicología Industrial.....	24 ✓
	b) La Medicina Conductual.....	29 ✓
III	Proyecto educación para la salud.....	36 ✓
	a) Ubicación del estudio: Elementos para una alternativa psicológica a la salud laboral.....	39
	b) Objetivos.....	42
	c) Método.....	42
	d) Resultados.....	44
	e) Análisis.....	52
	f) Discusión.....	57
	g) Conclusión.....	65
	Apéndice.....	68
	Referencias.....	83

El proceso salud-enfermedad tiene una magnitud social que rebasa las aplicaciones de la técnica profesional médica por lo que su atención debe incorporar la cooperación de aquellas disciplinas que se inspiren en la construcción de una sociedad más humana, más sana para todos. [El derecho a la salud debe dejar de ser un simple postulado para convertirse en una conquista social efectiva debida a la participación organizada de las instituciones, de los diversos profesionales y de los individuos que constituyen una sociedad.]

→ Considerado el proceso salud-enfermedad en esta magnitud es viable incorporar al psicólogo en la búsqueda de una alternativa teórico-práctica que de como resultado una atención integral (bio-psico-social) a la salud de la población.

De esta forma, el presente trabajo incide en el campo de la salud, específicamente en lo que se refiere al área de la salud laboral.

El primer capítulo se refiere a la práctica profesional médica que ha sido considerada como la que tiene la preparación necesaria y suficiente para ocuparse de los problemas de salud dejando de lado la aportación que profesionales no-médicos pueden proporcionar en la solución de dichos problemas. Asimismo, se propone una alternativa que trasciende aquella atención biologicista a la salud. Dicha alternativa implica la contribución de diversos profesionales en la solución de los problemas de salud-enfermedad de la población. Con este enfoque se aborda la problemática de salud laboral.

En el segundo capítulo se revisan dos aproximaciones psicológicas a la salud laboral, a saber, la Psicología Industrial y la Medicina Conductual, explicitando sus acciones en el área laboral y como consideran la salud-enfermedad de los trabajadores con sus respectivas soluciones posibles.

El tercer capítulo se dedica exclusivamente al denominado "Proyecto Educación para la Salud" que se lleva a ca

bo en la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación de la E.N.E.P. Iztacala (U.N. A.M.). Se trata de un programa preventivo de acciones educativas dirigido a formar en los individuos inmersos en la familia, la escuela y la comunidad, un repertorio conductual - que les permita aspirar a un estado óptimo de salud. Es en este contexto de donde se deriva el presente estudio perteneciendo a la investigación Salud y Trabajo la cual procede - del subproyecto dirigido a la comunidad.

Dados los elementos vertidos en tales capítulos, se desprende el presente estudio el cual incide en aquellas consideraciones que sustentan que los problemas de salud-enfermedad son producto por un lado, de una "propensión" del trabajador a aquellos y, por otro lado, de los "estilos de vida", es decir, de sus patrones conductuales cotidianos.

En base a los resultados se discuten las posiciones de la Psicología Industrial, la Medicina Conductual y la que se deriva del propio proyecto,

I.- LA SALUD

a) Hegemonía médica.

Si hiciéramos una revisión general del desarrollo científico nos daríamos cuenta de que las diversas disciplinas que lo implican tienen un auge y/o retroceso dependiendo de las condiciones históricas concretas en las que se encuentran. Por lo tanto, a cualquiera de las disciplinas científicas, incluyendo a la Psicología, se le tiene que analizar -- desde sus relaciones que como disciplina particular tiene con la formación económico-social y cómo ésta influye en aquella. Así, vemos con claridad cómo algunos puntos de vista dentro de cada una de dichas disciplinas pretendidamente científicos, se ven favorecidos por toda la estructura económico-social que permite su preponderancia sobre otros puntos de vista alternativos y/o complementarios existentes en ese momento. En México, actualmente, tal es el caso de la atención a la problemática de salud-enfermedad de la población que ha sido acaparada por la práctica médica siendo que disciplinas tales como la Psicología reclaman un derecho de participación más amplio en la salud-enfermedad de los individuos, ya que la Medicina sólo es una parte del conjunto de disciplinas que pueden y deben cooperar en tal empresa.

Esta hegemonía médica en el área de la salud se fue forjando histórica y conjuntamente con el desarrollo de las formaciones económico-sociales capitalistas correspondientes a los países más desarrollados (Ortiz, 1985). En estos países y gracias a cierta organización de la estructura económico

-social, a los avances propios de la tecnología médica, a los logros en farmacología y a su relativa eficacia, entre otros aspectos, tal práctica médica fue adquiriendo mayor prestigio influyendo en su adopción por otros países menos desarrollados, como es el caso de México, con todas sus implicaciones(Ortiz,op.cit.;Campos y Campos,1985). De tal forma que la hegemonía médica que se deriva de áquel proceso histórico hace recaer en el exclusivo "Rol del médico" la responsabilidad del cuidado de la salud y el combate contra la enfermedad en cada individuo. Este rol es doblemente exclusivo: a) la sociedad en general considera que el médico es el profesional encargado de atender los problemas de salud y, b) su dedicación al estudio de su especialidad: la patología. Esta situación trae como consecuencia que el médico se quede sin oportunidad de ver más allá de la cama de su enfermo(Torres,1981). *J. Se.*

Este dominio médico en el área de la salud es, por lo tanto, resultado de un proceso social e ideológico el cual lleva consigo una conceptualización de la salud-enfermedad que le corresponde, es decir, le es congruente. A este respecto Eibenschutz dice: "...la atención a la salud, en sus diferentes manifestaciones, se ha ido desarrollando de tal manera que ha contribuido a la construcción de la hegemonía de la clase o fracción de clase dominante en las diferentes coyunturas históricas de México".

"En México la práctica médica tanto en su aspecto de Salud Pública como en el de atención médica, tiene

características que la diferencian de otros países latinoamericanos, como Brasil y Chile, y que permiten plantear la hipótesis de que no se trata de una mayor intervención del Estado en la práctica médica, sino que ésta es generada por el Estado y no 'intervenida' por él, de acuerdo a las necesidades económicas, políticas e ideológicas y al desarrollo de las fuerzas productivas que derivan del desarrollo económico y la lucha de clases en el país. Mientras que en países como Chile y Brasil la práctica médica-religiosa y privada ha sido intervenida algunas veces, y favorecida otras, por el Estado; en el caso mexicano, a partir de las Leyes de Reforma, el Estado se hace cargo de la atención médica y de allí en adelante controla y desarrolla las instituciones y la práctica en función de la construcción de su hegemonía; y en este caso se manifiesta claramente que algunas reivindicaciones de salud de las clases dominadas, son tomadas por las clases dominantes y resueltas por ellas, cuando no entran en contradicción con sus intereses. Este hecho se transforma en un instrumento de hegemonía, y amplía la capacidad de la clase dominante para ejercer su dominación sin necesidad de coerción" (Eibenschutz, 1981:40).

Cabe aclarar en este momento que no pretendemos realizar un análisis del Estado mexicano ya que si bien es cierto que la administración del mismo influye en gran medida en la política de salud, nos detenemos precisamente hasta ahí, porque su estudio serio rebasa los lími-

tes del presente trabajo. No obstante, elementos como los mencionados líneas arriba aparecen como necesarios para comprender la práctica profesional de la Psicología en la sociedad mexicana.

Ahora bien, ¿Cuáles son las características fundamentales de la práctica médica que han sido favorecidas para mantener tal correspondencia entre ella y el Estado? Conociendo tales características podremos entender mejor el significado de la conceptualización de la salud-enfermedad y su papel en nuestra sociedad.

Iniciaremos mencionando que existe una atención exagerada de la enfermedad que parece ser más importante que la salud. En este sentido el Estado mexicano y su política de salud se han inclinado más por atender la enfermedad que por enfrentar aspectos que eleven el nivel de salud de la población en general, como sería por ejemplo, el mejorar las condiciones materiales de existencia: vivienda, medio ambiente, drenaje, comunicaciones, educación, etc., de tal forma que podemos considerar a la política de salud como parte de "una ideología que sostiene la sociedad de consumo y no por simple error o ignorancia sino por obedecer a intereses cuyo origen y proyecciones es necesario desentrañar" (Calvimontes y Torres, 1981:9).

Esta sobreatención a la enfermedad surge de un enfoque exclusivamente biologicista el cual, como otra característica, ve las causas de la enfermedad "como efecto de la acción de microorganismos o agentes físicos y/o químicos que son los que provocan la alteración de la normalidad-

de las funciones... Esta conceptualización,... al sobrevalorar la importancia de los factores etiológicos y su aparente probada patogenicidad, conduce a una exagerada concepción bipolar de sano y enfermo, considerando la salud y la enfermedad como estados definidos, antagónicos y recíprocamente excluyentes... considerando una inapelable relación lineal de causa y efecto, relación que es independiente de la historia y de la sociedad"(Torres,op.cit.:32-33).

Este biologicismo conduce necesariamente a la ahistoricidad y al enfoque individualista(Menéndez,1984). Es decir, por un lado, la concepción predominante de la Medicina también se caracteriza por una visión bastante reducida de la salud-enfermedad considerando sólo elementos bio-físico-químicos ignorando los histórico-sociales lo cual no le permite una práctica más eficaz; por lo que, como consecuencia, dicha concepción sólo considera la evolución de la naturaleza biológica de la enfermedad. Por otro lado, la orientación individualista de esta concepción tiene un profundo contenido ideológico ya que conduce a los individuos a una visión reducida de la problemática, minimizando una posible vinculación con los problemas de salud-enfermedad de los otros miembros de la sociedad. De esta forma, López Acuña manifiesta: "La práctica médica y sanitaria, así como el saber y los enfoques de interpretación dominantes, ponderan excesivamente la dimensión individual de la salud y la enfermedad; esto hace que se oculte o menosprecie la existencia de un proceso colectivo cuya expresión en daños a la salud reprodu

ce tanto las condiciones sociales existentes como el tipo de relación que los miembros de una sociedad establecen con la naturaleza"(López Acuña,1984:18).

También los servicios de salud son presa de las necesidades de mercado de poderosas industrias en expansión, tales como la químico-farmacéutica, la de equipomédico, la de construcción,etc.

Dadas tales características de la atención a la salud-enfermedad(biologicista,individualista,ahistórica,asocial y mercantilista), nos percatamos de que el análisis de los servicios de salud resulta un instrumento -- útil para identificar y caracterizar la orientación de las políticas económicas y sociales emprendidas por el Estado-mexicano ante las necesidades de las mayorías.

Ante esta panorámica de la atención a la salud-enfermedad, como psicólogos ¿Qué esperamos encontrar en México en cuanto a nuestro campo profesional y aplicado? Sólo basta dar un vistazo y encontraremos un campo práctico reducido, dado entre otros factores, por aquella hegemonía médica que sustenta una atención parcial de la salud-enfermedad de la población. Una muestra de ello es la conformación de la estructura hospitalaria institucional la cual contempla grandes construcciones y departamentos en la atención biológica de los individuos "olvidándose" de aspectos o esferas que complementan al individuo como lo son los psicosociales.

b) Una alternativa: Proceso salud-enfermedad.

Justicia

Como psicólogos debemos optar por una alternativa que considere la atención psicológica a la población en su magnitud requerida; trabajar conjuntamente con otras disciplinas y contribuir en lo que a ella respecta, a la atención de la salud integral de los individuos.

En este sentido y si bien es cierto que hay una preponderancia biomédica en el campo de la salud, esto no significa una apropiación absoluta, total de la salud-enfermedad (Menéndez, op.cit.), tan es así que, aunque subordinadas, han mantenido cierta práctica las disciplinas que comparten la atención a la salud (como la misma Psicología, Psiquiatría, etc.); y por otro lado, desde principios del siglo XX han existido puntos de vista alternativos en la propia Medicina como son, por ejemplo, la corriente que buscaba la relación entre la salud y lo social en el aparato psíquico; otra corriente es la sociomédica que se centraba en la relación de la salud de los individuos y su contexto social (Ortiz, op.cit.).

Es precisamente en la corriente sociomédica donde en los últimos años se ha venido desarrollando una conceptualización de la salud-enfermedad de la población que presenta consideraciones que posibilitan una participación psicológica más amplia.

Dicha conceptualización de la salud enfermedad propone una integración entre las ciencias naturales y sociales que permite concebir a la salud-enfermedad como un

proceso histórico-social, que se manifiesta en sociedades y clases concretas de acuerdo con sus condiciones materiales de vida; considerando al hombre como un ser dinámico bio-psico-social.

Desde este punto de vista se considera que - el proceso salud-enfermedad es un continuo que se manifiesta simultáneamente como la unidad de dos contrarios en tanto que "la salud y la enfermedad no son estados definidos, diferentes y aislados el uno del otro, sino integrantes de un mismo proceso en continua interacción dialéctica...en tal sentido no se puede concebir un estado de absoluta -- salud o de absoluta enfermedad,... este proceso que se manifiesta en cada persona humana como un hecho individual, es parte de una realidad social... de este modo el proceso salud-enfermedad, que caracteriza a la vida humana está también ligado a la historia y cambia junto a ella. Los procesos económico-sociales, los cuales están en constante transformación, influyen y son influidos por el proceso salud-enfermedad del hombre"(Torres, op.cit.:34).

"Este proceso salud-enfermedad concibe dos-determinantes históricos fundamentales: El dominio que el - hombre haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establecen entre los hombres en la - sociedad. Ambos determinantes explican las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales las que, a su vez, son el factor fundamental de la incidencia de las - enfermedades y la muerte"(Necesidades Esenciales en México,

Vol.4,Salud;1983:19).

Este enfoque de la salud-enfermedad ha recibido apoyo empírico en tanto se han reportado investigaciones que demuestran que los niveles de salud-enfermedad son producto de las mencionadas condiciones histórico-sociales concretas. Por ejemplo, McKeown y Lowe reportan un estudio realizado en Inglaterra en el cual demuestran que las tasas de mortalidad por algunas enfermedades infecciosas (tuberculosis, cólera, tifo, tifoidea, escarlatina, entre otras) tuvieron un decremento significativo antes de la incorporación de medicamentos específicos e incluso antes de la identificación de los agentes causales de éstas enfermedades. Esto les permitió afirmar que el decremento de la mortalidad era atribuible casi totalmente al mejoramiento del nivel de vida, circunscribiendo las conquistas propiamente biomédicas a un nivel menor. Estos mismos autores han encontrado resultados similares en otros países como Suecia, Francia, Hungría e Irlanda (McKeown y Lowe, 1981).

Aquí en México, los estudios realizados por Kumate (1977) y Kumate y colaboradores (1977) también han señalado que la disminución de la mortalidad por tuberculosis, tosferina y difteria, entre otras enfermedades infecciosas, se inició mucho antes de aplicarse las medidas sanitarias reconocidas como eficaces, incluyendo las campañas masivas de vacunación.

Otros estudios llevados a cabo en otros países sobre la relación entre vivienda y salud, muestran que hay una incidencia más elevada de morbilidad y mortalidad

(sobre todo infantil) entre los habitantes de viviendas inadecuadas. La tasa de mortalidad infantil y la específica de enfermedades infecciosas, es de dos a tres veces mayor en los niños que habitan en hogares hacinados e insalubres que en el resto de la población infantil (Klevens, 1966; Kourany y Vázquez, 1969).

En Estados Unidos, concretamente en la ciudad de Búfalo, se estratificó a la población de acuerdo a sus ingresos y esto se relacionó con la contaminación del aire y los niveles de mortalidad, encontrándose que la población de ingresos bajos tenía su lugar de residencia en lugares de mayor contaminación y presentaba altas tasas de mortalidad (Winkelstein y French, 1972).

Por otro lado, debemos enfatizar que el reconocimiento de la distribución diferencial de los daños a la salud entre las clases sociales en una misma sociedad es factor importante para comprender cómo el proceso salud-enfermedad adquiere carácter histórico-social (Laurell, 1982a). Como ejemplos tenemos que Antonovsky y Bernstein revisando diversos estudios sobre mortalidad infantil llevados a cabo en ciudades europeas y norteamericanas, concluyen que existe una relación directa y consistente entre la clase social inferior y niveles elevados de mortalidad infantil: por cada 100 niños que mueren en la clase superior, en la inferior mueren en la etapa neonatal hasta 211, según el estudio, y en la posnatal 855. La razón de mortalidad infantil entre las clases sociales superior e inferior en la población norteamericana es de 100 : 178. En algunos componentes de la-

mortalidad infantil se eleva hasta 350 (Antonovsky y Bernstein, 1977).

Estos resultados muestran que los progresos en el acceso a la atención médica y en los niveles de vida no han beneficiado a toda la población, ni han eliminado o disminuído las diferencias en el riesgo de morir según las diferentes clases sociales; al contrario, estas diferencias crecen en la medida en que las condiciones materiales de existencia vigentes prevalezcan a lo largo de toda la vida de los individuos. Estas conclusiones válidas para las poblaciones de los países desarrollados donde se realizaron tales estudios, tienen sin duda mayor peso para la población de los países subdesarrollados donde las diferencias entre las clases son más profundas. A este respecto, el Conacyt (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) en 1976 señaló: "El nivel de ingresos insuficientes--y su correlato: la desnutrición--, la falta de agua potable y de instalaciones higiénicas, el fecalismo y la marginalidad cultural son las causas reales más importantes de morbilidad y mortalidad en México" (Conacyt, 1976:64).

En otro estudio se mostró que "los niveles de mortalidad son diferentes también entre el medio urbano y el rural. Behm y Rossero (1977) estudiaron la mortalidad de la población ecuatoriana en los dos primeros años de vida y la relacionaron con el grado de urbanización. Concluyeron que el riesgo de muerte para la población rural de esas edades es 48% mayor que el de la población urbana

respectiva; la mortalidad en las grandes ciudades es inferior a la de las áreas marginadas urbanas, y la población rural dispersa tiene un riesgo 13% mayor que el de la rural agrupada"(Necesidades Esenciales en México,op.cit.).

Otro factor que revela el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad es aquel que se manifiesta cuando hay diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como resultado de las transformaciones de la sociedad(Laurell,op.cit.) Por ejemplo, " los perfiles patológicos de México en 1940 y en 1970 son diferentes. En 1940 enfermedades tales como la neumonía y las gastroenteritis y colitis(tifoidea,paludismo,etc.) tenían una incidencia muy alta, mientras que las enfermedades del corazón,los tumores malignos, la diabetes,etc., tenían una incidencia comparativamente baja. Para 1970, aquellas enfermedades habían disminuido notablemente y éstas últimas habían aumentado marcadamente"(Laurell,op.cit. tomado de Campos y Campos,op.cit.:9).Por otro lado, Kumate dice: "Con la llegada de los españoles en 1521, además de las enfermedades propias de la población nativa, se agregan algunas nuevas como el sarampión, la viruela y el tifo, así como algunas otras del tipo de las exantemáticas. Se cuenta con el registro histórico de que, inmediatamente después de la llegada de la expedición de Pánfilo de Narváez, ocurre un brote epidémico de viruela, responsable de una elevada mortalidad... durante la Colonia se suceden, en letanía interminable, las reseñas de epidemias de una u otra índole, que

asolaron en forma ininterrumpida a la población de Nueva España (Kumate, 1982:43).

Finalmente otro indicador relevante: " Los perfiles patológicos diferentes que se observan en las sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social... en un mismo momento histórico" (Laurell, op.cit.:11). Por ejemplo, "Los perfiles patológicos de México y Cuba, países similares en cuanto a desarrollo económico pero diferentes en lo referente a las relaciones sociales de producción, son heterogéneos ya que en México el perfil patológico está dominado por las enfermedades infecto-contagiosas en tanto que en Cuba el perfil patológico está dominado por las enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos" (Laurell, op.cit., tomado de Campos y Campos, op.cit.:9-10).

Con estas evidencias podemos percatarnos de la necesidad de replantear los esquemas vigentes de atención a la salud-enfermedad de la población, en donde la alternativa que se deriva de la aproximación del proceso salud-enfermedad con un enfoque bio-psico-social se apunta como una opción viable que permite entender la salud desde una perspectiva social que ha de merecer la atención no sólo de los médicos sino de la gran mayoría de profesionistas que desean contribuir al progreso de la sociedad.

La prevención y la curación de las enfermedades, así como la rehabilitación de los pacientes requieren, indudablemente, de una elevada formación profesional especí

fica; pero cuando nos referimos a la defensa de la salud, significamos un campo más vasto de investigación y de acción que conjuga el saber y el hacer de profesionistas- diversos y de la sociedad en su conjunto. Por otra parte, la Medicina misma, para ser eficaz en el ámbito de su actividad particular, debe rebasar el área de las ciencias biológicas considerando aquellas disciplinas que, como la Psicología, la Sociología, etc., estudian al ser humano integrándose con la ciencia en general.

c) La salud laboral.

Bajo este panorama de la salud-enfermedad en general, como psicólogos nos involucramos en esta área restringiendo nuestro estudio al campo de la salud laboral que implica aquellos problemas de salud-enfermedad del área psicológica del trabajador que se reflejan como producto de la exposición a riesgos capaces de originar enfermedades e incluso la muerte en el trabajo. En otras palabras, la salud laboral es una rama de la Salud Pública que tiene como finalidad promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de aquellos que realizan una ocupación, remunerada o no. La salud laboral también pretende evitar daños a la salud por las condiciones de trabajo; proteger a los trabajadores de los riesgos inherentes a los agentes nocivos; ubicar y mantener a los trabajadores según sus capacidades y aptitudes anatómicas y psicológicas; adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo, y por último, intentar prevenir inco

modidades o molestias al vecindario y a la comunidad, cuando éstas se generen en el sitio de trabajo.

Por las características o propiedades de las materias primas, los productos, los subproductos o desechos del equipo, maquinaria o herramientas; por la forma, método o procedimiento utilizado, por el estado de ánimo o la actitud de la persona que desempeña una ocupación, o por las condiciones imperantes en el sitio donde se labora, los riesgos de accidentes y enfermedades han mutilado, incapacitado o matado a un elevado número de trabajadores.

La higiene, la seguridad, el saneamiento, la Medicina y la Psicología (entre otras) quedan comprendidas en el ámbito de la salud laboral. No obstante, esta área refleja condiciones similares a las que presenta la atención a la salud en general y que brevemente hemos mencionado. Es decir, nos encontramos con una atención a la salud laboral por parte de la Medicina del Trabajo en forma exclusiva, ya que los aspectos de higiene, seguridad, efectos psicológicos del trabajo, etc. no son tratados por los respectivos profesionistas de esas áreas.

A continuación mencionaremos algunos datos que demuestran la relevancia de la incorporación del psicólogo en la salud laboral y que es precisamente esa problemática la que justifica tal contribución de este profesional de la salud.

La importancia del estudio en este campo de la salud queda sin duda cuando llegamos a enterarnos que dentro de los indicadores tradicionales de la salud laboral,

sólo en América Latina y el Caribe, se suscitan diez millones de accidentes de trabajo con más de cincuenta mil casos fatales (Mendes, 1982). También podemos indicar que, debido a accidentes laborales, en el período 1969-1972 Honduras tuvo una tasa de 249 defunciones por 100 000 habitantes, Guatemala 92, Nicaragua 91, Panamá 89, El Salvador 88, Costa Rica 88, Estados Unidos 79, México 76, Cuba 51 (Organización Panamericana de la Salud, 1974).

En México se tienen datos que demuestran claramente la problemática. "En el período de 1970-1976 el mayor porcentaje y la tasa más elevada de morbilidad está en el grupo de 18 a 37 años (edad productiva). Conforme avanza la edad, los factores de riesgo disminuyen notablemente. Además de ser mayores los riesgos laborales mientras más jóvenes es el trabajador, el trabajador manual, industrial y de transportes entrañan los riesgos más altos. Estos grupos aportaron el 83% de la morbilidad laboral tanto en 1970 -- como en 1976. En este último año la tasa de daños laborales de los trabajadores manuales, industriales y del transporte fue casi el doble que la promedio; nueve veces mayor que la de comerciantes y vendedores, y únicamente el 5% de la morbilidad corresponde al grupo de administrativos, profesionales y funcionarios superiores".

"Los daños laborales por tipo de accidente tuvieron notables cambios de 1970 a 1976. Se registra un aumento de número de casos en el rubro de 'golpeados por y contra objetos' que pasa de 41.2% en 1970 a 48.6% en 1976;

los casos de 'caída al mismo o inferior nivel' pasan de 8% en 1970 a 15.9% en 1976 ...según región anatómica se observan aumentos relativos de accidentes en los miembros superiores, - que en 1970 representaban el 3.7% del total y en 1976 el 10.1%. Igual fenómeno acontece en lo que se refiere a los miembros inferiores. Por tipo de lesión, no hay cambios sustantivos en - los años mencionados; los rubros de amputación, fracturas y - cuerpos extraños con 3519, 21996 y 26836 casos respectivamente, revelan los altos riesgos de accidentes severos y duraderos a los que está expuesto el trabajador"(Necesidades Esenciales en México, op. cit.:99).

Cabe enfatizar que en la actualidad a casos - como los citados anteriormente se les da un tratamiento biológico (la llamada Rehabilitación física) más que psico-social lo que propicia una inadecuada rehabilitación integral que posibilite a los individuos después del accidente, una adecuada asimilación de su situación, dejándole graves secuelas en aque---llas esferas.

"Los riesgos laborales han ido constantemente en ascenso desde 1958 hasta 1976 elevándose en 23%. La tasa de accidentes aumentó en 22.8% y la de enfermedades laborales se elevó en 127.8%. El elevado incremento de esta última puede - estar asociado a un importante aumento de las actividades económicas de alto riesgo para la salud. Las incapacidades debidas a riesgos laborales significaron 8.3 millones de días que se dejaron de trabajar en 1976, habiendo pagado el I.M.S.S. - subsidios por 836 millones de pesos, equivalente al 15.3% de las erogaciones totales por prestaciones en dinero".

"La tasa de morbilidad no es tan elevada como la de los accidentes, aunque el deterioro que ocasiona la morbilidad en la salud de los trabajadores es importante, pues produce patologías crónico-degenerativas y origina gran parte de los días no-laborados. Se puede afirmar que el aumento de las enfermedades laborales desde el punto de vista de Salud Pública alcanza niveles epidémicos, ya que en un sólo año -- (1975-1976) la tasa se elevó de .23 a .41 por mil trabajadores, un incremento de 78.3%; mientras que de 1958 a 1975 el aumento fue de 27.8%"(Necesidades Esenciales en México, op.cit. :99-100).

Por otro lado

Y por si fuera poco, en las últimas décadas se han realizado algunos estudios acerca del problema salud-enfermedad desde el punto de vista de la Medicina y/o Sociología los cuales han arrojado como resultados, entre otros datos, evidencias de padecimientos psicológicos producidos por la actividad laboral a los cuales no se les ha dado la debida importancia y, por lo tanto, no se han aclarado sus causas. Por ejemplo, en 1978 se reporta un estudio de las condiciones de salud de los trabajadores electricistas: "En un estudio comparativo entre un grupo de trabajadores expuestos al trabajo con alta tensión y otro de la misma compañía que trabaja sin este riesgo. Se encontró que el riesgo de accidentes es de 17.8% en el grupo expuesto y 2.8% en el grupo control. El resultado más impresionante del estudio, sin embargo, es el que se refiere al stress. Se estableció que los trabajadores que los trabajadores que laboran con cables de alta tensión tienen

presión arterial diastólica y sistólica y aumento en la excreción de catecolaminas. También se comprobó en un examen clínico que el grupo expuesto sufre una prevalencia mucho más alta de todas las enfermedades relacionadas con el stress que la del grupo control: 4 veces hipertensión, 6 veces enfermedad izquémica del corazón, 11 veces úlcera péptica, 4 veces diabetes, 5 veces alteración del sueño, etc... finalmente se comprobó que diez años después de la jubilación seguía vivo el 93.6% del personal no expuesto a la alta tensión y tan sólo el 71.2% de los trabajadores de la electricidad de alta tensión" (Citado en Laurell, 1978:76).

Otro dato importantes es que "...en México - para 1978 el 21.8% de los obreros industrializados laboraron 49 horas o más a la semana, dato que llegaba a cerca del 30% en las industrias extractivas y de construcción. Esta prolongación de la jornada incrementa el desgaste obrero y quita tiempo de reposo con la consecuente fatiga psicológica" (Laurell, 1982b:35).

Uno de los pocos estudios que ha intentado reconstruir la morbilidad obrera es el realizado por Echeverría (1982) en Chile. Encontró un incremento sostenido en el número de consultas por obrero especialmente por causas psicológicas, psicosomáticas, accidentes y enfermedades por esfuerzo y posición.

Podemos decir que los sectores asalariados y sobre todo quienes realizan el trabajo industrial están sumamente expuestos a la patología psíquica y es así debido a que

el trabajo industrial provoca un desgaste orgánico y psíquico en el obrero, difícil de restituir.

"Son los obreros industriales quienes sufren en mayor frecuencia, intensidad o duración los efectos del -- stress ocasionados por las condiciones de trabajo. La psico-- morbilidad causada por el proceso de trabajo industrial pasa por el stress patógeno y la fatiga general, alteraciones psicofisiológicas que reducen la integridad corporal y exponen al organismo a patologías de mayor especificidad, agudeza y duración: diabetes, patologías cardiovasculares, psicosis, neurosis, etc." (Tecla, Hipótesis de enfermedad y clase obrera, inédito).

Cabe hacer notar que existe una problemática adicional. El diagnóstico médico así como el autoreconocimiento por quienes padecen las enfermedades laborales, son muy de deficientes; por lo que las enfermedades ocupacionales presentan problemas de índole diversa tales como su naturaleza insidiosa y su inespecificidad de signos y síntomas, lo que dificulta su reconocimiento; su sobreposición con enfermedades de etiología no-ocupacional, etc. En ésta última área se precisa la investigación por parte de las disciplinas que se ocupan de la salud laboral de los trabajadores para que aclaren el tipo, origen y causas de tales padecimientos.

Por lo antes expuesto, somos partícipes de -- áquel punto de vista que ve a la Psicología como una disciplina que puede cooperar para dar posibles alternativas que minimicen y/o eliminen los accidentes y enfermedades laborales. En

consecuencia haremos una revisión, que no pretende ser exhaustiva, de las alternativas derivadas de la Psicología, es decir, de la Medicina Conductual y la Psicología Industrial, sus proposiciones y su práctica profesional. Además, confrontaremos dichas alternativas con la conceptualización psicológica que se desprende del estudio del proceso salud-enfermedad vislumbrando la posibilidad de buscar un replanteamiento de la Psicología en el ámbito de la salud laboral ya que aquella disciplina, en éste campo, se ha ocupado más de aquellos elementos que tiendan o ayuden a aumentar la producción de mercancías pero ha dejado de lado al trabajador como ser humano, consciente, activo y social.

La Psicología hasta ahora ha sido una espectadora "neutral" sólo en apariencia de la disgregación de la salud de los trabajadores; ha considerado al obrero como un material humano que debe reintegrar para que se inserte de nuevo en el ciclo productivo; no advirtiendo en forma adecuada que ciertas condiciones objetivas de trabajo, aunque endulzadas por las llamadas "relaciones humanas" ya no resultan tolerables para los obreros (Timio, 1980).

II.- APROXIMACIONES DE LA PSICOLOGIA A LA SALUD LABORAL

En el transcurso de su historia la Psicología se ha acercado a la problemática de salud laboral de formas distintas, estando entre ellas, la Psicología Industrial y la Medicina Conductual las cuales abordaremos enseguida.

a) La Psicología Industrial.

Esta rama de la Psicología se inicia con la publicación del libro "Psychology of industrial efficiency" de Hugo Munsterberg en 1913. Los psicólogos dedicados a este campo han definido como objeto de estudio a la conducta humana, mencionando que la gama de conductas humanas estudiadas en la industria es tan amplia como la estudiada por otros psicólogos. Se dice, por ejemplo, que los psicólogos industriales tratan de asegurar que el diseño del equipo tome en cuenta las capacidades especiales o limitaciones de los seres humanos que vayan a operarlo. Por tanto, si un psicólogo industrial se interesa en la ejecución de la tarea laboral, su investigación con frecuencia incluirá el estudio de formas de conducta aparentemente sencillas, tales como las características de la discriminación sensorial y la respuesta motora.

Este profesionista "está muy interesado en crear circunstancias óptimas para la utilización de los recursos humanos en la industria. Está interesado en los problemas enormemente complejos de la productividad humana y de la ejecución del trabajo, del aprendizaje humano, de la motivación humana y de los efectos de diferentes incentivos y

circunstancias ambientales en la utilización de las capacidades humanas, de la seguridad física y de la salud mental, de la interacción entre las necesidades de los empleados respecto al desarrollo completo y actualización de sus personalidades"(Dunnette y Kirchner,1973:19).

De acuerdo con otros autores, "la razón de ser de la Psicología Industrial es la existencia de problemas humanos en las organizaciones, y su objetivo es proporcionar las bases para resolver estos problemas o más realísticamente, para minimizarlos"(McCormick y Tiffin,1975:4; McCormick e Ilgen,1980).

El psicólogo industrial realiza funciones tales como la de llevar a cabo la investigación del personal. Investigación encaminada a recoger, analizar y organizar los datos relativos a los individuos en lo que se refiere al trabajo, que pueden ser utilizados por la gerencia eficazmente al tratar dichos problemas(Tiffin y McCormick,1982). Esta función implica, por ejemplo, la aplicación de pruebas psicológicas, cuestionarios de aptitud,etc.

"Aparte de las actividades investigadoras, la Psicología Industrial desarrolla otras dos funciones fundamentales. Una de ellas es la consulta sobre los problemas del personal. En virtud de su conocimiento de la conducta humana(especialmente en lo que se refiere al trabajo),el psicólogo está en condiciones de prestar asistencia valiosa a la gerencia en materias tales como la enseñanza y preparación de los empleados para determinados trabajos y la adopción de los ^(copio citación x)empleados para determinados trabajos y la adop-

+ El sig. sup. (cita)

ción de un nuevo programa de seguridad" (Tiffin y McCormick, op. cit.:6).

La otra actividad que puede desarrollar el psicólogo industrial es conocida como "función de instalación". Esta consiste en que el psicólogo contribuya a instalar o introducir un nuevo valor en el programa vigente referente al personal, como por ejemplo, los incentivos a un incremento en la producción, la calibración de méritos, etc.

En general, las distintas actividades de la Psicología Industrial se clasifican en tres campos: 1) El primero comprende las actividades de la gerencia respecto al personal como son la selección y colocación del personal, su capacitación, la medida de sus aptitudes, la calidad de sus empleados, la valoración de sus méritos, la seguridad, las comunicaciones y la calibración de su trabajo; 2) el segundo se refiere a lo que se llama Mecánica Humana, en la cual se incluye el diseño del equipo y la preparación del ambiente de trabajo, teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones de las personas. El objeto de esta rama de la Psicología Industrial es el perfeccionamiento y mejora de la eficacia del trabajo y la facilitación del mismo; 3) y finalmente, el que se relaciona con la conducta del consumidor, por ejemplo, la investigación de mercado, publicidad, las ventas y el estudio de las preferencias del consumidor (Tiffin y McCormick, op. cit.).

Respecto al rubro señalado por el psicólogo industrial como "seguridad física y salud mental", los cuales-

son objetos de su atención, observamos cómo conceptualizan los accidentes de trabajo. Se dice que existe una "propensión a los accidentes" que se manifiesta "...cuando un individuo concreto acusa de manera consistente un mayor número de accidentes que el empleado normal" (Tiffin y McCormick, op. cit.:429). De aquí desprenden que hay factores personales y peculiares inherentes al individuo en cuestión que influyen grandemente en sus accidentes. De esa forma considera que existen factores psicológicos relacionados directamente con la propensión a los accidentes siendo, entre otros, una visión inadecuada, la edad de la persona y su tiempo de servicio en la empresa, irresponsabilidad, falta de destreza, factores emocionales como una actitud errónea, impulsividad, nerviosidad o miedo, preocupación, depresión, irritabilidad, pesimismo, etc.

El psicólogo industrial propone una alternativa para la reducción de los accidentes de trabajo: identificar los factores asociados con la propensión a los accidentes tales como la colocación apropiada de los empleados, la capacitación de los empleados inexpertos, la protección personal y la atención inmediata al accidente (Tiffin y McCormick, op. cit.); también se considera la influencia de las condiciones de trabajo en la salud laboral tomando en cuenta circunstancias físicas y temporales en donde los trabajadores ejecutan sus tareas. Dentro de los aspectos temporales están la duración de la jornada de trabajo, los intervalos de descanso durante la jornada, etc.; y dentro de los aspectos físicos se encuentran, entre otros, la iluminación, ruido,

humedad, temperatura, música, y a veces las condiciones tóxicas, etc.

Resumiendo, la Psicología Industrial en su práctica profesional actual se ha caracterizado por su trabajo al servicio de quién lo emplea, restringiéndose a aquellas actividades que favorecen la producción (y por lo tanto a sus dueños) viéndose obligada a no profundizar en las causas genuinas que inciden en la salud de los trabajadores. Como un ejemplo de ello se dice que "...la aplicación de los métodos psicológicos al desarrollo, perfeccionamiento y estandarización de las pruebas del personal constituye una de las más valiosas y sintomáticas contribuciones de la Psicología al beneficio de las empresas" (Tiffin y McCormick, op.cit.:79).

En este sentido Huerta dice que "...casi todos los psicólogos que inician labores de un departamento de Psicología dentro de una empresa cuando mucho estructuran baterías de pruebas para diversos niveles y se olvidan de toda la labor adicional que podrían realizar" (Huerta, 1974: 283).

Además, es de tomar en cuenta la posición que adopta el psicólogo industrial en relación a los accidentes que sufren los trabajadores. Dicha posición se centra en la determinación de los accidentes de trabajo por las características de personalidad de los trabajadores (propensión a los accidentes). En otras palabras, las causas de los accidentes se encuentran en los individuos, minimizando aspectos o factores como las propias condiciones de trabajo o las condiciones materiales de existencia de los trabajadores, etc.

b) La Medicina Conductual.

Tomando como base la breve reseña del origen y desarrollo de la Medicina Conductual elaborada por Campos y Campos (op.cit.), aquí retomamos la definición de dicha disciplina que dice: "la Medicina Conductual es el campo interdisciplinario referido al desarrollo y la integración del conocimiento y las técnicas conductuales y biomédicas relevantes a la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978; Weiss, 1979).

Esta disciplina tiene como objetivos principales el promover la salud y prevenir la enfermedad a través de la responsabilidad individual, el conocimiento y la acción (Popham, 1982). Pretende hacer a la gente responsable de su propia salud (Kenneth, 1982).

La Medicina Conductual considera que puede contribuir a la prevención de la enfermedad y al mantenimiento de la salud de los trabajadores a través de la transformación de los estilos de vida, entendiendo a éstos como factores de riesgo conductuales para enfermedades diversas. Por lo tanto el estilo de vida puede ser entendido como todos aquellos patrones conductuales característicos que realiza una persona durante su vida cotidiana; por ejemplo, el beber --- excesivo de alcohol, hábitos de higiene inadecuados, etc.

Respecto de la salud laboral, así se pronuncia White diciendo que se deben modificar los estilos de ---

vida de modo que disminuyan el número de accidentes y las enfermedades(White,1975). Es decir, se considera que los trabajadores deben aprender a responsabilizarse por su salud y su seguridad. De modo tal que si se modifican sus estilos de vida e identifican y minimizan los factores de riesgo circundantes en el lugar de trabajo se disminuirán tanto los accidentes como las enfermedades.

Es de hacer notar que la Medicina Conductual-encontró en el ambiente laboral una serie de factores que posibilitan una mejor continuidad de la intervención conductual tanto a nivel metodológico como a nivel clínico tales como: - disponibilidad de las personas a las cuales se les aplicarán las técnicas conductuales, estabilidad de la población lo que aumenta la oportunidad para realizar estudios longitudinales-y seguimientos clínicos, un amplio rango de grupos de edad lo cual permite estudios cruzados, riqueza en cuanto a las oportunidades de observación conductual y otras evaluaciones;posi**bi**lidades de generalizaciones más válidas que en el ambiente-clínico, mayor control sobre los estímulos ambientales y las condiciones de reforzamiento. Además, al ser ambiente de trabajo el sitio de intervención y de generalización es más -- fácil aplicar los tratamientos ya que no se pierde tiempo, no hay problemas para transportar al personal y no existen los - inconvenientes de las típicas visitas clínicas que son variables importantes en la predicción conductual.

Asimismo, se pueden utilizar los canales de comunicación ya existentes en las empresas para hacer llegar a los trabajadores información acerca de los programas de in

tervención y/o usar algunos trabajadores como observadores y/o agentes reforzantes. También algunos ambientes laborales cuentan con enfermeras y médicos que pueden servir como agentes en los programas de intervención conductual (Chesney y Feuerstein, 1979).

Tratando de aprovechar la mayoría de aquellos factores, la Medicina Conductual ha llevado a cabo estudios acerca del stress en el trabajo, la conducta de fumar, los aspectos del daño y los asociados con el dolor.

✓ En el estudio realizado por Chadwik, Chesney, Blay, Roseman y Sevelius (1979) en el que intentaron definir las relaciones entre trabajo y condiciones de vida stressantes, características de la personalidad y patrones de conducta, trabajo y ambiente en la casa, variables fisiológicas, riesgo de enfermedad coronaria y status. A 397 trabajadores les tomaron medidas de carácter fisiológico y psicológico y hallaron evidencias de que las características de la persona y el ambiente de trabajo juegan un papel importante en el incremento del riesgo para la salud (Citado por Chesney y Feuerstein, op.cit.).

Por otra parte Caplan, French, Harrison y Pineau (1975) hicieron un estudio con 2010 trabajadores de 23 puestos de trabajo que representaban un amplio rango de trabajo stressante. Usaron un cuestionario del que sacaron datos sobre la personalidad, las necesidades psicológicas y datos fisiológicos como la presión sanguínea, tasa cardíaca, colesterol y ácido úrico. Encontraron que ciertas tensiones-

de trabajo están relacionados con angustia psicológica, insatisfacción en el trabajo, bajo uso de habilidades, trabajo simple y repetitivo, inseguridad en el trabajo, poco apoyo social del supervisor y compañeros de trabajo (Citado por Chesney y Feuerstein, op.cit.).

Hay estudios acerca del manejo del stress con oficinistas en los que se ha demostrado que si se les enseña a relajarse y a controlar los factores de riesgo pueden manejar el stress (Peters, Benson y Porter, 1977, citado por Chesney y Feuerstein, op.cit.).

En otro caso y debido a que el problema del dolor de la parte baja de la espalda origina altos costos a los industriales, se ha realizado investigación dirigida a la identificación de las condiciones en las que ocurre. Por ejemplo, Magura (1970a, 1970b) entrevistó a 5 316 trabajadores (oficinistas, choferes, policías y enfermeras) de las industrias ligera y pesada y halló que 429 tenían dolor de espalda y que el tipo de trabajo juega un papel importante así como el cargar cosas pesadas y encorvarse.

Con respecto a los factores de riesgo en el ambiente de trabajo Silbret, Schneiderman y Braunstein (1981) examinan un grupo de enfermedades cuya incidencia está específicamente relacionada con el ambiente y con el estilo de vida. Relacionado con el ámbito laboral mencionan que la exposición ocupacional a distintas partículas de aire puede causar serias enfermedades, por ejemplo, la silicosis que se desarrolla en mineros y trabajadores del hierro y acero; los

asbestos pueden ocasionar enfermedades crónicas en los pulmones; asimismo, los trabajadores del asbesto presentan mayores tasas de muerte por varias formas de cáncer, especialmente de mesothelioma(tumor). Además, la familia inmediata de los trabajadores de asbesto y la gente que vive a un radio de 300 - metros de una planta de asbesto tienen mayor incidencia de enfermedades asociadas con los asbestos.

La radiación ionizante produce daños biológi--cos por modificar las macromoléculas celulares. Los trabajadores que están expuestos a este tipo de radiación sufren enfermedades tales como las cataratas, leucemia, cáncer en los pulmones y hasta la muerte.

También nos dicen estos autores que los acci--dentes laborales dan cuenta de 13 000 muerte por año y 9 mi--llones de daños no fatales. Consideran que muchas caracterís--ticas conductuales están relacionadas con la ocurrencia de - accidentes como son la fatiga, el aburrimiento, la ansiedad, - la ingestión de drogas y de alcohol,etc.

A pesar de las evidencias de los daños a la salud de los trabajadores relacionados con la ejecución de su - trabajo, Chesney y Feuerstein(op.cit.)dicen que para poder es--tablecer conclusiones definitivas hace falta que las investi--gaciones futuras incluyan análisis dinámicos y situacionales- y tomen medidas conductuales del stress y sus variantes psico--lógicas. También hacen falta programas para entrenar a los --trabajadores en prácticas adecuadas de trabajo y programas - para rehabilitar en el trabajo(es decir, sin que se deje de-

trabajar) a quienes han sido dañados.

Por su parte, Silbret y colaboradores (op.cit.) proponen tomar medidas de salud pública para tratar efectivamente la contaminación ambiental y por otro lado, enseñarle al individuo que el mismo puede hacer mucho para modificar su propio estilo de vida y con ello reducir el impacto de los factores de riesgo personales para su salud.

Asimismo, Stainbrook y Green (1982) consideran que el éxito de las técnicas conductuales depende principalmente de tres factores: 1) El entrenamiento y el compromiso del personal para aplicar los métodos de trabajo; 2) el involucramiento y el compromiso de los sujetos quienes deben asumir la responsabilidad para registrar su propia conducta, y 3) los reforzamientos necesarios para la conducta a través de cambios organizativos, económicos y ambientales.

Por otro lado y en términos generales, los seguidores de la Medicina Conductual consideran que es posible, a partir de sus descubrimientos, hacer recomendaciones a los industriales de modo que se reduzcan o prevengan los problemas de salud. Recomendaciones tales como: construir fábricas que incorporen los deseos de los trabajadores, dejar que ellos decidan la velocidad a la que debe ir la línea de producción, -- hacer pequeños equipos (más o menos 15 trabajadores) que se involucren en completar un proceso parcial que será parte del -- proceso total, que el trabajador pueda mover y acomodar las máquinas de modo que esté a gusto, hacer que los trabajadores se comprometan, se responsabilicen y se sientan orgullosos del -- producto final, intercambiar puestos aburridos e interesantes,

darles áreas de ejercicio y descanso y, además, tiempo para -
ello(Sharpe y Lewis,1979).

En resumen la Medicina Conductual considera -
que la solución a la problemática de salud de los trabajado--
res radica en el cambio de sus estilos de vida, ya que plan--
tea que las enfermedades y accidentes que sufren son causados
por hábitos inadecuados tales como la ingestión alcohólica -
exagerada, el fumar excesivo, la irresponsabilidad laboral,el
no dormir lo suficiente,etc. No obstante, esto supone un des-
cuido en su análisis de aquellos otros factores que también -
influyen en la salud-enfermedad de los trabajadores como son-
el salario insuficiente, el lugar de residencia, la rotación-
de turnos y puestos, la jornada laboral prolongada, la falta-
de equipo de seguridad, la exposición a agentes físico-quími-
cos en el lugar de trabajo,etc.

III.- PROYECTO EDUCACION PARA LA SALUD

Este proyecto surge sobre la base de dar una alternativa educativa abordando al campo de la salud de la siguiente manera: 1) estudiando factores económico-sociales que inciden en la salud y su conceptualización; 2) desarrollando sistemas preventivos de trastornos de salud mediante procedimientos educativos en individuos y grupos sanos y, 3) llevando a cabo estudios epidemiológicos y diseñando acciones preventivas de los programas de salud de la comunidad.

Como observamos, dicho proyecto es eminentemente preventivo. De esta forma se considera que la educación puede ayudar, por su carácter formativo, a los fines de la salud pública dirigiéndose hacia la prevención de trastornos de salud considerando básicamente la formación de repertorios conductuales que favorezcan la salud. En otras palabras, a través de la educación se orientará a las personas hacia hábitos saludables como la participación deportiva, la ingestión de alimentos de contenido nutritivo balanceado, la utilización apropiada de los servicios de salud, etc.; disminuyendo así las actividades cotidianas que son un riesgo para la salud de aquellas personas, por ejemplo, la ingestión alcohólica, fumar, comer en exceso, adicción a drogas, agresión, autorecetar medicamentos, etc.

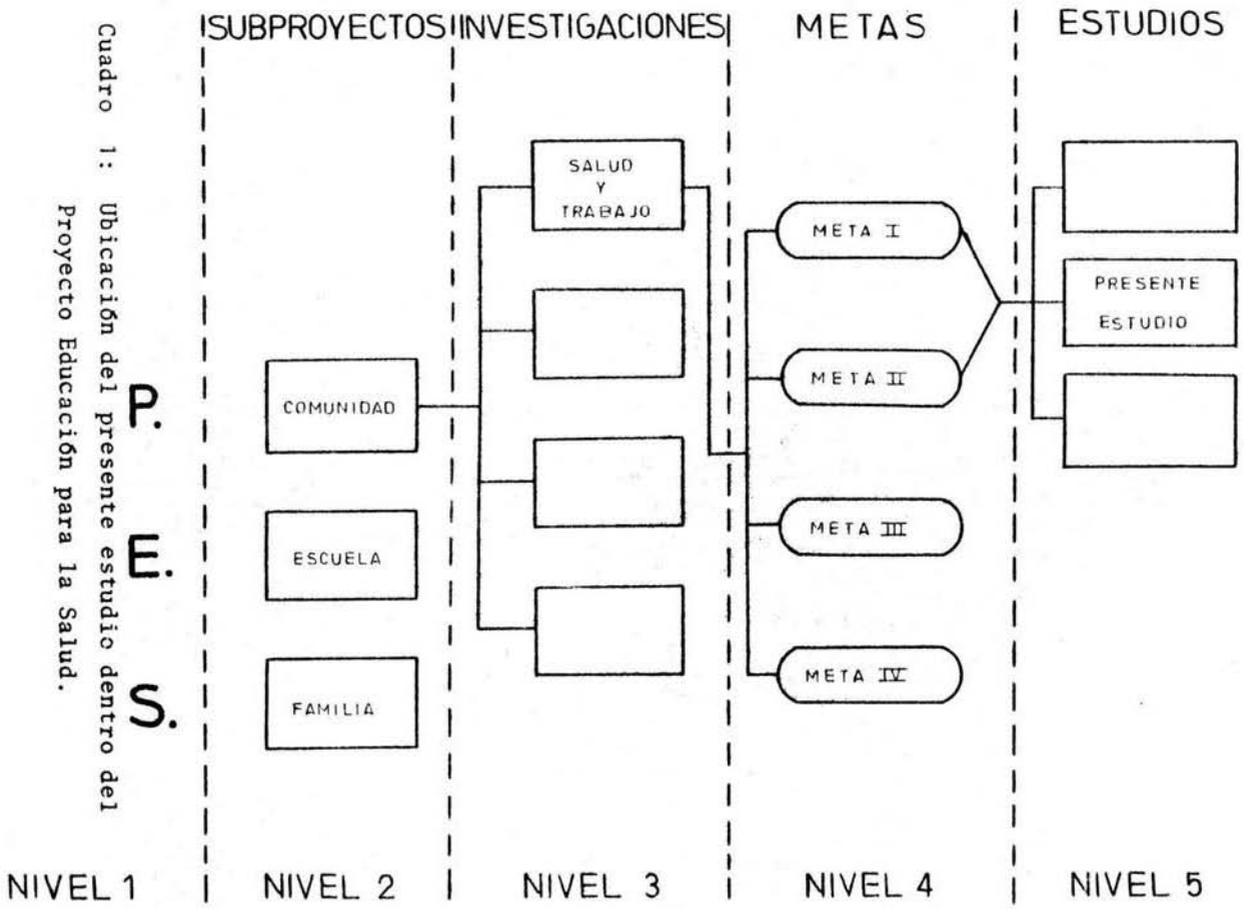
También se contempla incidir en aquellas actitudes de los individuos que precipitan la ejecución de prácticas nocivas, por ejemplo, repertorios conductuales tales como la toma de decisiones, autocontrol, solución de problemas, la

comunicación interpersonal, etc.; "...creando condiciones que aumentarán la probabilidad de un comportamiento adaptativo y saludable" (Roth, 1981:2).

Por consiguiente, se entiende a la educación no sólo como acción informativa sino que constituye una práctica operativa cuyos procedimientos tienden a formar en los individuos a los que se dirigen " la implantación y mantenimiento de nuevas formas de conducta, siendo esta la meta primaria de la prevención" (Roth, op.cit.:3).

El proyecto educación para la salud se estructura dirigiendo acciones respectivas hacia la familia, la escuela y la comunidad (ver cuadro 1). Cada una de éstas instancias implica una cantidad variable de investigaciones cuyos objetivos se explicitan dependiendo de las metas respectivas. Los estudios son respuestas operativas a un grupo de metas comunes, pertenecientes a una investigación específica (Roth, op.cit.).

La familia, la escuela y la comunidad juegan un papel importante al servir de base a los proyectos de prevención secundaria, consistiendo ésta en orientar la intervención sólo hacia aquellos individuos considerados como propensos a manifestar el problema. Dichos proyectos dirigen la intervención hacia sectores poblacionales que demuestran la existencia de niveles mensurables del problema de salud, traducidos a estimaciones de riesgo. Aquí la acción preventiva deberá reducir la probabilidad futura del comportamiento problema alterando los niveles estimados de riesgo (Roth, op.cit.).





IZT. 1001111

39

Sintetizando, el proyecto educación para la salud es un programa preventivo de acciones educativas dirigido a formar en los individuos inmersos en la familia, la escuela y la comunidad, un acervo conductual que les permita aspirar a un estado óptimo de salud. Es decir, ve los problemas de salud de todas las personas como un problema exclusivamente educativo soslayando en su análisis otros factores que también contribuyen a la salud-enfermedad de la población tales como la existencia de drenaje, servicio de recolección de basura, agua potable en cantidad requerida, grado de contaminación ambiental, solvencia económica familiar, etc.

a) Ubicación del estudio: Elementos para una alternativa psicológica a la salud laboral.

Como puede observarse en el cuadro I, el presente estudio forma parte integrante del proyecto educación para la salud y se ubica dentro de las metas I y II de la Investigación Salud y Trabajo del subproyecto dirigido a la comunidad. Es importante señalar que todos los trabajos que se desarrollan en el ámbito comunitario quedan circunscritos a lo que se llama Sociología de la salud (Roth, op.cit.)

En particular la Investigación Salud y Trabajo se justifica argumentando que el trabajo, entre otros procesos inmersos en la sociedad, permite "...explicar la aparición de condiciones particulares de vida, las mismas que permanecen estrechamente ligadas no sólo a la salud y la enfermedad sino también al tipo y características de sus manifestaciones" (Roth, op.cit.:20).

Con esto se "...pretende generar una línea - de investigación que favorezca la comprensión acerca del -- tipo de relaciones que se plantean entre los diferentes niveles de ejercicio laboral o entre las distintas actividades-productivas que caracterizan a un nivel y los problemas de - salud"(Roth,op.cit.:20-21).

Dicha investigación tiene como objetivos los siguientes:

- Enfatizar la promoción y mantenimiento de la salud más que perseguir la restauración de ésta;
- Desarrollar procedimientos de intervención primaria y secundaria que incidan en la familia, la escuela y la comunidad;
- Atender, como punto de partida importante, los indicadores del proceso salud-enfermedad detectados en - poblaciones de origen comunitario en general y en los centros de trabajo en particular;
- Fomentar el desarrollo de tecnología conductual con alcances sociales;
- Replantear la participación del psicólogo en el campo de la salud;
- Contribuir a la formación y a la multiplicación de recursos humanos en el área de la prevención de - los trastornos de salud y la acción comunitaria(Roth,op.cit. ;Ramírez,1982).

Específicamente la Investigación Salud y Traabajo se ha planteado cuatro metas:

Meta I : Analizar la investigación reportada a la fecha respecto de los estudios de salud realizados en ambientes laborales.

Meta II : Realizar estudios de campo para evaluar la relación salud-trabajo en diferentes empresas de las zonas de Tlalnepantla, Naucalpan y Cuautitlán.

Meta III: Explorar las posibilidades de intervención del psicólogo en la relación salud-trabajo.

Meta IV : Realizar diferentes estudios a nivel de prevención de riesgos de salud en ambientes laborales (tomado de Campos y Campos, op.cit.).

Actualmente se lleva a cabo la primera etapa de la Investigación Salud y Trabajo la cual abarca las metas I y II. En el transcurso del trabajo se logró concluir un estudio elaborado por Campos y Campos (op.cit.) en el cual se analiza críticamente la participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral. Además se llevan a cabo dos estudios simultáneos (de los cuales el presente es uno de ellos) que pretenden profundizar, ampliar y aportar elementos que posibiliten una aproximación psicológica alternativa a las ya existentes, la cual permita dilucidar las causas reales de los problemas de salud-enfermedad de los trabajadores, para así poder plantear estrategias preventivas factibles de realizar.

Por consiguiente, considerando los tres enfoques anteriores, la Psicología Industrial, la Medicina Conductual y el proyecto educación para la salud y su forma res

pectiva de abordar los problemas de salud-enfermedad de los trabajadores, el presente estudio tiene como

b) Objetivos:

1.- Analizar las alternativas propuestas por la Psicología al estudio de la salud laboral de los trabajadores, centrándose en la consideración de que los problemas -- más graves de salud de éstos (accidentes y enfermedades laborales) son causados por patrones conductuales ("estilos de vida") que requieren modificación;

2.- Aportar elementos que indiquen claramente la causalidad del proceso salud-enfermedad laboral;

3.- Obtener evidencias de las afectaciones psicológicas que se presentan en el trabajador como consecuencia de su actividad laboral;

4.- Estudiar una muestra de trabajadores más amplia que la empleada en un estudio piloto realizado por Campos y Campos (op.cit.) para rectificar o ratificar sus planteamientos. Dicha muestra pertenecerá a las industrias papelera y plástica;

5.- replantear la intervención del psicólogo en el campo de la salud laboral.

c) Método:

- Sujetos

Los sujetos fueron 112 trabajadores, 71 de los cuales pertenecían a la industria plástica (de las compa

ñías Duroplast, Pynsa, Plastimarx y Latex S.A.) y 41 a la industria papелera (de Talleres Rotográficos "Zaragoza").

En la industria plástica se entrevistó a 22 mujeres y 49 hombres y en la papелera a 6 mujeres y 35 hombres.

Las edades de las mujeres de la industria plástica fluctuaron entre los 20 y los 46 años; y las edades de los hombres entre los 16 y los 58 años. En la industria papелera las edades de las mujeres oscilaron entre los 22 y los 40 años y las de los hombres entre los 19 y los 55 años.

- Aparatos

Los datos y valores obtenidos de los cuestionarios aplicados se procesaron en una computadora marca Sigma Commodore 64, unidad de disco Sigma Commodore 1541 y monitor Taxan KX-12.

- Materiales

El instrumento de evaluación que fue empleado fue el resultado de la reestructuración de aquél utilizado por Campos y Campos (op.cit.). Este cuestionario constó de 82 reactivos divididos en cinco partes. La primera parte alude a datos personales, la segunda a datos del trabajo, la tercera se ocupa de las condiciones de trabajo, la cuarta de los aspectos psicológicos y la quinta de los datos referentes a las características de vivienda del trabajador. Este cuestionario se anexa en el apéndice.

- Procedimiento

El levantamiento de las encuestas fue reali

zado por los autores del presente estudio en aquellos lugares dispuestos por las empresas elegidas para la aplicación de los cuestionarios.

Todos los encuestados desconocían el objetivo de nuestra investigación y su participación fue voluntaria. Antes de aplicar el cuestionario se habló a los trabajadores individualmente y se les pidió que respondieran con veracidad y se les señaló que el cuestionario tenía la finalidad de identificar algunas condiciones de su trabajo y de su forma de vida que se relacionaran con su salud.

d) Resultados

Los resultados fueron obtenidos dividiendo los reactivos del cuestionario en cuatro grupos: Condiciones de Trabajo (CT), Estilos de Vida (EV), Factores Socioeconómicos (FS) e indicadores del Proceso Salud-Enfermedad (PSE). Todos los reactivos de los primeros tres grupos se consideraron como variables independientes con el propósito de describir a través de ellos el proceso salud-enfermedad cuyos indicadores fueron considerados como variables dependientes.

La codificación de los cuestionarios se llevó a cabo mediante archivos secuenciales que consisten en generar una tabla de doble contingencia que considera en las columnas la respuesta de cada opción y en los renglones la ubicación de cada uno de los cuestionarios.

El tipo de análisis empleado es el de regresión múltiple para llegar a la interpretación del coeficiente de determinación que es una medida cuantitativa de la mane

ra en que las variables independientes combinadas predicen a la variable dependiente. A mayor porcentaje del coeficiente de determinación se tiene una mejor descripción de la variable dependiente.

En la tabla 1 tenemos la descripción de los accidentes y de las enfermedades a través de cada uno de los tres primeros grupos considerados como variables independientes (para consultar las tablas refiérase al apéndice).

También en el análisis se logra establecer que coeficientes de regresión (coeficientes de las variables independientes) tienen una mayor incidencia en la ocurrencia de accidentes y enfermedades. En la tabla 2 tenemos expresados (en paréntesis) la importancia que tiene cada uno de los reactivos mostrados para describir la ocurrencia de los accidentes y enfermedades para los diversos grupos y empresas. A mayor coeficiente de regresión mayor incidencia.

Latex, S.A.

Condiciones de trabajo.

Los accidentes que sufren los trabajadores de esta empresa se deben a que no tienen seguridad de su empleo (.17), toleran una jornada laboral larga (.12), no disponen de equipo de seguridad (.10) y cuando llegan a disponer de él es inadecuado (.10). Estos elementos determinan el 70% de los accidentes.

En tanto que las enfermedades se deben a que los trabajadores no tienen seguridad de su empleo (2.8), no

disponen de equipo de seguridad(1.6), cuando existe tal equipo de seguridad es inadecuado(1.08) y toleran una jornada la boral larga(1.05).Todas éstas condiciones determinan el 50% - de las enfermedades.

Estilos de vida.

Los datos nos muestran que los accidentes estuvieron definidos sólo en un 20% por conductas riesgosas para la salud como: el lugar de la ingestión de alimentos(.31), la ingestión de alimentos insuficiente(.17), la ingestión de alimentos entre comidas(.07) y la automedicación(.02).

Las enfermedades tuvieron relación con el ejercicio físico realizado por los trabajadores(8.8),la ingestión de alimentos entre comidas(2.1), la automedicación(1.2) y insomnio(.97), sólo en un 30%.

Factores socioeconómicos.

Aquí encontramos que los accidentes padecidos por los trabajadores quedaron prescritos en un 20% por el -- tiempo de transporte casa-empresa(.16),el hacinamiento por - habitación(.09),el tiempo de transporte empresa-casa(.06) y - el grado de escolaridad(.05).

Mientras que las enfermedades quedaron prescritas por el tiempo de transporte casa-empresa(5.9),el tiempo - de transporte empresa-casa(5.7),el hacinamiento por casa(.34) y el hacinamiento por habitación(.27),hasta en un 60%.

Duroplast

Condiciones de trabajo.

En este caso los accidentes tolerados por los trabajadores estuvieron determinados en un 70% por las condiciones que siguen: seguridad de su empleo(4.7), distractores en el ambiente laboral(1.7), calidad del equipo de seguridad (1.07) y larga jornada de trabajo(.39).

Por su parte, las enfermedades estuvieron de terminadas en un 30% por condiciones tales como: la disposición del equipo de seguridad(5.6), el tipo de trabajo desempeñado por los trabajadores(5.3), el número de horas extras-laboradas a la semana(4.9) y la jornada laboral larga(1.2).

Estilos de vida.

Los datos nos permiten vislumbrar que los accidentes se encontraron determinados en un 45% por los siguientes estilos de vida: insomnio(3.3), automedicación(2.2), frecuencia de la ingestión diurna de alimentos de los trabajadores(.37) y la frecuencia de la ingestión de alimentos --nocturna(.35).

Por su parte, las enfermedades se encontraron determinadas en un 20% por los estilos de vida: automedicación(5.4), ingestión de alimentos entre comidas(1.9), frecuencia de la ingestión de alimentos diurna de los trabajadores(.99) y número de horas de sueño(.59).

Factores socioeconómicos.

Asimismo, reparamos en que hay factores socio económicos que contribuyen a la ocurrencia de accidentes la-

borales en un 65%: el hacinamiento por casa(1.8),el hacinamiento por habitación(1.2),el grado de escolaridad(.51) y el tiempo de transporte casa-empresa(.50).

Observamos también que contribuyen en un 30% al surgimiento de enfermedades: el tiempo de transporte casa-empresa(1.1),el tipo de transporte utilizado para ir de la casa a la empresa(.76), el grado de escolaridad(.66) y el tiempo de transporte empresa-casa(.28).

Talleres Rotográficos "Zaragoza"

Condiciones de trabajo.

Encontramos que la rotatividad del turno(.67), el tipo de trabajo desempeñado por los trabajadores(.66),los distractores en el ámbito laboral(4.3) y la disposición del equipo de seguridad(.29) fueron elementos que determinaron los accidentes en un 45%.

Mientras que la jornada laboral larga(19.4), los distractores en el ámbito laboral(2.1),el trabajo en días festivos y de descanso(1.08) y el tipo de trabajo(.08) fueron elementos que determinaron las enfermedades en un 25%.

Estilos de vida.

Observamos que existen características de los estilos de vida de los trabajadores que coadyuvan en un 8% a que ocurran los accidentes. Aquéllas son: la ingestión de alimentos insuficiente(.58), el número de horas de sueño(.39), la automedicación(.28) y las actividades realizadas por los trabajadores en su tiempo libre(.11).

Asimismo, hay otras características que cooperan en un 45% a que los trabajadores sufran diversas enfermedades: la ingestión de alimentos insuficiente(10.8), el número de horas de sueño(4.8), el lugar de la ingestión de alimentos de medio día(comida)(4.4) y las actividades realizadas por los trabajadores en su tiempo libre(.12).

Factores socioeconómicos.

Los datos nos indican que hay factores como:- el tipo de transporte usado para ir del trabajo a la casa(.36) y de la casa a la empresa(.35), el tiempo de transporte empesa-casa(.29) y el grado de escolaridad(.06) que influyen en un 30% en la ocurrencia de accidentes.

Del mismo modo, hay factores que influyen en un 15% para el padecimiento de enfermedades por los trabajadores: el tiempo de transporte casa-empresa(1.5), la percepción del salario por trabajar horas extras(.97), el tiempo de transporte casa-empresa(.59) y el hacinamiento por habitación (.44).

Pynsa

Condiciones de trabajo.

Los accidentes quedaron definidos en un 30% por condiciones de trabajo como: calidad del equipo de seguridad(.54), rotatividad del turno de trabajo(.52), disposición de equipo de seguridad(.12) y tipo de trabajo desempeñado por los trabajadores(.01).

Las enfermedades quedaron definidas en un 45%

Condiciones de trabajo.

Los accidentes que sufren los trabajadores se deben, en un 40%, a que existen distractores en el ámbito la boral(.35), el puesto de trabajo es rotativo(.31), la jornada laboral es larga(.12) y a que los trabajadores desempeñan di versos tipos de puestos(.07).

Las enfermedades se deben en un 35% a : la ro tatividad del puesto de trabajo(7.7), la jornada laboral es larga(4.3), el puesto de trabajo desempeñado por los trabaja do res(2.3) y la calidad del equipo de seguridad(.61).

Estilos de vida.

Hallamos que las actividades riesgosas para la salud tales como: las actividades realizadas por los trabajadores en su tiempo libre(.45), el lugar de la ingestión de alimentos de medio día(.32), la ingestión de alimentos insuficiente(.18) y la ingestión de alimentos entre comidas(.12) determinaron los accidentes en un 30%.

Las enfermedades estuvieron determinadas en un 50% por los siguientes estilos de vida: ingestión de alimentos entre comidas(7.4), insomnio(4.6), ingestión de alimentos insuficiente(1.04) y el hecho de que los trabajadores pa dezcan hambre durante la jornada de trabajo(.55).

Factores socioeconómicos.

Advertimos que los factores: tipo de transpor te usado para ir del trabajo a la casa(4.3), el tiempo de - transporte trabajo-casa(.27) y casa-trabajo(.24) así como el

por las siguientes condiciones: calidad del equipo de seguridad(18.04), disposición del equipo de seguridad(11.7), distractores en el ambiente laboral(3.04) y tipo de trabajo desempeñado por los trabajadores(.87).

Estilos de vida.

Actividades riesgosas para la salud como: la automedicación(.24), el lugar de la ingestión de alimentos de medio día(.08), la frecuencia de la ingestión de alimentos nocturna de los trabajadores(.07) y el número de horas de sueño(.05) cooperaron en un 20% para que los trabajadores sufrieran accidentes.

En el caso de las enfermedades, hubo algunas otras actividades riesgosas que cooperaron en un 35% en su aparición: frecuencia de la ingestión de alimentos diurna de los trabajadores(2.2), automedicación(1.8), ingestión de alimentos entre comidas(1.3) y número de horas de sueño(.72).

Factores socioeconómicos.

Factores tales como el tiempo de transporte casa-empresa(3.3), **empresa-casa** (3.01) y el hacinamiento por casa(.07) y por habitación(.83) determinaron el 40% de los accidentes.

En tanto que las enfermedades quedaron determinadas en un 25% por los factores que siguen: el tiempo de transporte empresa-casa(6.1) y casa-empresa (5.03), el hacinamiento por casa(1.2) y el grado de escolaridad(.39).

grado de escolaridad(.01) determinaron los accidentes en un 20%.

Las enfermedades las determinaron: el tiempo de transporte casa-trabajo(.40), el grado de escolaridad(.30), el hacinamiento por casa(.29) y el tipo de transporte usado para ir de la casa al trabajo(.14) en un 30%.

e) Análisis

Condiciones de trabajo/Salud-enfermedad.

En ésta relación encontramos la más alta determinación de los accidentes y enfermedades en comparación con las otras dos relaciones, es decir, los diversos factores bajo los cuales se lleva a cabo la ejecución del trabajo resultan de suma relevancia ya que contribuyen en un rango del 30 al 70% para que se susciten los accidentes y en menor proporción(del 25 al 5%) las enfermedades que padecen los trabajadores(ver tabla 3).

Los factores más relevantes dentro de las condiciones de trabajo son la seguridad en el empleo, el horario de la jornada laboral, la existencia de máquinas y herramientas para ejecutar su trabajo con seguridad, los distractores, el tipo de trabajo, el turno de trabajo, el puesto de trabajo(fijo o rotativo), la ropa de trabajo e instalaciones.

Ante tales evidencias podemos indicar que es una área de primordial atención de los profesionales que se ocupan de la salud de los trabajadores, enfatizando la adaptación y disponibilidad, con fines preventivos, de aquellos factores a las posibilidades físicas y psicológicas del tra-

bajador así como su utilización por parte de éste.

Estilos de vida/Salud-enfermedad.

Aquí encontramos que los estilos de vida de-- terminan a los accidentes en un rango del 8 al 45% y a las enfermedades que padecen los trabajadores en otro del 20 al 50%(ver tabla 4). Como es de notar, tales proporciones son inferiores a las encontradas en la relación condiciones de trabajo/salud-enfermedad.

Dentro de los patrones de conducta cotidiana de los trabajadores que influyen para que se sucedan accidentes y enfermedades se encuentran los relacionados a la ingestión de alimentos(frecuencia,lugar,tipo,cantidad,etc.),el - automedicarse, el insomnio y las actividades de tiempo libre (ver televisión,actividades domésticas,jugar fut-bol,etc.).

Estos patrones de conducta influyen más en la ocurrencia de las enfermedades que de accidentes laborales.- De esta forma, es innegable que tal patrón conductual cotidiano de los trabajadores tiene su respectiva participación en la determinación de los problemas de salud de los trabajadores.

Hasta el momento hemos verificado la relevancia de las condiciones de trabajo y de los estilos de vida de los trabajadores en la determinación de los accidentes y las enfermedades de trabajo . En este sentido son viables - las aproximaciones de aquellas disciplinas que pretenden lle- var a cabo acciones dirigidas a fomentar la adquisición y -

mantenimiento de patrones conductuales (estilos de vida) que conlleven a prácticas de salud óptimas, redundando en beneficio de los propios trabajadores.

Factores socioeconómicos/Salud-enfermedad.

En esta otra relación se obtuvo que también existen factores socioeconómicos que determinan en un rango de 20 a 65% los accidentes y de 15 a 60% a las enfermedades que sufren los trabajadores (ver tabla 5). Es decir, factores socioeconómicos tales como el grado de hacinamiento, el medio de transporte casa-empresa-casa, el tiempo de traslado casa-empresa-casa, el grado de preparación académica, si les pagan las horas extras a los trabajadores, etc., son importantes para preservar la salud de los trabajadores.

Esta parte resulta de gran relevancia dado que los datos obtenidos llaman la atención hacia elementos que habían sido "ignorados" por algunas disciplinas tales como la Psicología Industrial y la Medicina Conductual; es decir, si bien es cierto que tanto las condiciones de trabajo como los estilos de vida de los trabajadores afectan la propia salud de los mismos, no menos cierto es que también los factores socioeconómicos en los que está inmerso el trabajador influyen en una proporción, según los datos, considerable o similar a la influencia de los estilos de vida de los trabajadores.

Ante esta evidencia no podemos olvidarnos de considerar a dichos factores socioeconómicos cuando analicemos la problemática de salud-enfermedad de los trabajadores-

cualesquiera que sea la disciplina que se pretenda científica, ya que el trabajador real, concreto, vive no sólo en el trabajo, ni su patrón conductual surge espontáneamente; son más bien determinadas condiciones materiales económico-sociales de existencia del trabajador y sus relaciones con otros-hombres las que determinan la adquisición y mantenimiento de ciertos patrones conductuales (actividad cotidiana).

Por otro lado, nos percatamos de que dentro de cada grupo existen factores obtenidos como los más relevantes en la determinación de los accidentes y enfermedades; pues bien, observando con detenimiento dichos factores podemos deducir las relaciones entre ellos, relaciones que deben ser entendidas en su mutua interacción como partes de una situación social que vive el trabajador y que se reflejan en él, manifestándose a través de sus actividades frente al mundo que lo rodea.

Estas relaciones están sustentadas en los datos obtenidos en este estudio y por lo tanto, no son casuales ni imaginarias.

Existen factores como la rotación del turno y del puesto de trabajo que teniendo una relación estrecha con el tiempo y medio de transporte en el traslado casa-empresa-casa y el hacinamiento tienen su repercusión en el patrón de actividad del trabajador, es decir, en sus hábitos de ingestión de alimentos, en su ciclo vigilia-sueño y si dispone y en qué ocupa su tiempo libre.

También se vislumbra una estrecha relación entre el nivel de preparación académica del trabajador con

la jornada de trabajo y el tipo de trabajo, los cuales a su vez, influyen grandemente en la ingestión de alimentos, el ciclo vigilia-sueño y si dispone y en qué ocupa su tiempo libre. Además, aquel nivel de preparación académica está fuertemente vinculado con la automedicación del trabajador.

La prolongación de la jornada de trabajo (horas extras) y si se les remunera económicamente o no, también tiene su afectación en los respectivos hábitos de ingestión de alimentos, el ciclo vigilia-sueño y si dispone y en qué emplea su tiempo libre.

Asimismo, nos percatamos de que existen factores que por sí mismos tienen gran influencia para que el trabajador adopte ciertos patrones de conducta. En este caso, el hacinamiento así como el tiempo y medio de transporte casa-empresa-casa, afectan considerable e indudablemente el ciclo vigilia-sueño, los hábitos de ingestión de alimentos (cantidad, calidad, frecuencia, lugar, etc.) y si dispone y en qué ocupa su tiempo libre.

Es precisamente a través de este tipo de análisis que podemos aproximarnos a una visión más aceptable de la causalidad genuina del accidente y de la enfermedad del trabajador, cuestionando aquellas disciplinas que como la Psicología Industrial y la Medicina Conductual y, por otro lado, el proyecto educación para la salud, pretenden dar alternativas de solución a la problemática de salud de los trabajadores, promoviendo acciones que resultan tímidas

y limitadas, pues sólo se ocupan del trabajador y su aspecto educativo.

Las alternativas de solución/disminución efectiva de accidentes y enfermedades laborales deberá rebasar - las cuestiones meramente educativas incorporando acciones que tiendan a modificar tanto factores de las condiciones de trabajo como aquellas fuera del trabajo que influyen en buena medida a la problemática de salud-enfermedad de los trabajadores.

f) Discusión

El psicólogo industrial durante muchos años se ha explicado la causalidad de los accidentes que sufre el trabajador a través de una "propensión" a los mismos, como una característica intrínseca, inherente al trabajador. Es decir, que elementos de la personalidad del trabajador tales como la irresponsabilidad, la falta de destreza, depresión, miedo, etc., por sí mismos determinan la ocurrencia de los accidentes.

Esta forma en que el psicólogo industrial aborda la causalidad de los accidentes laborales donde encuentra sólo en el contorno físico e interior (léase psicológico) del trabajador la fuente de aquellos, es un intento limitado y por lo tanto erróneo. Esta aproximación todavía supone la existencia de una naturaleza (entidad o esencia) psíquica al interior del individuo la cual determina totalmente y por sí misma las características de la actividad de una persona. De aquí deducen que las causas de los accidentes se encuentran -

en los trabajadores, minimizando la participación de las condiciones bajo las cuales se ejecuta el trabajo e "ignorando" las condiciones materiales socioeconómicas en las que se encuentra el trabajador. Estas dos últimas condiciones no deben ser olvidadas cuando se analiza la actividad del trabajador ya que tales instancias conforman en su conjunto la situación social en la que está inmerso el trabajador. Por lo tanto, y así lo demuestran los resultados obtenidos en el presente estudio, debemos considerar los efectos de estas condiciones (de trabajo y socioeconómicas) en la salud de los trabajadores, tomando en cuenta tanto la existencia de factores socioeconómicos que influyen en la actividad laboral con su consecuente efecto en la salud del trabajador, como condiciones de trabajo que afectan la actividad del trabajador fuera de la empresa con su repercusión en la misma salud del trabajador.

Además de las condiciones de trabajo, los factores socioeconómicos contribuyen en gran medida a la determinación de la actividad del trabajador (patrón conductual o el así llamado "estilo de vida") en su vida cotidiana. Existen factores más allá del área de trabajo y en los que vive inmerso el trabajador los cuales tienen una considerable influencia para la ocurrencia de los accidentes que afectan al trabajador. Estos factores han sido "olvidados" en el análisis de los accidentes y aún más en el de las enfermedades que realiza el psicólogo industrial en el estudio de la problemática de salud-enfermedad que enfrenta el trabajador.

No obstante, el psicólogo industrial ha encontrado en México una aceptación por aquel sector social que se ve favorecido por él: los patrones industriales. Aquella apro-

ximación les permite a éstos últimos, centrar la atención en la actividad del trabajador y sus características de personalidad exclusivamente, salvando así serias dificultades implícitas en otra perspectiva más amplia como la que en el presente trabajo se vislumbra.

Las interpretaciones en la Psicología Industrial muestran al trabajador como el culpable de sus propios padecimientos, incluso, suavizando la interpretación respecto del accidente cuando este es causado por una maquinaria o herramienta en mal estado. Por consiguiente, no debe extrañarnos aquella aceptación del psicólogo industrial ya que, además, éste último manifiesta abiertamente estar "...al servicio de la gerencia" y al "beneficio de las empresas"(Tiffin y McCormick, op.cit.), convirtiéndose así en un aliado del patrón industrial, sacrificando mucho de los objetivos y funciones que él mismo se marca. Por ejemplo, ¿Dónde están las acciones efectivas para dar atención a la seguridad física y mental del trabajador? ¿Dónde, en qué cantidad y cómo funcionan los psicólogos industriales en las empresas y/o en las comisiones mixtas de Higiene y Seguridad(si es que existen en la empresa o sindicato)? ¿Cuáles son las acciones respecto al desarrollo completo y actualización de la personalidad del trabajador?etc.

A través de este trabajo hemos podido comprobar lo que Huerta señala acerca de la actividad profesional del psicólogo industrial: "...cuando mucho estructura una batería de pruebas... y se olvida de toda la labor adicional que podrían realizar"(Huerta, op.cit.).

A pesar de lo anterior, debemos retomar y reconocer que si bien es cierto que tanto las condiciones de traba

jo como los factores socioeconómicos matizan la personalidad del trabajador y en consecuencia influyen en la problemática de salud-enfermedad de éste, también es cierto que la propia actividad y actitud del trabajador respecto del mundo que lo rodea es un elemento más del análisis de la problemática. De esta forma, no debemos desechar la proposición del psicólogo industrial para la reducción de accidentes ya que una correcta asignación de la función laboral dentro de las posibilidades físico-psicológicas del trabajador, la capacitación de éste y el equipo adecuado (maquinaria, herramientas, guantes, vestimenta, etc.) para la protección personal en conjunto con otras modificaciones en las condiciones de trabajo y en las condiciones de vida de los trabajadores, indudablemente colaborarán para la gradual disminución de los accidentes y enfermedades. Tal instrumentación, incluso, tendrá repercusiones más allá del trabajo, elevando el nivel de salud tanto del trabajador como de su familia y por ende, de los otros miembros de la sociedad.

En lo que se refiere a la Medicina Conductual, concretamente a la afirmación de que el "estilo de vida" del trabajador es la causa de los accidentes laborales que sufre el mismo y que, por lo tanto, la modificación de ese "estilo de vida" conducirá a una disminución de tales accidentes de trabajo, también debemos indicar que dicha posición es parcialmente cierta y en consecuencia bastante reducida.

Es parcialmente cierta en cuanto que el trabajador a través de su actividad general (actividad de toda la vida cotidiana) refleja cierto tipo de patrón conductual característico. Por lo tanto, es innegable que la actitud del trabajador, dada a través de su actividad, refleja la participación y res-

ponsabilidad del trabajador en su propio proceso salud-enfermedad. Basada en esto la Medicina Conductual enfatiza esa "adopción" del patrón conductual característico del individuo haciéndola ver como si fuera únicamente por la decisión del propio trabajador. Aquí precisamente reside la visión reducida de este punto de vista.

En la Medicina Conductual se interpreta la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales dando mayor peso en la causalidad de aquellos, al patrón conductual característico ("estilo de vida") del trabajador y, por lo tanto, restándole importancia a las propias condiciones de trabajo y -- peór aún, a las condiciones socioeconómicas bajo las cuales vive el trabajador.

Dicha disciplina no se percata de que la actividad del trabajador real se desarrolla continuamente en condiciones materiales de existencia concretas (entre ellas las condiciones de trabajo y los factores socioeconómicos) las cuales influyen en gran medida para que la actividad del trabajador se module de acuerdo a ellas.

Con esto queremos indicar que la "adopción" del "estilo de vida" y sus consecuencias en la salud-enfermedad del trabajador no dependen exclusivamente de la decisión del trabajador, sino que el patrón conductual característico del trabajador tiene su determinación en la forma en como se articulen las características de las condiciones materiales de su existencia y la actitud que el propio trabajador manifiesta ante tales condiciones concretas.

Más claramente, la actividad del trabajador es un proceso continuo que tiene repercusiones conductuales en la

ejecución del trabajo durante la jornada laboral debido a factores fuera del trabajo, entre ellos el ciclo vigilia-sueño, el hacinamiento, los hábitos de ingestión de alimentos, etc. Asimismo, la actividad del trabajador fuera de la jornada laboral, más allá del trabajo propiamente dicho, se ve influenciada por las condiciones de trabajo, por ejemplo, la prolongación de la jornada de trabajo (las horas extras). Ante tales condiciones el trabajador toma una actitud que también debe ser considerada para un análisis de la salud laboral que asigne su respectivo peso específico a cada uno de los factores intervinientes en la causalidad real, genuina de la problemática de salud-enfermedad de los trabajadores.

De esta forma, pensar que el trabajador ha decidido vivir llevando un ritmo de trabajo extenuante (léase desgastante), con cortos períodos de recuperación (dormir poco tiempo), lejos de su lugar de trabajo, con grandes fluctuaciones de tiempo, lugar, frecuencia, etc., en la cantidad y calidad de la ingestión de alimentos, vivir en hacinamiento y en áreas insalubres, sin servicios como agua potable, electricidad, sistema de recolección de basura, y lo que es peor sin educación, entre un sinnúmero de otras condiciones deplorables resulta bastante ingenuo.

Bajo tales condiciones, ¿es posible cambiar de "estilo de vida"? ¿es el "estilo de vida" (léase patrón conductual cotidiano) sólo producto de la responsabilidad individual? ¿se podrá cambiar de "estilo de vida" sin cambiar las condiciones de vida material?

Es evidente que los "estilos de vida" no surgen espontánea ni independientemente del mundo que rodea al

trabajador, de tal manera que aquellos son producto no sólo de la actitud del trabajador hacia sí mismo y hacia su mundo circundante sino también de condiciones materiales de existencia- las cuales matizan la actividad del trabajador.

En lo que respecta al proyecto educación para la salud el cual ve los problemas de salud-enfermedad de los trabajadores desde una perspectiva meramente educacional con fines preventivos, podemos decir que es una acción que no debemos olvidar pero que de ninguna manera, por sí sola, es la alternativa para la solución/disminución de accidentes y enfermedades laborales.

En el caso de los trabajadores fabriles, de los que aquí nos ocupamos, existen condiciones de trabajo tales que nulifican los efectos de los programas de la educación para la salud. Por ejemplo, podemos enseñar a los trabajadores el uso correcto del equipo de seguridad personal y éstos aprenderlo adecuadamente; más todo ello es inútil si tal equipo de seguridad no existe o si está defectuoso. Otro ejemplo, el educador para la salud al interior de la fábrica indica al trabajador que debe dormir ocho horas mínimamente, entre otros aspectos, para recuperar fuerzas, sin embargo, en la realidad los trabajadores difícilmente lo pueden llevar a cabo debido a la jornada laboral larga, la rotación de turnos, el tiempo de transporte casa-empresa-casa, el hacinamiento, etc. Y así vendrían muchos ejemplos más.

De esta forma, como psicólogos, debemos considerar que la actividad del trabajador está en función no sólo de las dimensiones conductuales de él sino también de las caracte

rísticas y dimensiones de los objetos (herramientas, máquinas, materias primas, etc) con los cuales interactúa en condiciones concretas de su existencia (tiempo de trabajo, ritmo de trabajo, dinámica familiar, hacinamiento, tiempo de transporte, etc.).

Estamos de acuerdo en que la educación puede ayudar a los fines de la Salud Pública pero no sólo restringiéndonos a la formación de repertorios conductuales que favorezcan la salud sino que tenemos que considerar que la formación (adquisición y mantenimiento) de éstos patrones conductuales está en función de los objetos y eventos culturales con los cuales interactúa el individuo (el trabajador) bajo condiciones socioeconómicas concretas.

Es decir, el interesarnos por la actividad del trabajador sin tomar en cuenta con qué, cómo, cuándo, con quién, en dónde interactúa, sería preocuparnos por un trabajador -- irreal. Por lo que en consecuencia, debemos ocuparnos del trabajador en sus condiciones genuinas, objetivas de existencia.

No podemos sólo ocuparnos de que el trabajador se oriente hacia hábitos saludables como la participación deportiva sino también de si tiene tiempo para ello, si sus condiciones socioeconómicas se lo permiten, si existen instalaciones para esa práctica deportiva, etc.; no podemos sólo orientar hacia la ingestión de alimentos de contenido nutritivo balanceado sino también de si económicamente puede adquirirlos a partir de sus condiciones socioeconómicas, etc.; no podemos -- preocuparnos sólo de una adecuada ejecución de hábitos de higiene sino también de que existan condiciones que la propicien, por ejemplo, agua potable, instalaciones sanitarias, drenaje, servicios de recolección de basura, etc.

No podemos concebir un trabajador bien entrenado (léase educado) para ejecutar infinidad de patrones conductuales conducentes a la salud sin considerar en qué condiciones materiales los va a llevar a cabo.

Desde nuestro punto de vista son precisamente esas condiciones materiales objetivas en las que se encuentran los objetos y eventos culturales los que en su conjunto crearán condiciones para que el trabajador se apropie y mantenga un repertorio conductual que lo lleve a un estado óptimo de salud.

Es precisamente la consideración de que son las formas históricamente determinadas de organización de vida en la sociedad (las relaciones entre los hombres, las condiciones de su producción y reproducción, la distribución de los bienes y servicios materiales, la actitud de los hombres hacia su mundo, entre otros procesos inmersos en la sociedad) las que permiten explicar la aparición de repertorios conductuales y de condiciones particulares de vida los cuales permanecen estrechamente ligados al proceso salud-enfermedad y al tipo y características de sus manifestaciones en los hombres reales.

g) Conclusión

La posición de la Psicología Industrial que intenta explicarse los accidentes de los trabajadores por una "propensión" a los accidentes, la de la Medicina Conductual que ve al "estilo de vida" del trabajador como el origen de los padecimientos de salud-enfermedad y la del proyecto educación para la salud, el cual intenta dirigir acciones educati-

vas-preventivas que fomenten la aparición y mantenimiento de repertorios conductuales conducentes a una salud óptima, resultan puntos de vista que se centran en considerar al individuo (al trabajador en este caso) como la causa conductual determinante de sus propios padecimientos.

Sin embargo, los resultados demuestran las grandes limitaciones de tales proposiciones. En otras palabras, reconocemos la participación y responsabilidad que el trabajador tiene respecto de sí mismo, es un elemento que tiene su respectivo peso específico en la causalidad de sus padecimientos de salud-enfermedad; no obstante, cabe enfatizar que tal elemento no es el único ya que comparte la causalidad real de la salud-enfermedad del trabajador con otros factores que están más allá del individuo como por ejemplo, los servicios de que dispone: agua potable, luz, drenaje, sistema de recolección de basura, transporte, etc., el grado de hacinamiento, cantidad y calidad de alimentos que ingiere, ritmo de trabajo, puesto de trabajo, acceso a la educación, instalaciones deportivas y muchos otros más. Tales son los resultados del presente trabajo los que vienen a ratificar los planteamientos iniciales hechos por Campos y Campos (op.cit.).

En consecuencia, como psicólogos, creemos viable incorporar nuestra práctica profesional a una alternativa que contenga la causalidad real, genuina del accidente y la enfermedad que se reflejan en los trabajadores generando acciones que propicien el máximo de eficacia en la prevención y disminución de los problemas de salud-enfermedad de los trabajadores, y además, se preocupe por el desarrollo de la personalidad de los trabajadores sin olvidar la elevación de la produ-

cción de bienes materiales. Esta alternativa se encuentra, a nuestro modo de ver, en la perspectiva que toma los problemas de salud-enfermedad de los individuos como un proceso histórico-social la cual guarda para la Psicología su respectivo lugar en la contribución inter e intradisciplinaria para enfrentar los problemas humanos.]

Así, llamamos a la consecución y desarrollo de una perspectiva psicológica mexicana que conciba al proceso -salud-enfermedad, y más concretamente, a los efectos psicológicos reflejados en el trabajador como parte de una totalidad social concreta que sea capaz de asignar su respectivo peso-específico y su concatenación dialéctica a los diversos factores que lo determinan.

De esta forma, la Psicología científica en el área laboral está llamada a confrontar, desenmascarar y destruir falsas concepciones de lo psíquico, ya que éstas deben dejar paso y contribuir para el auge de una concepción que -parta de una unidad de análisis que involucre un campo de factores históricamente determinados, los cuales, en conjunto, -determinan la actividad del hombre real, concreto.

Una Psicología del área laboral que evidentemente estará al servicio de toda la humanidad y no sólo al de unos cuantos.

APENDICE

EMPRESA	GRUPO	COEFICIENTES DE DETERMINACION	
		ACCIDENTES	ENFERMEDADES
LATEX S.A.	C.T.	70 %	50 %
	E.V.	20 %	30 %
	F.S.	20 %	60 %
DUROPLAST	C.T.	70 %	30 %
	E.V.	45 %	20 %
	F.S.	65 %	30 %
TALLERES ROTOGRAFICOS	C.T.	45 %	25 %
	E.V.	8 %	45 %
ZARAGOZA	F.S.	30 %	15 %
PYNSA	C.T.	30 %	45 %
	E.V.	20 %	35 %
	F.S.	40 %	25 %
PLASTIMARX	C.T.	40 %	35 %
	E.V.	30 %	50 %
	F.S.	20 %	30 %

Tabla 1: Muestra los coeficientes de determinación para cada grupo de reactivos y para cada empresa. Observamos que los grupos de reactivos determinan en diferentes porcentajes a los accidentes y a las enfermedades, por ejemplo, las condiciones de trabajo de la empresa Latex S.A. permiten describir, y en cierta forma predecir, el 70% de la cantidad de accidentes, así como el 50% de las enfermedades. Es de hacer notar que la suma de estos porcentajes no da el 100% y esto se debe a que estamos describiendo mediante las condiciones de trabajo dos aspectos diferentes de los indicadores del proceso salud-enfermedad.

	GRUPO	ACCIDENTES		ENFERMEDADES	
		REACTIVOS	COEFICIENTE	REACTIVOS	COEFICIENTE
LATEX S.A.	C. T.	13	.17	13	2.8
		19	.12	36	1.6
		36	.10	37	1.08
		37	.10	19	1.05
	E. V.	54	.31	72	8.8
		57	.17	63	2.1
		63	.07	75	1.2
		75	.02	70	.97
	F. S.	9	.16	9	5.9
		79	.09	10	5.7
		10	.06	78	.34
		5	.05	79	.27
DUROPLAST	C. T.	13	4.7	36	5.6
		46	1.7	12	5.3
		37	1.07	22	4.9
		19	.39	19	1.2
	E. V.	70	3.3	75	5.4
		75	2.2	63	1.9
		50	.37	50	.99
		59	.35	65	.59
	F. S.	79	1.8	9	1.1
		78	1.2	7	.76
		5	.51	5	.66
		9	.50	10	.28
TALLERES ROTOGRAFICOS ZARAGOZA	C. T.	20	.67	19	19.4
		12	.66	46	2.1
		46	.43	24	1.08
		36	.29	12	.08
	E. V.	57	.58	57	1.08
		65	.39	65	4.8
		75	.28	54	4.4
		15	.11	15	.12
	F. S.	8	.36	9	1.5
		7	.35	23	.97
		10	.29	10	.59
		5	.06	79	.44

	GRUPO	ACCIDENTES		ENFERMEDADES	
		REACTIVOS	COEFICIENTE	REACTIVOS	COEFICIENTE
P.V.N.S.A.	C. T.	37	.54	37	18.04
		20	.52	36	11.7
		36	.12	46	3.04
		12	.01	12	.87
	F. V.	75	.24	50	2.2
		54	.08	75	1.8
		59	.07	63	1.3
		65	.05	65	.72
	F. S.	9	3.3	10	6.1
		10	3.01	9	5.03
		78	.07	79	1.2
		79	.83	5	.39
PLASTIMARY	C. T.	46	.35	21	7.7
		21	.31	19	4.3
		19	.12	11	2.3
		12	.07	37	.61
	E. V.	15	.45	63	7.4
		54	.32	70	4.6
		57	.18	57	1.04
		63	.12	62	.55
	F. S.	8	4.3	9	.40
		10	.27	5	.30
		9	.24	79	.29
		5	.01	7	.14

Tabla 2: la presente tabla muestra jerárquicamente los coeficientes de regresión de cada reactivo para los diversos grupos y empresas.

EMPRESA	COEFICIENTES DE DETERMINACION	
	ACCIDENTES	ENFERMEDADES
LATEX, S.A.	70 %	50 %
DUROPLAST	70 %	30 %
TALLERES ROTOGRAFICOS ZARAGOZA	45 %	25 %
PYNESA	30 %	45 %
PLASTIMARX	40 %	35 %

Tabla 3: Se describe la ocurrencia de los accidentes y las enfermedades a través de las condiciones de trabajo.

EMPRESA	COEFICIENTES DE DETERMINACION	
	ACCIDENTES	ENFERMEDADES
LATEX, S.A.	20 %	30 %
DUROPLAST	45 %	20 %
TALLERES FOTOGRAFICOS ZARAGOZA	8 %	45 %
PYNBA	20 %	35 %
PLASIMARY	30 %	30 %

Tabla 4 : Se describe la ocurrencia de los accidentes y enfermedades a través de los estilos de vida.

EMPRESA	COEFICIENTES DE DETERMINACION	
	ACCIDENTES	ENFERMEDADES
LATEX, S.A.	20 %	60 %
DUROPLAST	65 %	30 %
TALLERES ROTOGRAFICOS ZARAGOZA	30 %	15 %
PYNESA	40 %	25 %
PLASTIMARY	20 %	30 %

Tabla 5: Se describe la ocurrencia de los accidentes y enfermedades a través de los factores socioeconómicos.

INVESTIGACION DE FACTORES DE RIESGO PARA LA
SALUD EN POBLACIONES DE TRABAJADORES

EL PRESENTE CUESTIONARIO TIENE COMO PROPOSITO IDENTIFICAR ALGUNAS CARACTERISTICAS DE SU TRABAJO Y DE SU ESTILO DE VIDA A FIN DE EVALUAR LA RELACION QUE TIENE CON SU SALUD.

LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONE ES DE SUMA IMPORTANCIA Y SUS RESPUESTAS TIENEN UN CARACTER CONFIDENCIAL Y ANONIMO.

AGRADECEMOS SU VALIOSA COOPERACION Y LA VERACIDAD DE SUS RESPUESTAS.

CUESTIONARIO No. _____.

I. DATOS PERSONALES

- 1) Edad en años cumplidos: _____.
- 2) Sexo M _____ F _____.
- 3) ¿En dónde nació?
 _____ en la provincia.
 _____ en el Valle de México.
- 4) ¿Cuántos años lleva viviendo en el Valle de México? _____.
- 5) ¿Qué estudió?
 _____ Primaria incompleta. _____ Carrera técnica, comercial, etc.
 _____ Primaria completa. _____ Preparatoria.
 _____ Secundaria. _____ Licenciatura o más.
- 6) ¿En que colonia vive _____.
- 7) ¿Qué medios de transporte empleo durante la última semana -
 para llegar a su trabajo? (puede señalar más de una opción).
 _____ A pie. _____ metro.
 _____ Pesero. _____ otros.
 _____ Camión.
- 8) ¿Qué medios de transporte empleó durante la última semana -
 para ir de su trabajo a su casa? (puede señalar más de una
 opción).
 _____ A pie. _____ metro.
 _____ Pesero. _____ otros.
 _____ Camión.
- 9) Usualmente, ¿Qué tiempo emplea para llegar de su casa a su
 trabajo?
 _____ Hasta 30 min. _____ De 60 a 90 min.
 _____ De 30 a 60 min. _____ Más de 90 min.

10) Usualmente, ¿Cuánto tiempo utiliza para regresar de su trabajo a su casa?

Hasta 30 min.

De 60 a 90 min.

de 30 a 60 min.

Más de 90 min.

II. DATOS DEL TRABAJO

11) ¿Que puesto desempeña actualmente? _____

12) ¿Qué tipo de actividad desarrolla en su trabajo?

Manual (ejemplo, almacenista, rutero, etc.)

Operario de máquinas.

Especifique cuál: _____.

13) Su empleo es : Eventual Base

14) ¿Cuál es su antigüedad en este empleo? Años cumplidos.

_____.

15) Usualmente, ¿Qué otras actividades realiza durante el día?

16) ¿Qué otros puestos ha desempeñado con anterioridad en la empresa? _____

17) En el último año, ¿Qué otros puestos ha desempeñado fuera de la empresa? _____

18) ¿Cuál de ellos mantiene? _____

19) ¿Cuál es su horario de trabajo? _____

20) Su turno de trabajo es:

Fijo otro (especifique)

Rotativo

21) Su puesto de trabajo es :

Fijo Rotativo.

22) ¿Cuántas horas extras trabajó la última semana? _____.

- 23) Usualmente, ¿Se las pagan? _____
- 24) ¿A trabajado en días festivos y de descanso? _____
- 25) ¿Tiene derecho a algún tipo de descanso durante la jornada?
 ___ si ___ no
- 26) Por otras razones, ¿ Interrumpe su actividad durante la jornada? _____ si _____ no
 ¿Cuáles? _____
- 27) ¿Tiene límite de producción? _____ si _____ no
 ¿Cuál es? _____ Duración aproximada _____
- 28) ¿Le paga a destajo? _____ si _____ no
- 29) ¿Cada cuándo le pagan?
 ___ día ___ semana -----quincena
- 30) ¿Cuál es su salario aproximado? _____
- 31) ¿Cree que su salario es adecuado? ___ si ___ no
 ¿por que? _____
- 32) ¿Recibe algún(os) incentivo(s)?
 ___ Guarderfa ___ Ayuda de renta ___ Bono de asistencia.
 ___ Despensa ___ Bono de puntualidad
 ___ Otros

III. CONDICIONES DE TRABAJO

- 33) Su puesto lo desempeña:
 ___ De pie. ___ C aminando
 ___ Sentado ___ Otra
- 34) La actividad que desempeña es:
 ___ Rutinaria ___ Fatigante ___ Difícil.
 ___ Peligrosa ___ Agradable.

- 35) En su trabajo, ¿Toma decisiones sobre lo que produce o realiza? Nunca Raras veces
 Frecuentemente Siempre
- 36) ¿Dispone de máquinas y herramientas necesarias para ejecutar su trabajo con seguridad?
 si no
- 37) ¿Las máquinas y herramientas que utiliza corresponde a su talla y estatura? si no.
¿Por qué? _____
- 38) El equipo de seguridad lo usa:
 Nunca Raras veces Frecuentemente Siempre
- 39) El equipo de seguridad es:
 Pesado Incómodo Caluroso Feo Inseguro
 Poco funcional Deteriorado ajustado Viejo.
 Confortable holgado Adecuado insuficiente.
- 40) ¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo en este año?
 si no Especifique _____
- 41) Señale la paret del cuerpo afectada:
 mano brazo ojos tronco pie
 pierna cabeza cara columna torax
 todo el cuerpo. Otros _____.
- 42) ¿Ha sufrido algún accidente al ir de su casa a su trabajo?
 si no
Especifique _____
- 43) ¿Qué enfermedades ha padecido durante este año?

- 44) ¿Ha recibido algún curso sobre medidas de seguridad en el trabajo? si no.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

79

- 45) ¿Hace cuanto tiempo? _____
- 46) Al desempeñar su trabajo, ¿Qué cosas le distraen?

- 47) Esto distractores son : **IZT** 1001111
___ Poco frecuentes ___ Frecuentes ___ Muy frecuentes
- 48) En su trabajo su estado de ánimo es:
___ triste ___ desganado ___ normal ___ indiferente
___ otro.
- 49) Este estado de ánimo se presenta :
___ nunca ___ raras veces ___ frecuentemente ___ siempre

IV. ASPECTOS PSICOLOGICOS

- 50) Desayuna: ___ nunca ___ raras veces ___ frecuentemente
___ siempre
Si contesta "nunca", pase a la pregunta 54.
- 51) Desayuna: ___ en su casa ___ en la calle ___ en la fábrica.
- 52) Usualmente, ¿A qué hora desayuna? _____
- 53) Durante la última semana, ¿Cuáles de los siguientes alimentos desayunó?
___ leche ___ pan ___ huevo ___ carne ___ frijoles ___ verdura
___ fruta ___ té ___ café ___ atole ___ otro.
- 54) La comida de mediodía, ¿la hace en la Fábrica?
___ si ___ no
- 55) Durante la última semana, ¿Cuáles de los siguientes alimentos comió?
___ comida corrida ___ tortas ___ tacos, sopes, etc.,
___ gansitos, panqués, refrescos, etc.
___ otros: _____

56) Los alimentos que usted consume más frecuentemente son:

57) Con lo que come:

queda satisfecho queda con hambre

58) Come lo que le gusta:

nunca raras veces frecuentemente siempre

59) Cena:

nunca raras veces frecuentemente siempre

60) Cena: en casa fuera de casa

61) durante la última semana, ¿Cuáles de los siguientes alimentos cenó? leche pan huevo carne frijoles
 verdura frutas(jugo) té café atole otro.

62) ¿Siente hambre durante su jornada de trabajo?

nunca raras veces frecuentemente siempre

63) ¿Come entre comidas?

nunca raras veces frecuentemente siempre

64) ¿El médico le ha prohibido consumir algunos alimentos?

si no ¿Cuáles son? _____

65) ¿Cuántas horas duerme por la noche? _____

66) ¿En qué duermen? cama catre sillón suelo

otro: _____

67) ¿Siente sueño durante el día?

nunca raras veces frecuentemente siempre

68) ¿En qué momento siente sueño?

durante la jornada de trabajo durante el trayecto
 durante el trayecto a la casa. al trabajo
 después de comer.

- 69) En estos casos se duerme: nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- 70) En las noches tiene problemas para dormirse:
 nunca raras veces frecuentemente siempre.
- 71) Con lo que duerme, ¿ se siente suficientemente descansado para reiniciar sus labores?
 nunca raras veces frecuentemente siempre
 observaciones _____
- 72) ¿Realiza algún ejercicio físico? si no
 ¿Cuál? _____
- 73) ¿Cuántas veces lo practica a la semana? _____
- 74) ¿Qué actividades de diversión realiza con su familia?

- 75) ¿Acostumbra tomar medicinas sin que se las recete el médico? si no

V. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

- 76) Su colonia cuenta con:
 drenaje luz agua potable escuelas clínicas
 hospitales deportivos, cine, teatro, etc.
 mercados, tiendas populares.
- 77) Su casa es :
 iluminada oscura fría caliente polvosa
 húmeda ruidosa ventilada templada
- 78) ¿Cuántas personas viven con usted? _____
- 79) ¿Cuántas personas duermen en cada cuarto? _____
- 80) Su hogar está construido con:
 ladrillo cemento otros

81) El baño de su casa es:

común propio

82) El piso de su casa es:

de terracería de cemento otro

Referencias

- Antonovsky, A. y Bernstein, J. Social Class and infant mortality. Social Science and Medicine. 1977, Vol. XI, págs. 451-470.
- Calvimontes, J. y Torres G., J. Presentación. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. 1981. Año XXVII, Núm. 106, págs. 5-13.
- Campos, H.A. y Campos, H.H. La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral. Tesis. E.N.E.P. Iztacala-U.N.A.M. 1985.
- Chesney, M.A. y Feuerstein, M. Behavioral Medicine in the occupational setting. En la obra de J.R. McNamara (dir.), Behavioral approaches to Medicine. Application and analysis. New York, Plenum Press, 1979.
- Conacyt. La ciencia y la tecnología en el sector medicina y salud: diagnóstico y política. México, 1976.
- Dunnette, M.D. y Kirchner, W.K. Psicología Industrial. México. Trillas, 1973.
- Echeverría, M. Crisis, Trabajo y Salud: Chile 1970-1980. Tesis de Maestría en Medicina Social. U.A.M. Xochimilco. México-1982.
- Eibenschutz, C. Hegemonía y salud en el Estado mexicano. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. 1981. Año XXVII, Núm. 106, págs. 39-66.
- Hair, J.F., et al. Multivariate Data Analysis with Readings. Ed. Petroleum Publishing Company. Tulsa, Oklahoma. 1979.
- Huerta, I.J. La sociedad mexicana de Psicología y la Psicología Industrial en México. Primer congreso mexicano de Psicología. U.N.A.M. 1974.

- Kenneth, H.B. Understanding motivation of plaque control. Health Education .1982, Vol.13, Núm.3, págs. 38-41.
- Kleimbaum, D.G., et al. Applied Regression Analysis and Other -
Multivariable Methods. Ed. Duxbury Press. Belmont, -
California. 1978.
- Klevens, J.W.L. Re-housing and infections by soil transmitted --
helminths in Singapore. Singapore Medical Journal. -
1966, Vol.7, págs. 12-29.
- Kourany, M. y Vázquez, M.A. Housing and certain socioenvironmental
factors, and prevalence of enteropathogenic bacteria among infants with diarrhoeal disease in Panama. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 1969, Vol.18, págs. 936-941.
- Kumate, J. Las enfermedades infecciosas del hombre: evolución, civilización y adaptación. Gaceta Médica de México. -
1977, Vol.113, Núm.6, págs. 263-272. (a)
- Kumate, J., Cañedo, L. y Pedrotta, O. La salud de los mexicanos y -
la Medicina en México. México, Ed. El Colegio Nacional. 1977. (b)
- Kumate, J. Las enfermedades infecciosas en México. En la obra de F. Ortiz Quezada (dir), Vida y Muerte del Mexicano. -
Vol.1, México, Folios Ediciones, 1982.
- Laurell, A.C. Crisis y salud en América Latina. Cuadernos Políticos. -
1982. Núm.33, págs.32-45. (b)
- Laurell, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista -
Latinoamericana de Salud. 1982, Núm.2, págs. 7-25.
(a)
- Laurell, A.C. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos. -
1978, Núm.17, págs. 59-79.

- López Acuña, D. La salud desigual en México. (5a. ed.), México, Ed. Siglo XXI, 1984.
- Magura, A. Investigation of the relation between low back pain and occupation: 1. Age, sex, community, education and other factors. Industrial Medicine and Surgery. 1970 Vol. 39, Núm. 465. (a)
- Magura, A. Investigation of the relation between low back pain and occupation: 2. Work History. Industrial Medicine and Surgery. 1970, Vol. 39, Núm. 504. (b)
- Maxwell, A. E. Multivariate Analysis in Behavioral Research. Ed. Chapman and Hall. Londres, 1977.
- Merlin, P. F. Prueba de Hipótesis en Regresión Múltiple. Marzo 1983. Inédito.
- McCormick, E. J. e Ilgen, D. Industrial Psychology. (7a. ed.), New Jersey, U.S.A. Prentice Hall Inc. 1980.
- McCormick, E. J. y Tiffin, J. Industrial Psychology. (6a. ed.), London, George Allen & Unwin. 1975.
- McKeown, T. y Lowe, C. R. Introducción a la Medicina Social. México, Siglo XXI, 1981.
- Mendes, R. Salud ocupacional, Una área prioritaria en la salud de los trabajadores. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1982, Vol. 93, Núm 6, págs. 506-519.
- Menéndez, E. Modelo médico, crisis y estrategias de acción del sector salud. En la obra de E. Rajchenberg y J. Teixeira (dirs.), Memorias del coloquio: Salud y seguridad en el trabajo en México. Situación actual y perspectivas. México, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Economía, U.N.A.M., 1984.

- Morrison, D.F. *Multivariate Statistical Methods*. Ed. Mc Graw Hill. New York. 1967.
- Necesidades Esenciales en México. Vol.4. Salud.México. Siglo XXI. 1983.
- Organización Panamericana de Salud.O.M.S. Las condiciones de salud en Las Américas. 1969-1972. Publicaciones científicas, Washington, 1974, Núm.287.
- Ortiz Quezada, F. La enfermedad y el hombre. México. Ed. Nueva Imágen. 1985.
- Popham, W.J. Appropriate **measuring instruments for** health education investigations. Health Education. 1982, Vol.13 Núm.3, págs. 23-26.
- Ramírez, P.J.A. Proyecto Educación para la Salud: Investigación Salud y Trabajo. México, E.N.E.P. Iztacala, U.N.A.M. 1982.
- Roth, E. Proyecto Educación para la Salud. México, E.N.E.P. Iztacala, U.N.A.M. 1981.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. Behavioral Medicine revisited: An amended definition. Journal of Behavioral Medicine. 1978, Vol.1, Núm.3, págs.249-251.
- Sharpe, R. y Lewis, D. Thrive on stress. España. Luis de Caralt Editor S.A. 1979.
- Silbret, M., Schneider, N. y Braunstein, J.J. Life-style in our modern urban society. En la obra de J.J. Braunstein y R.P. Toister (dirs.), Medical Applications of the Behavioral Sciences. Chicago. Year Book Medical Publishers, Inc. 1981.
- Stainbrook, G. y Green, L.W. Behavior and behaviorism in Health Education. Health Education. 1982, Vol.13, Núm.6, págs. 14-19.

- Tecla, J.A. Hipótesis de enfermedad y clase obrera. Inédito.
- Tiffin, J. y McCormick, E.J. Sicología Industrial. México, Ed. Diana, 1982.
- Timio, M. Clases sociales y enfermedad. México .Ed. Nueva Imá--gen. 1980.
- Timm, N.H. Multivariate Analysis with Applications in Education and Psychology. Ed. Brooks/Cole Publishing. Monterrey, California, 1975.
- Torres G.J. Evolución del concepto salud-enfermedad. Revista - Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. 1981. Año XXVII, Núm. 106, págs. 15-38.
- Weiss, S.M. Behavioral Medicine: An idea... En la obra de J.R. McNamara (dir.), Behavioral approaches to Medicine. - Application and analysis. New York, Plenum Press, 1979.
- White, L.S. How to improve the public's health. The New England - Journal of Medicine. 1975, Vol. 293, Núm. 15, págs. 773-774.
- Winkelstein, W. y French, F.E. (comps.) The role of ecology in - the design of a health care system. Basic Readings - in Epidemiology. New York, MSS Information Corpora--tion 1972.