

Azul claro

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**IZTACALA - U N. A. M.
P S I C O L O G I A**

LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD LABORAL

*P0223/85
Ej. 2*

**REPORTE DE INVESTIGACION
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
ALEJANDRO CAMPOS HUICHAN
HECTOR CAMPOS HUICHAN**

Los Reyes Iztacala, México

1 9 8 5



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 nuestros amados, maravillosos e inolvidables

Abuelos: Altagracia y Antonio
 Clarita y Melitón

Padres: Amalia y Andresito

Hermanos: Ismael, Mario, Benjamín, Gregorio y Víctor,
 y sus compañeras

Hermanas: María de la Luz, Remedios, Marcela y María
 de los Angeles, y sus compañeros

por haber hecho posible lo que somos y con el
 deseo de seguir siendo como ellos

A Susana, Eduardo y Angel
por su imprescindible ayuda y
por su permanente comprensión

A Karlita, la más pequeña

Al doctor Segura, guardián
sanitario de nuestra familia

A Mamá y a Evita, deseando
profundamente que sanen pronto

Con profundo agradecimiento y
admiración a Fausto Merlín,
profesor y amigo

A Toñita Rentería: por
su valiosa colaboración

Indice

	Introducción	1
I	Capitalismo y proceso salud-enfermedad	5
	Aproximaciones al proceso salud-enfermedad	5
	Capitalismo y teoría y práctica médicas	12
	Proceso salud-enfermedad: una perspectiva- multidisciplinaria	19
II	El proceso salud-enfermedad en México	22
	Panorama de la salud en México	22
	Morbimortalidad en México	31
	Servicios de salud en México: una modali- dad clasista	37
III	El proceso salud-enfermedad laboral en México	41
	Proceso de trabajo capitalista	41
	Morbimortalidad laboral en México	45
	Legislación laboral y Medicina del Trabajo en México	57
IV	La Medicina Conductual y el proceso salud- enfermedad	61
	Origen y desarrollo de la Medicina Conduc- tual	61
	Estilos de vida y salud	66
	Estilos de vida y la salud de los trabaja- dores	73
V	Ubicación de la Investigación Salud y Trabajo	76
	Educación para la Salud	76
	Proyecto Educación para la Salud	77
	Investigación Salud y Trabajo	80
	Estudio: La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral	82
	Método	83
	Resultados y Análisis	86
	Conclusiones	106
	Apéndice 1	117

Apéndice 2	125
Apéndice 3	135
Referencias	143

4 - El proceso salud-enfermedad es un fenómeno que se --
presenta en individuos que trabajan y viven bajo condiciones
socio-históricas particulares y que está determinado--
por factores de índole biológica, psicológica y social. -
Sin embargo, dado que lo social subordina a lo biológico-
y a lo psicológico, el estudio de la problemática de la -
salud debe tomar en cuenta las particularidades económi--
cas, políticas y sociales de la sociedad bajo estudio. Es
decir, para abordar la problemática de la salud es impresci
ndible realizar un análisis concreto. Consecuentemente,
en el presente reporte de investigación se estudia tal --
problemática bajo un modo de producción concreto (el modo
de producción capitalista) en un país concreto (México).

* - Bajo el modo de producción capitalista existe una heg
emonía médica en el campo de la salud la cual conlleva un
a concepción reduccionista del proceso salud-enfermedad-
y una práctica acorde con ésta. Debido a esto se revisan-
la teoría y práctica médicas propias de dicho modo de produ
cción, las cuales están vigentes en México. Asimismo, -
se cuestiona el hecho de que sólo el personal médico tenga
cabida en el campo de la salud. Como una secuela de este
cuestionamiento a la hegemonía médica en el ámbito de-
la salud, se hace factible la incorporación del psicólogo,
entre otros profesionales no médicos, a la conceptualizaci
ón del proceso salud-enfermedad y al trabajo encaminado
a la solución de la problemática de la salud. Específicamen
te, la incorporación del psicólogo al campo de la salud
es ineludible dada la unidad bio-psico-social del hombr
e; en consecuencia, se requiere una conceptualización -
del proceso salud-enfermedad que parta de dicha unidad y-
que asigne su peso específico y su concatenación dialéctica
a los diversos factores de índole biológica, psicológi

ca y social que actúan sobre tal proceso. En el presente reporte dicha incorporación del psicólogo se aborda a la luz de una aproximación multidisciplinaria.

Una aproximación multidisciplinaria incorpora a diversos profesionales —médicos, sociólogos, psicólogos, etc.— que consideran que la problemática de la salud está inserta en una totalidad social concreta y que integran a un enfoque histórico-social del proceso salud-enfermedad los conocimientos acumulados por los enfoques monocausal y multicausal a tal proceso. Así, en el presente reporte se analizan los diferentes enfoques históricamente desarrollados sobre el proceso salud-enfermedad, señalando el enfoque histórico-social como la piedra angular de una aproximación multidisciplinaria.

« Ahora bien, uno de los objetivos del presente trabajo es analizar críticamente la participación de la Medicina Conductual en el contexto de la salud laboral. Esto obedece a dos razones. Por un lado, la Medicina Conductual —originada y desarrollada en Estados Unidos— forma parte del sustento teórico del Proyecto Educación para la Salud perteneciente a la Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación (UIICSE) de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Por otro lado, dentro del Proyecto Educación para la Salud, la Investigación Salud y Trabajo —de la cual forma parte el presente reporte de investigación— está explorando las potencialidades de la participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral.

Entonces, con el fin de conocer la aplicabilidad de los planteamientos de la Medicina Conductual a la problemática de la salud laboral en México y teniendo presente la necesidad de un análisis concreto, se describe una pa-

norámica de la salud y de los servicios de salud en México y se caracteriza al proceso de trabajo capitalista en nuestro país y a la morbilidad producida por este -- proceso. Por una parte, se señalan las principales causas de morbilidad en México y se las compara con las de Estados Unidos con el fin de enfatizar que en este país -- las principales causas de morbilidad (enfermedades -- crónico-degenerativas) están asociadas estrechamente con patrones particulares de comportamiento. —relación en la que se basa parcialmente la justificación de los planteamientos de la Medicina Conductual— en contraste con lo -- que ocurre en nuestro país, donde las enfermedades infecto-contagiosas son protagonistas del panorama de morbilidad. Por otra parte, con el objeto de analizar las relaciones entre el proceso salud-enfermedad y el proceso -- de trabajo, se concibe a éste como una unidad compuesta -- de los momentos productivo y reproductivo y se plantea -- que los daños a la salud de los trabajadores se corresponden estrechamente con las particularidades del proceso de trabajo.

* En síntesis, la aproximación de la Medicina Conductual al proceso salud-enfermedad en general y al proceso salud-enfermedad laboral en particular, se analiza en términos de las realidades sanitarias de nuestro país y, concretamente, en términos de las realidades sanitarias y laborales de las clases trabajadoras en México.

> Dicho análisis se concreta en el seno de la Investigación Salud y Trabajo. En efecto, tal investigación plantea estudiar tanto las relaciones entre los estilos de vida —considerados por la Medicina Conductual como factores de riesgo conductuales cuya modificación o control se plantea como el medio idóneo para la prevención de deter-

minadas enfermedades— y el proceso salud-enfermedad laboral como las relaciones entre este proceso y algunos factores socioeconómicos —calidad de la vivienda, tipo de actividad laboral desempeñada, salario, etc.

Concretamente, el presente reporte de investigación— comprende la elaboración de un instrumento de evaluación— (un cuestionario) con el cual se recoge información acerca de los llamados estilos de vida y de algunos factores socioeconómicos, en su relación con el proceso salud-enfermedad laboral. También se realiza un estudio piloto -- que consta de dos etapas: a) la aplicación del instrumento de evaluación a un pequeño grupo de trabajadores y b) la reestructuración del contenido, extensión y redacción de los reactivos del instrumento de evaluación. Asimismo, el presente reporte pretende analizar la relación entre los llamados estilos de vida y los factores socioeconómicos, con el fin de dilucidar el papel que juegan éstos en la determinación de aquéllos. Es decir, se pretende estudiar el rol que juegan los momentos productivo y reproductivo del proceso de trabajo en la determinación de los denominados estilos de vida.

Consecuentemente, en el presente reporte de investigación se plantea la categoría "proceso de trabajo" como alternativa de análisis de la problemática de salud de -- las clases trabajadoras.

Por último, cabe aclarar que diversos tópicos tratados a lo largo del presente trabajo requieren un trata-- miento más exhaustivo y preciso para lograr una compren-- sión más cabal de la problemática bajo estudio. Así, por ejemplo, las nociones de modo de producción capitalista, dependencia económica, política y social, clase social, etc. precisan un análisis pormenorizado el cual escapa a los alcances del presente reporte.

I CAPITALISMO Y PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Aproximaciones al proceso salud-enfermedad

Históricamente se han desarrollado diversos enfoques que abordan el proceso salud-enfermedad. En el presente trabajo, nos centramos en tres de ellos: monocausal, multicausal o ecológico e histórico-social.

El enfoque monocausal se basa en la doctrina de la etiología específica. Esta doctrina plantea que un factor-específico —un microorganismo— puede ocasionar una enfermedad en un organismo sano (Dubos, 1975). El sustento-teórico de esta doctrina está enraizado en los trabajos experimentales de Pasteur y Koch, desarrollados en la segunda mitad del siglo XIX. Estos investigadores concluyeron que a) el microorganismo se halla siempre con la enfermedad, b) el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad y c) el microorganismo, aislado de quienpadece la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad en un animal experimental -- susceptible (Dubos, 1970; Rojas, 1984).

La doctrina de la etiología específica sostiene que cada enfermedad tiene una causa bien definida y que la mejor forma de controlarla es atacar este agente causal o, en su defecto, concentrar el tratamiento en las partes afectadas del cuerpo (Dubos, 1975). Es decir, la piedra angular de la práctica médica derivada de esta doctrina consiste en eliminar el o los agentes patógenos (físicos, -- químicos o mecánicos) causantes de la alteración de las funciones "normales" del organismo en cuestión (Rojas, -- op. cit.).

El propio Dubos, cuya especialidad profesional es la biología médica, es opositor del enfoque monocausal y defensor de un enfoque alternativo: el multicausal o ecológico. Con las consideraciones siguientes, entramos a tratar este enfoque alternativo.

Dubos señala que "...la búsqueda de la causa puede ser un empeño estéril, pues la mayoría de los estados patológicos son resultado indirecto de toda una serie de factores y no resultado directo de determinantes individuales" (Dubos, 1975:115). Además, este autor plantea que las acciones experimentales derivadas de la doctrina de la etiología específica han permitido "...descubrir agentes infecciosos y estudiar algunas de sus propiedades, pero han significado necesariamente el descuido —y a menudo el retraso del reconocimiento— de los muchos otros factores que contribuyen a causar una enfermedad en las condiciones prevalecientes en la naturaleza, como el estado fisiológico del individuo infectado o la índole de su medio, por ejemplo" (Dubos, 1975:119).

La doctrina de la etiología específica también ha sido cuestionada debido a que se ha llegado a comprender que infección no necesariamente es sinónimo de enfermedad (Dubos, 1975; Frenk, 1979; Rojas, op. cit.). Es decir, el hecho de que un organismo sano entre en contacto con un microorganismo patógeno, no conduce necesariamente a que aquél enferme. Por ejemplo, un hombre puede ser portador del bacilo de Hansen, del bacilo de Yersin o del bacilo de Koch, y no necesariamente enfermar de lepra, peste o tuberculosis, respectivamente.

Existe un argumento adicional que evidencia lo limitado del enfoque monocausal: en la segunda mitad del siglo XIX, se realizaron en Europa transformaciones sociales —saneamiento ambiental, mejoramiento en la calidad de la alimentación, mejoramiento de las viviendas, etc.— que produjeron la casi erradicación de enfermedades microbianas graves tales como la lepra, la peste, el tifus, el paludismo, etc. Esto ocurrió antes de que se formulara la

teoría de los gérmenes y casi un siglo antes de la aparición de las drogas antibacterianas (Dubós, 1975).

Entonces, en términos de la argumentación previa, en la cual se señalan las limitaciones de la doctrina de la etiología específica, es evidente que las enfermedades no son producidas por un factor específico. Es ésta la premisa fundamental del enfoque multicausal o ecológico.

En esencia, el enfoque multicausal conceptualiza al proceso salud-enfermedad en términos de una tríada ecológica: agente-huésped-medio. El agente hace referencia a un microorganismo patógeno, el huésped al individuo que entra en contacto con tal microorganismo y, finalmente, el medio a la totalidad de condiciones físicas (temperatura, contaminación, humedad, etc.) y sociales (hacinamiento, alimentación, actividad profesional, etc.) en las que ocurre la interacción agente-huésped.

Cabe aclarar que Dubos advierte la importancia de -- considerar "...la influencia que los factores socioeconómicos han ejercido en la prevalencia y severidad de las enfermedades... cada tipo de civilización ha tenido enfermedades peculiares, y en cada periodo los diversos grupos sociales de toda comunidad han sido, a su vez, diferentes a este respecto" (Dubos, 1975:194). Es decir, los factores sociales son parte del análisis que Dubos hace del -- proceso salud-enfermedad. Así, Dubós afirma que "la malaria, otras infecciones de protozoarios y las infestaciones de gusanos son causa de miseria fisiológica y económica en las regiones menos favorecidas. No obstante, en general, los países ricos del mundo occidental sufren relativamente poco por estas afecciones" (Dubos, 1975:174). Asimismo, enfatiza que "...la frecuencia de las enfermedades propias de nuestro tiempo varía de acuerdo con la re-

gión, la situación económica y la actividad profesional de la gente" (Dubos, 1975:124). Por último, menciona que "... las drogas no pueden ser efectivas, a la larga, sino cuando se hayan tomado medidas que corrijan las condiciones -- fisiológicas y sociales originalmente causantes de la enfermedad por tratar" (Dubos, 1975:179).

No obstante la incorporación de factores sociales al análisis que el enfoque multicausal o ecológico hace del proceso salud-enfermedad, consideramos que tal análisis es insuficiente ya que "...tienen igual importancia la provisión de agua potable y el patrón económico dominante, el drenaje y las relaciones sociales de producción, el control de la fauna nociva y el papel que desempeña el Estado" (Boltvinik y Cols., 1982:39; subrayado nuestro). Además, el enfoque multicausal "... no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino sólo señalar relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos" (Rojas, op. cit.:16). Con respecto a esto último, Frenk (op. cit.) menciona que este enfoque ha fallado en la proposición de relaciones de jerarquización y concatenación de las múltiples causas.

El enfoque multicausal, al considerar los factores sociales como de igual importancia que los factores físicos, oculta el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad ya que aísla al hombre de su contexto social. Es decir, sus consideraciones respecto al proceso salud-enfermedad son válidas para el hombre de cualquier época y de cualquier sociedad. Los planteamientos del enfoque multicausal o ecológico cumplen con el propósito ideológico de ocultar las causas fundamentales de las enfermedades y de justificar un régimen social particular.

En síntesis, el enfoque multicausal o ecológico toma

en consideración los factores sociales asociados al proceso salud-enfermedad, empero no profundiza en su estudio.- Por tanto, asumimos que para conseguir una comprensión -- más cabal del proceso salud-enfermedad, es una condición- sine qua non un análisis diferente, un análisis que profundice en las determinantes histórico-sociales de tal -- proceso.

El enfoque histórico-social permite estudiar la historicidad del proceso salud-enfermedad y su determinación socio-económica. De tal manera, Laurell (1982a) sustenta que el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad se revela así:

1) En los cambios que se dan a través del tiempo en el perfil epidemiológico de un mismo grupo social o una misma sociedad. 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, las enfermedades del sistema nervioso central y la diabetes tenían una incidencia comparativamente baja. Para 1970, aquellas enfermedades habían disminuido notablemente y estas últimas habían aumentado marcadamente.

2) En las diferencias en los perfiles patológicos observados en sociedades que se distinguen en su grado de desarrollo y de organización social. 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.

3) En el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad enferman y mueren de modo distinto. En efecto, diversos investigadores han mostrado que los individuos de distintas clases sociales presentan índices notablemente diferentes de morbimortalidad (López, 1972; Berlinguer, 1977; Kumate y Cols., 1977; Boltvinik y Cols., op. cit.).

El proceso salud-enfermedad, continúa Laurell (op. cit.), adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino que es necesario aclarar como está articulado en el proceso social. Además, el proceso biológico humano es social ya que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico; por ejemplo, no tenemos un ciclo vital de duración homogénea. Aún más, Berlinguer (op. cit.) señala que históricamente ha sido variable la duración de tal ciclo: en los milenios III a I A. C. fluctuaba entre los 25 y los 30 años (constatado por el estudio de las momias egipcias), a fines del siglo XVIII había llegado a los 30-35 años y, en las sociedades industrializadas actuales, oscila entre los 65 y los 70 años.

En lo que a la determinación socioeconómica del proceso salud-enfermedad se refiere, Torres (1981) afirma -- que históricamente los determinantes de la enfermedad y la muerte se han desplazado de la naturaleza (inclemencias climáticas, periodos de inundación o sequía, epidemias incontroladas) a la sociedad (baja remuneración económica, desempleo, sobrefatiga por un trabajo desmedido).

Entonces, el enfoque histórico-social estudia la realidad en su conjunto, en sus múltiples nexos y determina-

ciones; considera a la realidad como una totalidad concreta, histórica, en la cual se encuentran y desarrollan todos los procesos y objetos. Así, el proceso salud-enfermedad, que se presenta en individuos que trabajan y viven bajo determinadas condiciones socio-históricas, es parte de esa totalidad (la formación social). Por tanto, la explicación de dicho proceso se encuentra en la base material de la sociedad, es decir, en la forma en que ésta se organiza para producir y reproducirse (Rojas, op. cit.).

Si en el estudio del proceso salud-enfermedad no tomamos en consideración la estructura económica de las formaciones sociales concretas, obtendremos resultados unilaterales y representaciones mecanicistas (Tecla, 1982).

Es de la mayor importancia precisar que en la interpretación del proceso salud-enfermedad propia del enfoque histórico-social, se contempla la unidad de ese proceso y su carácter dual, biológico y social. Además, se reconoce la especificidad de lo biológico y de lo social. No obstante, lo social tiene una jerarquía distinta que la de lo biológico ya que lo biológico está condicionado por circunstancias socio-históricas concretas.

Por tanto, de acuerdo con el enfoque histórico-social, la determinación "...de cualquier patología tiene que buscarse no solamente en la esfera biológica, sino en otros elementos de la estructura y organización social que pueden condicionar o determinar la presencia de la enfermedad. -- Por ejemplo, las condiciones adversas en el trabajo (inadecuadas e insuficientes medidas de seguridad industrial) -- contribuyen a elevar la tasa de accidentes y enfermedades de trabajo. De igual manera, la falta de capacidad económica, derivada de condiciones de empleo poco favorables para el trabajador (tipo de contrato, remuneración) condiciona-

la adquisición de nutrientes de poca calidad y en cantidad insuficiente, el alojamiento en viviendas y medios - insalubres, la carencia de condiciones higiénicas para - tratar los alimentos y excretas, la falta del vestido adecuado y limpio para soportar las agresiones del medio- (cambios climatológicos, microorganismos patógenos), todo lo cual da como resultado un mayor riesgo de contraer la llamada patología de la pobreza (enfermedades infecciosas y parasitarias), y hace que se eleve la mortalidad" (Rojas, op. cit.:199-200).

Capitalismo y teoría y práctica médicas

Basados en el enfoque histórico-social, partimos de la tesis de que la determinación fundamental del proceso-salud-enfermedad se encuentra en la forma en que la sociedad se organiza para producir y reproducirse. Así, en el presente trabajo estudiamos el proceso salud-enfermedad - en un modo de producción concreto: el modo de producción-capitalista.

Marx introdujo una distinción entre dos niveles de - estructura social: la infraestructura o modo de produc--- ción y la superestructura (Waitzkin, 1978).

El modo de producción es la forma en que se obtienen los medios materiales necesarios para el hombre. El modo-de producción constituye la unidad de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción. Por un lado, las fuerzas productivas se refieren al conjunto de los medios de producción (materias primas, herramientas, maquinaria, etc.) y de los hombres que los emplean en el proceso de - producción. Por otro lado, las relaciones de producción -

son las relaciones sociales que se establecen entre los - hombres en el proceso de producción. El carácter de las - relaciones de producción depende de las relaciones de pro- piedad de los medios de producción (Marx, 1973; Marx, --- 1981a; Borisov y Cols., 1976; Torres, op. cit.; Rojas, -- 1983; Rojas, 1984).

Específicamente, el modo de producción capitalista - se basa en la propiedad privada de los medios de produc- ción y en la explotación del trabajo asalariado. Marx --- (1981a; 1981b) concibe como una unidad indisoluble al ca- pital y al trabajo asalariado: el capital presupone al -- trabajo asalariado y éste al capital, ambos se condicio- nan y engendran recíprocamente.

El capital es una relación social de producción entre la clase capitalista, que posee los medios de producción, y la clase proletaria, que carece de dichos medios, y, en consecuencia, se ve obligada a vender su fuerza de trabajo a los capitalistas para subsistir. Entonces, la fuerza de trabajo no es más que una mercancía; en realidad, el obrero cambia su mercancía, la fuerza de trabajo, por otras -- mercancías de todo género y siempre en una determinada pro- porción (valor de cambio de la fuerza de trabajo). El va- lor de cambio de una mercancía, expresado en dinero, es su precio; así, el salario es el precio de la fuerza de traba- jo. Dado que el precio de toda mercancía está determinado por su costo de producción, el precio de la mercancía fuer- za de trabajo está también determinado por su costo de pro- ducción. El costo de producción de la fuerza de trabajo es lo que cuesta sostener al obrero como tal y educarlo para- este oficio. Así, cuanto menos tiempo de aprendizaje exija un trabajo, menor será el costo de producción del obrero y más bajo su salario. Por tanto, el costo de producción de-

la fuerza de trabajo se basa en los gastos de existencia y reproducción del obrero; el salario así determinado es lo que se llama el salario mínimo (Marx, 1981a).

El salario pagado al obrero sólo aparentemente retribuye todo el trabajo que éste desarrolla durante la jornada; sin embargo, una parte de este trabajo queda sin retribuir. Este trabajo no retribuido o plus-trabajo crea un plusproducto y una plusvalía. Esta característica define al trabajo asalariado y conduce a la reproducción del obrero como obrero y del capitalista como capitalista (Marx, 1981b).

La producción de plusvalía, valor que el trabajo no pagado del obrero asalariado crea por encima del valor de su fuerza de trabajo y del que se apropia gratuitamente el capitalista, constituye el contenido específico y el fin concreto del modo de producción capitalista.

Para la consecución de este fin, el capitalismo requiere que la fuerza de trabajo se reproduzca en ciertas cantidades y con cierta calificación. El consumo de la fuerza de trabajo, resultado del proceso productivo, implica también su reposición, mantenimiento y reconstitución. Para lograr esto se requiere de un ejército industrial de reserva, cuyas funciones son abaratar la fuerza de trabajo y restituir en forma inmediata a la fuerza de trabajo gastada (Tecla, op. cit.).

Así, la sociedad se organiza para producir y reproducirse de acuerdo con relaciones capitalistas de producción que permiten la obtención de la máxima plusvalía. Para que esto ocurra se necesitan determinadas condiciones sociales: la existencia de una clase social que posea sólo su fuerza de trabajo para subsistir, y de otra que monopolice los medios de subsistencia y de producción (Ro-

jas, 1983).

En lo que a la superestructura se refiere, Torres afirma que ésta consiste en "...el conjunto de ideas, instituciones y relaciones sociales, que tienen como fundamento una base económica dada. Las ideas sociales configuran la ideología de la superestructura bajo la influencia de la clase dominante. Las principales instituciones son el Estado, las organizaciones jurídicas, políticas, religiosas, etcétera" (Torres, op. cit.:22).

Por su parte, Waitzkin (op. cit.) sustenta que la superestructura incluye las instituciones gubernamentales y legales, así como las ideologías dominantes de un periodo histórico específico. Los eventos de la historia emergen principalmente de las fuerzas económicas; esta determinación económica da primacía causal a la esfera de la producción y al conflicto de clases. Por tanto, la infraestructura económica generalmente determina las características específicas de la superestructura. La ideología y otras partes de la superestructura ayudan a mantener y reproducir las relaciones sociales de producción y, especialmente, los patrones de dominación.

Finalmente, Marx (1973) señala que el modo de producción de la vida material condiciona el proceso de vida social, política e intelectual en general. Asimismo, menciona que infraestructura y superestructura constituyen un todo orgánico.

Además de estas consideraciones generales acerca del modo de producción capitalista, de las cuales partimos para estudiar la problemática de nuestro interés, es decir, la problemática del sector salud, consideramos imprescindible que ésta sea también analizada en términos de las relaciones económicas, políticas y sociales entre los países.

ses desarrollados y los países subdesarrollados.

Esencialmente, algunos países (los subdesarrollados) son proveedores de materias primas y de mano de obra barata, mientras que otros (los desarrollados) producen mercancías manufacturadas, desarrollan la tecnología y las exportan junto con sus capitales a aquellos países (Tecla, op. cit.).

En su análisis de las naciones de América latina, México incluido, Navarro es categórico al afirmar que "...la principal causa del subdesarrollo latinoamericano reside en la naturaleza, sujeto y control de la inversión económica y social, que conduce a una pauta de producción y consumo dirigida hacia el aumento de los beneficios de los extranjeros y nativos que controlan ese capital, en vez de estar encaminada a estimular la distribución equitativa de los recursos en las diversas naciones latinoamericanas" (Navarro, 1979:42). Entonces, el subdesarrollo de los países pobres lo causa principalmente la dependencia cultural y tecnológica y el uso insuficiente y mal dirigido del capital existente por parte de ciertos grupos nacionales e internacionales que lo controlan. Así, el origen de la fuente de subdesarrollo es la intrusión en las sociedades pobres de los valores culturales de los países desarrollados, junto con su tecnología y su capital.

Esta situación de dependencia cultural y económica de los países subdesarrollados respecto de los países capitalistas centrales, se manifiesta, evidentemente, en el sector salud. Así, la teoría y práctica médicas originadas y desarrolladas en los países hegemónicos (desarrollados) han sido impuestas en las naciones subdesarrolladas.

Esta teoría y práctica médicas constituyen el llamado Modelo Médico Hegemónico. Este modelo se instituye en

países capitalistas desarrollados y se consolida en la -- tercera década del siglo XIX (Menéndez, 1978).

Las características del Modelo Médico Hegemónico --- son: biologismo, ahistoricidad, asocialidad, pragmatismo e individualismo. Como consecuencia, el Modelo Médico ubica los factores etiológicos y curativos en el individuo, - o a lo sumo en un ambiente "natural"; así, la dimensión - biológica aparece como el nivel a través del cual se plantea la causalidad y la solución. Por otro lado, la práctica médica se centra en la enfermedad "en sí", eliminando la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas - que afectan la salud global del hombre. Esta práctica médica opera predominantemente en el plano curativo y margina - o secundariza las políticas preventivas (Menéndez, 1984).

Asimismo, el Modelo Médico cumple con tres funciones distintivas:

1) Curativa-preventiva. Esta función generalmente es reconocida como la única o como la más importante. Es decir, con esta función se identifica a la práctica médica.

2) Controladora. Esta función se observa en la medida en que el tipo de organización institucional requiere un ordenamiento para asegurar su funcionamiento. Por ejemplo, el desarrollo de la Salud Pública supone la exten--- sión cada vez mayor de amplias zonas de control (cuarentena, vacunación obligatoria, obligaciones en drenajes, etc.) que suponen ordenamientos en el dominio privado.

3) Legitimadora. Esta función sirve para confirmar - las concepciones ideológicas dominantes. Así, el Modelo - Médico es reconocido por el conjunto de las clases sociales como el medio más eficaz de cura y de control de de-- terminadas enfermedades y "desviaciones" (Menéndez, 1984).

A mediados de la década 1960-1970, el Modelo Médico-

entra en una crisis que puede resumirse en la siguiente serie de indicadores:

1) Aumento de los costos de atención a la salud. Este aumento está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo médico y secundariamente en el incremento del costo del personal.

2) Aumento correlativo de la intervención médica, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas.

3) Ineficacia práctica. El Modelo Médico cada vez es más incapaz de resolver los problemas prioritarios de salud. Por ejemplo, los problemas nutricionales, las llamadas enfermedades mentales, etc.

4) Incongruencia entre el perfil epidemiológico dominante y el tipo de atención médica (curativa-individual, de base hospitalaria).

5) El reconocimiento de que junto con las funciones de curación y prevención, el Modelo Médico cumple con funciones de control social e ideológico (Menéndez, 1978; -- 1984).

No obstante esta crisis del Modelo Médico, el Estado garantiza su hegemonía dada su consistencia con el sistema económico capitalista y, consecuentemente, suprime cualquier aproximación alternativa que pueda amenazar a tal sistema. De hecho, a través del sistema de salud, el Estado actúa para legitimar el sistema económico capitalista basado en la empresa privada. El Estado apoya políticas y programas que no entran en conflicto con el proceso económico capitalista basado en las ganancias privadas. En la mayoría de las sociedades capitalistas, el Estado se ha opuesto a cambios estructurales que lesionan la práctica médica privada, el control privado de la mayoría

de los hospitales y las ganancias de las industrias farmacéutica, de equipo médico, aseguradora y otras que operan en el sistema de salud (Waitzkin, op. cit.).

Proceso salud-enfermedad: una perspectiva multidisciplinaria

La crisis del Modelo Médico ha cuestionado la hegemonía del médico en el sector salud. Así, ha comenzado a superarse la identificación de atención a la salud con atención médica y empieza a comprenderse que la atención médica es apenas un componente, y no el único importante, de la atención a la salud (Frenk, op. cit.). Por ejemplo, el Modelo Médico es incapaz de combatir a las llamadas enfermedades "mentales" o psicológicas (psicopatología), cada vez más evidentes en la sociedad capitalista (Gómez, --- 1982). En consecuencia, la participación del psicólogo en el sector salud no debe ser soslayada.

El enfoque histórico-social, al considerar a la salud-enfermedad como un proceso bio-social, incorpora necesariamente a los investigadores sociales como una parte sustantiva del equipo multiprofesional que pretende estudiar el proceso salud-enfermedad.

Entonces, el proceso salud-enfermedad está influido por factores de índole biológica, psicológica y social -- (Frenk, op. cit.; Kickbusch, 1981; Hernández, 1980). Consecuentemente, la problemática involucrada en el proceso salud-enfermedad no compete exclusivamente a los médicos o a los llamados equipos de salud. Es decir, el estudio del proceso salud-enfermedad requiere la participación -- coordinada de médicos, psicólogos, sociólogos, economistas, comunicólogos, etc.

Una alternativa teórico-práctica al Modelo Médico Hegemónico debería, en principio, tener presente que no es posible elaborar una definición del proceso salud-enfermedad válida para sociedades diversas o para las diferentes clases sociales de una misma sociedad, ya que ~~la~~ relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo otra oculta de carácter ideológico. Es decir, la mera presencia de un fenómeno biológico anormal no es suficiente para que se presume enfermedad. Es necesaria, además, una interpretación de este fenómeno. Las bases de tal interpretación no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino que además en ella interfieren valores socialmente determinados" (Laurell, 1975:80-81). En consecuencia, la conceptualización del proceso salud-enfermedad adquiere diversas formas, "...según las condiciones materiales de trabajo y de vida y los marcos culturales e ideológicos propios de cada grupo social, todo lo cual es una expresión concreta del modo de producción dominante en las distintas formaciones sociales" (Rojas, 1984:185).

No obstante, ^{se debe tener} tenemos la certeza de que es necesaria una conceptualización del proceso salud-enfermedad que --parta de la unidad bio-psico-social del hombre, que asigne su peso específico y su concatenación dialéctica a los diversos factores de índole biológica, psicológica y social que actúan sobre tal proceso.

Si partimos de que el proceso biológico humano mismo es social, ya que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre al margen del momento histórico (Laurell, 1982); si consideramos que las funciones psicológicas son determinadas por el sistema de relaciones sociales, bajo cuya influencia se encuentra el hombre desde las primeras

fases de su desarrollo como individuo (Luria, 1980); y, - si tenemos presente que todo hombre vive en una sociedad-concreta creada por otros hombres que le precedieron y -- que todas sus relaciones con su mundo circundante se ha-- llan siempre mediatizadas por sus relaciones con otros -- hombres (Leontiev, 1973), es ineludible una aproximación-multidisciplinaria al proceso salud-enfermedad ya que és-- te se presenta en individuos que trabajan y viven bajo de terminadas circunstancias socio-históricas.

Además, la aproximación multidisciplinaria no debe - tener la función simple de colaborar para que la activi-- dad médica se expanda (ampliación de la cobertura de los- servicios de salud), sino que debe estudiar la problemáti- ca del proceso salud-enfermedad en sus relaciones dialéc- ticas con la totalidad del sistema social.

II EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN MEXICO

Panorama de la salud en México

México se caracteriza por ser un país capitalista de pendiente, fundamentalmente de Estados Unidos. Esta situación ha sido impuesta para reproducir y mantener las relaciones de dominación y explotación a través de las inversiones y de la tecnología, los organismos internacionales de crédito, la injerencia en asuntos políticos mediante los medios de comunicación masiva, etc.

Los siguientes datos sobre exportaciones, importaciones e inversiones, revelan la dependencia económica de México respecto de Estados Unidos:

En 1980 las exportaciones de México a Estados Unidos alcanzaron el 61.6%, en tanto que las importaciones mexicanas provenientes de dicho país alcanzaron el 62.3%. Esto se tradujo en un déficit para México de 2 688 millones de dólares.

En cuanto a las inversiones extranjeras en México, - Estados Unidos ocupó el primer lugar con 68.75%, Inglaterra el segundo con 5.6% y Alemania Federal el tercero con 4.2% (Rojas, 1984).

La estructura económico-social de un país ejerce una determinación primaria sobre el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, debe considerarse que las características específicas de este proceso no son un reflejo mecánico de tal estructura económico-social. Es decir, no podemos aceptar explicaciones lineales en cuanto a las relaciones entre el proceso salud-enfermedad y la estructura económico-social.

No obstante, el análisis profundo de la estructura económico-social mexicana trasciende los objetivos del presente trabajo. De cualquier manera, se puntualizan, a lo largo del mismo, algunos aspectos fundamentales de es-

ta estructura económico-social indispensables para el estudio y la comprensión del proceso salud-enfermedad.

Las relaciones sociales de explotación dominantes en la sociedad capitalista mexicana permiten el surgimiento de diversos fenómenos o condiciones que influyen de manera negativa directa o indirectamente, mediata o inmediatamente, en el proceso salud-enfermedad de las clases trabajadoras y sus grupos familiares: desempleo y subempleo, vivienda insalubre, desnutrición, educación formal escasa, alta contaminación ambiental y veloz crecimiento demográfico.

Desempleo y subempleo. Una característica esencial de la población económicamente activa en las sociedades donde prevalece el modo de producción capitalista es el desempleo permanente, resultado del aumento de la productividad del trabajo. En México, por ejemplo, en 1979 había 8 millones de subempleados o desempleados encubiertos, 1 400 000 desempleados abiertos y más de 700 000 personas sin absolutamente ningún trabajo e ingreso (Rojas, 1984).

La implantación en 1976 de una política económica de corte estrictamente monetarista, a partir del Convenio de Facilidades Ampliadas que suscribió México con el Fondo Monetario Internacional, contribuyó a la configuración de los índices de desempleo y subempleo previamente mencionados. Esta "política de austeridad" se ve caracterizada -- por la restricción del gasto social y la racionalización de la administración pública (Laurell y Enríquez, 1980; Laurell, 1982b).

En cuanto a estos, el desempleo y el subempleo impiden u obstaculizan el consumo de satisfactores básicos tales como la vivien-

da, los alimentos, etc. Esto conduce a amplios grupos de trabajadores a "estrategias de sobrevivencia", como lo denominan Rajchenberg y Teixeira (1984), las cuales persiguen la conservación del patrón material de vida o la obtención de medios de subsistencia a través de empleos subremunerados e ilegales, en tanto no se respetan las legislaciones laborales. Esta situación tiene un efecto nocivo sobre la salud de los trabajadores, ya que se ha demostrado una relación directa entre el desempleo y los problemas psiquiátricos, la drogadicción, el suicidio y el homicidio" (Laurell, 1980).

Por otra parte

Vivienda. El modo de producción capitalista ^{se} ha conducido a las clases trabajadoras a vivir en habitaciones estrechas e insalubres. Al respecto, Marx señala que "... cuanto más y más en masa se centralizan los medios de producción, más se hacinan también las masas de obreros en el mismo espacio... por tanto, cuanto más rápidamente avanza la acumulación capitalista, más míseras son las viviendas obreras" (citado en Rojas, 1983:75).

En México, en 1970, de las 8 286 000 viviendas que fueron censadas, sólo poco más de 5 millones disponían de agua entubada: de éstas, 3 200 000 la tenían en su interior, 881 000 por fuera y 964 000 a partir de hidrantes públicos. A su vez, 3 230 000 casas que alojaban a más de 18.5 millones de habitantes, no contaban con agua potable.

Asimismo, el 41% de la población vivía en casas de piso de tierra, el 31% de las viviendas tenía baño, el 58% de las casas contaba con electricidad y el 73% tenía cocina. Respecto del hacinamiento, cabe mencionar que el 40% de las viviendas tenía un solo cuarto, el 29% dos cuartos, el 13% tres cuartos y el resto más de cuatro ha-

bitaciones. En los dos primeros grupos de casas vivían casi el 70% de la población, con un promedio de 6 habitantes por vivienda (López, op. cit.).

Rojas (1984) presenta datos aproximadamente equivalentes a los presentados por el Dr. López respecto de la vivienda en México, pero válidos para 1980.

Estas particularidades de la vivienda en México condicionan en gran medida el origen y desarrollo de enfermedades tales como tuberculosis, neumonía, fiebre reumática, cardiopatías reumáticas y las gastrointestinales.

En su análisis de las viviendas de los obreros ingleses de la segunda mitad del siglo XIX —viviendas mal construidas, mantenidas en pésimo estado, mal ventiladas, húmedas, frecuentemente de un solo cuarto, atestadas y sin mobiliario— Engels (1984) las considera como determinantes de enfermedades tales como tifus, tuberculosis, escarlatina y fiebre tifoidea. Lo anterior evidencia la vigencia de las observaciones de Engels respecto de la vivienda obrera.

Desnutrición. La desnutrición es una manifestación concreta de las relaciones sociales dominantes, en las que una reducida parte de la población se apropia de la mayoría de la producción alimentaria, mientras que la mayoría de la población consume una proporción mínima de tal producción. México padece una profunda crisis de producción de alimentos y una enorme desigualdad en la distribución y el consumo de ellos.

En un documento del Plan Nacional de Empleo, publicado en 1979, se señala que el 30% de la población más pobre dispone del 10% de los productos agrícolas, en tanto que el 15% más rico consume directa o indirectamente el -

50% de dicha producción (Rojas, 1984). [Es decir, la distribución y el consumo de alimentos se lleva a cabo de acuerdo con los niveles de ingreso existentes, lo cual indica una concentración excesiva en sectores minoritarios.]

[Esta situación adquiere gran relevancia en una sociedad semidesnutrida como la nuestra. El Dr. López (op. cit.) afirma que existe una dieta insuficiente entre la mayoría de la población del país y que los alimentos consumidos son de bajo valor nutritivo. Esto está determinado por el hecho de que el 31% de los habitantes de la República Mexicana recibe ingresos inferiores al costo de una alimentación mínima balanceada.]

Al respecto de esto último, Kumate y Cols. (op. cit.) señalan que en 1970 se determinó que, en función de los ingresos, el 65.89% de las familias ubicadas en localidades mayores de 2 500 habitantes no cubre los gastos mínimos teóricos para su subsistencia. En localidades menores de 2 500 habitantes, la cifra se eleva al 91.7%. El gasto mínimo teórico incluye requerimientos normales de alimentación, reposición de ropa, alquiler de habitación, esparcimientos, gastos escolares y de otro tipo.

[En México, los niveles de desnutrición severa afectan a 10 millones de personas, fundamentalmente niños. El 40% de la población no alcanza a cubrir las necesidades calóricas, 39% tiene un consumo deficiente de proteínas y otros nutrientes y sólo el 21% dispone de una dieta sin restricciones (Kumate y Cols., op. cit.).]

Esto se traduce en una elevada mortalidad infantil: un 90% de las defunciones en niños menores de 4 años es consecuencia directa o indirecta de la desnutrición. Además de esta elevada mortalidad infantil a que da lugar, la desnutrición expresa sus consecuencias en el deterioro

del crecimiento y el desarrollo, tanto físico como mental, de los individuos. Por ejemplo, en 1976, sólo el 22% de los niños menores de 4 años en las zonas rurales y el 40% en las urbanas tuvieron peso y estatura normales (López, - op. cit.).

Finalmente, las consecuencias de la desnutrición se traducen en daños a salud de la población, configurando - el cuadro patológico de nuestro país caracterizado por en fermedades infecciosas y parasitarias.

Educación. Respecto de la educación de los trabajado res en México, debemos tener presente que el sistema edu cativo ha incrementado en términos cuantitativos más que en calidad. Así, la educación no se adecúa a las necesida des y demandas concretas de los diversos grupos de pobla ción. En México, en 1979 se calculó un promedio de escola ridad de poco más de 3 años (Rojas, 1984).

Añádase a esta situación el hecho de que el trabajo - "...quita al obrero todo el tiempo disponible, quedándole sólo el necesario para comer y dormir, nada para el ejer cicio del cuerpo al aire libre, para gozar de la naturale za, y no hablemos de la actividad intelectual" (Engels, - 1984:153).

Educación y salud mantienen un vínculo estrecho ya - que se ha evidenciado una relación inversa entre el núme ro de años de estudio y el número de problemas de salud - (principalmente las enfermedades infecciosas y parasma rias) y de inválidos. Así, el analfabetismo es una de las deficiencias sociales que más frecuentemente aparece aso ciada con aquellas enfermedades que constituyen causas im portantes de morbilidad en México.

Contaminación ambiental. La forma en que el hombre -

Por otra parte

actúa sobre los ecosistemas varía de acuerdo con el tipo de sociedad en que se desenvuelve. Es decir, la relación que se establece entre el hombre y su medio ambiente está determinada por las formas de producción, trabajo y consumo.

El capitalismo se caracteriza por la explotación irracional de recursos naturales y humanos. Esto genera una contaminación ambiental, la cual puede ser definida como el resultado de la incorporación de materias extrañas al medio, en cantidades mayores a su capacidad de recuperar su normalidad, es decir, que permitan el reciclaje -- y/o la degradación (Sevilla, 1982). La contaminación ambiental se deriva tanto del uso irracional de los recursos naturales como de una industrialización avanzada.)

Al analizar las condiciones en que viven los mexicanos con respecto al grado de alteración ambiental, se aprecia que ha sido lesionada seriamente la naturaleza, -- sin que esto deje suponer el disfrute de condiciones mejores de vida para la mayoría.)

En México, los daños más severos al ambiente son generados por el proceso de industrialización y su disposición de los desechos. Estos daños al ambiente afectan al aire, al agua y al suelo.)

En nuestro país, la emisión total de partículas a la atmósfera es de alrededor de 4 millones de toneladas anuales, de las cuales 3 800 000 son producidas por la industria y 200 000 por los motores de los vehículos (López, op. cit.).

Otro aspecto a ser considerado ^{que considera Sevilla} es la contaminación atmosférica producto de las emanaciones petroquímicas y del reciente establecimiento de industrias contaminantes de alto riesgo, por ejemplo, la industria del asbesto ---)

(Laurell, 1980).

La contaminación atmosférica cambia la composición - del aire tal como el hombre y los organismos aeróbicos lo requieren. Como resultado de esto, el hombre padece una variedad de problemas de salud: irritación, inflamación, sensibilización y alergias, enfermedades oculares, auditivas, de la piel y del tracto respiratorio (Sevilla, op. cit.; Rojas, 1984).

Por otro lado, la contaminación del agua ocurre cuando se arrojan a la misma los desechos industriales o domésticos, o los excedentes de productos agrícolas sin tratar. En México, la mayoría de las cuencas hidráulicas sufren de una alta contaminación por los detergentes, pesticidas y fertilizantes. Debe notarse que nuestro país es uno de los más importantes productores y consumidores de plaguicidas en América latina (Sevilla, op. cit.).

Por último, la contaminación de los suelos se produce por las actividades agropecuarias y por la gran cantidad de desechos industriales y domésticos que se abandonan sobre ellos. Por ejemplo, el uso excesivo de plaguicidas provoca la degradación de los suelos. Además, la explotación de las minas libera ácidos naturales del subsuelo que junto con la disposición inadecuada de los desechos, convierten en estériles extensas superficies como ocurre en las minas de Pachuca, en Zacatecas y en otras partes del norte del país (Boltvinik y Cols., op. cit.).

La contaminación de agua y suelos produce anualmente la muerte de cuando menos 70 000 personas. Sumada ésta a las deficiencias masivas en materia de higiene y al inadecuado manejo de los desperdicios, la combinación se traduce en elevadas tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (López, op. cit.). Así, por --

ejemplo, la escasez de agua potable y la falta de accesibilidad a ella, quitaron la vida en 1974 a 50 842 personas —12% de la mortalidad general—; el 55% era de menores de un año. Adicionalmente, en 1978 la poca disponibilidad de agua potable y drenaje contribuyó a la causalidad de un número notable de casos de la siguiente morbilidad: poliomielitis (969), hepatitis infecciosa (16 445), dermatomicosis y dermatofitosis (217 849), helmintiasis (652 548) y escabiasis (192 632), (Boltvinik y Cols., op. cit.).

Por último en cuanto a la
Demografía. Consideremos tres factores de la estructura y la dinámica de la población mexicana que agudizan los problemas de salud:

El primer factor se refiere a la distribución urbano-rural de los habitantes, que da origen a un problema simultáneo de dispersión y concentración: en los núcleos rurales que comprenden el 84.3% del territorio nacional, reside el 52% de la población, mientras que en los núcleos urbano y suburbano, que abarcan el 15.7% de la superficie del país, vive el 48% de los habitantes.

El segundo factor es relativo al incremento demográfico. La tasa de crecimiento poblacional en México, en 1975, fue de 3.3%, una de las más altas de todo el mundo. Si tomamos en cuenta la tasa general de fecundidad —la cual expresa el número de nacimientos ocurridos en un año en relación con el número de mujeres en edad fértil, es decir, mujeres entre los 15 y los 44 años de edad— observaremos que México ocupa el segundo lugar más alto en América con 225.5 nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil. En otros términos, *es decir* una de cada cuatro mujeres mexicanas en edad reproductiva se embarazó y dio a luz, en

1970.

El último factor a considerar se refiere al hecho de que la población menor de 15 años ha aumentado considerablemente: en el periodo 1921-1970 aumentó del 38% al ---- 46.22%. Esto produjo, parcialmente, que se redujera el -- sector de población económicamente activa: en la década - 1960-1970, la población económicamente activa disminuyó - de 32.4% a 26.8% (López, op. cit.; Kumate y Cols., op. -- cit.).

Debe aclararse que estos factores contribuyen a la - problemática de la salud en México, empero no la determi- nan.

Morbimortalidad en México

Las características de la sociedad capitalista mexicana, así como los fenómenos o condiciones a que da lugar, configuran los patrones de morbilidad nacional. El análisis de las causas de la morbilidad que prevalecen en nuestro país se dificulta por las deficiencias de nuestros sistemas de información y de registro.

Por un lado, la estimación de la morbilidad es muy imprecisa y los datos disponibles son aproximaciones muy gruesas que en ocasiones adolecen de grandes subestimaciones. Esto puede obedecer a diversas razones: no existe un sistema de registro que indique las veces que una persona considera que está enferma, el concepto de salud no es el mismo para todas las personas y, principalmente, los servicios asistenciales insuficientes dejan al margen a un número notable de individuos.

Por otro lado, carecemos de información confiable sobre mortalidad. Los estudios de mortalidad se basan en -- los datos provenientes del registro de defunciones que -- son utilizados en la Dirección General de Estadística. Analizando los pasos por los que atraviesan los certificados de defunción y las condiciones de su obtención, podemos notar las deficiencias de esta información.

En primer lugar, en el Registro Civil se llenan las boletas especiales de la Dirección General de Estadística en base a los certificados de defunción. En esta etapa, - intervienen varios factores que contribuyen a distorsio-- nar la información tales como los errores en la transcrip-- ción o la no transcripción de todos los datos, ya que las boletas no captan el lugar y fecha de nacimiento, la na-- cionalidad del fallecido, su ocupación, si se trata o no de una muerte durante el trabajo, ni los datos del médico que expidió el certificado. Esta información, por ejemplo, podría ser útil para los estudios de mortalidad orienta-- dos a un análisis por categorías ocupacionales. Asimismo, los médicos generalmente no se adhieren a la clasifica-- ción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) - sobre las causas de mortalidad; además, la transcripción de las actas las efectúa un funcionario del Registro Ci-- vil, el cual interpreta el diagnóstico efectuado por el médico (Kumate y Cols., op. cit.).

Si sumamos a estos factores el hecho de que un im-- portante porcentaje de los certificados de defunción de la población rural carece de diagnóstico médico y que no todas las localidades rurales cuentan con oficinas de Re-- gistro Civil, las deficiencias de la información sobre - mortalidad se hacen más evidentes.

En síntesis, existe un subregistro importante de la

morbimortalidad en México que impide un análisis preciso tanto de las causas de ésta como de su magnitud. No obstante, reconociendo las limitaciones implicadas y basándonos en algunos indicadores manejados por las instituciones de seguridad social, daremos un panorama global de la morbimortalidad en nuestro país.

Morbilidad. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1975 para el valle de México, clasificó un total de 12 381 501 consultas en 150 causas de morbilidad. Las tres principales causas representaron el 31.54% del total de las consultas y fueron las siguientes: infecciones respiratorias agudas (18.40%), enteritis y otras enfermedades diarreicas (8.39%) y enfermedades de los dientes y de sus estructuras de sostén (4.75%), (Kumate y --- Cols., op. cit.).

Entonces, de acuerdo con la información de servicios de consulta externa del IMSS, las enfermedades del aparato respiratorio, las diarreas y los problemas dentales -- constituyen el panorama de la patología que se atiende.

Por otro lado, en 1971 el sistema hospitalario de México informó de 1 881 040 pacientes egresados, con promedio de estancia de 6.2 días. Los cinco principales problemas que requirieron internación fueron: partos y abortos (26.60%); infecciones y parasitosis (23.77%); accidentes, traumatismos y violencias (15.73%); patología no infecciosa del aparato respiratorio (6.44%) y problemas de nutrición y endocrinología (6.08%).

Comparando la morbilidad por egresos hospitalarios de México con los ingresos hospitalarios de Estados Unidos, en 1971, se observa: a) una proporción 9 veces mayor de enfermedades infecciosas y parasitarias en México ----

(23.77%) que en Estados Unidos (2.63%), b) una proporción casi 3 veces mayor de problemas nutricionales y endocrinológicos en México (6.08%) que en Estados Unidos (2.58%) y c) una proporción 5 veces menor de enfermedades cardiovasuculares en México (2.49%) que en Estados Unidos (13.4%), - (Kumate y Cols., op. cit.).

En suma, la morbilidad hospitalaria de nuestro país se caracteriza, principalmente, por la patología relacionada con partos y abortos e infecciones y parasitosis. Además, la morbilidad hospitalaria de México contrasta notablemente con la de Estados Unidos en lo referente a las enfermedades infecciosas y parasitarias y a las enfermedaudes cardiovasculares.

Es obvio que los datos de los servicios de consulta-externa del IMSS no pueden generalizarse a toda la población del país debido a las diferencias geográficas, ocupucionales, educativas, etc. que determinan la clase de atutención requerida, amén de que un sector muy amplio de la población no tiene acceso a los servicios médicos. Asimismo, los datos del sistema hospitalario mexicano no son reupresentativos de la población en general ya que la posibiulidad de acceso al hospital varía notablemente entre distintos grupos de la población y su internación está sujeta a distintas condiciones. No obstante, esta información nos da una idea aproximada de la morbilidad atendida en nuestro país, en la cual destacan las enfermedades infecciosas respiratorias y las enfermedades parasitarias.

Mortalidad. En México, en 1972, la tasa general de mortalidad por diversas causas fue de 9.0/1 000 habitantes, mientras que en Estados Unidos, para el mismo año, fue de 9.06/1 000 habitantes. Estas tasas brutas, sin conu

siderar la estructura por edades de la población, resultan inadecuadas para realizar comparaciones. Es preferible basarse en la tasa de mortalidad ajustada por edades, la cual para México fue de 8.4 y para Estados Unidos de 4.8 (Kumate y Cols., op. cit.).

Las 10 primeras causas de esta mortalidad general en México y en Estados Unidos se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
10 PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL EN MEXICO
Y ESTADOS UNIDOS, 1979

	MEXICO		ESTADOS UNIDOS	
	Defun- ciones	Tasa*	Defun- ciones	Tasa*
Neumonía e Influenza	69 087	131.7	57 194	27.6
Enteritis y otras en- fermedades diarrei- cas	66 864	127.5		
Enfermedades isquémicas del corazón y - otras	10 234 25 760	19.5 49.1	674 292 55 026	326.1 26.6
Ciertas causas de -- muerte perinatal	25 147	47.9	38 495	18.5
Muerte violenta	22 481	42.9		
Tumores malignos	19 217	36.6	337 398	177.7
Accidentes	13 911	26.5	113 439	54.8
Enfermedades cerebro vasculares	12 809	24.4	209 092	101.1
Sarampión	11 504	21.9		
Cirrosis hepática	11 236	21.4	31 808	15.4

Fuente: Tomado de A. C. Laurell (1982c) "El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el -- proceso de trabajo". En la obra de F. Ortiz (ed.), Vida y muerte del mexicano. Vol. 1, México, Folios Ediciones, -- 1982.

* por 100 000 habitantes

A partir de los datos previos podemos observar, por un lado, que la mortalidad en Estados Unidos es causada - fundamentalmente por las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos y las enfermedades cerebrovasculares. Por otro lado, la mortalidad en México se debe predominantemente a las enfermedades infecto-contagiosas. Un análisis detallado de la mortalidad en México por estas - causas, revela que el 76.6% del total de las defunciones - en 1974 se debió a tres padecimientos: enfermedades dia--rreicas (63.8%), tuberculosis (9.0%) y tosferina (3.8%), - (Kumate y Cols., op. cit.).

Centrándonos en México y atendiendo a los registros - de 1975 de las tasas de muerte, ajustadas por edad, para - 27 países americanos, observamos que nuestro país ocupa - el primer lugar en homicidios, el segundo en cirrosis he--pática, el cuarto en influenza y neumonías, el quinto en - tuberculosis, el séptimo en enteritis y otras enfermeda--des diarreicas y el octavo en enfermedades infecciosas y - parasitarias (López, op. cit.).

En síntesis, en el panorama de la mortalidad de nuestro país, al igual que en el de la morbilidad, destacan - las enfermedades infecciosas y parasitarias; esto contrasta con el panorama de mortalidad de Estados Unidos en el - cual son protagonistas las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

Finalmente, cabe aclarar que las reiteradas compara--ciones entre los índices de morbimortalidad de México y - Estados Unidos son imprescindibles para el desarrollo del capítulo V del presente trabajo.

Servicios de salud en México: una modalidad clasista

La atención a la salud es otro problema relacionado directamente con la organización de la sociedad. Así, para comprender la conformación del sistema de atención a la salud es necesario considerar los aspectos económicos, políticos e ideológicos que lo han creado y lo mantienen.

En el aspecto económico, la atención a la salud garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo en términos cuantitativos y cualitativos. Es decir, proteger la salud de la clase trabajadora y evitar su muerte prematura tiene como objeto proporcionar mano de obra en condiciones aceptables de salud para ser explotada por el capital. Además, considérese el hecho de que el Modelo Médico Hegemónico —en sus aspectos teórico y práctico— está vigente en México, lo cual significa que las industrias farmacéutica, de equipo médico y aseguradora operan en el contexto de los servicios de salud. Por ejemplo, se calcula que en México las empresas farmacéuticas transnacionales producen del 80 al 95% de los medicamentos, cuyas patentes son en su mayoría norteamericanas y europeas. Esto consolida al modo de producción capitalista.

En relación al aspecto político, la seguridad social —restringida meramente a la atención a la salud— representa un recurso político del Estado, ya que pretende demostrar que la contradicción entre el capital y trabajo se puede resolver en el terreno del consumo sin cambios esenciales en las relaciones sociales de producción. Esto evidencia una política de contención de las luchas reivindicativas de los trabajadores, en apoyo al capitalismo -- (Laurell, 1975; Waitzkin, op. cit.; Rojas, 1984).

En cuanto al aspecto ideológico, debe quedar claro que una manera de salvaguardar al modo de producción capitalista consiste en difundir —dentro de la práctica médi

ca misma y a través de los medios masivos de comunicación— la noción de que la enfermedad es un problema biológico - individual y por lo tanto, debe ser vencida aplicando la ciencia y la tecnología. La enfermedad así considerada, - marginando su determinación histórico-social, contribuye- parcialmente a la permanencia del modo de producción capi- talista.

Bajo esta perspectiva cobra sentido el modus operandi del sistema mexicano de atención a la salud. Este sistema cuenta con tres grandes sectores distintos: (La medicina privada, que atiende al 15% de la población; los ins- titutos de seguridad social, que atienden al 35% y los -- servicios del sector estatal (Secretaría de Salubridad y - Asistencia), los cuales, teóricamente, atienden al restan- te 50% de la población nacional // (Laurell y Enríquez, op. - cit.).

Por una parte, la medicina privada, de carácter neta- mente comercial, agrupa a casi la mitad de los médicos pa- ra atender a sólo el 15% de la población. Su alto costo y el nivel salarial bajo de las clases trabajadoras tienen- como resultado que la medicina privada sólo sea accesible a la burguesía y a algunas capas medias. Cabe resaltar el hecho de que el Estado no interviene en este sector del - sistema de atención a la salud.

Por otra parte, los institutos de seguridad social a- tienden a un tercio de la población y disponen de un 40%- de los médicos. Los derechohabientes' de estas institucio- nes —Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Insti- tuto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajado- res del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), et- cetera— son principalmente los trabajadores sindicaliza- dos del sector privado y estatal.

Finalmente, los servicios del sector estatal sólo -- cuentan con poco más del 10% de los médicos para atender a la mitad de la población del país. Empero, dado que los recursos económicos de que dispone la SSA constituyen sólo el 12% del presupuesto estatal y paraestatal, en realidad sólo atiende a un 15% de la población, quedando al -- margen de los servicios de salud aproximadamente 25 millones de personas. La población hacia la que van dirigidos los servicios del sector estatal carece de recursos para atenderse en la medicina privada y no tiene derecho a ser atendida en las instituciones de seguridad social (Laurell, 1975; Laurell y Enríquez, op. cit.).

La esencia clasista del sistema mexicano de atención a la salud se evidencia en su estructura y función mismas. Es decir, existen en México tres grandes sectores de atención a la salud que atienden a los individuos según el papel que desempeñen en el aparato productivo del país. Así, los desempleados y subempleados están marginados de los sistemas de seguridad social y de la medicina privada; -- los trabajadores asalariados-sindicalizados tienen derecho a las instituciones de seguridad social, mas no tienen acceso a la medicina privada debido a sus bajos salarios; por último, sólo los grupos sociales con mayores recursos económicos pueden ser atendidos en el sector de la medicina privada.

Aún más, las instituciones de seguridad social cubren "...esencialmente aquella población que se destaca por su importancia económica y su peso político. En 1977- estaban asegurados el 65% de los trabajadores de la industria extractiva, el 58% de los trabajadores activos en el sector de servicios, el 50% de los de la industria de -- transformación, el 49% del transporte, el 48% de la elec-

tricidad, el 34% del comercio, el 5% de la construcción y el 2% de agricultura y ganadería" (Laurell y Enríquez, -- op. cit.:3).

III EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD LABORAL EN MEXICO

Proceso de trabajo capitalista

Uno de los objetivos del presente estudio es analizar las relaciones entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo. Hasta aquí nos hemos centrado en la problemática del proceso salud-enfermedad y sólo hemos hablado someramente del proceso de trabajo.

La importancia del trabajo en el hombre es tal que éste ha sido creado por aquél. Es decir, el hombre se humanizó —dominando la naturaleza— al pasar a la vida social basada en el trabajo (Engels, 1971). La influencia del hombre sobre la naturaleza tiene el carácter de una acción intencional y planificada cuyo fin es lograr objetivos proyectados de antemano. Así, según Marx, "...el trabajo es un proceso consciente por medio del cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformar sus materiales en elementos útiles para su vida" (citado en Laurell, 1978:60).

La producción de la vida material ocurre en el proceso de trabajo. Entonces, el proceso de trabajo es básico a toda vida social, dado que su reproducción es imposible sin él. No obstante, este proceso de trabajo asume formas históricas específicas, las cuales precisan ser analizadas si es que queremos llegar a la comprensión de los procesos de salud-enfermedad que generan.

A pesar de que cada sociedad se caracteriza por un proceso de trabajo que posee rasgos específicos, todos los procesos laborales tienen en común dos momentos: el productivo y el reproductivo. En el momento productivo se obtienen los bienes al transformar las materias primas por medio del trabajo humano y con el uso de algunos instrumentos. Al producir, el trabajador se consume, se desgasta. En el momento reproductivo, se consumen los bienes y se reproduce, en principio, el trabajador (Laurell, ---)

1982c).

Es de gran importancia entender que el proceso de -- trabajo tiene un carácter unitario determinado por la interrelación entre los momentos productivo y reproductivo, ya que en dicho carácter se origina la existencia de los perfiles epidemiológicos específicos propios de los proce sos de trabajo históricos concretos.

Como ya señalamos anteriormente, el modo de produc-- ción capitalista se basa en la propiedad privada de los - medios de producción y en la explotación del trabajo asa- lariado. Es decir, el fin principal del modo de produc--- ción capitalista no es el de satisfacer las necesidades - de la población, sino el de asegurar ganancias a los due- ños de los medios de producción, mismas que ellos rein--- vierten para generar más ganancia. En consecuencia, el -- proceso de trabajo de una sociedad capitalista se organi- za de tal forma que produzca el máximo de plusvalía.

Cabe aclarar que nuestro análisis de las relaciones- entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo se centra en el proceso de trabajo capitalista más típico: el trabajo fabril.

Un análisis detallado del proceso de trabajo capita- lista permite la detección de tres elementos útiles para- la comprensión de cualquier proceso de trabajo particular:

1) Objeto de trabajo (materias primas). El estudio - del objeto de trabajo debe tomar en cuenta sus propieda-- des físicas, químicas y biológicas dado que pueden consti- tuir riesgos serios para la salud de los trabajadores. En el proceso de trabajo capitalista, la inclusión de, por e- jemplo, un número creciente de nuevas sustancias en la -- producción industrial obedece a una exigencia económica - del mercado. Esto produce un cambio radical en nuestro am biente y, en el caso de las sustancias químicas, enferma-

de cáncer a los obreros.

2) Instrumentos de trabajo (maquinaria y herramientas). El estudio de los instrumentos de trabajo debe considerar el esfuerzo físico necesario para la ejecución de un trabajo y el riesgo implicado en la interacción entre el trabajador y su instrumento de trabajo. El proceso de trabajo capitalista parcializa la labor y transfiere a la máquina el control sobre el trabajo del obrero. Es decir, los obreros ejecutan tareas simples y el ritmo de su trabajo queda supeditado al ritmo de la máquina. Además, los trabajadores no tienen control alguno sobre las condiciones de producción ni sobre el producto de su trabajo. Este trabajo rutinario, desempeñado a alta velocidad y utilizando maquinaria peligrosa, conlleva implícito un riesgo muy elevado de accidentarse.

3) Consumo de la fuerza de trabajo. Dentro del proceso de trabajo podemos distinguir diferentes formas de consumo de la fuerza de trabajo que implican formas distintas de desgaste del trabajador. Estas formas de consumo de la fuerza de trabajo están relacionadas con la extracción de plusvalía absoluta y relativa. La extracción de plusvalía absoluta consiste en incrementar la jornada laboral o reducir el salario sin ningún cambio en los instrumentos ni en la organización del proceso de trabajo. Por otra parte, la extracción de plusvalía relativa opera de dos maneras: incrementando la productividad del trabajo por medio de un cambio tecnológico o intensificando el trabajo (Laurell, 1978; Laurell, 1982c).

El tipo de materia prima, la calidad de la tecnología y la forma de organización del trabajo en la fábrica, determinan las formas específicas de consumo de la fuerza de trabajo, las cuales se traducen en patrones distintos-

de desgaste obrero.

En términos de lo anterior, podemos bosquejar dos tipos básicos de proceso de trabajo capitalista. El primero se relaciona con una tecnología rudimentaria, implica una escasa parcelación del trabajo y supone, además, una jornada laboral larga. Este tipo de proceso da lugar a un patrón de desgaste que se deriva de un trabajo duro y prolongado. El segundo se relaciona con una tecnología desarrollada, implica una gran parcelación del trabajo y supone una jornada laboral regular pero más intensa. Este segundo tipo de proceso origina un patrón de desgaste que descansa en la utilización parcial del cuerpo, los altos ritmos de movimiento y la rutina (Laurell, 1982c).

Es importante aclarar que en México en la mayoría de las empresas coexisten la tecnología rudimentaria y la desarrollada, tal es el caso, para citar sólo un ejemplo, de la empresa DINA (Echeverría y Cols., 1980). Este proceso de trabajo basado en una tecnología dual —el cual constituye un tercer tipo—, genera, evidentemente, un tipo específico de desgaste obrero.

En síntesis, consideramos que las formas específicas en que las clases trabajadoras enferman y mueren están determinadas por el proceso de trabajo, entendido éste en su carácter unitario —interrelación entre los momentos productivo y reproductivo.

Respecto del momento productivo, son elementos fundamentales en la determinación de la enfermedad y muerte —del obrero, el objeto de trabajo o materia prima, los instrumentos de trabajo y la forma particular de consumo de la fuerza de trabajo. Las distintas combinaciones de los elementos de los procesos laborales conforman condiciones de trabajo específicas las cuales se corresponden con pa-

trones de desgaste también específicos.

Por otro lado, las condiciones generales del momento reproductivo propias de las clases trabajadoras en México, han sido descritas en el capítulo II. Es decir, nos hemos referido pormenorizadamente a las desfavorables condiciones —vivienda insalubre, desnutrición, etc.— de la reproducción de la fuerza de trabajo del obrero mexicano. — Es obvio que estas condiciones generales del momento reproductivo están determinadas por las particularidades -- del momento productivo.

Entonces, para entender los perfiles epidemiológicos de las clases trabajadoras debemos analizar: a) las características de los procesos laborales en los que participan y que originan determinadas formas de consumo de la fuerza de trabajo que se corresponden con patrones específicos de desgaste obrero y b) las condiciones específicas de reproducción de la fuerza de trabajo obrera.

Morbimortalidad laboral en México

Históricamente, las condiciones concretas de trabajo en México han sido casi totalmente desconocidas. Es decir, se han convertido en "...un secreto industrial escondido tras los muros de las fábricas" (Laurell y Márquez, 1983: 69).

Así, aunque teóricamente es posible establecer la relación íntima entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad, resulta difícil aprehenderla empíricamente. La dificultad metodológica o empírica para determinar las relaciones específicas entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad estriba, además del ínfimo ac

ceso de los investigadores a los centros industriales, en dos problemas. En primer lugar, los procesos de trabajo no tienen expresiones inmediatas en la morbilidad, ya que son procesos que tardan años en concretarse en patologías específicas; por ejemplo, el stress, la fatiga industrial y la exposición a cancerígenos tienen efectos letales a largo plazo sobre los obreros, empero los van minando poco a poco. El segundo problema se refiere al silencio oficial en cuanto a estadísticas de morbilidad, evidente a partir de 1976-77 (Laurell, 1982b).

En efecto, el conocimiento que se tiene de las características propias de los momentos productivo y reproductivo del proceso de trabajo en México se centra casi exclusivamente en este último.

No obstante el desconocimiento casi total de las condiciones concretas de trabajo en México y de los patrones de desgaste que generan, contamos con algunos indicadores parciales respecto de la morbilidad laboral.

Por un lado, el incremento de la esperanza de vida —promedio de años que pueden vivir las personas a una edad determinada— experimentado por la población mexicana en el periodo de 1922 a 1972 se distribuyó así: al nacer fue de 29 años, a los 30 años el incremento fue de 8 años, a los 40 años fue de 5 años y a los 50 años fue de 3 años. Es decir, el incremento de la esperanza de vida se debió fundamentalmente al decremento de la mortalidad en los primeros años de vida y no en la edad productiva (Laurell y Márquez, op. cit.).

Esto evidencia que el incremento global —sin considerar grupos de edades— en la esperanza de vida se debió más a acciones sobre el ambiente (por ejemplo, saneamiento) y a medidas preventivas (por ejemplo, vacunaciones ma

sivos) que a mejoras significativas en las condiciones generales de trabajo.

Por otro lado, el análisis de las causas de mortalidad registradas en México entre 1955 y 1974 revela un aumento en las causas de muerte por tumores malignos, enfermedades isquémicas del corazón y accidentes, en hombres - en edades entre 15 y 65 años y un decremento en las causas de mortalidad por enfermedades infecciosas y nutricionales tales como paludismo, diarreas, pulmonía y anemias (Laurell, 1978).

Existe una ^{por otra parte} relación estrecha entre las principales causas actuales de muerte en edad productiva y el proceso de trabajo capitalista. Así, los tumores malignos están asociados con sustancias químicas —asbesto, cloruro de vinilo, anilinas, etc.— nocivas al hombre, usadas en el proceso de trabajo. Las enfermedades isquémicas del corazón están vinculadas con el stress generado por el uso parcial del cuerpo, los intensos ritmos de movimiento y la repetitividad de la actividad laboral. Por último, los accidentes se relacionan directamente con la organización capitalista del proceso de trabajo: actividades repetitivas desempeñadas a alta velocidad, usando maquinaria peligrosa y equipo de seguridad deficiente.

Finalmente, ^{se considera} consideremos los indicadores tradicionales de la morbimortalidad laboral, a saber, ^{entre otros} los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales.

La Ley Federal del Trabajo establece los criterios para determinar lo que debe ser considerado como riesgos de trabajo. De acuerdo con esta Ley, los riesgos de trabajo "...son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo" (Artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo, ---)

1981:233).

Por un lado, el "...accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente. Quedan incluidos en la definición anterior los accidentes que se produzcan, al --- trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de éste a aquél" (Artículo 474 de la Ley Federal del Trabajo, op. cit.:233).

Por otro lado, la enfermedad de trabajo es considerada como "...todo estado patológico derivado de la acción-continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios" (Artículo 475 de la Ley Federal del Trabajo, op. cit.:233).

A partir de estas definiciones, es evidente que la Ley Federal del Trabajo conceptualiza al trabajo como un problema ambiental-asocial ya que considera que el trabajo pone en contacto al trabajador con agentes físicos, -- químicos, biológicos, etc. que le pueden causar accidentes o enfermedades. Para ejemplificar, si el objeto de -- trabajo es plomo, se reconocerá que el trabajador puede -- padecer de saturnismo (intoxicación por plomo). En otros -- términos, la Ley Federal del Trabajo desconsidera las especificidades de los procesos de trabajo determinadas por los factores histórico-sociales propios de la sociedad en cuestión, en este caso México. Además, la manera de concebir la relación entre el proceso de trabajo y el proceso-salud-enfermedad, por parte de la Ley Federal del Trabajo, descansa sobre el enfoque monocausal, que sólo reconoce el vínculo causal cuando existe un agente patógeno' aisla-

ble para cada enfermedad o accidente. Esta concepción ha sido abandonada por sus insuficiencias incluso en la ciencia médica más tradicional, empero sigue rigiendo en el contexto de la legislación laboral.]

Esta situación en sí misma representa una limitación importante para el conocimiento de la morbilidad laboral en México, ya que queda sin registrarse un gran número de muertes y enfermedades comprobadamente ocupacionales.]

Existen problemas adicionales que nos impiden conocer con algún grado de precisión la magnitud de los accidentes de trabajo y de las enfermedades ocupacionales que sufren las clases trabajadoras de nuestro país. Por una parte, un gran número de trabajadores no cuentan con medios organizativos para gestionar el cumplimiento de la legislación actual. Por otra parte, como ya se mencionó anteriormente, existe un silencio oficial en cuanto a estadísticas de morbilidad laboral. Por último, los datos disponibles sólo dan cuenta de la clase obrera urbana y semiurbana de la grande y mediana industria.]

Sin embargo, con el fin de aproximarnos al panorama de morbilidad laboral en México y reconociendo que no se cubre a la totalidad de la población trabajadora, nos basamos en los datos reportados por el IMSS, institución que agrupa a trabajadores de la mediana y la gran empresa.

Accidentes de trabajo. Los accidentes de trabajo ocurridos en el periodo 1960 a 1979 y sus consecuencias de invalidez y muerte se presentan en el cuadro 2.

Como podemos observar en este cuadro, el número total de accidentes aumentó de 100 762 en 1960 a 547 883 en 1979. Esto no refleja meramente el crecimiento de la po--

Cuadro 2
DESARROLLO DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO, INVALIDEZ
Y MUERTE EN LOS ASEGURADOS DEL IMSS,
MEXICO, 1960 A 1979

Año	Accidentes		Accidentes con invalidez			Accidentes mortales		
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Razón ⁺	Casos	Tasa ²	Razón ⁺
1960	100 762	79.0	2 148	1.7	21.3	138	10.8	1.4
1970	245 723	89.1	4 381	1.6	17.8	471	17.1	1.9
1975	361 154	98.9	7 185	2.1	19.9	936	25.6	2.6
1976	401 303	107.8	8 940	2.4	22.3	1 077	28.9	2.7
1977	449 508	116.2	9 640	2.5	21.4	1 269	32.8	2.8
1978	---	---	---	---	---	---	---	---
1979	547 883	112.3	11 578	2.4	21.1	1 371	28.1	2.5
Aumento de 1960 a 1979	447 121	33.3	9 430	0.7	-0.2	1 233	17.3	1.1

Fuente: Tomado de A. C. Laurell y M. Márquez "El desgaste obrero en México". México, -- Ediciones Era, 1983.

* Por 1 000 asegurados permanentes.

² Por 100 000 asegurados permanentes.

⁺ Por 1 000 accidentes.

blación económicamente activa, ya que también hubo un incremento en el número de accidentados por cada 100 trabajadores: en 1960 se accidentaron 8 de cada 100 y en 1979- se accidentaron 11 de cada 100.

Además, los accidentes que invalidaron y mataron incrementaron en términos absolutos y relativos. Así, los accidentes que invalidaron a los trabajadores aumentaron de 2 148 en 1960 a 11 578 en 1979; por su parte, los accidentes que produjeron la muerte a los trabajadores se elevaron de 138 en 1960 a 1 371 en 1979. Asimismo, 1.7 de cada 1 000 trabajadores quedaron inválidos en 1960 y 2.5- en 1979 y, por último, 11 de cada 1 000 trabajadores murieron por accidente en 1960 y 28 en 1979 (Laurell, 1982b; Laurell y Márquez, op. cit.).

En síntesis, el riesgo de accidentarse en el trabajo así como la gravedad del accidente han incrementado notablemente durante las dos últimas décadas anteriores a --- 1980.

Enfermedades de trabajo. Las enfermedades de trabajo representan un caso especial en la morbimortalidad laboral, ya que entrañan una serie de problemas de índole diversa tales como a) su naturaleza insidiosa y su inespecificidad de signos y síntomas —lo que dificulta su reconocimiento; b) se desconoce su etiología; c) su superposición con enfermedades de etiología no laboral; d) no hay una definición clara de ellas desde el punto de vista clínico, de laboratorio, administrativo y legal; e) los médicos no están familiarizados con ellas; f) su notificación no siempre es obligatoria y g) los sistemas de notificación existentes de enfermedades de trabajo son muy deficientes (Méndes, 1982).

Probablemente, esta situación ha conducido a que la-

Ley Federal del Trabajo sólo reconozca un total de 161 enfermedades de trabajo, aglutinadas en 11 grupos: 1) neumoconiosis (acumulación de polvo en los pulmones y las reacciones del tejido a su presencia); 2) enfermedades en las vías respiratorias (causadas por inhalaciones de gases y vapores); 3) dermatosis (enfermedades de la piel, excluyendo las debidas a radiaciones ionizantes); 4) oftalmopatías (enfermedades del aparato ocular producidas por polvos y otros agentes físicos, químicos y biológicos); 5) - intoxicaciones (enfermedades producidas por polvos, humos, líquidos, gases o vapores tóxicos de origen químico, orgánico o inorgánico, que se absorben por vía respiratoria, digestiva o cutánea); 6) infecciones, parasitosis, micosis y virosis (enfermedades generalizadas o localizadas - provocadas por la acción de bacterias, parásitos, hongos y virus); 7) enfermedades producidas por el contacto con productos biológicos tales como hormonas sintéticas y antibióticos; 8) enfermedades producidas por factores mecánicos y variaciones de los elementos naturales del medio de trabajo; 9) enfermedades producidas por radiaciones ionizantes y electromagnéticas, excepto el cáncer; 10) cáncer y 11) enfermedades endógenas (afecciones derivadas de la fatiga industrial).

En términos de las enfermedades de trabajo consideradas por la Ley Federal del Trabajo y de los datos registrados por el IMSS, en seguida presentamos un panorama de la morbilidad laboral.

El cuadro 3 muestra el desarrollo de las enfermedades de trabajo y sus consecuencias de invalidez registradas en México en el periodo 1960-1976.

Cuadro 3

DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES DE TRABAJO REGISTRADAS
E INVALIDEZ, MEXICO 1960 A 1976

Año	Enfermedades de Trabajo		Invalidez		
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Tasa ⁺
1960	240	18.1	48	3.8	200.0
1970	620	22.4	141	5.1	227.4
1975	1 010	27.6	623	17.0	616.8
1976	1 781	47.8	1 241	33.3	696.8
Aumen- to de 1960 a 1976 (%)	642	164	2 485	776	248

Fuente: Tomado de A. C. Laurell "Proceso de trabajo y salud". Cuadernos Políticos, 1978, núm. 17, págs. 59-79.

* Por 100 000 trabajadores.

+ Por 1 000 casos.

Como se puede apreciar en este cuadro, tanto el número absoluto de enfermedades de trabajo como su tasa, incrementaron de 240 y 18.1 en 1960 a 1 781 y 47.8 en 1976, respectivamente. Asimismo, se observa que los casos de invalidez por enfermedades de trabajo aumentaron de 48 en 1960 a 1 241 en 1976 y que la tasa de invalidez por cada 1 000 trabajadores aumentó de 200.0 en 1960 a 696.8 en 1976 (Laurell, 1978).

Por otra parte, las enfermedades de trabajo registradas por el IMSS para el periodo de 1978 a 1980 se presentan en el cuadro 4.

Observando el cuadro 4, llama la atención el hecho de que no hay enfermedades registradas correspondientes a los grupos de enfermedades de trabajo números 4, 7, 8, 9 y 10, consideradas por la Ley Federal del Trabajo.

A partir de la comparación entre las altas tasas de accidentes de trabajo (ver cuadro 2) y las bajas tasas de enfermedades de trabajo (ver cuadro 3) y de los datos pre

Cuadro 4
 ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADAS, 1978-1980
 ASEGURAMIENTO PERMANENTE Y EVENTUAL

Enfermedades de trabajo	1978		1979		1980	
	Número	%	Número	%	Número	%
TOTAL	2 049	100.0	1 983	100.0	2 195	100.0
Dermatosis	589	28.7	601	30.3	580	26.4
Neumoconiosis por sílice o silicatos	582	28.4	599	30.2	750	34.2
Efectos tóxicos del plomo - (saturnismo)	185	9.0	205	10.3	231	10.5
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	182	8.9	104	5.2	114	5.2
Sordera traumática	179	8.7	172	8.7	187	8.5
Otras enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (queratodermas adquiridos, callos, celulitis)	111	5.4	117	5.9	113	5.1
Efectos tóxicos de las sustancias aromáticas, corrosivas, ácidos y álcalis cáusticos	85	4.1	63	3.2	82	3.7
Insuficiencia respiratoria aguda (rinofaringitis, sinusitis, bronquitis, asma, laringitis)	55	2.7	51	2.6	68	3.1

Cuadro 4 (continuación)

Enfermedades víricas causa- das por artrópodos	30	1.1	28	1.4	31	1.4
Sílicotuberculosis	26	1.3	15	0.8	8	0.4
Neurosis	7	0.4	8	0.4	6	0.3
Varias de frecuencia menor	18	0.9	20	1.0	25	1.2

Fuente: Jefatura de Servicios Médicos, Subjefatura de Análisis de la Información.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

sentados en el cuadro 4, es evidente que existe un subregistro muy grande respecto de las enfermedades de trabajo, pese a que los registros de éstas indican un aumento de más de 7 veces entre 1960 y 1976, de 240 a 1 781 casos.

Un claro ejemplo de esta situación es la ausencia de casos registrados de cáncer de origen laboral, dado que en México se trabaja con múltiples sustancias carcinógenas tales como el asbesto, el cloruro de vinilo, los cromatos y los derivados del petróleo.

Aún más, como señalan Laurell y Márquez (op. cit.), no es creíble que entre los 44 000 mineros, 70 000 trabajadores de fundición y 12 000 alfareros no haya más que 375 casos de silicosis (enfermedad pulmonar ocasionada por la inhalación de partículas de sílice), cuando se sabe que esta enfermedad se presenta en un alto porcentaje de estos trabajadores. Asimismo, durante el periodo de 1973 a 1977 se reconocieron sólo 2 404 casos de neumoniosis en estos mismos trabajadores, todos ellos bajo alto riesgo de contraer este padecimiento (Laurell, 1982c).

Este notable subregistro se debe, más que a la gran resistencia de los obreros mexicanos a las enfermedades de trabajo o al gran éxito en la prevención de éstas, a que en México existe toda una estructura que permite encubrir la problemática de las enfermedades de trabajo.

Adicionalmente, considérese el gran número de enfermedades de trabajo que no son consideradas como tales por la Ley Federal del Trabajo. Dentro de éstas, Barbosa (1982) menciona la hipertensión, las enfermedades gastroduodenales (gastritis, úlceras, gastroduodenitis, etc.), las cardiopatías, las reumas, las várices y las hemorroides.

Asimismo, dentro de la patología laboral llamada --

"mental", la Ley Federal del Trabajo sólo incluye a las - neurosis (dentro del grupo de enfermedades endógenas), en tanto que los síndromes depresivos, las farmacodependencias y las enfermedades psicosomáticas no se consideran - relacionadas con el proceso de trabajo (Córdova y Ortiz, - 1979; Gómez, op. cit.).

Es justamente en este contexto, el de la patología - "mental" laboral, donde el psicólogo podría proporcionar una aportación valiosa, consistente, por ejemplo, en la - investigación de las dimensiones psicológicas de los perfiles epidemiológicos relacionados con procesos de trabajo específicos.

Cabe aclarar que el presente trabajo no se centra en esta cuestión.

Legislación laboral y Medicina del Trabajo en México

Partiendo de los datos reportados por el IMSS, pálido reflejo de la realidad propia del universo laboral en México, observamos que los riesgos de trabajo (accidentes de trabajo y enfermedades de trabajo) han aumentado vertiginosamente. Esto implica, necesariamente, un empeoramiento de las condiciones de trabajo. Este aumento en los --- riesgos de trabajo debe ser explicado en términos de: a) - la importación de industrias de alto riesgo (por ejemplo, la industria del asbesto, la de los plaguicidas, etc.); - b) la transformación progresiva del proceso de trabajo (u so de nueva tecnología, incorporación masiva al proceso - de trabajo de sustancias nocivas al hombre, nuevas formas de organizar el trabajo, etc.) y c) el carácter "charro" - del sindicalismo mexicano, lo que ha impedido el desarro-

llo de la lucha por mejores condiciones de trabajo. La d
manda más común de los sindicatos es la de la compensa---
ción monetaria por condiciones riesgosas de trabajo y no
la eliminación del riesgo¹¹(Laurell, 1978; Rajchenberg y -
Teixeira, op. cit.). Los trabajadores de Altos Hornos de
México, S. A. (AHMSA) han demostrado que las demandas o--
breras pueden trascender el nivel estrictamente monetario,
ya que ellos consiguieron reducir la jornada de trabajo, -
disminuyendo así sus tiempos de exposición a los agentes-
nocivos o contaminantes (Rajchenberg y Salinas, 1982).

Pero, ¿cuál es la respuesta oficial al grave proble-
ma del notable aumento en los riesgos de trabajo? Ante el
desolador panorama del incremento progresivo de los ries-
gos de trabajo y ante las luchas reivindicativas de los -
trabajadores, el Estado mexicano ha establecido una legis-
lación referente a las condiciones de trabajo, cristaliza-
da en la Constitución, el Código Sanitario, la Ley Fede--
ral del Trabajo y la Ley del Seguro Social. Pese a tal le-
gislación laboral, la realidad nacional muestra que: ¹²a) -
los riesgos de trabajo no pueden ser prevenidos, dado que
en muchísimos casos se ignora su existencia y gravedad y-
su relación con el proceso de trabajo; b) el Estado no --
destina suficientes recursos económicos para la investiga
ción y el control de los riesgos de trabajo; c) las nor--
mas de seguridad e higiene en el trabajo no pueden apli--
carse, ya que se carece de capacidad técnica para investi-
gar las condiciones de trabajo. No se cuenta, por ejemplo,
con algún centro de toxicología industrial; d) no existen
suficientes especialistas en las áreas de Medicina, Higie-
ne y Seguridad en el trabajo para realizar programas per-
tinentes y e) las Comisiones Mixtas de Seguridad e Higie-
ne —organismos que según la Ley Federal del Trabajo, de

ben existir en todos los centros de trabajo y cuyas funciones básicas son de investigar los accidentes, inspeccionar los centros de trabajo y promover medidas preventivas— carecen de recursos técnicos y científicos: especialistas, consultorios, laboratorios, equipos médicos, etc. (Ortiz, 1982).

Una vez aclarado el nulo efecto real que la legislación laboral mexicana ha tenido sobre las mejoras de las condiciones de trabajo, consideremos ^{con el deram} las disposiciones al respecto de dos organismos internacionales dedicados a --salvaguardar la salud: la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos organismos fijaron, en 1950, los objetivos de la Medicina del Trabajo: promover y mantener el más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores— en todas las profesiones; prevenir todo daño causado a la salud de ellos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo, contra los riesgos resultantes por la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo conveniente a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas; en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo (Fernández, 1968; Médico Moderno, 1980).

Desconociendo las consecuencias reales que las mencionadas disposiciones de la OIT y de la OMS hayan tenido sobre la configuración de la Medicina del Trabajo en México, podemos señalar que en nuestro país la instauración de los servicios de la Unidad de Medicina del Trabajo del Departamento de Riesgos Profesionales e Invalidez del IMSS, data de fecha muy reciente: 1965. Además, es -- hasta 1968-1969 que se imparte el primer curso de la especialidad de Medicina del Trabajo; asimismo, hasta 1971 se

inicia el registro y análisis de algunas circunstancias - que concurren en la lesión de los trabajadores (Ortiz, op. cit.). Consecuentemente, el déficit de médicos del trabajo es muy considerable: en México existe un médico del -- trabajo por cada 83 000 trabajadores industriales. En contraste, en Japón, Estados Unidos y Suecia hay un médico - del trabajo por cada 10 000 trabajadores industriales (Médico Moderno, op. cit.).

En la República Mexicana, ^{se puede decir que} la Medicina del Trabajo — además del profundo déficit que sufre en cuanto a recur-- sos materiales y humanos— se encuentra ligada a las nece sidades del aparato productivo. Así, no se efectúan inves tigaciones que permitan conocer las relaciones existentes entre las condiciones económicas y sociales y el proceso- de trabajo, ni las relaciones de éste con el proceso sa- lud-enfermedad de los trabajadores. Entonces, el trabajo- se conceptualiza como un proceso ahistórico-asocial, que- dando reducido a un simple riesgo del ambiente, ya que u- bica su influencia en los agentes ffsicos, químicos y bio- lógicos capaces de causar daño al hombre.

En síntesis, ^{considero} consideramos que la aproximación concep tual-práctica de la legislación laboral y de la Medicina- del Trabajo en México es insuficiente para resolver el -- grave problema de los riesgos de trabajo.

IV LA MEDICINA CONDUCTUAL Y EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Origen y desarrollo de la Medicina Conductual

La relevancia de la participación del psicólogo en el estudio del proceso salud-enfermedad ya ha sido mencionada en el presente trabajo cuando destacamos la necesidad de una perspectiva multidisciplinaria para abordar -- tal proceso.

Es de suma importancia aclarar que nosotros analizaremos la participación del psicólogo en la problemática de la salud desde el punto de vista de la Medicina Conductual.

Las relaciones informales entre la psicología y la medicina datan de principios de este siglo. Es en la década 1970-1980 cuando se formalizan las relaciones entre estas dos disciplinas. Así, en 1973, la Junta de Asuntos Científicos de la Asociación Psicológica Americana promovió el estudio de las potencialidades de la psicología en el campo de la investigación en salud. Entonces, se realizó un análisis de los Psychological Abstracts Search and Retrieval del periodo 1966-1973, encontrándose 350 artículos psicológicos relacionados con la investigación en salud (poco más de 40 artículos por año). Esta literatura psicológica se clasificó en tres categorías: a) psicobiológica. En esta categoría, que abarca al 66% del material relacionado con la investigación en salud, se ubican tópicos tales como efectos de la tensión (stress) y la investigación de factores psicosomáticos, sociales y ambientales sobre la salud física y los ciclos biológicos; b) cuidado de la salud. Esta categoría, que incluye al 18% de los 350 artículos mencionados, se refiere a aspectos específicos de tratamiento y rehabilitación, necesidades y recursos en el mantenimiento de la salud, mejora de la comunicación entre el doctor y el paciente, etc. y c) actitudes relacionadas con la salud y el cuidado de la salud. -

Esta categoría, que aglutina al 16% restante del material relacionado con la investigación en salud, trata con la actitud y los cambios de actitud hacia el área de la salud.

En suma, hasta esas fechas los psicólogos americanos no habían sido atraídos por un gran número de problemas de salud y enfermedad y no habían percibido las potencialidades de su trabajo en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de servicios de salud (APA Task Force on Health Research, 1976).

En dicho estudio se plantea la necesidad de que a) - la psicología contribuya significativamente en el sector salud ya que no hay una especialidad dentro de dicha disciplina que no pueda contribuir al entendimiento de las variables conductuales involucradas en la enfermedad física y b) se establezca en la Asociación Psicológica Americana (APA) un centro de investigadores en salud.

Así, el APA Task Force on Health Research contribuye al establecimiento de la Sección sobre Investigación en Salud dentro de la División 18 (Psicólogos en Servicio Público) de las hasta entonces 37 divisiones de la APA. Posteriormente, como consecuencia del creciente trabajo encaminado a la búsqueda de las potencialidades de la psicología en el sector salud, en 1978 se establece la División 38 de la APA: Psicología de la Salud (Matarazzo, 1980).

En términos de Matarazzo (op. cit.), la psicología de la salud es el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada.

Entonces, la psicología de la salud representa una alternativa para los psicólogos interesados en los dominios en los cuales convergen la psicología y la medicina (por ejemplo, en la problemática de la salud). Así, los psicólogos de la salud pueden participar junto con otros profesionales en campos interdisciplinarios, persiguiendo fines comunes.

Uno de tales campos interdisciplinarios ha sido denominado Medicina Conductual. Inicialmente, la Medicina Conductual fue concebida como el campo referido al desarrollo del conocimiento y las técnicas conductuales necesarias para el entendimiento de la salud física y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas al diagnóstico, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

Sin embargo, el interés por la integración de los factores conductuales y biomédicos en la salud y la enfermedad y por la eliminación del dualismo salud física-salud mental, llevó a la reformulación de la definición previa. Así, la Medicina Conductual se reconceptualizó como 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).

Una vez definido el objeto de estudio de la Medicina Conductual, este incipiente campo experimentó un notable desarrollo. En sólo dos años (1977-1978) observamos: a) el establecimiento de la rama de Medicina Conductual en el National Heart, Lung, Blood Institute; b) la apertura de la sección de estudio de la Medicina Conductual dentro

de los National Institutes of Health; c) la organización de varios centros de investigación en las principales escuelas médicas (por ejemplo, la Academia para la Investigación en Medicina Conductual); d) la fundación de una publicación periódica especializada: Journal of Behavioral-Medicine; e) la creación de la Sociedad de Medicina Conductual por parte de un grupo de miembros de la Association for the Advancement of Behavior Therapy; f) el establecimiento de dos sociedades nacionales de investigación en Medicina Conductual; g) la convocación de varias conferencias nacionales relativas a la Medicina Conductual y - h) la publicación de numerosos libros y artículos sobre la Medicina Conductual (Pomerleau, 1979).

Algunos autores (Pomerleau y Brady, 1979; Pomerleau, op. cit.) han cuestionado la conceptualización de la Medicina Conductual como un campo interdisciplinario ya que implica que esta disciplina debe su existencia a una variedad de especialidades y campos tales como teoría de la personalidad, medicina psicosomática, sociología médica, antropología cultural y teoría del aprendizaje social aplicada al campo de la salud. Estos autores consideran que tales especialidades y campos han constituido una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la Medicina Conductual. Adicionalmente, enfatizan los orígenes de la Medicina Conductual en el Análisis Experimental de la Conducta y sugieren una definición menos inclusiva: la Medicina Conductual puede ser definida como a) el uso clínico de técnicas derivadas del Análisis Experimental de la Conducta —terapia conductual y modificación de conducta— para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de enfermedad física o disfunción fisiológica; y b) el conducto de investigación que contribuye al análi

sis funcional y al entendimiento de la conducta asociada con desórdenes médicos y problemas en el cuidado de la salud.

La Medicina Conductual así conceptualizada ofrece -- cuatro líneas principales de desarrollo:

1) Intervención para modificar una conducta que en sí misma constituye un problema, por ejemplo desórdenes sexuales, tensión muscular general o local, etc.

2) Intervención para modificar la conducta de los -- prestadores de servicios de salud (enfermeras, asistentes médicos, etc.) a fin de prestar mejor atención a los pacientes.

3) Intervención para garantizar que el paciente siga el tratamiento médico prescrito.

4) Intervención para modificar conductas que constituyen factores de riesgo para la enfermedad, es decir, -- prevención de la enfermedad (Pomerleau y Brady, op. cit.; Pomerleau, op. cit.).

A pesar de las diferencias en la conceptualización de la Medicina Conductual, los conceptos y tecnologías -- derivados de la psicología conductual recientemente han encontrado aplicación creciente en campos de la medicina y la atención a la salud. Esto se debe al hecho de que -- las principales causas de morbilidad en Estados Unidos -- como señalamos en el capítulo II -- no están ya relacionadas con las enfermedades infecto-contagiosas prevalentes a principios de siglo; en realidad, tales causas -- están relacionadas con desórdenes crónicos vinculados, directa o indirectamente, con nuestra conducta individual. -- La influenza, la neumonía, las enfermedades diarreicas y la difteria han sido remplazadas por las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos y las enferme-

dades cerebrovasculares, siendo estos padecimientos modernos un resultado parcial de lo que comemos y bebemos, de nuestra actividad física, de nuestros hábitos de fumar, - en fin, de nuestra conducta individual.

Así, los problemas más graves de salud en Estados Unidos están relacionados estrechamente con patrones conductuales que requieren modificación y, por lo tanto, caen en el campo de la psicología.

Estilos de vida y salud

Según la Medicina Conductual, la contribución principal del psicólogo a la problemática de la salud descansa en el desarrollo de programas para cambiar los estilos de vida relacionados con la salud y la enfermedad. La participación del psicólogo es de suma importancia, ya que el cambio en los estilos de vida para alcanzar una mejor salud individual está íntimamente relacionado con la modificación de conducta (Davidson y Davidson, 1980; Milsum, -- 1980; Davidson, 1980).

Asimismo, Lalonde (citado en Davidson y Davidson, op. cit.) afirma que la relevancia de la participación del -- psicólogo en la problemática de la salud obedece a dos -- factores: 1) el entendimiento creciente de que las conductas inadecuadas y los estilos de vida pueden ser componentes causales importantes de muchos desórdenes físicos, y que modificando dichos comportamientos y estilos de vida se reducen los riesgos asociados con tales desórdenes y - 2) el hecho de que la psicología cuenta con tecnología -- conductual refinada disponible para detectar y corregir - tales conductas inadecuadas a través de entrenamiento de-

hábitos conducentes a la salud.

Por su parte, Ríos y Neri (1983) apoyan estos planteamientos al señalar que el psicólogo puede ayudar a la elaboración y mantenimiento de patrones conductuales, individuales o de grupo, conducentes a la promoción de la salud a partir de la incidencia en los estilos de vida de los individuos en cuestión. Esto implica que el psicólogo cuenta con las herramientas conceptuales y metodológicas para la detección de problemas conductuales así como para la elaboración de programas de intervención.

El planteamiento de que el control de los estilos de vida contribuye a la prevención de la enfermedad y al mantenimiento de la salud también ha sido expresado por profesionales de disciplinas diferentes a la psicología. Así, Knowles, médico y filósofo social, sustenta que el control de los principales problemas de salud en las sociedades occidentales depende directamente de la modificación de la conducta del individuo y de sus hábitos de vida (citado en Stachnik, 1980). Asimismo, René Dubos, cuya especialidad profesional es la biología médica, afirma que "...la salud sólo puede ganarse merced a un modo de vida disciplinado" (Dubos, 1976:91).

En suma, la Medicina Conductual puede contribuir a la prevención de la enfermedad y al mantenimiento de la salud a través del control de los estilos de vida, estrategia apoyada por profesionales de otras disciplinas distintas a la psicología.

Pero ¿qué significa para la Medicina Conductual el término "estilos de vida"?

Es de gran importancia resaltar el hecho de que de 21 trabajos —revisados por nosotros— que se refieren al vínculo entre estilos de vida y salud, sólo uno de ellos defi

ne explícitamente el concepto de estilos de vida. Así, para Silbret, Schneiderman y Braunstein (1981) los estilos de vida se refieren a las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo, incluyendo: a) el lugar donde vive y las condiciones del ambiente de su hogar, b) el tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan esta actividad, c) lo que come y lo que bebe, d) sus hábitos personales tales como fumar, beber, consumir drogas, etc., e) el grado de actividad física que realiza, f) la clase de actividades recreativas en las cuales participa y g) su familia y amigos.

Esta definición de estilos de vida adolece de dos fallas: 1) trasciende la actividad psicológica propiamente dicha ya que incluye, por ejemplo, las condiciones ambientales de la vivienda y del centro de trabajo del individuo, las cuales son mencionadas sin referencia a alguna actividad particular y 2) es sumamente amplia ya que incluye toda la actividad del individuo y no sólo aquella que es potencialmente lesiva a su salud.

Por otro lado, la mayoría de los estudios revisados referentes a la relación estilos de vida-salud, concibe a los estilos de vida como factores de riesgo conductuales para enfermedades diversas.

Esta conceptualización se basa en la noción de que las enfermedades crónico-degenerativas tales como las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, etc. —principales causas de morbilidad en Estados Unidos— están determinadas multifactorialmente. Así, el control de los factores de riesgo es el medio idóneo para prevenir tales enfermedades.

Existen varios criterios para distinguir si un fac--

tor específico —conductual, genético, ambiental, etc.— está relacionado causalmente con una enfermedad determinada. Cuando se satisfacen los criterios para un factor particular, se le llama factor de riesgo para la enfermedad en cuestión. Estos criterios son:

1) Fuerza de la asociación. Se refiere a la mayor incidencia de una enfermedad en aquellas personas que poseen el factor de riesgo potencial en comparación con personas que no poseen tal factor.

2) Consistencia de la asociación. Se refiere al grado en el cual una relación entre una enfermedad y un factor de riesgo potencial se encuentra en varios estudios —con diseños experimentales diferentes.

3) Adecuada asociación temporal. Se refiere a si el periodo latente —tiempo durante el cual el factor de riesgo potencial está presente antes del inicio de una enfermedad— es consistente con el periodo latente conocido para tal enfermedad.

4) Coherencia con el conocimiento existente. Se refiere al grado en el cual la información vinculada al factor de riesgo potencial y la enfermedad particular es consistente con otra información disponible (Silbret, Schneiderman y Braunstein, op. cit.).

En el contexto de la investigación sobre estilos de vida, se han identificado numerosos factores conductuales que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades particulares y, por lo tanto, son considerados como factores de riesgo para tales enfermedades. Aún más, los resultados de las investigaciones acerca de la relación estilos de vida-salud, han hecho evidente que las principales causas de muerte en Estados Unidos se corresponden estrechamente con patrones específicos de conducta individual.

El cuadro 5 presenta las principales causas de muer-

Cuadro 5

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ESTADOS UNIDOS
Y FACTORES DE RIESGO CONDUCTUALES ASOCIADOS A ELLAS

Causas de muerte	Factores de riesgo
Enfermedades del corazón	Consumo excesivo de grasas animales Fumar Actividad física insuficiente Consumo calórico excesivo
Tumores malignos	Fumar Dieta insuficiente en fibras Consumo calórico excesivo
Enfermedades cerebrovasculares	Hipertensión Fumar Consumo excesivo de sal Consumo calórico excesivo
Accidentes	Consumo excesivo de alcohol No usar, al manejar, el cinturón de seguridad Manejar bajo el efecto de drogas Consumo de drogas
Influenza y neumonía	Fumar Consumo excesivo de alcohol
Diabetes	Consumo calórico excesivo Consumo excesivo de azúcar
Arteriosclerosis	Fumar Consumo calórico excesivo Actividad física insuficiente
Cirrosis hepática	Consumo excesivo de alcohol Consumo calórico excesivo
Bronquitis, enfisema y asma	Fumar
Suicidio	Conducta depresiva

te en Estados Unidos y los factores de riesgo conductuales asociados íntimamente con ellas. Este cuadro fue elaborado basándonos en los trabajos de McDill (1979), Stachnik (op. cit.) y Silbret, Schneiderman y Braunstein (op. cit.).

A partir de los datos presentados en el cuadro 5, -- puede concluirse que la prevención y control de las principales causas de muerte en Estados Unidos involucra el manejo o dirección de los estilos de vida. Así, Dwore y Matarazzo (1981) señalan que si se modificaran cinco factores de riesgo conductuales —fumar, actividad física insuficiente, consumo excesivo de alcohol, consumo de drogas y consumo calórico excesivo— entonces, decrementarían sustancialmente siete de las diez principales causas de muerte.

Una investigación realizada por Breslow y Cols. (citada en Milsum, op. cit.) presta apoyo empírico al planteamiento de Dwore y Matarazzo. Tal investigación se realizó con 7 000 personas adultas, durante cinco y medio años. Se eligieron siete patrones de vida saludables —no fumar, frecuente actividad física vigorosa, consumo moderado o nulo de alcohol, consumo calórico moderado, desayunar regularmente, dormir diariamente de 7 a 8 horas y no comer entre comidas— y se registró el número de estos patrones que era practicado por cada uno de los miembros de la población bajo estudio. Se encontró una relación inversa entre el número de patrones de vida saludables practicado y las tasas de mortalidad de la población en cuestión; es decir, a menor número de patrones de vida saludables practicado, mayor tasa de mortalidad, y viceversa.

Desde el punto de vista de la Medicina Conductual, una vez que los factores de riesgo conductuales han sido i

dentificados deben implementarse las estrategias de inter
vención conductual para atenuar o eliminar su impacto. --
Por ejemplo, una prescripción conductual para el manejo -
de la salud cardiovascular debería incluir estrategias de
modificación de conducta cuyos fines fueran: 1) reducir -
la ingestión de grasas saturadas, colesterol, azúcar y --
sal; 2) restringir la ingestión calórica para conseguir y
mantener un peso corporal óptimo; 3) desarrollar activi--
dad física regular para mejorar la condición física y evi
tar el sobrepeso; 4) evitar fumar y 5) adquirir habilida--
des de relajación y manejo del stress conducentes a un pa--
trón conductual relajado (McNamara, 1979).

Adicionalmente, debe señalarse que el ya mencionado
planteamiento de Dwork y Matarazzo —acerca de que modifi--
cando cinco factores de riesgo conductuales se decrementa--
rían siete de las diez principales causas de muerte en Es--
tados Unidos— y todos los planteamientos que asuman que--
alterando la conducta pueden reducirse las tasas de morbi--
mortalidad, suponen necesariamente un largo intervalo de
tiempo entre la modificación del factor de riesgo conduc--
tual y el beneficio a la salud. Es decir, la reducción en
las tasas de morbilidad como efecto de las estrate--
gias de modificación de los factores de riesgo conductua-
les, sólo ocurrirá —si tales estrategias son efectivas—
después de un prolongado periodo de tiempo. Según la Medi--
cina Conductual, no obstante que las estrategias de con--
trol de los factores de riesgo conductuales pueden tener
un efecto benéfico a largo plazo sobre la salud colectiva,
el cual se evidenciaría por un decremento sustancial en -
las tasas de morbilidad, el individuo obtiene un be-
neficio a corto plazo adoptando patrones de vida saluda--
bles.

En resumen, según el punto de vista de la Medicina -

Conductual, la modificación o control de los estilos de vida —considerados como factores de riesgo conductuales— que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedades específicas— conduce, en breve, al mejoramiento de la salud individual y, a la larga, al mejoramiento de la salud colectiva. Consecuentemente, el rol del psicólogo en la problemática de la salud es fundamental ya que este profesional cuenta con las herramientas conceptuales y metodológicas que posibilitan la detección y la modificación o control de los estilos de vida.

Estilos de vida y la salud de los trabajadores

Dado que uno de nuestros objetivos es el estudio de las relaciones entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo, se analizará la aproximación de la Medicina Conductual a la problemática de la salud laboral.

Cabe señalar que antes de la introducción de la Medicina Conductual al contexto laboral, ya se había usado la Modificación de Conducta para promover cambios conductuales en los empleados. Sin embargo, mientras que los programas de modificación de conducta están dirigidos a las conductas relacionadas con el trabajo (no faltar al trabajo, llegar a tiempo, mejorar las actividades laborales, etc.), la Medicina Conductual se enfoca en las conductas asociadas con la salud (eliminación o reducción del fumar, reducción del riesgo para enfermedades cardiovasculares, etc.).

Según la Medicina Conductual, el contexto laboral -- tiene ciertas características que facilitan las aproximaciones conductuales a la salud. Así, la población trabaja

dora muestra una mayor estabilidad que, por ejemplo, la población estudiantil, y presenta una amplia variedad de problemas de salud; además, en el contexto laboral es más factible la realización de estudios longitudinales y de seguimiento clínico y este contexto es a menudo el lugar de la intervención y el ambiente respecto del cual se espera que se generalice el cambio conductual; finalmente, la promoción de la salud en el lugar de trabajo puede alcanzar a un gran número de personas (Chesney y Feuerstein, 1979; Pearson, 1980; Wong, 1981).

Adicionalmente, la Medicina Conductual ha sido apoyada por los industriales debido a que puede reducir los altos costos que suponen el cuidado médico, la incapacidad, el seguro de vida, etc. y debido a los beneficios que puede representar en la productividad del trabajo (Chesney y Feuerstein, op. cit.; Pearson, op. cit.; Matarazzo, op. cit.).

Es de gran importancia aclarar que ha sido mínima la aplicación de los planteamientos de la Medicina Conductual a la problemática de la salud laboral. No obstante, se han identificado diversos factores de riesgo conductuales relacionados con enfermedades y accidentes de trabajo. Así, se ha encontrado en los trabajadores de la industria del asbesto una mayor probabilidad de desarrollar cáncer entre quienes fuman que entre quienes no lo hacen. Asimismo, se ha observado el desarrollo de úlceras pépticas y colitis en trabajadores que son cambiados frecuentemente de trabajo o puesto. Por último, la ingestión de drogas y alcohol, la fatiga y la ansiedad están relacionadas estrechamente con la ocurrencia de accidentes de trabajo (Chesney y Feuerstein, op. cit.; Silbret, Schneiderman y Braunstein, op. cit.).

Las estrategias de intervención sugeridas por la Medicina Conductual, consisten en el desarrollo de programas conducentes al control de los factores de riesgo conductuales relacionados con las enfermedades y los accidentes de trabajo. Entonces, en términos de la Medicina Conductual, en el contexto laboral pueden desarrollarse diferentes programas para promover la salud individual tales como a) de control de peso y nutrición, b) de ejercicio físico, c) para eliminar el fumar y el consumo excesivo de alcohol y drogas, d) de prevención de accidentes, e) de autocuidado, f) de manejo del stress y g) de control de la hipertensión (Chesney y Feuerstein, op. cit.; Matarazzo, op. cit.).

En síntesis, la aproximación de la Medicina Conductual a la problemática de la salud laboral consiste, en esencia, en la prevención de las enfermedades y los accidentes de trabajo a través del control de los factores de riesgo conductuales.

V UBICACION DE LA INVESTIGACION SALUD Y TRABAJO

Educación para la Salud

La Educación para la salud, es una rama especializada de la Salud Pública cuya función principal es la promoción de la salud a nivel individual, familiar, comunitario y nacional. Según la OMS, la Educación para la Salud se refiere al "...conocimiento e interés por todas aquellas experiencias del individuo, el grupo o la comunidad, que influyen en las creencias, actitudes y conducta respecto a la salud, así como a los procesos y esfuerzos para producir cambios a fin de lograr un nivel óptimo en ella". Para lograr tales cambios, continua la OMS, se requieren "...esfuerzos formales adecuadamente planeados para proporcionar experiencias acordes al tiempo, lugar y forma que conduzcan al logro de los conocimientos, las actitudes y los tipos de conducta favorables a la salud individual, del grupo y de la comunidad" (Vega y García, -- 1982:89-90).

La Educación para la Salud también se ha conceptualizado como cualquier combinación de experiencias de aprendizaje diseñada para facilitar adaptaciones voluntarias de conducta conducente a la salud. Así definida, la Educación para la Salud persigue dos objetivos: a) identificar y explicar aquellas medidas conductuales que los individuos pueden llevar a cabo para salvaguardar su salud y b) motivar a estos individuos a actuar sobre este conocimiento (Pearson, op. cit.; Stainbrook y Green, 1982). ✓

Cabe aclarar que los programas de Educación para la Salud deben partir de las condiciones y necesidades concretas de la sociedad en cuestión. Es decir, el diseño de todo programa de Educación para la Salud debe tomar en consideración el desarrollo histórico y político de los servicios de salud, el grado y forma de institucionalización de la Educación para la Salud, las actitudes y creen

cias culturales y las prioridades de salud propias de la sociedad bajo estudio (Kichbusch, op. cit.; McGuire, 1981; Reid, 1984).

Debe notarse que la conceptualización misma de la Educación para la Salud entraña tanto la transmisión de conocimientos como la formación de repertorios conductuales, individuales o de grupo, conducentes a la salud. Por lo tanto, es fundamental la participación del psicólogo conductual en este contexto. Es decir, a partir de la conceptualización de la Educación para la Salud es evidente la compatibilidad entre ésta y la psicología. En efecto, la psicología ha desarrollado diversas estrategias conductuales —modelamiento, autocontrol, control de estímulos, -- etc.— que pueden ser usadas en los programas de Educa---ción para la Salud (King, 1982).

Es en este contexto donde se inserta el Proyecto Educación para la Salud de la Unidad de Investigación Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud y la Educación ---- (UIICSE) de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala.

Proyecto Educación para la Salud

El Proyecto Educación para la Salud es un proyecto de prevención comunitaria de los trastornos de salud. En este proyecto, la prevención no es entendida como mera acción informativa o de difusión sino que la característica central del proceso preventivo es la formación, la cual trasciende la simple divulgación de tópicos de interés, centrándose en el desarrollo de repertorios conductuales alternativos al problema que se intenta prevenir. Así, la

meta primaria de la prevención es la implantación y mantenimiento de nuevas formas de conducta.

El Proyecto Educación para la Salud intenta dirigir su acción hacia tres instancias sociales: escuela, familia y comunidad, con el objeto de aprovechar su influencia en la promoción de la salud. Entonces, el Proyecto Educación para la Salud se concreta a través de tres diferentes subproyectos dirigidos a: la Escuela, la Familia y la Comunidad. Cada uno de ellos engloba, a su vez, un número variable de investigaciones cuyos propósitos concretos se expresan mediante la formulación de distintas metas. Por último, los estudios constituyen respuestas operativas a un grupo de metas comunes, pertenecientes a una investigación específica (Roth, 1981).

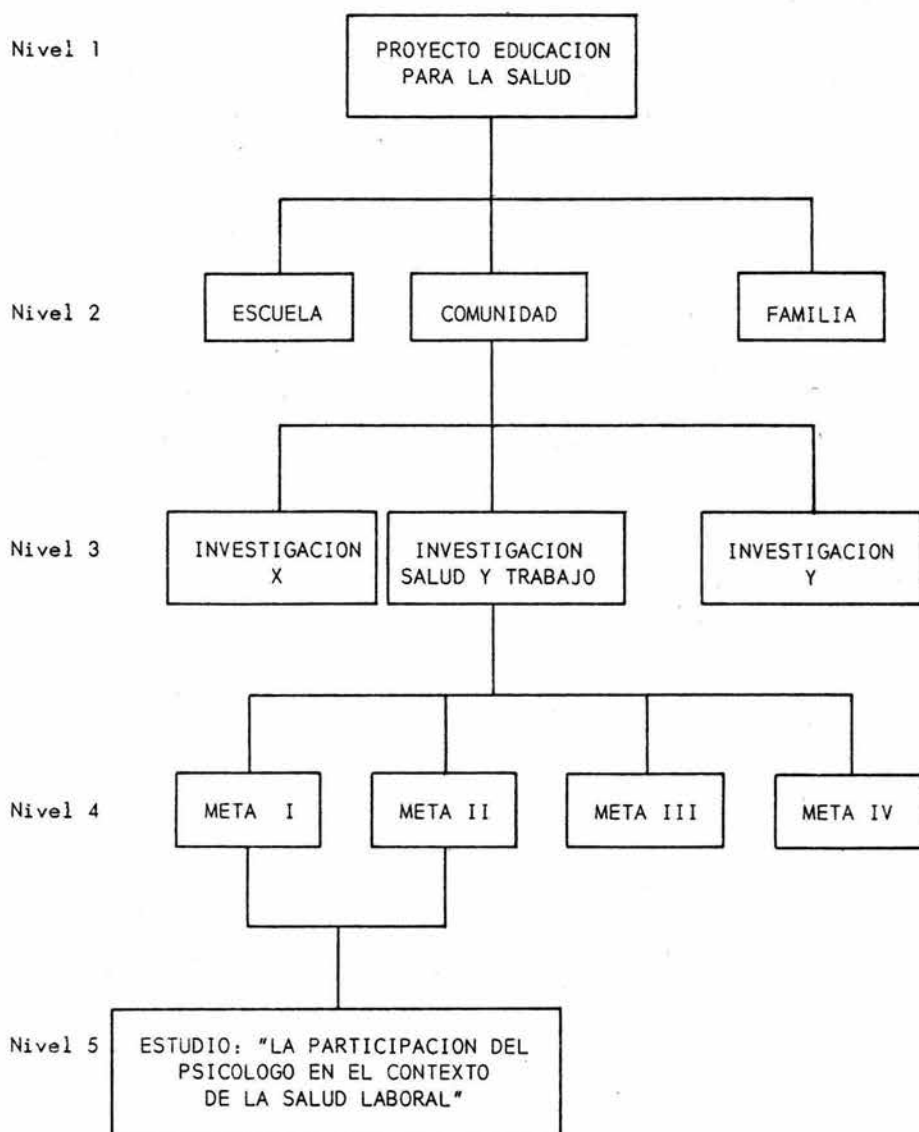
Por lo tanto, pueden definirse cinco niveles organizativos:

- Nivel I. Proyecto Educación para la Salud
- Nivel II. Sub-proyecto A dirigido a la Escuela
Sub-proyecto B dirigido a la Familia
Sub-proyecto C dirigido a la Comunidad
- Nivel III. Investigaciones de cada sub-proyecto
- Nivel IV. Metas de cada Investigación
- Nivel V. Estudios que corresponden a una o más metas por investigación

El cuadro 6 presenta gráficamente los diferentes niveles organizativos del Proyecto Educación para la Salud y la ubicación del presente estudio --"La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral"-- dentro del Proyecto Educación para la Salud en general y dentro de la Investigación Salud y Trabajo en particular.

Cuadro 6

UBICACION DEL ESTUDIO "LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD LABORAL"



Investigación Salud y Trabajo

La Investigación Salud y Trabajo es parte integrante del sub-proyecto dirigido a la Comunidad: sub-proyecto C- (ver cuadro 6).

El Proyecto Educación para la Salud y la Investigación Salud y Trabajo persiguen los siguientes objetivos:

- A. Enfatizar la promoción y mantenimiento de la salud más que perseguir la restauración de ésta.
- B. Desarrollar procedimientos de intervención preventiva primaria y secundaria que inciden en la escuela, la familia y la comunidad.
- C. 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.
- D. Fomentar el desarrollo de tecnología conductual - con alcances sociales.
- E. Replantear la participación del psicólogo en el campo de la salud.
- F. Contribuir a la formación y 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 Trabajo 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, Naucal--

pan 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.

A la fecha, se desarrolla la primera etapa de la Investigación Salud y Trabajo, la cual abarca las metas I y II. Dentro de esta primera etapa se han cubierto las siguientes actividades:

1) Recopilación y análisis de diversos trabajos teórico-prácticos acerca del proceso salud-enfermedad en general y del proceso salud-enfermedad laboral en particular.

2) Elaboración de fichas de trabajo que incluyen:

- a) Objetivo (s)
- b) Metodología empleada
- c) Resultados obtenidos
- d) Conclusiones
- e) Alcances y limitaciones

3) Elaboración de un trabajo sobre el proceso salud-enfermedad, la salud laboral y la participación del psicólogo en este campo.

Finalmente, el presente reporte de investigación es un estudio que corresponde a las metas I y II de la Investigación Salud y Trabajo (ver cuadro 6).

Estudio: La participación del psicólogo
en el contexto de la salud laboral

El estudio "La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral" es parte integrante de la Investigación Salud y Trabajo la cual, a su vez, está incluida en el Proyecto Educación para la Salud.

Con base en los lineamientos de la Investigación Salud y Trabajo, el presente estudio comprende las siguientes actividades: 1) elaboración de un instrumento de evaluación de factores de riesgo conductuales y de factores socioeconómicos, relacionados con el proceso salud-enfermedad (cuestionario); 2) aplicación del instrumento de evaluación a un grupo pequeño de trabajadores (estudio piloto) y 3) reestructuración del contenido, extensión y redacción de los reactivos del instrumento de evaluación.

Por otro lado, también ha sido asentado que el presente estudio tiene una finalidad doble: a) analizar críticamente la participación del psicólogo en la problemática de la salud laboral desde el punto de vista de la Medicina Conductual y b) examinar las relaciones entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo.

Así, a través de un instrumento de evaluación (cuestionario) se pretende aprehender información tanto de los denominados estilos de vida o factores de riesgo conductuales como de algunos factores socioeconómicos relacionados con la problemática de la salud de las clases trabajadoras. Por una parte, los reactivos acerca de los llamados estilos de vida se centran en los hábitos de fumar, realizar ejercicio físico, comer, dormir y consumir medicamentos sin prescripción médica. Por otra parte, los re-

activos que se refieren a los factores socioeconómicos se enfocan en aspectos relacionados con la salud tales como: condiciones de la vivienda, tipo de actividad laboral desempeñada, turno de trabajo, rotatividad del turno, calidad del equipo de seguridad utilizado, etc.

Entonces, una vez obtenida dicha información y con base en dos indicadores del proceso salud-enfermedad laboral (enfermedades y accidentes de trabajo), se procede al análisis de las siguientes dos relaciones: 1) estilos de vida-salud laboral y 2) factores socioeconómicos-salud laboral. Asimismo, en términos de la información obtenida y tomando como base el contenido de los capítulos I al IV, se analiza la relación entre los factores socioeconómicos y los estilos de vida. El análisis de estas tres relaciones da cuenta de la mencionada doble finalidad del presente estudio.

Método

Sujetos

Los sujetos fueron 15 trabajadores de la empresa --- Sealy de México, S. A., 7 hombres y 8 mujeres. Todos participaron voluntariamente y desconocían el problema sometido a investigación. Las edades de los hombres oscilaron entre los 27 y los 53 años y las de las mujeres fluctuaron entre los 21 y los 43 años.

Las personas encuestadas desempeñaban —en la época en que se realizó el presente estudio— diferentes puestos de trabajo: costurero (5 trabajadores), punteador de cuadros (2 trabajadores), maquinista (2 trabajadores), operador de máquina de resorte (1 trabajador), operador de corchete (1 trabajador), cortador de tela (1 trabajador), forrador (1 trabajador), etiquetador (1 trabajador) y en-

cargado del departamento de cajón (1 trabajador).

Materiales

Se utilizó un cuestionario de 77 reactivos divididos en cinco partes. La primera parte se refiere a datos personales, la segunda a datos del trabajo, la tercera a las condiciones del trabajo, la cuarta a aspectos psicológicos y la quinta a las características de la vivienda de los trabajadores. El texto íntegro de este cuestionario a parece en el Apéndice 1.

Procedimiento

El procedimiento empleado en el presente estudio comprendió tres etapas:

1) Elaboración del instrumento de evaluación (cues--tionario). El cuestionario incluyó preguntas breves absolutamente necesarias para el estudio, planteadas de manera inteligible —usando un lenguaje claro— a los trabajadores. Además, las preguntas siguieron una secuencia acorde con las cinco partes del cuestionario. Por último, las preguntas fueron elaboradas de tal forma que pudieran ser respondidas rápida y brevemente por los trabajadores.

2) Esta segunda etapa incluyó primeramente la búsqueda de contacto con alguna institución que nos posibilitara el ingreso a empresas de las zonas de Tlalnepantla, --Naucalpan o Cuautitlán, para realizar el presente estudio. Esta búsqueda nos condujo a la Delegación No. 1 del IMSS--dado que las mencionadas zonas son de su circunscripción.

Posteriormente, se estableció un acuerdo entre el Departamento de Higiene y Seguridad Industrial de dicha Delegación y el Proyecto Educación para la Salud de la ENEP Iztacala. Tal acuerdo consistió en realizar investigaciones conjuntas sobre los aspectos técnicos, psicológicos y sociales del proceso de trabajo que inciden en la problemática de la salud de los trabajadores. El Departamento de Higiene y Seguridad Industrial del IMSS cooperaría, según dicho acuerdo, de dos formas: a) facilitando el ingreso a las diferentes empresas a los colaboradores de la Investigación Salud y Trabajo del Proyecto Educación para la Salud y b) proporcionando los estudios acerca de los aspectos técnicos del proceso de trabajo relacionados con el proceso salud-enfermedad de los trabajadores, realizados por su personal (ingenieros, médicos, etc.).

Dada esta situación, el Departamento de Higiene y Seguridad Industrial del IMSS nos facilitó el ingreso a la empresa Sealy de México, S. A., en la cual se realizó el estudio piloto.

Cabe aclarar que el cuestionario elaborado en la etapa anterior constó de un total de 62 reactivos, pero tuvo que ser modificado debido a que incluía reactivos acerca de aspectos técnicos sobre el proceso de trabajo, información que nos sería proporcionada por el mencionado Departamento del IMSS. Entonces, se eliminaron dichos reactivos y se incluyeron nuevos reactivos sobre aspectos psicológicos relacionados con el proceso salud-enfermedad de los trabajadores. La nueva versión del cuestionario está descrita en la sección de Materiales.

3) Levantamiento de la encuesta en Sealy de México, S. A. La encuesta fue realizada por los autores del presente estudio y por otro integrante de la Investigación -

Salud y Trabajo, en un almacén de la empresa equipado con dos escritorios, una mesa y seis sillas.

Antes de la aplicación del cuestionario, se instruyó individualmente a los trabajadores para que respondieran con veracidad y para que trataran de evitar el diálogo -- con el encuestador. Además, se les indicó que el cuestionario tenía la finalidad de identificar algunas condiciones de su trabajo y de su forma de vida que pudieran estar relacionadas con su salud. Finalmente, se les dijo a los trabajadores que su información era de suma importancia para identificar condiciones riesgosas para su salud y que sus respuestas tenían un carácter confidencial y anónimo.

Resultados y Análisis

La codificación por variable y por trabajador de los resultados encontrados, se presenta en el Apéndice 2. Cabe aclarar que para poder identificar las claves de la codificación debe verse el Apéndice 1.

Los resultados de este estudio piloto se presentan y se analizan en términos de las siguientes tres relaciones: 1) estilos de vida-salud laboral, 2) factores socioeconómicos-salud laboral y 3) factores socioeconómicos-estilos de vida.

1) Relación estilos de vida-salud laboral

En la tabla 1 se presentan los resultados encontrados respecto de las variables relevantes a la relación estilos de vida-salud laboral. En principio, se encontró --

Tabla 1
 Variables relevantes a la relación estilos de vida-salud laboral

Trabajadores	Tasa ⁺ de fumar	Tasa* de ejercicio	Automedicación	Desayuno	Comida corrida	Queda satisfecho
1	0	0	SI	Frecuentemente	SI	SI
2	3	0	NO	Siempre	SI	SI
3	3	1	NO	Siempre	SI	NO
4	0	1	NO	Siempre	SI	SI
5	0	0	NO	Siempre	SI	SI
6	0	0	NO	Frecuentemente	SI	NO
7	0	0	NO	Siempre	SI	SI
8	0	1	NO	Siempre	SI	SI
9	0	0	NO	Siempre	SI	SI
10	0	7	NO	Siempre	SI	SI
11	0	0	NO	Frecuentemente	SI	SI
12	1	.5	NO	Nunca	SI	NO
13	0	0	NO	Siempre	SI	SI
14	0	0	SI	Siempre	SI	NO
15	0	0	NO	Raras - veces	SI	SI

+ Tasa por día
 * Tasa por 7 días

Tabla 1 (continuación)

Trabajadores	Cena	Dormir (Hrs.)	Sueño en la jornada	Insomnio	Enfermedades	Accidentes
1	Raras veces	7	NO	NO	Gripe	
2	Siempre	8	NO	NO	Gripe	
3	Nunca	8	NO	SI	Infección estomacal	Cortadura de mano
4	Raras veces	5.5	SI	NO	Del hígado	
5	Siempre	7	SI	SI	Gastritis	
6	Raras veces	7	NO	NO	Gripe	
7	Siempre	7	NO	SI	Alteración nerviosa	Lesión en columna y cadera
8	Siempre	5	NO	NO		
9	Nunca	8	SI	SI		
10	Frecuentemente	7	NO	SI	Diarrea, gripe, dolor de cabeza y estómago	
11	Siempre	7	NO	NO	Vejiga	
12	Raras veces	6	SI	NO		
13	Raras veces	7	NO	NO		Torcedura de mano
14	Nunca	8	SI	SI		
15	Raras veces	7	SI	NO	Tos	

que a) tres trabajadores fuman (los números 2, 3 y 12), - b) todos los trabajadores, excepto el número 10, realizan actividad física insuficiente, c) dos trabajadores (los números 1 y 14) se automedican, d) dos trabajadores (los números 12 y 15) no desayunan o lo hacen raras veces, e) - cuatro trabajadores (los números 3, 6, 12 y 14) no comen suficientemente, ya que reportan no quedar satisfechos -- con lo que comen, f) nueve trabajadores (los números 1, - 3, 4, 6, 9, 12, 13, 14 y 15) no cenan o lo hacen raras ve ces y g) tres trabajadores (los números 4, 8 y 12) duer-- men menos de 7 horas diarias.

Finalmente, en diez trabajadores se registraron en-- fermedades tales como gripe, infección estomacal, gastritis, etc. Además, los trabajadores números 3, 7 y 13 re-- portaron haberse accidentado en su trabajo, lesionándose - la mano, la columna y la cadera y, por último, la mano, - respectivamente.

Con el fin de estudiar las relaciones entre los factores de riesgo conductuales y las enfermedades y accidentes padecidos por los trabajadores de Sealy de México, -- S. A. durante 1984, hacemos las consideraciones siguientes: el trabajador número 10 no presentó uno solo de los 7 factores de riesgo conductuales estudiados por nosotros (fumar, actividad física insuficiente, automedicarse, no desayunar o hacerlo raras veces, comer insuficientemente, no cenar o hacerlo raras veces y dormir menos de 7 horas diarias), los trabajadores números 5, 7 y 11 presentaron 1 solo factor de riesgo, los trabajadores números 2, 8, 9 y 13 presentaron 2 factores de riesgo, los trabajadores - números 1, 4, 6 y 15 presentaron 3, los trabajadores núme ros 3 y 14 presentaron 4 y, por último, el trabajador número 12 presentó todos los factores de riesgo considera--

dos, excepto la automedicación.

Es importante destacar que el trabajador número 10, -- quien no presentó un solo factor de riesgo conductual, -- fue el que padeció un mayor número de enfermedades. Asimismo, los trabajadores números 5, 7 y 11, quienes presentaron sólo un factor de riesgo conductual, padecieron de gastritis, alteración nerviosa y de la vejiga, respectivamente; además, el trabajador número 7 sufrió un accidente de trabajo.

En contraste, los trabajadores números 14 y 12, quienes presentaron respectivamente 4 y 6 factores de riesgo conductuales, no padecieron enfermedades ni sufrieron accidentes de trabajo.

Estos resultados pueden ser interpretados al menos -- de dos formas:

a) Los 7 estilos de vida o factores de riesgo conductuales estudiados no son los directamente relacionados -- con las enfermedades y los accidentes laborales. Es decir, existe la posibilidad lógica de que otros estilos de vida no considerados por nosotros, por ejemplo el consumo excesivo de alcohol, estén directamente relacionados con las enfermedades y los accidentes de trabajo.

b) Los estilos de vida considerados en este estudio -- sí guardan una relación directa con las enfermedades y -- los accidentes laborales, sin embargo, dado que aquí no -- se encontró tal relación, se requiere profundizar en el -- estudio del vínculo entre los estilos de vida en cuestión y la salud laboral.

Ahora bien, aun cuando los resultados del presente -- estudio no evidencian una relación directa entre los 7 -- factores de riesgo conductuales estudiados y las enfermedades y los accidentes de trabajo, esto no puede ser con-

siderado como definitivo ya que sólo se estudió a un grupo de 15 trabajadores. Entonces, la primera interpretación no puede ser apoyada por nosotros. En efecto, consideramos que se debe profundizar en el estudio de la relación entre los estilos de vida y la salud laboral. Consecuentemente, a partir de los resultados del presente estudio, se propusieron cambios al instrumento de evaluación; así, se incluyó un reactivo para detectar los accidentes en trayecto, se agregaron alternativas de respuesta en los reactivos referentes a los hábitos alimenticios, se incluyó un reactivo que nos permitiera conocer si los trabajadores confían en la fábrica o fuera de ella, se incluyeron sendos espacios para las observaciones hechas por los trabajadores en los reactivos referentes al uso del equipo de seguridad y al descanso nocturno y, finalmente, se eliminó el reactivo sobre el número de cigarrillos fumados por día, porque consideramos que se requiere un estudio pormenorizado del hábito de fumar. Los cambios propuestos condujeron a la elaboración de un nuevo cuestionario, cuya versión íntegra se presenta en el Apéndice 3. Tal cuestionario se está usando en otros estudios de la Investigación Salud y Trabajo, los cuales se centran en las industrias de plástico y metal mecánica e incorporan una muestra de aproximadamente 150 trabajadores por rama industrial.

2) Relación factores socioeconómicos-salud laboral

En la tabla 2 se presentan los resultados obtenidos respecto de las variables relevantes a la relación factores socioeconómicos-salud laboral. Primeramente, se encontró que 10 de los 15 trabajadores encuestados vivían en el mismo municipio en donde se ubicaba la empresa Sealy -

Tabla 2

Variables relevantes a la relación factores socioeconómicos-salud laboral

Trabajadores	Residencia	Tiempo total de Trayecto	Escolaridad	Puesto	Anti-güedad (años)	Actividad laboral
1	Naucalpan	90'	Primaria incompleta	Operador de máquina de resorte	11	Fat/Pelig.
2	Naucalpan	60'	Secundaria	Costurero	00	
3	Naucalpan	120'	Primaria completa	Punteador - de cuadros	14	Fatigante
4	Lomas de - Chapultepec	120'	Secundaria	Costurero	04	Rutinaria
5	Rosario	60'	Primaria incompleta	Costurero	21	Rutinaria
6	Naucalpan	120'	Primaria completa	Cortador de tela	11	Fat/Pelig/Rut
7	Naucalpan	60'	Primaria completa	Encargado - Depto. cajón	09	Fat/Pelig/Rut
8	Villa de los Flores	180'	Primaria incompleta	Maquinista	24	Peligrosa
9	Naucalpan	60'	Primaria completa	Forrador	00	Rutinaria
10	Naucalpan	120'	Primaria incompleta	Punteador - de cuadros	05	Fat./Pelig.
11	Peralvillo	120'	Primaria completa	Operador de corchete	10	Pelig./Rut.

Tabla 2 (continuación)

Trabajadores	Residencia	Tiempo total de Trayecto	Escolaridad	Puesto	Anti-güedad (años)	Actividad laboral
12	Naucalpan	60'	Secundaria	Costurero	00	Rutinaria
13	Santa Fé	150'	Primaria incompleta	Maquinista	24	Fat./Rut.
14	Naucalpan	60'	Primaria completa	Costurero	00	Fat./Rut.
15	Naucalpan	60'	Primaria completa	Etiquetador	00	Fat/Pelig/Rut

Tabla 2 (continuación)

Trabajadores	¿Cómo -- trabaja?	Usa equipo de Seg.	Horas extras (mes)	Salario	Enfermedades	Accidentes
1	Caminando	NO	00	9 100	Gripe	
2	Sentado	NO	00	5 800	Gripe	
3	De pie	NO	00	8 050	Infección estomacal	Cortadura de mano
4	Sentado	NO	00	7 700	Del hígado	
5	Sentado	NO	00	7 600	Gastritis	
6	Caminando	SI	04	7 700	Gripe	
7	Caminando	NO	08	7 700	Alteración nerviosa	Lesión en columna y cadera
8	De pie y caminando	SI	42	11 613		
9	Sentado	NO	00	5 812		
10	De pie	NO	00	8 500	Diarrea, gripe, dolor de cabeza y estómago	
11	De pie y sentado	NO	00	7 493	Vejiga	
12	Sentado	NO	00	5 600		
13	De pie y caminando	NO	08	7 500		Torcedura de mano
14	Sentado	NO	03	5 800		
15	Sentado	NO	00	5 600	Tos	

de México, S. A., a saber, Naucalpan. No obstante, entre estos 10 trabajadores hubo diferencias en cuanto al tiempo total empleado en transportarse tanto de su casa a su trabajo como de su trabajo a su casa: 6 emplearon hasta 60', 1 empleó hasta 90' y los restantes 3 emplearon hasta 120'. De los 5 trabajadores no residentes en Naucalpan, sólo dos emplearon más tiempo en el trayecto total casa--empresa y empresa--casa que los que viven en dicho municipio. Así, el trabajador número 8, el cual vive en Villa de las Flores, empleó hasta 180' y el trabajador número 13, residente de Santa Fé, empleó hasta 150'.

Asimismo, el índice de escolaridad muestra que 3 trabajadores estudiaron secundaria mientras que de los 12 -- restantes, 7 terminaron la primaria y 5 no lo hicieron.

Por otro lado, es importante señalar que todos los trabajadores encuestados fueron operarios de máquina. Sin embargo, ellos desempeñaron 9 diferentes puestos de trabajo, lo cual se tradujo en formas diversas de realizar su actividad laboral. Así, 7 trabajadores desempeñaron sentados su actividad laboral, 3 lo hicieron caminando, 2 de pie, 2 de pie y caminando y 1 de pie y, ocasionalmente, caminando. Además, 10 trabajadores consideraron rutinaria su actividad laboral, 8 la consideraron fatigante y 7 peligrosa (ver tabla 2).

Respecto del equipo de seguridad, 13 trabajadores reportaron no usarlo por carecer de él, mientras que los -- dos restantes (los números 6 y 8) afirmaron que siempre u saban su equipo de seguridad.

También se encontró que 5 trabajadores (los números 2, 9, 12, 14 y 15) tenían menos de un año de antigüedad -- en Sealy de México, S. A., 4 trabajadores (los números 4, 7, 10 y 11) tenían de 4 a 10 años de antigüedad, 3 traba-

trabajadores (los números 1, 3 y 6) tenían de 11 a 14 años trabajando en Sealy y 3 trabajadores tenían entre 21 y 24 años de antigüedad.

Finalmente, el salario de los 15 trabajadores encuestados se distribuyó así: 5 trabajadores (los números 2, 9, 12, 14 y 15) ganaron semanalmente de \$5 600 a \$5 800, 6 - trabajadores (los números 4, 5, 6, 7, 11 y 13) ganaron de \$7 500 a \$7 700, 2 trabajadores (los números 3 y 10) ganaron de \$8 000 a \$8 500, 1 trabajador (el número 1) ganó \$9 100 y 1 trabajador (el número 8) ganó \$11 613.

De los resultados anteriormente expuestos debe destacarse que, de los 4 trabajadores con mayor antigüedad en Sealy de México, S. A. (los números 3, 5, 8 y 13), dos se accidentaron (los números 3 y 13). Cabe señalar que el -- trabajador número 5, quien tiene 21 años de antigüedad, -- es costurero, lo cual pudo ser un factor importante que -- contribuyó a que este trabajador no sufriera accidente al -- guno, ya que dicho puesto de trabajo no es muy riesgoso. -- Esta afirmación está apoyada por el hecho de que a) ningu -- no de los 5 costureros se accidentó y b) no hubo un solo -- trabajador, de los 5 que desempeñaron el puesto de costurero, que considerara peligrosa su actividad; en realidad, la mayoría de estos trabajadores consideró que su actividad era solamente rutinaria. Por otra parte, el trabajador número 8, quien tiene 24 años de antigüedad, tampoco se accidentó aun cuando él era maquinista; sin embargo, -- un factor que pudo contribuir a que no se accidentara, -- fue el hecho de que este trabajador usa siempre su equipo de seguridad.

Respecto del otro trabajador accidentado (el número-7) podemos observar que su actividad laboral la desempeña ba -- cominando y que dicho trabajador la consideraba rutina

ria, fatigante y peligrosa. Añádase a esto el hecho de -- que este trabajador reportó no tener equipo de seguridad. Entonces, estos factores pudieron contribuir a la ocurrencia del accidente laboral sufrido por este trabajador.

Así, las formas específicas de desempeñar la actividad laboral (de pie y caminando) y el no usar equipo de seguridad, constituyen factores importantes que contribuyen a aumentar el riesgo de sufrir un accidente de trabajo. Este supuesto encuentra confirmación parcial por el hecho de que los 3 trabajadores accidentados desempeñaron su actividad laboral ya sea de pie o caminando y no usaron equipo de seguridad. En contraste, los trabajadores 6 y 8, quienes también desempeñaron su actividad laboral de pie y caminando pero sí usaron equipo de seguridad, no se accidentaron. Adicionalmente, considérese el hecho de que los trabajadores números 2, 4, 5, 9, 11, 12, 14 y 15 realizaron su actividad laboral sentados y, aunque no usaron equipo de seguridad, no se accidentaron.

En lo referente a las enfermedades reportadas por 10 de los 15 trabajadores encuestados, podemos señalar que no encontramos una relación directa entre ellas y las particularidades estudiadas del momento productivo del proceso de trabajo (tipo de actividad laboral desempeñada, turno de trabajo, rotatividad del turno de trabajo, duración de la jornada de trabajo, número de horas extras trabajadas, etc.). No obstante, cabe destacar el caso de dos trabajadores. En primer lugar, el trabajador número 7 reportó padecer "alteraciones nerviosas", lo cual puede estar relacionado con su puesto de trabajo ya que era el encargado del departamento de cajón. En segundo lugar, el trabajador número 10 fue el que padeció un mayor número de enfermedades (diarrea, gripe y dolor de cabeza y de estó-

magos), lo cual puede estar relacionado con el hecho de -- que este trabajador tenía una jornada laboral de 10 horas.

Hasta aquí sólo hemos considerado en nuestro análisis la forma de desempeñar la actividad laboral, el uso de equipo de seguridad y la manera de concebir, por parte de los trabajadores, su actividad laboral. Adicionalmente, debemos considerar factores tales como la duración de la jornada de trabajo, el tiempo total empleado en el trayecto casa-trabajo y trabajo-casa, el número de horas extras trabajadas y la antigüedad, todos ellos relacionados directamente con el desgaste obrero (lenta destrucción del obrero en el proceso de producción).

En principio, debe enfatizarse la explotación de que son objeto los trabajadores de Sealy de México, S. A., ya que de los 15 trabajadores encuestados, 14 tenían una jornada laboral de 9.5 horas y un trabajador (el número 10) tenía una jornada de 10 horas.

Consideramos que, en sentido estricto, la duración de la jornada laboral también debe incluir el tiempo total empleado en el trayecto casa-trabajo y trabajo-casa, ya que si la Ley Federal del Trabajo reconoce como accidentes laborales los ocurridos al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquél, también debiera reconocer como parte de la jornada de trabajo al tiempo total empleado en dicho trayecto. De ser así, la jornada laboral de los trabajadores de Sealy, oscilaría entre las 10.5 horas y las 12.5 horas, ya que estos trabajadores emplearon de 1 a 3 horas en el trayecto casa-trabajo y trabajo-casa.

Consideremos ahora dos factores más que contribuyen al desgaste obrero: el número de horas extras trabajadas cotidianamente y el número de años trabajando en Sealy. -

Por un lado, 5 trabajadores (los números 6, 7, 8, 13 y -- 14) laboraron entre 3 y 42 horas extras al mes. Por otro lado, 10 trabajadores tenían de 4 a 24 años de antigüedad en Sealy.

Entonces, una jornada laboral mayor de 9 horas desempeñada durante por lo menos 4 años, más un tiempo de trayecto de por lo menos 1 hora y un número particular de horas extras trabajadas cotidianamente —además de otros -- factores ya mencionados tales como la forma de desempeñar la actividad laboral, el tipo de maquinaria con la que el trabajador interactúa en el proceso de producción, la disponibilidad de equipo de seguridad, etc.—, conducen inevitablemente a un patrón determinado de desgaste obrero —cuyas especificidades es necesario investigar, ya que el presente estudio sólo se aboca a establecer instrumentos que permitan conocer y ubicar enfermedades y accidentes —de trabajo, los cuales pueden ser interpretados como manifestaciones concretas del proceso de desgaste de los trabajadores.

Finalmente, en el presente estudio no se encontró una relación directa entre el grado de escolaridad y el salario de los trabajadores encuestados y el proceso salud-enfermedad laboral.

3) Relación factores socioeconómicos-estilos de vida

En las tablas 1, 3 y 4 se presentan los resultados encontrados respecto de las variables relevantes a la relación factores socioeconómicos-estilos de vida.

Primeramente, en cuanto a las características de las colonias en las que vivían los trabajadores encuestados, —en la tabla 3 podemos observar algunas diferencias en lo que se refiere a servicios públicos. Así, los trabajado--

Tabla 3

VARIABLES RELEVANTES A LA RELACION FACTORES SOCIOECONOMICOS-ESTILOS DE VIDA

Trabajadores	Tiempo total de Trayecto	Salario	Drenaje	Luz	Servicios Públicos de la colonia							Mercados
					Agua potable	Escuelas	Hospitales	Recreación	Recreación	Recreación	Recreación	
1	90'	9 100	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	60'	5 800	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI
3	120'	8 050	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
4	120'	7 700	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
5	60'	7 600	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	120'	7 700	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
7	60'	7 700	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
8	180'	11 613	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
9	60'	5 812	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
10	120'	8 500	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	120'	7 493	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
12	60'	5 600	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI
13	150'	7 500	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
14	60'	5 800	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
15	60'	5 600	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI

res números 5, 6, 7, 8, 9, 11 y 13 vivían en colonias que cuentan con todos los servicios públicos considerados por nosotros (drenaje, luz, agua potable, escuelas, hospitales, centros recreativos y mercados o tiendas populares); los trabajadores números 3, 4, 14 y 15 residían en colonias que cuentan con todos estos servicios, excepto con centros recreativos; el trabajador número 2 vivía en una colonia que cuenta con drenaje, luz, agua potable, escuelas y mercados; el trabajador número 12 residía en una colonia en la que están disponibles los servicios de luz, agua potable, escuelas y mercados; el trabajador número 1 vivía en una colonia que sólo cuenta con luz y escuelas y, por último, el trabajador número 10 residía en una colonia que sólo cuenta con luz.

Revisemos ahora las características de las viviendas de los 15 trabajadores encuestados. Las casas de los trabajadores 4, 10 y 12 no estaban bien iluminadas, pero sólo la del trabajador número 10 era oscura; las viviendas de los trabajadores números 7 y 10 eran frías, en tanto que las de los trabajadores números 1, 3, 5, 8, 11, 13, 14 y 15 eran calientes; los hogares de los trabajadores 1, 10, 12 y 14 eran polvosos y, finalmente, la vivienda del trabajador número 1 era la única no ventilada.

Cabe aclarar que el número de personas que compartía la vivienda con cada uno de los trabajadores encuestados fue variable. De tal forma, en la casa del trabajador número 4 vivía un total de 2 personas; en las viviendas de los trabajadores 12 y 15 habitaban 3 personas; en los hogares de los trabajadores 2, 3 y 6 vivían 4 personas; en las casas de los trabajadores 1, 5, 7, 11 y 13 moraba un total de 6 personas; en la vivienda del trabajador número 9 vivían 7 personas; en los hogares de los trabajadores números 8 y 10 habitaban 8 personas y, por último, en la

caso del trabajador número 14 vivía un total de 11 personas.

Asimismo, la distribución por cuarto de los habitantes de cada vivienda fue la siguiente: en las casas de los trabajadores 1-8 dormían 2 personas por cuarto, en las de los trabajadores números 11-15 dormían 3 personas por cuarto, en la del trabajador número 9 dormían 7 personas en el único cuarto disponible y en la del trabajador número 10 dormían 8 personas en la única habitación existente.

A partir del análisis de los resultados previos, no observamos una relación directa entre los servicios públicos con los que cuentan las colonias en las que residían los trabajadores encuestados, las particularidades de sus viviendas y sus condiciones de hacinamiento y las enfermedades y accidentes de trabajo sufridos por ellos. Sin embargo, merece destacarse el caso del trabajador número 10. Este trabajador vivía en una colonia que no cuenta con drenaje, agua potable, escuelas, hospitales, centros recreativos y mercados; además, su vivienda —que era de un solo cuarto— era oscura, fría y polvosa y era habitada por un total de 8 personas. Estas condiciones pudieron ser factores importantes en el desarrollo de las enfermedades reportadas por este trabajador (diarrea, gripe y dolor de cabeza y de estómago). En suma, el trabajador número 10 vivía en condiciones muy desfavorables las cuales probablemente condujeron a que fuera, de los 15 trabajadores encuestados, el que más enfermedades padeció.

Centrándonos en el análisis de la relación entre los factores socioeconómicos y los llamados estilos de vida, pretendemos esclarecer el rol que juegan aquéllos en la determinación de éstos.

Inicialmente, consideremos el salario. De los 15 trabajadores encuestados, 11 ganaban ya sea el salario mínimo (que era de \$816 diarios en la época en que fue levantada la encuesta: Noviembre de 1984) o una cantidad poco superior a éste; es decir, el salario de estos 11 trabajadores osciló entre \$816 y \$1 100 diarios o entre \$5 600 y \$7 700 semanales. Estos bajos salarios pudieron estar estrechamente asociados con la poca calificación o mínima escolaridad de los trabajadores en cuestión (ver tabla 3).

Para estos 11 trabajadores resulta imposible el acceso simultáneo a una alimentación que satisfaga sus necesidades nutricionales, a una vivienda cuyas condiciones no atenten contra su salud y a una educación continua que -- les permita una mejor calificación. Es decir, el salario mínimo no es suficiente para satisfacer las necesidades -- materiales, sociales y culturales de los obreros y sus -- grupos familiares. Una conclusión evidente es que la alimentación inadecuada —uno de los llamados estilos de vida o factores de riesgo conductuales— está determinada -- en gran parte por el salario. Esto se ve apoyado por el -- hecho de que 4 trabajadores que ganaban el salario mínimo (los números 9, 12, 14 y 15) no cenaban o lo hacían raras veces, 2 de ellos (los números 12 y 15) no desayunaban o lo hacían raras veces y 2 de ellos (los números 12 y 14) -- reportaron no quedar satisfechos con lo que comían (ver -- tablas 1 y 3).

Asimismo, el bajo salario pudo determinar parcialmente que algunos de los trabajadores encuestados habitaran viviendas estrechas e insalubres. Así, el trabajador número 14 vivía con 10 familiares en una vivienda polvosa y -- caliente, la cual consta sólo de 3 cuartos; el trabajador número 9 vivía con 7 familiares en una casa de un solo --

cuarto y el trabajador número 12 vivía con dos familiares en un hogar polvoso y de un solo cuarto. Evidentemente, - estas características de la vivienda pudieron influir en el hecho de que 2 de estos trabajadores (los números 9 y 14) padecieran insomnio y que, consecuentemente, sintieran sueño durante su jornada de trabajo, aun cuando reportaron dormir 8 horas diarias. El otro trabajador (el número 12) reportó dormir sólo 6 horas diarias y sentir sueño durante su jornada de trabajo (ver tablas 1 y 3).

Dos factores adicionales probablemente relacionados con el número de horas que dormían los trabajadores encuestados son el turno de trabajo y el tiempo empleado en el trayecto casa-empresa. Por un lado, dado que la jornada de trabajo empezaba a las 6 A. M., los trabajadores debían levantarse, en el mejor de los casos, a las 5 A. M. - Por otro lado, el tiempo empleado por los trabajadores en el trayecto casa-empresa osciló entre los 30' y los 90'. - Entonces, es evidente que la combinación de estos dos factores pudo influir en la conformación del número de horas dormidas diariamente por los trabajadores. Aun cuando en el presente estudio no encontramos una relación directa - entre el turno de trabajo y el tiempo empleado en el trayecto casa-empresa y el número de horas dormidas por los trabajadores encuestados, sobresale el caso de dos trabajadores. El trabajador número 4, quien empleó hasta 60' - en el trayecto, reportó dormir diariamente sólo 5.5 horas. Por su parte, el trabajador número 8, quien empleó hasta 90' en el trayecto, reportó que dormía diariamente sólo 5 horas. Resulta claro, entonces, que el hecho de que 3 trabajadores durmieran diariamente menos de 7 horas - otro - de los llamados estilos de vida - pudo estar determinado probablemente tanto por el turno de trabajo como por el -

tiempo empleado en el trayecto casa-empresa.

Por otro lado, el hecho de que todos los trabajado--res encuestados —con excepción del número 10— realiza--ran actividad física insuficiente, pudo estar relacionado con la duración de la jornada, con el tiempo total empleado en el trayecto casa-empresa y empresa-casa y con la actividad laboral desempeñada por los trabajadores. Es de--cir, consideramos que una jornada de trabajo de 9.5 horas, un tiempo promedio de 96' empleado en el trayecto total y una actividad laboral fatigante —así reportada por 8 trabajadores—, hacen sumamente improbable que los trabajadores practiquen algún deporte o realicen alguna actividad-físico-atlética. En síntesis, la actividad físico-atlética insuficiente —uno más de los llamados estilos de vida o factores de riesgo conductuales— puede muy probablemente estar relacionada con la duración de la jornada de trabajo, con el tiempo empleado en el trayecto total y con - la actividad laboral desempeñada.

Finalmente, en el presente estudio no se encontró relacion alguna entre los hábitos de fumar y la automedicación por parte de los trabajadores encuestados —otros 2-estilos de vida o factores de riesgo conductuales— y los factores socioeconómicos considerados.

Conclusiones

En el presente estudio no encontramos una relación - directa entre los 7 estilos de vida o factores de riesgo-conductuales considerados y las enfermedades y los acci--dentes de trabajo. En realidad, los datos a este respecto de los trabajadores números 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12 y 14 -

indican más bien una relación aproximadamente inversa. Es decir, los trabajadores que presentaron un mayor número de factores de riesgo conductuales no padecieron enfermedades ni sufrieron accidentes de trabajo y viceversa. Adicionalmente, se encontró que los accidentes de trabajo —no así las enfermedades— estuvieron relacionados estrechamente con algunos factores socioeconómicos estudiados por nosotros, tales como las formas específicas de desempeñar la actividad laboral (de pie y caminando) y la no disponibilidad de equipo de seguridad. Asimismo, encontramos que 5 de los 7 estilos de vida o factores de riesgo conductuales considerados en este estudio, estuvieron estrechamente relacionados con el salario de los trabajadores, la duración de la jornada laboral, el turno de trabajo, la actividad laboral desempeñada y el tiempo empleado en el trayecto casa-empresa y empresa-casa.

En términos de estos resultados —ciertamente limitados— podemos cuestionar la aproximación de la Medicina Conductual al proceso salud-enfermedad en general y al proceso salud-enfermedad laboral en particular, la cual sustenta que el medio idóneo para prevenir determinadas enfermedades es el control o modificación de los llamados estilos de vida, ya que éstos no estuvieron relacionados directamente con las enfermedades de los trabajadores estudiados. Además, la Medicina Conductual plantea que el individuo puede —modificando o controlando sus estilos de vida— contribuir al mejoramiento de su salud y a la prevención de algunas enfermedades. Sin embargo, aun cuando esto fuera cierto, en el presente estudio se encontró que los estilos de vida dependen parcialmente al menos de algunos factores socioeconómicos que están, por así decirlo, fuera del "control" individual. Entonces, podemos con

cluir que la modificación o control de los estilos de vida no contribuye a la solución de la problemática de salud de las clases trabajadoras y que tal modificación --- trasciende las posibilidades económicas y sociales de los trabajadores individuales.

No obstante que estas conclusiones puedan adolecer de limitaciones por el poco apoyo empírico que las sustenta, resulta fundamental aclarar que nuestro cuestionamiento a la aproximación de la Medicina Conductual al proceso salud-enfermedad en México no se basa solamente en los datos obtenidos en el presente estudio. En efecto, nuestro cuestionamiento a la posible efectividad en la solución de la problemática de salud en México —particularmente de la salud laboral— implícita en la aplicación de la Medicina Conductual, también se basa en que ésta: 1) surge y se desarrolla en una realidad social (Estados Unidos) —diferente a la nuestra, la cual se caracteriza por —entre otras especificidades de su organización— un perfil epidemiológico determinado; 2) reduce a nivel individual la problemática de salud, la cual es —para nosotros— eminentemente social y 3) cumple con la función de ocultar a las condiciones materiales-sociales de la vida diaria de las personas como las fuentes primarias de la enfermedad y la muerte.

Considerando que no es suficiente el planteamiento grosso modo de nuestro cuestionamiento a las potencialidades de la Medicina Conductual en la solución de la problemática nacional de salud, procedemos a presentarlo pormenorizadamente.

1) La noción de que el cuidado de uno mismo y los cambios en la forma de vivir (modificación o control de los estilos de vida) son estrategias fundamentales para ---

mantener y/o mejorar la salud, se origina y se desarrolla en la década de los 70's en Estados Unidos. De hecho, algunos investigadores norteamericanos de la relación estilos de vida-salud han afirmado que las principales causas de muerte en Estados Unidos están íntimamente asociadas con determinados patrones de comportamiento individual -- (McDill, op. cit.; Stachnik, op. cit.; Silbret, Schneiderman y Braunstein, op. cit.). Aún más, Dwore y Matarazzo -- (op. cit.) han planteado que la modificación o control de 5 estilos de vida o factores de riesgo conductuales, conduciría a una reducción sustancial de 7 de las 10 principales causas de muerte en Estados Unidos. Consecuentemente, los mencionados investigadores norteamericanos sustentan que la modificación o control de los estilos de vida es el medio más apropiado para abatir las principales causas de muerte en su país.

Independientemente de que la modificación o control de los estilos de vida sea o no una estrategia relevante para la solución de los problemas de salud en Estados Unidos, consideremos la posible aplicabilidad de tal estrategia a nuestra realidad. En México, como pormenorizamos en el capítulo II, las enfermedades infecciosas y parasitarias son los protagonistas del perfil epidemiológico. Así, por una parte, la neumonía y la influenza (enfermedades infecciosas del aparato respiratorio) y la enteritis y otras enfermedades diarreicas (infecciones intestinales debidas predominantemente a salmonelos --microorganismos vegetales unicelulares), constituyeron en 1979 las dos primeras causas de mortalidad en México (ver cuadro 1), produciendo un 28.54% de la totalidad de las muertes registradas para dicho año. Por otra parte, el conocimiento actual de la etiología de estas enfermedades y de su parti-

cular forma de transmisión —a través del aire, el agua, los alimentos, etc. para la neumonía y la influenza y a través de las excretas humanas para las enfermedades diarreicas— posibilita su fácil control a través del saneamiento (control de insectos nocivos al hombre, control de alimentos, disponibilidad de medios adecuados de eliminación de excretas), la higiene personal (aseo general del cuerpo, uso de vestido que proteja de las inclemencias -- del tiempo, realización de ejercicios físicos) y la aplicación de los conocimientos de la inmunología, disciplina encargada del desarrollo de mecanismos biológicos de defensa contra el proceso de invasión de agentes infecciosos o tóxicos.

Como puede advertirse fácilmente, el control de las dos principales causas de muerte en México, no puede conseguirse modificando los llamados estilos de vida o factores de riesgo conductuales. Sin embargo, algunos apologistas radicales de la Medicina Conductual podrían argumentar que en relación a la higiene personal, el comportamiento individual sí juega un rol central. Al respecto, nosotros sustentamos que el aseo general del cuerpo depende fundamentalmente de la disponibilidad de agua, la adquisición de vestido que nos proteja del clima está en función del salario y la realización e ejercicios físicos depende —entre otros factores y para los trabajadores en particular— de la duración de la jornada de trabajo, del tipo de actividad laboral desempeñada y del tiempo empleado en el trayecto casa-trabajo y trabajo-casa. Es decir, la higiene personal también tiene una determinación principalmente socioeconómica.

No obstante, los defensores de la Medicina Conductual pueden argumentar que aunque la modificación o con-

trol de los estilos de vida no contribuya a la disminución de las 2 principales causas de mortalidad en México, esta estrategia puede subvenir a la disminución de 5 de las 8 restantes causas principales de mortalidad nacional, a saber, enfermedades isquémicas del corazón, tumores malignos, accidentes, enfermedades cerebrovasculares y cirrosis hepática. Aún más, podrían argüir que, dado que las cardiopatías constituyen las principales causas de muerte en las edades productivas (de hecho, las cardiopatías produjeron el 10.24% de muertes en México, en 1979), la modificación o control de los estilos de vida relacionados con tales enfermedades es el medio idóneo para su prevención. Sin embargo, es muy improbable que el enfoque individualista de la Medicina Conductual sea útil para la solución de la problemática de salud de nuestro país, ya que los llamados estilos de vida tienen una determinación fundamentalmente socioeconómica. Aún más, es poco probable que las campañas colectivas para disminuir el tabaquismo, para promover hábitos alimenticios adecuados, etc. puedan, por sí solas, contribuir significativamente a la solución de la problemática nacional de salud, ya que el éxito de estas campañas depende principalmente de su factibilidad económica, política y social. Así, refiriéndonos sólo al aspecto económico, dichas campañas son contradictorias con los intereses financieros de las compañías tabacaleras, productoras y procesadoras de alimentos, etc. las cuales tienen como objetivo principal la obtención de la máxima ganancia y no la salvaguarda de la salud del hombre, razón por la cual puede predecirse el fracaso de tales campañas.

2) Por otro lado, las definiciones de Medicina Conductual mencionadas entrañan una concepción estática de -

la salud y la enfermedad —entendida ésta como disfunción fisiológica. Es decir, se concibe a la salud como un "estado" opuesto a la enfermedad. De esta manera, se dice -- que una persona está sana cuando no manifiesta disfunción fisiológica alguna. No obstante, consideramos que la salud y la enfermedad son dos momentos de un mismo proceso, por lo cual no deben concebirse como "estados" opuestos.

Asimismo, en la conceptualización de los estilos de vida por parte de la Medicina Conductual, está implícita su noción de salud. Así, al considerar a los estilos de vida como factores conductuales que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades particulares y al plantear el -- control o la modificación de éstos como el medio más idóneo para prevenir tales enfermedades, la Medicina Conductual asume una aproximación multifactorial o multicausal al proceso salud-enfermedad. De esta manera, la Medicina Conductual afirma que el individuo puede contribuir, dependiendo de su conducta, ya sea al perjuicio de su salud o al mejoramiento de ésta. Entonces, la Medicina Conductual responsabiliza al individuo de su enfermedad y ubica el tratamiento de ésta en el nivel individual.

Sin embargo, consideramos que la salud, o estrictamente el proceso salud-enfermedad, es un fenómeno social que se expresa a nivel individual. Así, la aproximación teórico-práctica al proceso salud-enfermedad no puede reducirse, como pretende la Medicina Conductual, al ámbito individual, ya que dicho proceso está socialmente determinado. En suma, la aproximación de la Medicina Conductual al proceso salud-enfermedad en general y al proceso salud-enfermedad laboral en particular, se caracteriza por reducir la problemática de salud —un fenómeno social— al nivel psicológico.

3) La Medicina Conductual, al hacer aparecer implícitamente la dimensión psicológica (estilos de vida) como - el nivel a través del cual se plantea la causalidad de la enfermedad y su solución, cumple con la función de ocultar las verdaderas fuentes de los procesos patológicos: - la estructura y organización socioeconómicas. De esta forma, según la Medicina Conductual, la causalidad fundamental de los problemas sanitarios de una sociedad particular no se ubican en su estructura económica y política, - sino en el comportamiento individual de sus miembros. Consecuentemente, la Medicina Conductual plantea el control o la modificación de los estilos de vida como objetivo y como medio para preservar la salud individual y colectiva. Estos planteamientos de la Medicina Conductual, respecto del proceso salud-enfermedad y su causalidad, son hechos sin referencia alguna a las condiciones sociales concretas en las cuales las personas trabajan y viven, (como si los llamados estilos de vida fueran autónomos, es decir, - como si no tuvieran una determinación socioeconómica!

Así, la Medicina Conductual sólo puede ser vista como un proyecto viable para la solución de la problemática de salud en México —y específicamente de salud laboral— por aquellos interesados en el mantenimiento de las actuales estructuras económicas y políticas de nuestra sociedad. Esto es así, ya que los planteamientos de la Medicina Conductual, respecto de las formas idóneas para mantener y/o mejorar la salud, no solo no atentan contra tales estructuras sino que son consistentes con ellas.

En contraste, consideramos que el control de los estilos de vida sólo debe ser concebido, en el mejor de los casos, como un paliativo a nuestros problemas de salud y de ninguna manera como la solución a ellos. Además, debe-

aclararse que el mencionado control de los estilos de vida sólo es factible para ciertos individuos de nuestra sociedad (aquellos que cuentan con suficientes recursos —materiales y culturales— para comer adecuadamente, dormir lo suficiente, realizar actividad físico-atlética, recibir atención médica evitando así la automedicación, etc.).

Finalmente, ¿qué podemos decir de la aproximación de la Medicina Conductual a la problemática de la salud laboral? Esencialmente, como señalamos en el capítulo IV, tal aproximación consiste en la prevención de las enfermedades y los accidentes de trabajo por medio del control o la modificación de los estilos de vida relacionados con ellos, con el fin último de elevar la productividad de las empresas en cuestión (razón por la cual recibe apoyo, en Estados Unidos, de los industriales). Además, considérese que la importancia otorgada por la Medicina Conductual al estudio de la problemática de salud de los trabajadores, descansa en el planteamiento de que el contexto laboral es sumamente útil para las aproximaciones conductuales a la salud, ya que posee características particulares que posibilitan estudios longitudinales y de seguimiento clínico. Así, la Medicina Conductual concibe al contexto laboral como un "laboratorio" idóneo para realizar investigaciones.

Entonces, la aproximación de la Medicina Conductual a la problemática de la salud laboral, además de no contemplar la importancia social de dicha problemática al considerar al contexto laboral sólo como un "laboratorio", adolece de las mismas insuficiencias que planteamos con respecto a la aproximación de dicha disciplina al proceso salud-enfermedad en general.

Alternativamente, sustentamos que no puede sernos ú-

til el enfoque reduccionista de la Medicina Conductual al proceso salud-enfermedad laboral. Partiendo del carácter eminentemente social de dicho proceso, requerimos de una aproximación que lo conciba como parte de una totalidad social concreta y que sea capaz de asignar su peso específico y su concatenación dialéctica a los diversos factores —biológicos, psicológicos y sociales— que lo determinan.

Así, tenemos la certeza de que el enfoque histórico-social es la tentativa actual más fructífera ya que considera que el proceso salud-enfermedad laboral es un fenómeno social concreto el cual es influido no sólo por el comportamiento individual de los trabajadores sino también por las condiciones económicas, políticas y sociales de la sociedad en cuestión. Consecuentemente, este enfoque alternativo plantea que el proceso salud-enfermedad de los trabajadores puede ser interpretado —entre otras formas— a través de la categoría "proceso de trabajo". Es decir, para comprender el proceso salud-enfermedad de los trabajadores debemos tomar en consideración las características específicas de los procesos laborales en los cuales participan (momento productivo) y las particularidades de sus condiciones de reproducción como fuerza de trabajo (momento reproductivo). En suma, debe considerarse que la salud de los trabajadores está amenazada simultáneamente por la patología industrial y por la llamada patología de la pobreza, resultados respectivos de las condiciones particulares de los momentos productivo y reproductivo del proceso de trabajo.

Cabe aclarar, por último, que corresponde a los siguientes estudios de la Investigación Salud y Trabajo explorar la relevancia de nuestros planteamientos acerca de

la categoría "proceso de trabajo" y dilucidar algunas formas específicas en las cuales el psicólogo puede contribuir —desde una perspectiva multidisciplinaria basada en un enfoque histórico-social— a la solución de la problemática de salud de los trabajadores.

- 11) ¿Qué tipo de actividad desarrolla en su trabajo?
 _____ Manual (ejemplo almacenista, rutero, etc.)
 _____ Operario de máquina (chofer, envasador, etc.)
 _____ Operario de máquina herramienta (torno, fresadora, etc.)
 _____ Administrativo
- 12) Su empleo es: _____ eventual _____ base
- 13) ¿Cuál es antigüedad en este empleo? (años cumplidos): _____
- 14) ¿Qué otros puestos ha desempeñado con anterioridad en la empresa?

- 15) En el último año, ¿qué otros puestos ha desempeñado fuera de la empresa?

- 16) ¿Cuál es su horario de trabajo? _____
- 17) ¿Cuál es su turno actual de trabajo
 _____ fijo _____ otro (especifique) _____
 _____ rotativo
- 18) ¿Cuántas horas extras trabajó el último mes?

- 19) ¿Cuántas le pagaron?

- 20) ¿Ha trabajado en días festivos y de descanso?

- 21) ¿Tiene descansos durante la jornada?
 _____ si _____ no
 ¿Cuántos? _____ duración aproximada _____
- 22) ¿Interrumpe su actividad durante la jornada?
 _____ si _____ no
- 23) ¿Tiene límite de producción? _____ si _____ no
 ¿Cuál es? _____ duración aproximada _____

24) Su pago lo recibe por:

artículo hora
 ambos jornada

25) ¿Cuál es su salario aproximado? _____

26) ¿Cree que su salario es adecuado? si no

¿Por qué? _____

27) ¿Tiene otro empleo? si no

¿Cuál es? _____

28) ¿Recibe algún(os) incentivo(s)?

Guardería Ayuda de renta
 Despensa Bono de puntualidad

Otro _____

III. CONDICIONES DE TRABAJO

29) Su puesto lo desempeña:

de pie caminando
 sentado otra

30) La actividad que desempeña es:

rutinaria fatigante difícil
 peligrosa agradable

Otra _____

31) En su trabajo, ¿toma decisiones sobre lo que produce-
 ó realiza?

nunca raras veces
 frecuentemente siempre

32) ¿Dispone de máquinas y herramientas necesarias para e-
 jecutar su trabajo con seguridad?

si no

33) ¿Las máquinas y herramientas que utiliza corresponden
 a su talla y estatura?

si no

¿Por qué? _____

34) El equipo de seguridad lo usa:

nunca raras veces
 frecuentemente siempre

35) El equipo de seguridad es:

pesado incómodo caluroso
 feo poco funcional inseguro
 deteriorado ajustado confortable
 holgado adecuado insuficiente

36) ¿Ha sufrido algún accidente de trabajo en este año?

sí no

Especifique _____

37) Señale la parte del cuerpo afectada:

mano brazo ojos tronco
 pie pierna cabeza cara
 columna tórax todo el cuerpo

Otros _____

38) ¿Qué enfermedades ha padecido durante este año?

39) ¿Ha recibido algún curso sobre medidas de seguridad - en el trabajo?

sí no

40) ¿Hace cuánto tiempo? _____

IV. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

41) Al desempeñar su trabajo, ¿qué cosas le distraen?

42) Estos distractores son:

poco frecuentes frecuentes
 muy frecuentes

43) El desempeño de su trabajo requiere de atención:

ocasionalmente poco tiempo
 toda la jornada mucho tiempo

- 56) Con lo que come:
 queda satisfecho queda con hambre
- 57) Come lo que le gusta:
 nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- 58) Cena:
 nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- 59) Cena:
 en casa fuera de casa
- 60) Durante la última semana, ¿cuáles de los siguientes a limentos cenó?
 leche pan huevo carne
 frijoles verdura fruta (jugo)
 otro
- 61) ¿Siente hambre durante su jornada de trabajo?
 nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- 62) ¿Come entre comidas?
 nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- 63) ¿El médico le ha prohibido consumir algunos alimentos?
 si no
 ¿Cuáles son? _____
- 64) ¿Cuántas horas duerme al día? _____
- 65) ¿En qué duerme?
 cama catre sillón suelo
 otra
- 66) ¿Siente sueño durante el día?
 nunca raras veces
 frecuentemente siempre

- 67) ¿En qué momentos siente sueño?
- durante la jornada de trabajo
- durante el trayecto al trabajo
- durante el trayecto de regreso a su casa
- después de comer
- 68) En estos casos se duerme:
- nunca raras veces
- frecuentemente siempre
- 69) En la noche tiene problemas para dormirse:
- nunca raras veces
- frecuentemente siempre
- 70) Con lo que duerme se siente suficientemente descansado para reiniciar sus labores:
- nunca raras veces
- frecuentemente siempre
- 71) ¿Acostumbra tomar medicamentos sin prescripción médica?
- si no

V. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

- 72) Su colonia cuenta con:
- drenaje luz agua potable
- instituciones de educación (escuelas)
- instituciones de salud (clínicas, hospitales)
- centros de recreación
- mercados, tiendas populares
- 73) Su casa es:
- luminosa oscura fría
- caliente polvosa húmeda
- ruidosa ventilada
- 74) Señale el número de personas que viven con usted _____
- Señale el número de personas que duermen en cada cuarto: _____

75) Su hogar está construido con:

___ ladrillo ___ cemento ___ otro

76) ¿Tiene baño su casa? ___ si ___ no

77) El piso de su casa es de:

___ terracería ___ cemento ___ otro

- * Los Apéndices 1, 2 y 3 se elaboraron siguiendo los lineamientos de Rojas (1982) y Lininger y Warwick (1982), bajo la supervisión del Físico-Matemático Fausto Merlín Pichardo.

Apéndice 2
Codificación

- 1) Edad _ _
- 2) Sexo _
- 3) Lugar de nacimiento _
- 4) Años de residencia en el Valle de México _ _
- 5) Escolaridad _
- 6) Lugar de residencia _ _
- 7) Medios de transporte _ _ _ _ _
 - 0 A pie
 - 1 Colectivo
 - 2 Autobús
 - 3 Metro
 - * 6 + Otros
- 8) Tiempo de trayecto casa-trabajo _
- 9) Tiempo de trayecto trabajo-casa _
- 10) Puesto de trabajo _
 - 0 Costurero
 - 1 Punteador de cuadros
 - 2 Maquinista
 - 3 Operador de máquina de resorte
 - 4 Operador de corchete
 - 5 Cortador de tela
 - 6 Forrador
 - 7 Etiquetador
 - 8 Encargado del departamento de cajón
- 11) Actividad desarrollada en el trabajo _
- 12) Tipo de nombramiento _
- 13) Antigüedad en el empleo _ _
- 14) Puestos desempeñados en la empresa _ _ _ _ _
 - 0 Barrendero
 - 1 Acarreador de muelles
 - 2 Engrasador
 - 3 Ensamblador

J-25 82-33
Asic Jansen
Madrugada 126
Salto S. A. B.
Enero 5 a 10.
Feb. 4 1977

- 4 Resortero
- 5 Preparador de colchón y base
- 6 Empacador
- 7 Operador de máquinas
- 8 Cortador de cajones
- 9 Costurero

- 15) Puestos desempeñados fuera de la empresa _ * 6 +
- 16) Turno y número de horas trabajadas _ _ _
- 17) Rotatividad del turno _
- 18) Horas extras trabajadas en el último mes _ _
- 19) Horas extras pagadas _ _
- 20) Trabajo en días festivos y de descanso _
- 21) Descansos durante la jornada _ ¿cuántos? _
Duración (en horas) _ _
- 22) Interrupciones durante la jornada _
- 23) Límite de producción _ Cantidad _ Duración _ _
(en decenas) (en horas)

- 24) Tipo de pago _
- 25) Salario (semanal) _ _ _ _ _
- 26) ¿Salario adecuado? _ ¿Por qué? _ * 6 +
- 27) ¿Otro empleo? _ ¿Cuál? _ * 6 +
- 28) ¿Incentivos? _ _ _ _ _
 - 0 Guardería
 - 1 Ayuda de renta
 - 2 Despensa
 - 3 Bono de puntualidad
 - * 6 + Otro

- 29) ¿Cómo trabaja? _ _ _ _ _
 - 0 De pie
 - 1 Sentado
 - 2 Caminando
 - * 6 + Otra

- 30) Actividad desarrollada en el trabajo _ _ _ _ _

- 0 Rutinaria
- 1 Fatigante
- 2 Difícil
- 3 Peligrosa
- 4 Agradable

* 6 + Otra

- 31) ¿Toma decisiones? _
- 32) ¿Cuenta con máquinas y herramientas seguras? _
- 33) ¿Cuenta con máquinas y herramientas adecuadas a su tamaño? _
 ¿Por qué _ * 6 +
- 34) ¿Usa equipo de seguridad? _
- 35) Equipo de seguridad _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- | | |
|------------------|-----------------|
| 0 Pesado | 6 Deteriorado |
| 1 Incómodo | 7 Ajustado |
| 2 Caluroso | 8 Confortable |
| 3 Feo | 9 Holgado |
| 4 Poco funcional | 10 Adecuado |
| 5 Inseguro | 11 Insuficiente |
- 36) Accidentes de trabajo _ ¿Cuál? _ * 6 +
- 37) Parte corporal afectada _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- | | |
|----------|-------------------|
| 0 Mano | 6 Cabeza |
| 1 Brazo | 7 Cara |
| 2 Ojos | 8 Columna |
| 3 Tronco | 9 Tórax |
| 4 Pie | 10 Todo el cuerpo |
| 5 Pierna | * 6 + Otros |
- 38) Enfermedades en el último año _ * 6 +
- 39) ¿Curso de seguridad en el trabajo? _
- 40) ¿Hace cuánto tiempo? (en meses) _ _
- 41) Distractores _ * 6 +
- 42) Frecuencia de los distractores _

- 56) ¿Satisfecho o con hambre? _
- 57) ¿Come lo que le gusta? _
- 58) ¿Cena? _
- 59) Lugar de la cena _
- 60) Alimentos en la cena _ _ _ _ _
- | | |
|---------|----------------|
| 0 Leche | 4 Frijoles |
| 1 Pan | 5 Verdura |
| 2 Huevo | 6 Fruta (Jugo) |
| 3 Carne | * 6 + Otro |
- 61) ¿Siente hambre en el trabajo? _
- 62) ¿Come entre comidas? _
- 63) Alimentos prohibidos por el médico _
- ¿Cuáles son? _ * 6 +
- 64) Horas dormidas _ _
- 65) ¿En qué duerme? _
- 66) Sueño durante el día _
- 67) Momentos en que siente sueño _ _ _ _
- | |
|---|
| 0 Durante la jornada de trabajo |
| 1 Durante el trayecto al trabajo |
| 2 Durante el trayecto de regreso a casa |
| 3 Después de comer |
- 68) ¿Se duerme en estos casos? _
- 69) Insomnio _
- 70) ¿Sueño suficiente? _
- 71) Medicamentos sin prescripción médica _
- 72) Características de su colonia _ _ _ _ _
- | |
|---|
| 0 Drenaje |
| 1 Luz |
| 2 Agua potable |
| 3 Instituciones de educación (escuelas) |
| 4 Instituciones de salud (clínicas, hospitales) |

(continuación)

Apéndice 2

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
Trabajadores																											
1	35	0	1	35	0	00	0*2	**	0	1	3	1	0	11	01*****	*	095	0	00	00	1	1000	0	10000	3	09100	1+
2	22	1	0	22	2	00	0***	0	0	1	0	0	00	*****	*	095	0	00	00	1	1000	1	10000	3	05800	1+	
3	30	0	0	25	1	00	**2	**	1	1	1	1	0	14	**234*****	*	095	0	00	00	1	1000	0	10000	3	08050	1+
4	21	1	0	12	2	01	**2	**	1	2	0	1	0	04	*****	*	095	0	00	00	1	1000	1	10000	3	07700	1+
5	43	1	0	22	0	01	*1	**	0	0	1	0	21	*****	*	095	0	00	00	1	1000	1	10000	3	07600	1+	
6	27	0	1	11	1	00	**2	**	1	1	5	1	0	11	*****56***	*	095	0	04	04	0	1000	0	10000	3	07700	1+
7	51	0	0	14	1	00	**2	**	0	0	8	1	0	09	0*****	*	095	0	08	08	1	1000	1	10000	3	07700	1*
8	53	0	0	09	0	01	*12	**	2	3	2	2	0	24	*1***57**	*	095	0	42	42	1	1000	1	10000	3	11613	1+
9	36	1	1	36	1	00	**2	**	0	0	6	1	0	00	*****7**	+	095	0	00	00	1	0000	0	10000	3	05812	1+
10	36	0	0	12	0	00	0*2	**	1	1	1	1	0	05	*1*****7**	*	010	0	00	00	1	1000	1	10000	0	09500	0+
11	41	1	1	41	1	01	*123	**	1	1	4	1	1	10	*****7**	*	095	0	00	00	1	1000	0	10000	3	07493	0*
12	23	1	0	06	2	00	**2	**	0	0	0	1	0	00	*****	*	095	0	00	00	1	1000	1	02495	3	05600	1+
13	46	0	0	25	0	01	*12	**	1	2	2	1	1	24	*****	*	095	0	08	08	1	1000	1	00895	3	07500	0+
14	24	1	1	24	1	00	0***	0	0	1	0	0	00	*****	*	095	0	03	03	1	1000	1	02495	3	05800	1+	
15	23	1	0	04	1	00	**2	**	0	0	7	1	0	00	*****89	+	095	0	00	00	1	1000	1	03095	3	05600	1+

Apéndice 2 (continuación)

Variables	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	
Trabajadores																				
1	1*	***3+	**2*	*123**	0	0	0*	0	*****	1*	*****	*****	*****	1**	+	0	1	***+	2	
2	1*	***3+	*1**	***4*	0	0	0*	0	*****	1*	*****	*****	*****	1**	*	*	0	***+	3	
3	1*	***3+	0***	*1***	1	0	0*	0	*****	0+	0	*****	*****	1**	*	*	0	**2+	1	
4	1*	***3+	*1**	0*2***	1	0	0*	0	*****	1*	*****	*****	*****	1**	*	*	1	*1**	1	
5	1*	***3+	*1**	0**4*	3	0	0*	0	*****	1*	*****	*****	*****	1**	*	*	0	***+	3	
6	1*	***3+	**2*	01234*	0	0	0*	3	*****6*	8	*****	*****	*****	1**	*	*	1	***+	2	
7	1*	***3+	**2*	01*34*	3	0	0*	0	*****	0+	*****8	***+	***+	*	1**	*	*	1	***+	1
8	1*	***3+	0*2*	***34*	0	0	0*	3	*****8*	10*	1*	*****	*****	*	1**	*	*	1	***+	3
9	1*	***3+	*1**	0**4*	0	0	0*	0	*****	1*	*****	*****	*****	*	1**	*	*	3	***+	2
10	1*	*****	0***	*123**	0	0	0+	0	*****	1*	*****	*****	*****	+	1**	*	*	3	0**+	1
11	1*	0*3+	01**	0*34*	0	1	0+	0	*****	1*	*****	*****	*****	+	1**	+	0	3	***+	2
12	1*	***3+	*1**	0**4*	0	0	1+	0	*****	1*	*****	*****	*****	*	1**	*	*	1	***	*
13	1*	***3+	0*2*	012*4*	0	0	0*	0	*****	0+	*****	*****	*****	*	1**	*	*	2	***+	3
14	1*	***3+	*1**	01**4*	0	0	0+	0	*****	1*	*****	*****	*****	*	1**	+	0	1	***+	3
15	1*	***3+	*1**	01*34*	3	0	0+	0	*****	1*	*****	*****	*****	+	1**	*	*	1	**2*	1

Apéndice 2 (continuación)

Variables	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
Trabajadores																						
1	00	1	0	2	1	080	01*****	0	0***	*12**6***	0	2	1	0	0*****+	3	1	1*	07	0	0	***
2	03	1	0	3	0	090	0123456*	1	0***	0*2*****9	0	3	3	0	0*****	0	0	1*	08	0	0	***
3	03	0	1	3	0	050	01*****	0	0***	01*345****	1	2	0	*	*****	1	1	1*	08	0	0	***
4	00	0	1	3	0	050	01***6*	0	0***	01***6***	0	2	1	0	01***6*	1	3	0+	55	0	2	0**3
5	00	1	0	3	0	050	01***6*	0	0***	01**4*****	0	2	3	0	0*****	0	0	0+	07	0	1	0***
6	00	1	0	2	1	055	01*****	0	0***	01**45****	1	1	1	0	01*****+	1	0	0+	07	0	1	**3
7	00	1	0	3	1	055	01*****+	1	0***	01**5**8*	0	3	3	0	*1*****+	0	0	1*	07	0	0	***
8	00	0	1	3	1	055	0***6*	0	0***	012*4**8*	0	3	3	0	012*456*	0	1	1*	05	0	3	**2*
9	00	1	0	3	0	065	0*2*****	0	0***	0**4*****	0	2	0	*	*****	1	3	1*	08	0	1	0***
10	00	0	7	3	1	080	01***6*	0	0***	0123**6**9	0	3	2	0	01*3456*	1	0	0+	07	0	0	***
11	00	1	0	2	*	090	01**456*	0	0***	01*****	0	2	3	0	01**5**	1	3	0+	07	0	1	**2*
12	01	0	0	0	*	***	*****	0	0***	01*3**6***	1	2	1	0	**3*56*	3	0	1*	06	0	1	0***
13	00	1	0	3	1	095	**23456*	0	0***	0123**6**9	0	2	1	0	012*456*	0	0	0+	07	0	0	***
14	00	1	0	3	1	095	**2345**	0	0***	0*2345*****	1	2	0	*	*****	3	3	1*	08	0	1	0***
15	00	1	0	1	1	050	01**4*6*	0	0***	0123**67**	0	1	1	0	0123456*	3	1	1*	07	0	3	0*2*

Apéndice 2 (continuación)

Variables	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
Trabajadores										
1	*	0	3	0	*1*3***	0**34***	052	0**	0	*1*
2	*	0	3	1	0123**6	0*****7	032	0**	0	*1*
3	*	1	1	1	01234*6	0**3***7	032	*1*	0	*1*
4	0	0	3	1	01234*6	*****7	012	*1*	0	*1*
5	0	1	2	1	0123456	0**3***7	052	0**	0	*1*
6	0	0	1	1	0123456	0*****7	032	01*	0	*1*
7	*	1	2	1	0123456	0*2***7	052	01*	0	01*
8	3	0	3	1	0123456	0**3***7	072	*1*	0	*1*
9	0	1	2	1	0123456	0***67	077	**+	1	*1*
10	*	1	3	1	*1*****	*12*4**7	088	**+	0	*1*
11	*	0	2	1	0123456	0**3***7	053	01*	0	*1+
12	0	0	3	1	*123**6	****4**7	033	0**	0	*1*
13	*	0	3	1	0123456	0**3***7	052	*1*	0	*1*
14	0	2	3	0	01234*6	0**34**7	103	0**	0	*1*
15	0	0	2	1	01234*6	0*23***7	033	*1*	0	*1*

II. DATOS DEL TRABAJO

11) ¿Qué puesto desempeña actualmente?

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

_____ Manual (ejemplo almacenista, rutero, etc.)

_____ Operario de Máquina

_____ Especifique cuál: _____

_____ Administrativo

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) ¿Ha 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 pagan 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 qué? _____
- 32) ¿Recibe algún(os) incentivo(os)?
_____ Guardería _____ Ayuda de renta
_____ Despensa _____ Bono de puntualidad
_____ Bono de asistencia
Otro: _____

III. CONDICIONES DE TRABAJO

- 33) Su puesto lo desempeña:
_____ de pie _____ caminando
_____ 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 corresponden a su talla y estatura?
- si no
- ¿Por qué? _____
- 38) El equipo de seguridad lo usa:
- nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- Observaciones _____
- 39) El equipo de seguridad es:
- pesado incómodo caluroso
 feo poco funcional inseguro
 deteriorado ajustado confortable
 holgado adecuado viejo
 insuficiente
- 40) ¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo en este año?
- si no
- Especifique _____
- 41) Señale la parte del cuerpo afectada:
- mano brazo ojos tronco
 pie pierna cabeza cara
 columna tórax 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
- 45) ¿Hace cuánto tiempo? _____
- 46) Al desempeñar su trabajo, ¿qué cosas le distraen?

- 47) Estos distractores son:
____ 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 PSICOLÓGICOS

- 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 a
limentos desayunó?
____ leche _____ pan _____ huevo _____ carne
____ frijoles _____ verdura _____ fruta _____ té
(jugo)
____ café _____ atole Otro _____

- 54) La comida de mediodía, ¿la hace en la fábrica?
 _____ si _____ no
- 55) Durante la última semana, ¿cuáles de los siguientes a limentos comió?
 _____ comida corrida _____ tortas _____ tacos, sopes, etc.
 _____ gansitos, panqués, refrescos, etc.
 _____ Otro _____
- 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 a limentos cenó?
 _____ leche _____ pan _____ huevo _____ carne
 _____ frijoles _____ verdura _____ fruta _____ té
 (jugo)
 _____ 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 duerme?
 cama catre sillón
 suelo Otro _____
- 67) ¿Siente sueño durante el día?
 nunca raras veces
 frecuentemente siempre
- 68) ¿En qué momentos siente sueño?
 durante la jornada de trabajo
 durante el trayecto al trabajo
 durante el trayecto de regreso a su casa
 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 y 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 otro

81) El baño de su casa es:

común propio

82) El piso de su casa es de:

terracería cemento otro

Referencias*

- APA Task Force on Health Research. Contributions of Psychology to health research: Patterns, problems, and potentials. American Psychologist, 1976, Vol. 31, -- págs. 263-274.
- Barbosa Morón, M. J. Enfermedades profesionales. En la obra de A. Tecla (dir.), Enfermedad y clase obrera. - México, Instituto Politécnico Nacional. Escuela de - Enfermería y Obstetricia, 1982.
- Berlinguer, G. Medicina y Política. México, Ediciones -- Círculo de Estudios, 1977.
- Boltvinik, J. y Cols. Necesidades esenciales en México.- Situación actual y perspectivas al año 2 000. Tomo - 4: Salud (2a. ed.). México, Ed. Siglo XXI, 1982.
- Borisov, E. y Cols. Diccionario de Economía Política (2a. ed.). España, Ed. Grijalbo, 1976.
- Córdova, C. A. y Ortiz, Q. F. El proceso de trabajo y su relación con la salud mental. Salud Mental, 1979, -- Vol. 2, Año 2, núm. 4, págs. 14-20.
- 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.
- Davidson, P. O. Evaluating lifestyle change programs. En la obra de P. O. Davidson y S. M. Davidson (dirs.), - Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. New York, Brunner/Mazel, Inc., 1980.

- Davidson, P. O. y Davidson, S. M. Introduction. En la obra de P. O. Davidson y S. M. Davidson (dirs.), Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. New York, Brunner/Mazel, Inc., 1980.
- Dubos, R. Pasteur y la ciencia moderna (2a. ed.). Argentina, Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1970.
- Dubos, R. El espejismo de la salud. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1975.
- Dubos, R. Los sueños de la razón. México, Ed. Fondo de Cultura Económica, 1976.
- Dwore, R. B. y Matarazzo, J. The Behavioral Sciences and Health Education. Disciplines with a compatible interest? Health Education, 1981, Vol. 12, núm. 3, págs. 4-7.
- Echeverría, M., Franco, S., López, M. A., Sánchez, R., Sempertegui, R. y Vega, M. El problema de la salud en DINA. Cuadernos Políticos, 1980, núm. 26, págs. 77-89.
- Engels, F. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre. Moscú, Ed. Progreso, 1971.
- * Engels, F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. México, Ediciones de Cultura Popular, 1984.
- * Fernández Osorio, J. R. Evolución histórica de la medicina del trabajo. Boletín Médico del IMSS, 1968, Vol. X, núm. 3, págs. 58-60.

- ✱ Frenk, J. Salud, educación y Medicina: Expectativas y limitaciones. Ciencia y Desarrollo, 1979, núm. 26, --- págs. 133-138.
- Gómez Pérez, G. Proceso de trabajo y trastornos psíquicos. En la obra de A. Tecla (dir.), Enfermedad y clase obrera. México, Instituto Politécnico Nacional. - Escuela de Enfermería y Obstetricia, 1982.
- Hernández Reynoso, V. M. Formación de recursos humanos - para la investigación de servicios de salud. Cuadernos de Estudio del Departamento de Ciencias Sociales y de la Conducta. ENEP Iztacala, UNAM, 1980, núm. 2, págs. 1-13.
- Kickbusch, I. Involvement in health: A social concept of health education. Supplement to International Journal of Health Education, 1981, Vol. 24, núm. 4, págs. 3-15.
- King, K. Selected behavioral strategies for the health educator. Health Education, 1982, Vol. 13, núm. 3, -- págs. 35-37.
- Kumate, J., Cañedo, L. y Pedrotta, O. La salud de los mexicanos y la Medicina en México. México, Editorial - de El Colegio Nacional, 1977.
- Laurell, A. C. Medicina y capitalismo en México. Cuadernos Políticos, 1975, núm. 5, págs. 80-93.
- Laurell, A. C. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos, 1978, núm. 17, págs. 59-79.

- * Laurell, A. C. La política de salud en los ochenta. Cuadernos Políticos, 1980, núm. 23, págs. 89-97.
- Laurell, A. C. La salud-enfermedad como proceso social.- Revista Latinoamericana de Salud, 1982, núm. 2, págs. 7-25. (a)
- Laurell, A. C. Crisis y salud en América Latina. Cuadernos Políticos, 1982, núm. 33, págs. 32-45. (b)
- Laurell, A. C. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. En la obra de F. Ortiz (dir.), Vida y muerte del México no. Vol. 1, México, Folios Ediciones, 1982. (c)
- Laurell, A. C. y Enríquez, E. A. La política de salud en la crisis económica: 1976 a 1978. Territorios, 1980, Vol. 1, núm. 2, págs. 2-7.
- * Laurell, A. C. y Márquez, A. El desgaste obrero en México. México, Ed. Era, 1983.
- Leontiev, A. El hombre y la cultura. En la obra de A. -- Leontiev (dir.), El hombre y la cultura. México, Ed. Grijalbo, 1973.
- * Ley Federal del Trabajo (4a. ed. actualizada). México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 1981.
- Lininger, Ch. A. y Warwick, D. P. La encuesta por muestreo: Teoría y práctica. México, Compañía Editorial-Continental, S. A., 1982.

Linton, M. Manual simplificado de estilo. México, Editorial Trillas, 1978.

López Acuña, D. La salud desigual en México (4a. ed.). - México, Ed. Siglo XXI, 1982.

Luria, A. Los procesos cognitivos: Análisis socio-histórico. España, Ed. Fontanella, 1980.

Marx, C. Introducción general a la crítica de la Economía Política. En la obra de A. Tecla (dir.), Metodología en las Ciencias Sociales. Vol. 1, México, Ediciones Taller Abierto, 1980.

Marx, C. Trabajo asalariado y capital. En C. Marx y F. Engels, Obras Escogidas, Tomo I, Moscú, Ed. Progreso, 1981. (a)

Marx, C. Salario, precio y ganancia. En C. Marx y F. Engels, Obras Escogidas, Tomo II, Moscú, Ed. Progreso, 1981. (b)

Matarazzo, J. D. Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers for a new Health Psychology. American Psychologist, 1980, Vol. 35, núm. 9, págs. 807-817.

McDill, S. M. Behavioral Epidemiology. En la obra de O. F. Pomerleau y J. P. Brady (dirs.), Behavioral Medicine: Theory and practice. Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1979.

McGuire, W. J. Behavioral Medicine, Public Health and -- communication theories. Health Education, 1981, Vol. 12, núm. 3, págs. 8-13.

McNamara, J. R. Behavioral Psychology in Medicine: An introduction. En la obra de J. R. McNamara (dir.), Behavioral approaches to Medicine. Application and analysis. New York, Plenum Press, 1979.

Medico Moderno. Medicina del trabajo: Un camino a mediar. Medico Moderno, 1980, Vol. XVIII, núm. 12, -- págs. 100-118.

Mendes, R. Salud ocupacional. Un área prioritaria en la salud de los trabajadores. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1982, Vol. 93, núm. 6, págs. - 506-519.

Menéndez, E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En la obra de F. Basaglia (dir.), La salud de los trabajadores: Aportaciones para una política de la salud (3a. ed.). México, Ed. Nueva Imagen, 1978.

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, UNAM, 1984.

Milsum, J. H. Lifestyle changes for the whole person: -- Stimulation through health hazard appraisal. En la obra de P. O. Davidson y S. M. Davidson (dirs.), Behavioral Medicine: Changing health lifestyles. New York, Brunner/Mazel, Inc. 1980.

Navarro, V. La Medicina bajo el capitalismo (2a. ed.). - España, Ed. Crítica, 1979.

- Ortiz, Q. F. Medicina del trabajo. En la obra de F. Ortiz (dir.), Vida y muerte del mexicano. Vol. 2, México, Folios Ediciones, 1982.
- Pearson, C. E. The emerging role of the occupational physician in Preventive Medicine, health promotion and Health Education. Journal of Occupational Medicine, 1980, Vol. 22, núm. 2, págs. 104-106.
- Pomerleau, O. F. Behavioral Medicine. The contribution of the Experimental Analysis of Behavior to medical care. American Psychologist, 1979, Vol. 34, núm. 8, págs. 654-663.
- Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. Introduction: The scope and promise of Behavioral Medicine. En la obra de O. F. Pomerleau y J. P. Brady (dirs.), Behavioral Medicine: Theory and practice. Baltimore, The Williams and Wilkins Company, 1979.
- Rajchenberg, E. y Salinas, A. Los trabajadores de AHMSA y la salud en el trabajo. Economía Informa, 1982, -- núm. 96, págs. 9-13.
- Rajchenberg, E. y Teixeira, J. Panorama de la situación actual de los riesgos de trabajo y de la salud ocupacional en México. 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, UNAM, 1984.

- Ramírez Póez, J. A. Proyecto Educación para la Salud: Investigación Salud y Trabajo. México, ENEP Iztacala, - UNAM, 1982.
- Reid, D. El aprendizaje de la buena salud. Salud Mundial, 1984, Enero-Febrero, págs. 5-7.
- Ríos, M. y Neri, C. Algunas consideraciones acerca de la salud-enfermedad, la salud ocupacional y la participación del psicólogo. Ponencia presentada en el VII-Encuentro Nacional y II Latinoamericano de Estudiantes de Psicología, celebrado en Guadalajara, Jalisco, 1983.
- Rojas Soriano, R. Guía para realizar investigaciones sociales (7a. ed.). México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1982.
- *¹⁰⁰Rojas Soriano, R. Sociología médica. México, Folios Ediciones, 1983.
- *Rojas Soriano, R. Capitalismo y enfermedad (2a. ed.). México, Folios Ediciones, 1984.
- Roth, E. Proyecto Educación para la Salud. México, ENEP-Iztacala, UNAM, 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.
- Sevilla, M. L. Medio ambiente, contaminación y salud. En la obra de F. Ortiz (dir.), Vida y muerte del México no. Vol. 1, México, Folios Ediciones, 1982.

Silbret, M., Schneiderman, 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.

Stachnik, T. J. Priorities for Psychology in medical education and health care delivery. American Psychologist, 1980, Vol. 35, núm. 1, págs. 8-15.

Stainbrook, G. y Green, L. W. Behavior and behaviorism in Health Education. Health Education, 1982, Vol. 13, núm. 6, págs. 14-19.

Tecla Jiménez, A. Formación económico social y enfermedad. En la obra de A. Tecla (dir.), Enfermedad y clase obrera. México, Instituto Politécnico Nacional. - Escuela de Enfermería y Obstetricia, 1982.

Torres Goitia, J. Evolución del concepto salud-enfermedad. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, 1981. Año XXVII, núm. 106, págs. 15-38.

Vega Franco, L. y García Manzanedo, H. Bases esenciales de la Salud Pública. México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1982.

Waitzkin, H. A marxist view of medical care. Annals of Internal Medicine, 1978, 89, págs. 264-278.

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.

Wong, O. A practical guide for non-epidemiologists. Occupational Health and Safety, 1981, Vol. 50, núm. 10, - págs. 31-40.

* La lista de referencias se elaboró siguiendo los lineamientos de Linton (1978).