

5
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

PSICOTRASTORNOS ASOCIADOS AL PROCESO DE TRABAJO

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
QUE PRESENTA:
SANDOVAL OCAÑA JORGE IGNACIO



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

INDICE

JUSTIFICACION	I
INTRODUCCION	IV
CAPITULO I. El Estudio de la Salud-Enfermedad	6
1.1 Antecedentes Históricos	6
1.2 Historia del Estudio del Proceso Salud-Enfermedad en México	7
CAPITULO II. Condiciones Histórico Sociales que Repercuten en el Proceso Salud-Enfermedad	11
CAPITULO III. El Proceso de Trabajo y sus Repercusiones en la Salud del Trabajador	16
CAPITULO IV. Salud Mental y Trabajo	21
4.1 Salud Mental	21
4.2 Psicotrastornos y Trabajo	24
4.3 Psicotrastornos y Alienación	27
CAPITULO V. Psicotrastornos y Trabajo en la Tienda de Autoservicio de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana 31	31
5.1 Antecedentes	31
5.2 Proceso de Trabajo en TAUAM	32
5.3 Método Operativo	35
CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFIA	46
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA	49

INTRODUCCION.

Existen dos áreas fundamentales dentro del campo de acción de la psicología: la educación y la salud. La primera dentro del análisis del proceso enseñanza-aprendizaje, la segunda en el ámbito de la llamada salud- "enfermedad" mental.

En un aspecto más restringido la psicología ha intervenido de manera específica, aunque parcialmente, dentro de los centros de trabajo vía la psicología "industrial", sin embargo esta intervención no se ha enfocado al análisis del proceso de trabajo y su relación con el proceso salud-enfermedad, sino que, hasta el momento, la psicología "industrial" se ha limitado al desarrollo de técnicas de optimización de recursos, en buena medida empapadas de un pragmatismo conductista, que en poco ha ayudado a un avance teórico-metodológico de importancia dentro de la psicología y sus posibles aplicaciones en los ámbitos laborales.

Por su parte, el análisis del proceso salud-enfermedad se ha desarrollado gracias al enorme conocimiento acumulado de la ciencia médica y, más particularmente, a la intervención de la sociología histórico-materialista. En México los avances en este campo se pueden constatar con la basta literatura existente en los últimos años, de personalidades en el estudio de este fenómeno como Asa Cristina Laurell, Alfredo Tecla, Federico Ortiz Quezada, entre otros.

Algo lamentable para los psicólogos (tal vez para la psicología en su conjunto) es la poca intervención de nuestra disciplina en el estudio del proceso salud-enfermedad y, particularmente, en lo que se refiere a la llamada "enfermedad" mental. Algo que es necesario destacar es que algunos especialistas como médicos, epidemiólogos, sociólogos y psiquiatras, refieren en sus respectivos análisis alteraciones de índole psíquica derivadas o asociadas a las condiciones de trabajo; sin embargo, la psicología y los psicólogos más bien se notan por no estar presentes en la teorización e investigación dentro de esta temática.

Por las razones mencionadas, el presente trabajo es un intento de introducirse en la teoría y en la obtención de datos empíricos con el objetivo de introducir la investigación psicológica al área laboral desde el análisis del proceso salud-enfermedad y más particularmente, la "enfermedad" mental de los trabajadores.

En el primer capítulo se esboza cómo se ha entendido el fenómeno sa-

lud-enfermedad a través de la historia; en el segundo se describen los modelos explicativos existentes sobre salud-enfermedad; en el capítulo tres se hace un somero análisis sobre las condiciones de trabajo y sus repercusiones sobre la salud de los trabajadores; en el capítulo cuatro definimos cómo entendemos la alteración mental y cómo se dá su relación con el trabajo, así como también establecemos la relación entre psicotrastornos y alienación; en el último capítulo se presenta de manera resumida el reporte de la investigación realizada con los trabajadores de la tienda de autoservicio de la Universidad Autónoma Metropolitana.

I. EL ESTUDIO DE LA SALUD-ENFERMEDAD.

"En rigor hay salud para todos o no hay salud para nadie..."

C. Laurell; M. Márquez.

1.1 Antecedentes Históricos.

El problema de la salud-enfermedad ha despertado interés en el hombre a través de su historia, en la intención de explicar sus causas y encontrar las formas más apropiadas para atacar a la enfermedad, todo esto dentro del ámbito de la sociedad en general, pero centrandó también su interés en la relación salud-trabajo. De lo anterior se desprende que determinada formación histórica de la sociedad le corresponde una particular forma de concebir y abordar el problema. Así, en la época primitiva se suponían como causas de enfermedades a actos mágicos e intervención de espíritus.

Ya en el régimen esclavista de la Antigua Grecia se dejan ver interpretaciones en las que el ambiente juega un papel de importancia en la aparición de enfermedades, más aún, se empieza a reconocer que las condiciones de trabajo y la sobrecarga de éste tienen repercusiones directas en la salud de los individuos; debido a esto el mismo Platón hace referencia a la existencia de dos diferentes prácticas médicas; una exclusiva para el "ciudadano" y otra para el trabajador, "ya fuera esclavo o libre".¹

"En el terreno de la medicina, Hipócrates, 400 años a.C., dedicado básicamente a la medicina de las clases dominantes, describe sin embargo enfermedades características de mineros y artesanos. Más adelante, en el siglo XVI, George Baur (1494-1555) se ocupa de los problemas de la salud de los mineros, y en la misma época Paracelso (1493-1541) uno de los padres de las ciencias experimentales publica el texto 'De los oficios y enfermedades de la montaña en el cual encontramos referencias a la silicosis y a intoxicaciones con mercurio y plomo'.²

Ortiz Quezada menciona que durante la Edad Media, existieron tres tipos de asistencia médica: la ofrecida a los esclavos o siervos practicada en hospitales sin las más necesarias condiciones de higiene y seguridad; la otra era la proporcionada al artesano de cierta posición económica y al naciente burgués, generalmente a través de un médico particular; y la atención especial a reyes, príncipes, señores feudales y eclesiásticos de alto rango, quienes recibían atención de médicos dedicados exclusivamente a ellos; sin embargo, entre los "concilia" de la Edad Media no existe ninguna referencia a

enfermedades relacionadas con algún tipo de trabajo.

En el siglo XVII Bernardo Rammazzini (1633-1714) médico italiano, se dedicó a observar las condiciones en que se desarrollaban la mayoría de los oficios de su época, y expuso sus observaciones en su obra publicada en 1700 "De las enfermedades de los trabajadores". Correspondiendo con sus observaciones señalaba que no sólo se debían investigar los signos y síntomas, sino también las condiciones de vida y trabajo de los individuos; entre las recomendaciones de Rammazzini decía que había que agregar a las preguntas establecidas por Hipócrates la siguiente: ¿Cuál es su ocupación?.

La siguiente etapa histórica en la que se da una conceptualización nueva del fenómeno de la salud-enfermedad es en el siglo XIX, con el surgimiento de la Revolución Industrial; además,

"... con la publicación de dos obras, que han trascendido a fondo el pensamiento de contenido social: una de Federico Engels, la situación de la clase obrera en Inglaterra (1845) y la otra de Carlos Marx, El capital (1867). Ambas abundan en datos acerca de las enfermedades que se generan por las condiciones de trabajo. Por primera vez se advierte que el tema se aborda bajo un enfoque global del problema, en el cual se abarca la salud, la enfermedad y las condiciones de trabajo y el modo de producción, por primera vez se hace evidente la presencia de toda una patología ligada al contexto de una estructura social, especialmente a la forma en que el hombre queda inserto dentro del proceso de trabajo."³

El inicio del capitalismo representó para la clase trabajadora jornadas de trabajo mayores a las 12 o 14 horas, espacios mal ventilados, contaminados y reducidos, un gran número de accidentes y enfermedades, mortalidad alarmante a edades tempranas incluyendo a niños y mujeres. Engels definió esta situación como un "asesinato social"⁴

1.2 Historia del Estudio del Proceso Salud-Enfermedad en México.

En México el análisis del proceso salud-enfermedad presenta una historia particular debido a las condiciones histórico-sociales por las que ha atravesado el país. En la época anterior a la Conquista, el conjunto de conocimientos sobre la medicina era de un carácter fundamentalmente empírico, basados en la herbolaria con la práctica de sangrías, masajes, baños termales y algunas formas de cirugía. Estas prácticas se realizaban dentro de un fuerte ámbito mágico-religioso, además de una atención acorde con la pertenencia a algunas de las castas existentes en el antiguo México.⁵

La conquista trajo para México entre otras desgracias, la injerencia de agentes de enfermedades nuevas en el territorio americano, así como nuevas relaciones sociales de producción y de explotación, con la consecuente fusión de las prácticas precoloniales con la terapéutica europea. Los servicios de salud para la población española y mestiza fueron proporcionados en hospitales creados exclusivamente para ellos, mientras que en otros se daba atención a la población nativa. En el periodo que duró la Colonia los servicios de salud a la población nativa fueron proporcionados en gran medida por el clero en la forma de beneficencia más que como un derecho; esta práctica en sus inicios permitió a la Iglesia el acercamiento de los pobladores del territorio americano a las creencias católicas. Por su parte la corona española mostró interés por la formación de los primeros médicos de la Nueva España, así como la creación de los primeros hospitales; evidentemente estas medidas no estaban pensadas para el beneficio de la población mayoritaria.

Durante la época de la Independencia el conocimiento médico se encontraba en un atraso tan grande, que en 1828 en la Facultad de Medicina aún se enseñaban los textos clásicos de Hipócrates, Galeno y Avicena. En años posteriores a la Reforma se introducen en el país las primeras bases científicas acerca de la salubridad y hay un impulso a lo relacionado con la salud. Se incorporan los últimos avances de la ciencia médica desarrollada en Europa y el presidente Juárez crea la Dirección General de Beneficencia con la finalidad de convertir en servicio público dependiente del Estado a los servicios hospitalarios.

Por aquellas épocas se funda el Gran Círculo de Obreros de México, encontrándose entre algunos de sus objetivos la ayuda mutua en los casos de accidentes y muerte, seguro de vejez, reducción de la jornada laboral, indemnización por accidentes, etc.

En 1875:

"...los obreros textiles de 'La Fama' demandaron lo siguiente: Disminución de la jornada de trabajo de 14 a 12 horas, supresión del trabajo nocturno y supresión del pago de vales o mercancías; también se exigía el establecimiento de un servicio médico gratuito para la atención de enfermedades contraídas en el trabajo. La huelga fué levantada dos meses después, instalándose el primer servicio médico de fábrica en México."⁶

Como se sabe, años antes de la Revolución las condiciones de vida en general eran completamente desfavorables para la población del país, lo que implicaba un estado de salud lamentable; el índice de mortalidad era muy elevado y no existía una política de salud por parte del régimen porfirista.

En el período "revolucionario", desde Francisco I. Madero hasta los años anteriores al gobierno Cardenista, se van dando los primeros pasos respecto a la atención de la salud, aunque evidentemente éstos no son de gran magnitud. No es sino hasta el año de 1937 cuando con la creación de la Secretaría de Asistencia, y el impulso de los institutos y un presupuesto de considerable valía en lo referente a salud e higiene, que el gobierno de Lázaro Cárdenas instaura servicios de higiene industrial para la protección de trabajadores y atención de salud a zonas rurales.

A partir de los años 40 e inicios de los 50, se impulsan actividades para la consolidación del régimen médico proveniente del Estado, mediante la creación de institutos de seguridad "social" como la SSA (1943), EL IMSS (1944), ISSSTE (1958) y una fuerte infraestructura hospitalaria, aunque esto no hay que interpretarlo como una bondad del aparato estatal mexicano, sino más bien como producto de las luchas y presiones ejercidas por la población en general y particularmente por la población trabajadora, por ejemplo:

"Es necesario aclarar que el decreto de la creación del ISSSTE se expidió después de una violenta huelga del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, el más grande del país y el más importante de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado, (F.S.T.S.E).

La creación del I.S.S.S.T.E. debe interpretarse como una respuesta más o menos directa a las presiones de algunos grupos sociales, en este caso de trabajadores del Estado...⁷

Algo que no se puede dejar pasar por alto, es el hecho de que la creación del IMSS, así como la mayor concentración de recursos económicos en él, se debe a que es la institución de salud encargada de dar servicios a la fracción de la clase trabajadora mexicana que está directamente inmersa en la producción industrial.

En los últimos años, y a pesar de medidas gubernamentales como el Plan Nacional de Salud (1974 a 1976 y de 1977 a 1983), y el convenio IMSS-COPLAMAR (1979), además de declaraciones y acciones parciales, demagógicas y fuera de un verdadero plan de salud eficaz, la salud de la población mexicana, particularmente la clase trabajadora, es uno de los grandes y graves problemas a los que el sistema "igualitario", "justo", "democrático", y de "paz social", no ha podido dar respuesta.

En la actualidad, y a pesar de la intervención estatal mediante el IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, la situación de los problemas de salud en el trabajo es de las áreas de promoción, investiga-

ción, presupuesto y atención menos desarrolladas.

II. CONDICIONES HISTORICO-SOCIALES QUE REPERCUTEN EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

"...la aparente paradoja de nuestra civilización está en el hecho de que jamás como hoy el hombre ha tenido tal posibilidad de supervivencia, de salud, de asistencia y no obstante jamás ha habido tantos enfermos".

Péquinot.

Analizando el desarrollo del proceso salud-enfermedad en sus diferentes etapas históricas, vemos como también ha tenido distintas formas de ser abordado; sin embargo, es posible reducir en dos modelos todos los intentos de explicación del fenómeno: 1) el biólogo, con sus dos variantes: a) el estrictamente biológico y b) el ecológico y; 2) el modelo llamado "social".

El modelo biólogo considera como únicas causas de las enfermedades a "factores" físicos, químicos o biológicos, menospreciando las condiciones sociales en que se encuentra el individuo y la misma colectividad. Para esta visión la enfermedad es producto de la introducción al organismo de un virus, bacterias o agentes extraños como sustancias químicas o radioactividad, entre otros. La salud, por oposición, es producto de la ausencia o eliminación de estos agentes en los organismos. La postura ecológica ofrece el esquema del Agente-Huésped-Medio ambiente (A-H-M), en donde el agente es cualquier sustancia o ente biológico nocivo para el organismo; el huésped es el organismo que por ciertas predisposiciones o simplemente debido al azar se convierte en receptor del agente; y como ambiente se considera al entorno físico o ecológico en donde se encuentran y reúnen el agente y el huésped. Este esquema, en palabras de Tecla:

"Se enfrenta a problemas para definir el agente, mientras que el huésped es visto en forma unilateral y reduccionista, en forma ahistórica; el medio ambiente es considerado sólo en sus aspectos físicos, no como práctica social objetivada."⁸

La práctica médica, a través de la historia así como en la actualidad, ha considerado a la enfermedad desde esta visión biólogo, sin embargo no podemos dejar de coincidir con Cristina Laurell cuando menciona:

"Esta manera de conceptualizar a la enfermedad tiene sin duda grandes méritos, y ha posibilitado el avance de la ciencia médica y la comprensión de las condiciones morbosas. Así, ha impulsado, por ejemplo, el desarrollo de la fisiología, la bioquímica, la farmacología y la terapéutica quirúrgica, así como

estimulado las medidas de prevención específicas." ⁹

No obstante lo anterior, es necesario reconocer las características principales del quehacer médico común, tanto a nivel privado como institucional; por ejemplo, la reducción del fenómeno al plano exclusivamente biológico, su carácter individualista, ahistórico, asocial, pragmatista y mercantilista.

Dadas las limitaciones del modelo médico biologista para explicar la causalidad del problema de la salud-enfermedad ya no en un sujeto o en un grupo de seres humanos, sino en grandes grupos como clases sociales o incluso sociedades en su conjunto, se ha hecho necesario reconceptualizar el fenómeno de la salud y la enfermedad desde el enfoque o la postura "social".

Para comprender mejor a que nos referimos cuando hablamos de la postura "social" cabe señalar que: por social entendemos la conjunción de los ámbitos económico, jurídico, político, ideológico, ético, estético y gnoseológico;¹⁰ así, para comprender la determinación social de la enfermedad debemos considerar la combinación y superposición de estos ámbitos y la influencia que directa o indirectamente ejercen en el fenómeno de la salud-enfermedad.

Para fundamentar la determinación de tipo social en el proceso salud-enfermedad es necesario considerar el carácter histórico de todo proceso social, determinado en primer lugar por las condiciones económicas (principalmente en las sociedades capitalistas, tanto desarrolladas como dependientes). De esta manera, a cada modo de producción anterior al capitalismo existieron enfermedades "típicas" de tales formas productivas, más aún en cada formación económica de la sociedad** se encuentran sus propias particularidades al respecto.

Para continuar, también es necesario especificar qué entendemos por salud-enfermedad; la salud-enfermedad es uno y el mismo proceso, es una unidad dialéctica, la salud y la enfermedad no son independientes ni estáticas. Laurell lo expresa de la siguiente manera:

"...la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, y que entre ellas se establece una relación en constante cambio. La enfermedad provoca en el organismo una respuesta biológica tendiente a la salud, que además en muchos casos implica mayor resistencia posterior a esas enfermedad dado que muchas veces no se trata más que de un desequilibrio en los procesos sanos (...) la enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a impulsos exteriores que actúan sobre

éste. El hombre no se enferma solo, sino en interacción con los demás hombres y con la naturaleza.

A nivel más general tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esto es, depende de cómo se la apropia, y cómo en este proceso la transforma.¹¹

Entendido así el proceso salud-enfermedad, podemos entender tal vez su carácter histórico-social, para ello debemos considerar también que a cada momento histórico de una sociedad le corresponde un determinado perfil patológico o epidemiológico, e incluso un correspondiente patrón de mortalidad; para ejemplificar lo anterior basta remitirnos a unos datos mencionados por Cristina Laurell.¹² En México la esperanza de vida al nacer en 1940 era de 40 años, mientras que en 1979 llegó a los 66. Para comprender mejor todo esto, es necesario tener claro que la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas (que requieren para su erradicación medidas de prevención o tratamientos específicos), disminuyó; es el caso de la viruela, la tosferina, el paludismo, el sarampión, la sífilis y otras. Sin embargo otras enfermedades que se encuentran más determinadas por condiciones de vida en general como la tuberculosis, gastroenteritis, colitis, neumonías, etc., presentan una tasa de mortalidad que en 1970 se encontraba entre las primeras causas de muerte.

Lo anterior es posible explicárselo si se toma en consideración que hasta 1940 la estructura económica del país se encontraba bajo formas productivas atrasadas que repercutían en la incidencia de enfermedades infecciosas y que con el ulterior desarrollo industrial, propiciado por la sustitución de importaciones, en este tipo de enfermedades se logra un decremento considerable, pero a esto se vincula que el proceso de industrialización trae como consecuencia un incremento en la morbimortalidad relacionada con las condiciones y proceso de trabajo.

Datos comparativos de las principales causas de enfermedad de la formación económica de la sociedad mexicana con los de una sociedad altamente industrializada como los Estados Unidos, y una formación económica correspondiente a un modo de producción socialista como Cuba, permiten encontrar diferencias significativas. Así, mientras el número de defunciones por cada 100,000 habitantes en 1972 por neumonía e influenza en México fue de 69 087; en E.U. fue de 57 194, en tanto que Cuba no tiene registradas estas enfermedades entre las diez principales causas de muerte. En el caso de la enteritis y otras enfermedades diarreicas, para México el número fue de 66 864; en tanto que los otros dos países no las presentan. En cuanto a enfermedades cerebrovasculares, consideradas como propias de los países altamente industrializados, el cuadro es el siguiente: México 12 809, Cuba 4 694 y E.U. 209 092. ¹³ En el caso de la esperanza de vida al nacer, en 1980

para México era de 65 años, mientras que para Cuba era de 72. Con respecto a la tasa estandarizada de mortalidad general por 1 000 habitantes tenemos lo siguiente: México 7.45, Cuba 4.0 y Reino Unido 3.98.¹⁴

De esta forma y tan sólo con algunos ejemplos, podemos observar como la formación económica determina las condiciones de vida, salud y enfermedad de cualquier sociedad, y más aún en una formación capitalista dependiente como la mexicana, las expectativas no son muy favorables por supuesto.

Pero el condicionamiento de la formación económica sobre el proceso salud-enfermedad no es visible tan sólo comparando una sociedad con otra, la situación se concreta aún más al observar la distribución de la enfermedad entre los miembros de una misma sociedad, es decir, entre las diferentes clases sociales.

De acuerdo con lo anterior podemos esperar que la clase capitalista se enfermará y morirá de manera general, por las enfermedades llamadas de la "civilización" y de "su clase": del corazón y del cáncer. Por su parte, la clase trabajadora sufrirá y morirá de las enfermedades correspondientes a su clase: gastrointestinales, pulmonares, cirrosis, accidentes (de trabajo), etc. Sobre esto, aún cuando las dos clases sociales fundamentales son la burguesía y el proletariado, existen estratos entre ellas y de acuerdo a la proximidad de éstos con alguna de las clases, los miembros de estos estratos padecerán las enfermedades más comunes de la clase a la que se encuentran más próximos; así, entre la burocracia dirigente los padecimientos generalizados son los cerebrovasculares, los del corazón, las enfermedades psicósomáticas, etc.; en tanto que los desempleados o subempleados enfermarán o morirán de enfermedades infecciosas, accidentes, homicidios, etc.

El italiano Mario Timio resume lo anterior de la siguiente manera:

"Actualmente la duración media de la vida humana en el mundo es de 57 años; pero en los países avanzados alcanza los 73 años, mientras que en Africa es de 49 años. Además, en el ámbito de un mismo país o de una misma comunidad; la incidencia de enfermedades y, por lo tanto, el cociente de mortalidad no es uniforme entre todos los ciudadanos. Los factores más destacados de semejante distribución desigual son el sexo, los hábitos alimentarios e higiénicos, el tipo de diversión o la ausencia de recreaciones, la situación económica y familiar de cada uno, su educación, la herencia cultural o étnico cultural, el oficio o la profesión, la posición social, la clase a la que pertenece..."¹⁵. numerosos estudios apoyan la hipótesis de la distribución desigual de las enfermedades en las diferentes clases sociales, y los resultados demuestran como incluso enfermedades consideradas en un tiempo como

"propias" de la clases dirigente (las del corazón, los efectos del estrés y el cáncer), actualmente se presentan en mayor medida en los sectores económicamente débiles de la escala social; un caso muy particular y que merece analizarse por separado es el de la clase trabajadora.

III. EL PROCESO DE TRABAJO Y SUS REPERCUSIONES EN LA SALUD DEL TRABAJADOR.

*"Cada día millones de trabajadores ponen en peligro su vida en aras del 'progreso económico' del país."
Renzo Ricci.*

El trabajo es la actividad vital del ser humano, gracias a éste el hombre se hizo hombre. El trabajo es un proceso en el cual el hombre se apropia de la naturaleza para transformarla y transformarse y obtener así los satisfactores básicos para su supervivencia.

En la historia de la humanidad el hombre se ha apropiado y transformado de diferentes maneras a la naturaleza, ha trabajado de de diferentes formas, pero en todas ellas siempre han existido tres elementos del proceso: el propio trabajo, el objeto y sus medios.¹⁶

En el sistema capitalista los intereses fundamentales son la producción de plusvalía y la conservación del propio sistema; esta producción de plusvalía sólo es posible por medio de la explotación de los trabajadores y sus inevitables consecuencias sobre la salud y las condiciones de vida en general. El trabajo pierde así su carácter original.

En un país capitalista dependiente como México, el problema de la salud-enfermedad se ve agravado aún más por el lugar que ocupa dentro de la división internacional del trabajo; así, tenemos que a nuestro país le corresponde la elaboración industrial de sustancias de alto grado de toxicidad o de efectos carcinógenos comprobados, así como diversos procesos de trabajo altamente perjudiciales, lo cual significa la concentración de la producción más peligrosa para el trabajador mexicano en su conjunto, producción destinada no sólo al mercado interno sino también al internacional. Es necesario puntualizar que el establecimiento de industrias en México, como en otros países subdesarrollados y dependientes se debe a que en países industrializados como los Estados Unidos la operación de estas industrias en su territorio se encuentra prohibida precisamente por el alto grado de peligrosidad, ejemplos de éstas son: la industria del asbesto, la de la fundición de metales como el plomo y el estaño, entre otras.

Por otra parte, los instrumentos de trabajo o maquinaria son también un elemento determinante para la salud de los trabajadores, ya que condicionan el tipo de esfuerzo físico y son fuente de enfermedades y peligro de acci-

dentes que provocan traumatismos, incapacidades e incluso la muerte. Para entender esta situación, es necesario analizar las características de la maquinaria que determina el proceso de trabajo, así como el ritmo impuesto al obrero; el ejemplo más claro de éste lo tenemos en la cadena o la banda, basadas en la división del trabajo, las cuales determinan que el trabajo se realice en tiempos cortos, obligando a los obreros a ejecutar actividades simples, quedando supeditado el ritmo de trabajo al ritmo de la cadena y teniendo como consecuencia aquello que Cristina Laurell menciona:

"Las implicaciones para la salud a que da lugar esta forma de organizar el trabajo en la fábrica, son múltiples. Las más obvias se refieren al riesgo de accidentarse, ya que un trabajo rutinario, desempeñado a alta velocidad y utilizando maquinaria peligrosa, necesariamente conlleva implícito un riesgo elevado, atribuible a este tipo de proceso de trabajo y no al factor humano, según insisten en proponerlo muchos estudiosos."¹⁷

A lo anterior hay que agregar el hecho de que mientras para algunos trabajadores el peligro consiste en la monotonía, producto del trabajo automatizado, para otros, el peligro radica en el manejo de maquinaria peligrosa y el trabajo pesado, provocando a lo largo de la jornada no sólo fatiga sino situaciones de distrés extenuantes. Todos estos tipos de trabajo, ya sea el automatizado, o el pesado y altamente peligroso (como el de la industria minero-metalúrgica), conllevan a una consecuencia para el trabajador: el proceso de desgaste físico y psíquico que implica irremediablemente alteraciones de la salud.¹⁸

No obstante lo anterior, se considera necesario hacer una aclaración:

"Al hablar del proceso de trabajo y sus repercusiones en la salud, generalmente lo hacemos en relación al trabajo pesado y altamente nocivo de las grandes industrias como el caso de las siderúrgicas, las cementeras, las petroleras, etc. Sin embargo y aún reconociendo la alta peligrosidad de los tipos de trabajo mencionados, nos atrevemos a preguntar: ¿es que acaso los comerciantes, prestadores de servicios y todos aquéllos que realizan funciones aparentemente sencillas o descansadas no están expuestos a riesgos de trabajo, más aún siendo éstos también un trabajo alienado y alienante?"¹⁹

Como se señaló anteriormente, si se habla de un proceso de desgaste continuo de ocho o más horas de trabajo diario, aunado a la rotación de turnos o el trabajo nocturno permanente, se habla también de un desgaste físico y psíquico que en la mayoría de los casos no es posible restablecer con uno o dos días de descanso semanal. Este desgaste del obrero de manera continua tiene como inevitables consecuencias la aparición de enfermedades gastrointestinales, de las vías respiratorias, del corazón, etc.; y más

específicamente, trastornos a nivel psíquico como los que alteran el sueño, la actividad sexual, o provocan irritabilidad, ansiedad, depresión, etc.

Se puede añadir que en un gran número de industrias y centros de trabajo en general, las medidas de higiene establecidas son mínimas, cuando no nulas; así, vinculando el trabajo monótono o pesado a los altos ritmos, la supervisión constante y en muchos casos dentro de un ambiente tóxico y ante la carencia de las medidas de higiene y seguridad necesarias, tenemos como resultado un cuadro completamente nocivo para la salud y el bienestar psíquico del trabajador. Cabe señalar que, además, una característica de los procesos de trabajo en las sociedades contemporáneas es la existencia de una cantidad excesiva de ruido que tiene como consecuencias no sólo daños al oído, sino además, alteraciones psíquicas como las mencionadas anteriormente. De este modo vemos cómo, debido a la explotación y a la sumisión del hombre a la máquina (cualquiera que ésta sea, desde una simple máquina de escribir o caja registradora hasta la más compleja maquinaria de las industrias de punta), a la exposición permanente a sustancias nocivas y sin las mínimas condiciones de higiene y seguridad, el organismo humano y la subjetividad del trabajador sufren de alteraciones que en ocasiones llegan a ser graves e irreversibles, cuando no mortales, como producto del proceso de trabajo dentro de la estructura capitalista, manifestándose de esta manera el carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo.

En México se han realizado investigaciones sobre la salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo desde la década anterior, teniendo como consecuencias positivas no sólo un conocimiento más amplio sobre la salud y su relación con el proceso de trabajo, sino fundamentalmente, el levantamiento de demandas específicas por parte de los grupos de trabajadores con los que se han realizado estas investigaciones.

Entre estas investigaciones destacan las realizadas en Disel Nacional (DI-NA), empresa paraestatal mexicana productora de camiones, donde se realizó un estudio para obtener el perfil patológico de los trabajadores en el período de 1970- 1979.²⁰ En Teléfonos de México (TELMEX) se promueve por el sindicato (STRM) en 1979 una investigación con las operadoras de las empresa, cuyos resultados permitieron argumentar demandas de salud dentro de su Contrato Colectivo de Trabajo.²¹ En 1978 el Sindicato Mexicano de Electricistas (SME) da a conocer los resultados de una investigación realizada con los trabajadores expuestos a riesgo eléctrico, lo que llevó a plantear demandas en su Contrato Colectivo de Trabajo.²² Más recientemente, obreros de SICARTSA de la sección 21 del SNTMMRM colaboraron en un estudio sobre los problemas de salud en su centro de trabajo.²³

Los resultados obtenidos en estos estudios no dejan duda de las consecuencias que sobre la salud de los trabajadores tienen los procesos de trabajo y, algo que cabe mencionar, es la obtención de datos significativos sobre la salud mental, entre los que destacan la alta incidencia de la ansiedad, el síndrome depresivo, los trastornos del sueño, de la actividad sexual y de enfermedades derivadas en un alto grado de estrés.

Sobre el estrés es necesario considerar que aún cuando en la mayoría de los reportes se enfatizan las alteraciones psíquicas asociadas a él, el estrés también conlleva un estado emocional que durante períodos prolongados puede afectar también la salud mental del trabajador.

Algunos de los resultados obtenidos en estas investigaciones son los siguientes:***

En DINA de ocho tipos patológicos del perfil patológico del grupo de obreros estudiados se encuentra en 5: lugar a enfermedades causadas por posible estrés. Entre los diez primeros diagnósticos en la muestra estudiada se encuentra en 7: lugar a la neurosis, y el estrés y la fatiga juntos son responsables del 20% de la patología encontrada, (el total de casos investigados fue de 2264).²⁴

En el caso de las telefonistas, entre los padecimientos investigados se encontró para la hiperacidez gástrica un 62% de casos, para la fatiga patológica un 52.1% y un 42.3% para la hipertensión arterial, (el 100% corresponde a 3256 trabajadoras encuestadas).²⁵

Para los electricistas las cosas no fueron mejor pues de un estudio de salud mental en una muestra de trabajadores expuestos a riesgo eléctrico (A) y una de trabajadores no expuestos a riesgo (B) los resultados mostraron lo siguiente:

	Grupo A	Grupo B
Ansiedad	1.03%	7.84%
Depresión	34.06%	25.00%
Alteraciones del sueño	61.76%	13.72%
Alteraciones de la vida sexual	31.00%	8.00%
Nivel de catecolaminas en la orina acumulada durante 24 horas:		
	84.5mcg.	57.1mcg. ²⁶

Por último, los trabajadores de SICARTSA, empresa paraestatal minero-metalúrgica, se sometieron a una investigación minuciosa sobre problemas de salud en el trabajo, encontrándose entre otros muchos datos lo siguiente: De un total de 16 áreas de trabajo investigadas 14 reportan daños o molestias a la salud que se manifiestan en disturbios del sueño, gastritis, úlcera, fatiga

y nerviosismo con irritabilidad. Sobre el tipo y frecuencia de enfermedades diagnosticadas en los exámenes médicos en 1985 sobre un total de 100 obreros 25 presentan enfermedades psicósomáticas y 19 neurosis. La relación de las enfermedades con respecto a la antigüedad, también en 1985 fué de esta manera:

	1 a 3 años	4 a 6	7 o más	Incremento porcentual/	
				entre grupos 1 a 3	y 7 años o más
Enfermedades psicósomáticas		2.1	9.4	12.4	490.5
Neurosis		4.3	6.3	8.8	104.6 ²⁷

En el caso particular de las telefonistas la neurosis es reconocida legalmente como enfermedad de trabajo junto con los pilotos aviadores y "otras actividades",²⁸ aunque nunca se ha especificado cuáles otras, ni se haya querido reconocer en grupos de trabajadores que la reportan como un grave problema de salud.

Algo que es preciso destacar es que los cuatro estudios mencionados arriba son representativos entre las investigaciones salud-trabajo, sin embargo, no son los únicos y lo sobresaliente al respecto es la toma de conciencia y participación activa por parte del sector trabajador en este tipo de experiencias. En la mayor parte de estos trabajos de investigación los resultados y la experiencia de los trabajadores que padecen condiciones de trabajo desfavorables reportan también problemas de índole mental.²⁹

De esta manera podemos observar que datos y documentos existen para defender la hipótesis del trabajo como "productor de enfermedades"³⁰, sin embargo, la parte más débil de la argumentación es aquella que se refiere precisamente a la "enfermedad mental" y su relación con el trabajo. Tema que consideramos analizar por separado.

IV. SALUD MENTAL Y TRABAJO.

*"Una cosa es rehusar el trabajo,
otra es rehusar a la forma cómo se trabaja."*

Renzo Ricchi.

4.1 Salud Mental.

Para hablar de los aspectos particulares de la salud-enfermedad mental y su relación con el proceso y ambiente de trabajo es necesario en primer lugar especificar qué es lo que se ha entendido generalmente por "enfermedad mental". En la historia de la humanidad este fenómeno ha sido objeto de diversas explicaciones; así, la enfermedad y en particular la mental, durante mucho tiempo fue considerada como un fenómeno debido a actos sobrenaturales o demoniacos.

Desde el reconocimiento de la "enfermedad mental" como un problema "natural", los criterios para determinar el estado de salud o "enfermedad" mental de los individuos, más que científicos se convirtieron en criterios biólogos y valorativos. Lo anterior significa que de acuerdo a estas explicaciones, en la primera, la "enfermedad" mental encuentra su etiología en factores exclusivamente biológicos; en tanto que en la segunda, los conceptos de enfermedad y salud mental se encuentran en función de los criterios de normalidad-anormalidad. Desde este enfoque, la enfermedad mental será sinónimo de anormalidad, en tanto que la salud, a su vez, será lo normal.

El binomio normalidad-anormalidad es definido por parámetros estadísticos, esto es, aquellos sujetos que se encuentran dentro de la norma estadística serán los "normales" o "sanos", según los valores que imperen en una cultura sobre el "buen" y el "mal" comportamiento social; al contrario, aquellos individuos que no respeten o queden fuera de los valores o normas establecidos serán casos típicos de anormalidad o "enfermedad". Roger Bastide expresa lo anterior de la siguiente manera:

"El comportamiento anormal es el que se 'desvía' de la norma, es decir, de la tendencia central de una población, de un comportamiento general de los hombres de un grupo; lo normal, al contrario, es lo que prevalece en un momento dado, el comportamiento más común, el más usual, el que alcanza los más altos porcentajes de presencia."³¹

Entre los casos más comunes de anomalías definidas por las socie-

dades contemporáneas se encuentra la delincuencia y la "enfermedad mental". Al respecto, no podemos dejar de coincidir nuevamente con Bastide sobre el tratamiento de las enfermedades mentales como desviación:

"...la estadística no puede fundarse sino sobre comportamientos observables; a partir de ahí puede revelar las 'desviaciones', pero no puede llamar patológico a un comportamiento por el simple hecho de que se 'desvie' del comportamiento general del grupo; lo importante es la 'causa' del fenómeno."³²

Para esta explicación, la normalidad, o salud, no es más que la reintegración del individuo, la "readaptación a la sociedad".

En el terreno psicológico también se encuentran explicaciones acerca de la salud y la "enfermedad" mental; entre las predominantes están las interpretaciones psicologistas, como la del psicoanálisis, en muchas de sus variantes, además de otras, las cuales enuncian que los estados de alteración psíquica son producto de los eventos ocurridos en la infancia de los individuos que quedan "grabados" en el inconsciente, expresándose como patologías en momentos de la adultez. Para esta visión del problema los eventos presentes de la historia de los individuos, cuando más, sólo pueden ser considerados como "disparadores" de la enfermedad mental de una u otra forma "latente" en el "inconsciente".

Desde nuestro punto de vista para hablar de enfermedad mental, en términos precisos, tendríamos que referirnos necesariamente a la existencia de un daño biológico localizado ya en el encéfalo, debido a algún traumatismo en la corteza, a alteraciones bioquímicas en los neurotransmisores, a errores genéticos o a la presencia y daño por agentes morbígenos en el Sistema Nervioso Central. Ante la falta de evidencia de estas condiciones sería entonces incorrecto utilizar el concepto de "enfermedad mental".

Enfatizando sobre este mismo punto, Thomas Szaaz afirma:

"... hablando en forma estricta, la enfermedad es algo que sólo puede afectar al cuerpo: El cuerpo humano o el de el animal o incluso la estructura de plantas o de organismos microcelulares. Pero por definición, la enfermedad no puede afectar a la "mente"."³³

Concretamente, proponemos hacer uso del concepto psicotrastomos, psicoalteración o alteración psíquica o mental para referirnos al fenómeno de la "enfermedad mental", tal y como la describíamos líneas arriba (originada por un daño biológico), pero quedando también incluidas bajo esta denominación de psicotrastomos las alteraciones psicógenas, aquellos trastornos de origen estrictamente psíquico (en los cuales no hay daño biológico), e incluso,

aquellas alteraciones de determinación social.

En términos concretos: toda enfermedad mental es un psicotrastorno, pero no todo psicotrastorno es una "enfermedad mental". Por esta misma razón, no es lo mismo atender una psicosis maniaco-depresiva originada por una disfunción de la bioquímica de los neurotransmisores (en el caso de aceptar como válida esta hipótesis), que el caso de una neurosis depresiva debida a la pérdida de una mano en un accidente de trabajo.

De aquí en adelante hablaremos de psicotrastornos, alteraciones psíquicas, etc., al referirnos a cualesquiera de las entidades nosológicas sea cual sea su etiología. Sobre el uso de la terminología psiquiátrica tradicional cabe hacer una aclaración (principalmente por nuestra coincidencia con todos aquéllos que plantean la reformulación nosográfica psiquiátrica a las condiciones históricas y culturales propias, aclaración necesaria por el repetido uso de conceptos como ansiedad, depresión, trastornos psicossomáticos, etc.); sobre esto, retomamos las palabras de Miguel Matrajt:

"Las mismas críticas que se nos puede hacer por el uso de las categorías nosográficas caben por el uso de conceptos consagrados en el discurso psicoanalítico (...) Son conceptos igualmente producidos históricamente, igualmente serviciales a las necesidades de un momento en la lucha de clases, etc., etc. La misma defensa esgrimiremos: el psiquismo, como todo fenómeno del universo, tiene una estructura, leyes de funcionamiento, etc., nuestra comprensión sobre los mismos, está producida por un momento determinado del devenir histórico y por consiguiente nuestra misma aproximación cognoscitiva está atravesada por determinaciones políticas, ideológicas, culturales, etc. Pero por ahora, es la mejor que tenemos, y la que mejor nos permite entendernos con otros a los efectos de entrecruzar nuestras críticas, nuestros replanteos y desconfianzas frente a lo que pensamos y hacemos".³⁴

Una forma más de entender los psicotrastornos y su "causalidad" es desde el enfoque "social". Al referirnos a la determinación social del fenómeno no nos referimos únicamente al hecho de que se presente en un gran número de sujetos, es decir, que sea un problema colectivo, sino fundamentalmente, al hecho de que son las condiciones concretas que imperan en la sociedad las que están repercutiendo en la presencia y prevalencia del fenómeno, algunas de estas condiciones son: la política, la ideología, la economía, la moral, las relaciones de producción, las relaciones sociales de producción, etc. Para esta visión las condiciones como se encuentra estructurada la sociedad son un elemento fundamental para entender los tipos y grados de las alteraciones psíquicas; su distribución por clase social, por grupos étnicos, por sexo, edad, etc. Para este enfoque los psicotrastornos tienen, en su mayoría, una sociogénesis. Sobre este punto el psiquiatra Miguel Matrajt

señala:

"Nuestros estudios epidemiológicos demuestran que la patología mental tiene una distribución dispareja en los diferentes países y, dentro de ellos, en diferentes sectores sociales. Dicho en términos más precisos, encontramos una correlación estrecha entre patología mental y modos de producción (y los efectos superestructurales de éstos, tales como tradición, cultura, urbanización, demografía, clase social, etc)."³⁵

Dentro de este enfoque queda incluido el análisis del trabajo y sus repercusiones en la subjetividad de los trabajadores.

4.2 Psicotrastornos y trabajo.

Antes de referirnos al fenómeno del trabajo y los psicotrastornos es necesario dejar en claro qué es lo entendemos por "psique" o "mente". Lo psíquico o mental lo podemos definir en términos generales como la "conjunción de lo cognitivo y lo emocional".³⁶

Investigadores cubanos establecen que tres áreas de lo psíquico pueden ser afectadas por la exposición a sustancias neurotóxicas: a) las funciones cognoscitivas; la memoria, la percepción y la atención. b) Las funciones psicomotoras; tiempos de reacción, coordinación óculo-motriz, etc. c) estados afectivos; rasgos neuróticos, depresión, ansiedad, trastornos del sueño, fatiga, etc.³⁷

Aunque estamos de acuerdo con las dimensiones de lo psíquico que pueden ser dañadas según los investigadores cubanos, consideramos que tales daños no son exclusivos de aquellos sujetos expuestos a sustancias neurotóxicas, particularmente las alteraciones de la esfera afectiva, la que nosotros destacamos particularmente, sin olvidar que el fenómeno no se reduce exclusivamente a ésta.

Considerar que el proceso y ambiente de trabajo pueda ser fuente de psicotrastornos, para muchos tal vez pueda parecer exagerado o completamente falso (y no sólo a empresarios sino incluso a médicos, psicólogos y psiquiatras), afortunadamente la literatura e investigaciones sobre el tema cada vez son más numerosas y mejor argumentadas.³⁸ Sin embargo, todavía queda en muchos la idea parcial de que las enfermedades y psicotrastornos originados por el trabajo se reducen a los riesgos "clásicos" del ambiente de trabajo: sustancias químicas, temperatura, ventilación, humedad, esfuerzo físico; lo que queremos dejar claro aquí, es que además de lo enumerado, también repercuten en la subjetividad del trabajador todas aquellas condiciones deriva-

das de la organización y división del trabajo: turnos, monotonía, repetitividad, supervisión, sobrecargas o subcargas de trabajo, la descalificación del mismo, el contenido de las tareas a realizar, ansiedad o distrés por temor a los accidentes y demás riesgos a los que se está expuesto o temor a la pérdida del empleo, entre muchos otros.

Recordemos que el proceso salud-enfermedad presenta una dirección multicausal y que los psicostornos no están exentos de ello. De acuerdo con esto, para que se presente una alteración se "combinan" una serie de factores como los que mencionamos antes; para argumentar esto basta sólo un ejemplo:

Un sujeto trabaja en un lugar en donde hay mucho ruido, a éste le podemos sumar calor excesivo e iluminación deficiente; no hay en el ambiente sustancias nocivas como humo, vapores, solventes o residuos sólidos, sin embargo la ventilación no es adecuada, el esfuerzo físico no es mucho pero sí trabaja en una posición incómoda, está sujeto a una supervisión excesiva, su trabajo es monótono y repetitivo, le exige atención e implica cierto grado de responsabilidad; la duración de la jornada es de seis horas. Este es un trabajo que se repite de lunes a viernes y el trabajador tiene cinco años en ese puesto. A esto se le puede agregar que para llegar de su casa al trabajo y viceversa el sujeto tarda 45 minutos de ida y 45 minutos de vuelta en camión (más la espera).³⁹ Después de cinco años de este ritmo de trabajo el trabajador empieza a presentar estados de ansiedad, se vuelve irritable, presenta alteraciones en la vida relacional y por las noches padece insomnio.

Suponiendo que la persona del ejemplo lleve una vida "normal", que no tiene problemas en la familia y que su desarrollo durante los 30 años de su vida no ha presentado alteraciones que puedan ser consideradas como causa de su estado psíquico, ¿podemos pensar que su situación emocional se debe a las condiciones de trabajo por las que ha atravesado durante esos cinco años?

El ejemplo anterior, burdo y simplista, bien puede representar la vida de millones de seres humanos de los cuales algunos en algún momento de su vida pueden empezar a presentar alteraciones psíquicas, y a los que estas condiciones de trabajo nunca se les consideran como parte importante en la etiología de su trastorno.

Las condiciones derivadas del modo de producción capitalista y agravadas aún más en los países periféricos como México, plantean a la sociedad el problema del alto índice de trabajadores inconformes con el empleo, insatisfechos, frustrados.

"Detrás de lo que se llaman las 'pocas ganas del trabajador' de hoy, está el antiguo y el nuevo calvario del trabajador moderno, en el cual los movimientos son totalmente obligados los ritmos tan intensos, que un malestar en poco tiempo puede volverse, para el obrero, insoportable desde el punto de vista psicológico (...) Definir este fenómeno como falta de voluntad de trabajar del obrero es claramente una manera injusta y cínica de huir del verdadero problema de fondo."⁴⁰

En términos generales hablar de psicostornos y trabajo no permite particularizar en aspectos propios de los distintos patrones de alteración mental y las distintas formas de organización del trabajo ya que, como se sabe, en México se encuentran desde la manufactura hasta los procesos de automatización de mayor complejidad, pasando por el maquinismo; ¿se podría pensar que a diferentes tipos de organización del trabajo le corresponderían distintos modos de enfermar y alterarse mentalmente?. Es bien sabido que la tendencia de los procesos productivos y de servicios modernos (incluso la agricultura) tienden a la automatización con todo lo que esto implica para el trabajador: por ejemplo monotonía, responsabilidad y supervisión mayores, atención prolongada y sus consecuentes repercusiones a la salud mental.

Así, aunque el trabajo altamente pesado y fatigoso físicamente tiende a la disminución, esto no significa una mejoría en las condiciones de trabajo y salud psíquica del trabajador:

"...pues aunque en muchos casos el proceso se reduce a mover palancas, seguir el ritmo de la banda o la vigilancia de la maquinaria. Estar obligados a 'supervisar' continuamente la máquina como si fuera un monstruo pronto a saltarle encima ante el primer descuido, ¿no es también, un factor de neurosis, de alienación, de psicosis y cansancio?."⁴¹

En los casos más extremos en donde además de cierta sofisticación tecnológica se siguen reproduciendo los patrones tradicionales de producción como la banda y la sobreexplotación característica del capitalismo temprano, como en las maquiladoras,⁴²⁻⁴³ las consecuencias en la salud tanto física como mental son, incluso, mortales.

Como mencionábamos, el trabajo moderno se caracteriza por la alta responsabilidad, la monotonía, la repetitividad, la supervisión y la atención, todo esto teniendo como consecuencia, en primer lugar, un estado generalizado de fatiga; sobre estas consecuencias una psiquiatra brasileña afirma:

"...evidentemente quanto mais prolongada for una jornada na qual un trabalhador necessite concentrar sua atenção, maior será o cansaco tanto físico

quanto mental.

Assimé que, atualmente, torna-se praticamente impossível, além de artificial, distinguir fadiga física de fadiga mental. E quando o cansaco passa de fisiológico a patológico, isto é, quando repouso e so no habituais não mais são capazes de superá-lo, surge a fadiga cronica. Resultante do cansaco acumulado, a fadiga patológica se constituiu a síndrome cujas características e sintomas mais marcantes tem sido descritos como sendo os seguintes: sensação de cansaco geral que não cede au repouso habitual; distúrbios do sono, que podem ser tanto quantitativos quanto qualitativos (sono superficial, inquieto); dores de cabeça, mal-estal geral. Há ainda uma acentuada sensação de desânimo, com perda de disposição para a participação social, o que costuma levar a um isolamento social crescente, que chega a atingir un alheamento profundo da realidade familiar, comunitaria e socio-política.⁴⁴

Una condición más de importancia en la aparición de psicostornos es la vivencia subjetiva o interiorización por parte del trabajador de sus condiciones de trabajo. Cuando las tareas son fragmentadas, y existe una descalificación de las mismas, surge en el trabajador un sentimiento de insatisfacción que con el tiempo se traduce en frustración y desvalorización de la propia personalidad; el trabajador se considera un sujeto sin valor, inferior o rechazado, lo que contribuye a la desintegración de la personalidad, orillando a su vez, a la alteración de su vida relacional, al aislamiento y a la búsqueda de un "refugio" en la adicción a las drogas o el alcohol, entre otros.

Una manera de comprender cabalmente lo anterior es mediante el fenómeno de la alienación.

4.3. Psicostornos y Alienación

Existen discusiones bastante agrias sobre la alienación; desde que si es una categoría marxista o no, si sólo es un concepto filosófico o sociológico, y más particularmente, si tiene relación o no con los psicostornos.

Nuestra posición en torno a esta discusión la podemos señalar con las palabras contundentes de Renzo Ricchi:

"La alienación no es, por lo tanto, un abstracto concepto filosófico o sociológico sino una condición existencial que conduce a determinados efectos, como la evasión en el consumismo, la reducción de la personalidad y la capacidad de gozar plenamente de la propia expresividad psicofísica, la consecuente restricción de los intereses en todos los campos, la fuga en la enfermedad, es decir, en las neurosis y en las enfermedades psicossomáticas."⁴⁵

Lo anterior nos lleva a formularnos la siguiente pregunta: ¿qué es la alienación?. La alienación es en términos generales:

"el proceso que consiste en la transformación de los productos del trabajo del hombre en un poder independiente e incluso vuelto contra él mismo."⁴⁶

Seguendo el esquema propuesto por Germán Gómez (*) existen dos formas de alienación: la objetual y la sujetual; la primera

"... consiste en que los productos del trabajo humano ejercen el control sobre el hombre mismo, independientemente de lo que los hombres piensen al respecto. Dicho control corre por parte de los objetos materiales, pero también de instituciones sociales y productos intelectuales. La alienación sujetual consiste en la extrañeza o distanciamiento del hombre ante el mundo socialmente creado por él, o ante el propio yo."⁴⁷

La alienación sujetual se encuentra determinada por la del tipo objetual, por lo que es requisito para la comprensión el conocer las características de ambas, sin embargo, la sujetual es la que se encuentra más próxima al ámbito teórico-investigativo de la psicología, por lo cual nos centramos en ésta.

La alienación sujetual se puede dividir en dos tipos: la amplia, que se refiere a la alienación del ser humano frente al conjunto de sus instituciones sociales y sus congéneres. La restringida se refiere a la enajenación del propio yo (o de la propia personalidad). La alienación sujetual también es conocida como la autoalienación o alienación de sí mismo. Más aún, la expresión amplia puede dividirse a su vez en: a) Política- Ideológica, b) Artística y/o Moral y, c) Microrrelacional.

La expresión restringida se divide en: a) Alienación del Propio Yo, b) de la Propia Vida y c) de la Propia Actividad.⁴⁸

Cada uno de estos tipos se entiende de la siguiente manera:

Autoalienación Político-Ideológica son las actitudes y/o acciones de indiferencia, rechazo o alejamiento ante todo aquello relacionado con la estructura política (organismos, organizaciones, sistemas de organización y sistemas de creencias e ideas).

Alienación Artístico y/o Moral son las actitudes y/o acciones de indiferencia, rechazo o alejamiento ante los valores éticos generalizados (sobre todo aquello contenido en las disposiciones jurídicas del buen y el mal comportamiento).

Autoalienación Microrrelacional, son las actitudes y/o acciones de indiferen-

cia, rechazo o alejamiento ante la convivencia fraternal con sus congéneres cercanos (familiares, vecinos o compañeros de trabajo).

Autoalienación del Propio Yo, son las actitudes y/o acciones de indiferencia, rechazo o extrañamiento ante las propias características individuales.

Autoalienación de la Propia Vida, son las actitudes y/o acciones de indiferencia o rechazo hacia los propósitos futuros (vacío existencial).

Autoalienación de la Propia Actividad, son las actitudes y/o acciones de Indiferencia, rechazo o extrañamiento ante el propio trabajo (objeto, instrumentos, entorno organizativo o productos) y/o ante el tiempo libre (o de la reproducción de la fuerza de trabajo).

Para muchos las especificaciones hechas acerca de la alienación pudieran parecer esquemáticas además de ociosas, pero consideramos necesario hacerlas pues son muchas las confusiones que hay sobre el concepto alienación, sobre todo en aquellos que no se detienen en hacer estas distinciones. Más importante y necesario es dejarlo claro cuando la propuesta que aquí sostenemos es que los trastornos psíquicos, en cualquiera de sus tipos y grados son casos extremos de alienación sujetual, de manera particular la denominada alienación del Propio Yo. De igual manera, también aquí sostenemos la idea de que los tipos y grados de alienación son a la vez consecuencia de tipos y grados de las cargas laborales a las que esta sometido el trabajador, que se expresan entre otras cosas en psicotrastornos como los que hemos venido mencionando a lo largo del trabajo: ansiedad, depresión, trastornos psicósomáticos, agresividad, apatía o trastornos de la vida sexual, entre muchos otros. Sobre lo mismo el filósofo polaco Adam Schaff plantea:

"No se trata solamente de qué es lo que siente el hombre en situación semejante -aunque por supuesto de extraordinaria importancia, pero al cual no vamos a referirnos en este contexto- sino también del aspecto objetivo de la deformación del carácter humano. No se trata pues solamente de que el hombre esté frustrado al transformarse en una tuerquecilla en la gran máquina de la producción, sino también de que con el tiempo aparecen en él síntomas de enfermedad, síntomas de una deformación psíquica."⁴⁹

Más adelante el mismo autor dice sobre la alienación del Yo:

"Frederick A. Weiss afirma que el prototipo actual de las enfermedades psíquicas -no solamente de la esquizofrenia, sino también de las neurosis- es precisamente la enajenación (...) Si tenemos presente -y no necesitamos para ello ningún especial saber médico- que no hay un límite acusado entre la salud psíquica y una enfermedad que caiga dentro de este marco, que las

enfermedades están presentes entre nosotros y que en cada uno de nosotros hay elementos de las formas de comportamiento que, al traspasar un cierto límite, son tratadas como patológicas, (...) Weiss, siguiendo en ello a Karen Horney, trata también la enajenación como una consecuencia de la neurosis. Este alejarse del -propio- yo, sin embargo, no es sólo función de la enfermedad, sino al mismo tiempo un mecanismo determinado de defensa, una fuga de una situación vital que depara dificultades y dolor. Pero así se comportan a menudo también las personas "sanas" y por lo demás por los mismos motivos.⁵⁰

Así, vemos como numerosos teóricos no sólo de la enajenación, sino inclusive de la psicología "clínica clásica" plantean la relación psicotrastornos-alienación. En nuestro caso, más que profundizar en la teoría, buscaremos datos factuales sobre la relación trabajo-psicotrastornos-alienación.

V. PSICOTRASTORNOS Y TRABAJO EN LA TIENDA DE AUTOSERVICIO DE LOS TRABAJADORES DE LA UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

5.1 Antecedentes.

La Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) se crea en 1974 como una alternativa del Estado Mexicano ante la creciente demanda de estudios de nivel superior en el área metropolitana y como institución académica aséptica políticamente en respuesta a la inquietud política de los sectores trabajadores y estudiantiles de la UNAM y el IPN. Desde el inicio se pretende crear por parte de las autoridades universitarias un sindicato "blanco". Ante esta situación los trabajadores de la Universidad se organizan y rechazan la imposición de dicho sindicato y crean en 1975 el Sindicato Independiente de los Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana (SITUAM).

En 1980, año de la segunda revisión de las condiciones generales de trabajo, el SITUAM conquista como una prestación más de sus afiliados una tienda de autoservicio denominada Tienda de Autoservicio de la Universidad Autónoma Metropolitana (TAUAM) que entra en servicio en mayo de 1982. Esta prestación es implementada por la Universidad sin mayor problema debido a que en noviembre de 1981 el sindicato pierde del contrato colectivo las cláusulas que se refieren a la contratación y promoción del personal académico establecidas desde 1976, quedando todo esto en manos de la Universidad, por entrar en vigor la modificación al artículo tercero constitucional decretada por el entonces presidente José López Portillo, acerca de la inclusión del apartado "C" en materia laboral en las Universidades.

Un hecho significativo en la historia de la tienda es que el día de su inauguración los trabajadores se presentan a desempeñar sus labores pero por encontrarse con que tenían que checar su hora de entrada y salida (algo que no se había pactado con la Universidad) realizan ese mismo día un paro de labores.

La planta de trabajadores se conforma en su mayoría por personal de nuevo ingreso, todos ellos afiliados al SITUAM. En un primer momento un buen número del personal de dirección y de confianza proviene de tiendas comerciales de la iniciativa privada, lo que define el primer tipo de relaciones de trabajo que se pretende imponer en TAUAM.

La construcción física de la tienda es igual a las construcciones típicas

de este tipo de tiendas comerciales, en donde la planeación de las estructuras, espacios, ambiente, etc. está pensada para el "buen funcionamiento" de la tienda, aunque esto implique no contemplar las mínimas medidas de higiene y seguridad que protegen la salud de los trabajadores.

Actualmente en TAUAM existen cinco tipos de trabajadores:

- 1) Los trabajadores de base (sindicalizados), contratados por la UAM ya sea con carácter definitivo o temporal.
- 2) Trabajadores de confianza: jefes de departamento, supervisores de sección, etc.
- 3) Promotoras y demostradoras: trabajadoras contratadas directamente por compañías comerciales de diversos artículos de consumo que son asignadas en TAUAM para la promoción y venta de dichos artículos (artículos de belleza, electrodomésticos, comestibles, etc.).
- 4) Trabajadores de concesionarias: trabajadores subordinados a empresas que obtienen la concesión de ventas a partir de la venta de espacios dentro de TAUAM (zapaterías, telas, fotografía, jugos, helados, alimentos naturales).
- 5) Trabajadores de la policía auxiliar, bancaria e industrial cuyas funciones son el cuidado de las instalaciones y la vigilancia contra robos y otro tipo de incidentes.

Eventualmente a TAUAM concurren pintores y fumigadores a prestar sus servicios dentro de la tienda.

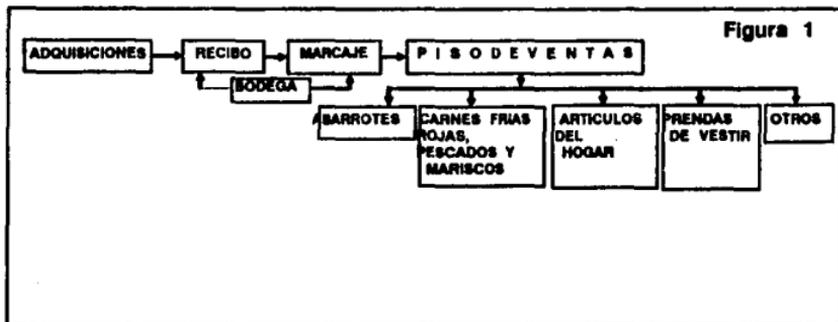
En julio de 1986, por petición de la entrante Comisión de Seguridad e Higiene, parte sindical, se inicia la investigación sobre alteraciones psíquicas y condiciones de trabajo entre los trabajadores sindicalizados, además de comenzar también el levantamiento de mapas de riesgo por departamentos, con la colaboración de delegados departamentales y trabajadores de base.

5.2 Proceso de trabajo en TAUAM.

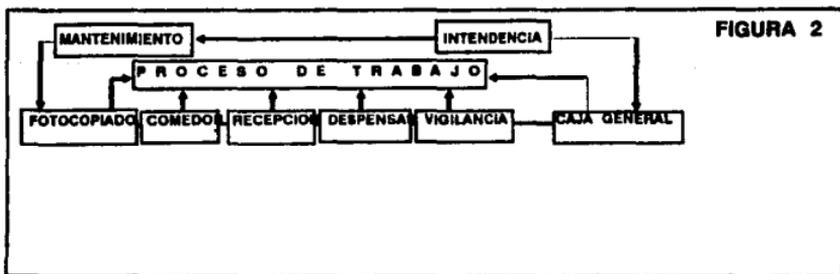
Es difícil describir el proceso de trabajo en TAUAM y descomponerlo en sus partes constitutivas, pues cada una de ellas es fundamental para la óptima operación de la tienda, sin embargo, esquemáticamente podemos describir dicho proceso de la siguiente manera:

El proceso se inicia en Adquisiciones, que es un departamento administrativo en donde se realizan los pedidos de mercancías y se hace el cálculo de precios y ganancias. De éste, se pasa a Recibo en donde se inicia propiamente la circulación de mercancías; en este departamento, como su nombre lo indica, se reciben las mercancías de los proveedores para de allí pasarlas directamente a la Bodega para acomodarlas y almacenarlas. De Bode-

ga supuestamente los artículos deberían pasar al departamento de Marcaje en donde la función es la de etiquetar en las mercancías sus respectivos precios; decimos supuestamente porque en la práctica un gran número de artículos no pasan por este departamento y de la Bodega son trasladados directamente al Piso de Ventas en donde se realiza la operación de marcaje. El Piso de Ventas es el espacio donde la mercancía es almacenada y acomodada en diferentes departamentos (Abarrotes, Línea Blanca, Artículos del Hogar, etc.) para su exhibición y venta. El último paso de la circulación de mercancías es por el departamento de Cajas donde se registran los precios en cajas registradoras y se cobra al cliente.



Considerando que el objetivo fundamental en TAUAM es la venta de mercancías, el proceso de trabajo descrito anteriormente explica esquemáticamente como se logra este objetivo, pero la operación de la tienda no es del todo posible sin otras funciones de apoyo o auxiliares a dicho proceso de trabajo. Las principales funciones de apoyo o auxiliares son las de Intendencia, Vigilancia, Recepción, Fotocopiado, Despensas, Caja General y toda el Area Administrativa.



La jornada de trabajo en TAUAM es de 7:00 a 21:00 horas, dividida en diferentes horarios correspondientes a distintos departamentos; la jornada es de 40 horas semanales de Lunes a Viernes para los trabajadores administrativos, y de Martes a Sábado para los trabajadores de piso.

Originalmente el servicio de la tienda era de carácter "social", exclusivo para los trabajadores de la UAM, pero posteriormente el servicio se amplió a otros sindicatos universitarios y a vecinos de los alrededores de la tienda, con lo que perdió su carácter original, lo que también implicó modificaciones en las cargas de trabajo.

5.3 Método Operativo.

A) Problema: Si consideramos que el proceso de trabajo somete al trabajador a un desgaste físico y psíquico ¿cuáles son las alteraciones psíquicas más comunes, y en qué grado se presentan, asociadas a las condiciones de trabajo de los trabajadores de TAUAM?

B) Variables Independientes.

1. Condiciones de Trabajo.

a) Puesto o Área de trabajo

- Vigilancia
- Intendencia,
- Mantenimiento
- Abarrotes
- Auxiliar de Piso
- Cajas
- Línea Blanca
- Comedor
- Conmutador
- Consumos Internos
- Despensas
- Frutas y Verduras
- Oficinas
- Perfumería
 - Pescados y Mariscos
- Salchichonería
- Area Secretarial
- Tablajería

b) Antigüedad Laboral

- 1/3 de la edad (tercera parte de la vida)
- 1/2 de la edad (la mitad de la vida).
- 2/3 de la edad (dos tercios de la vida).

c) Antigüedad en el trabajo actual

- 1/3 de la antigüedad laboral o menos
- 1/2 de la antigüedad laboral
- 2/3 de la antigüedad laboral o más
- 1/3 de la edad o menos
- 1/2 de la edad
- 2/3 de la edad o más

2. Condiciones del sujeto:

a) Edad

- Hasta 21 años cumplidos
- Desde 22 años cumplidos hasta los 40 cumplidos
- Desde 41 años cumplidos en adelante

b) Escolaridad

- Básica: desde Primaria no terminada hasta Secundaria, incluso hasta Vocacional, Preparatoria o equivalente, que no haya pasado del primer año.
- Intermedia: desde el primer año terminado de Vocacional, Preparatoria o equivalente, hasta el segundo año de Licenciatura, Profesional o equivalente (si ahí fueron interrumpidos).
- Superior: desde el 50 % de Licenciatura, Profesional o equivalente en adelante, hasta Doctorado.

c) Sexo:

- Femenino
- Masculino

d) Estado Civil:

- Soltero, sin vida conyugal anterior.
- En vida conyugal o de pareja bajo convivencia consuetudinaria.
- Vida sin pareja consuetudinaria actual, pero con convivencia conyugal anterior (divorciado, viudo, o separado durante dos años cuando menos).

e) Número de hijos:

- Hasta 3
- De 4 en adelante

C) Variables Dependientes:

- Tipos y grados de psicostornos:
Ansiedad, Depresión, Trastornos psicosomáticos y Alienación de la sub-

jetividad, cada uno en 3 niveles: a: sin alteración; b: con alteración y c: con alteración severa

CH) Hipótesis

Hipótesis 1: Entre los diferentes puestos de trabajo existen diferentes niveles de psicostornos, y en aquellos puestos donde existen mayores cargas de trabajo, supervisión estricta, mayor responsabilidad y/o conciencia de peligrosidad, habrá mayores grados de psicostornos.

Hipótesis 2: El sexo femenino presenta mayores grados de psicostornos que el masculino.

Hipótesis 3: Quienes tienen un mayor grado de escolaridad presentan menores grados de psicostornos.

Hipótesis 4: Quienes tienen más de tres hijos presentan mayores grados de psicostornos.

Hipótesis 5: Quienes no viven bajo una relación de pareja permanente presentan mayores grados de psicostornos.

Hipótesis 6: Quienes tienen mayor antigüedad laboral presentan mayores grados de psicostornos.

Hipótesis 7: Quienes durante años han realizado intensa participación sindical presentan mayores niveles de ansiedad (particularmente), pero menores grados de alienación de la subjetividad en sus seis tipos.

D) Sujetos:

Los sujetos son un conjunto de 117 trabajadores sindicalizados de TAUAM, de ambos sexos, con edades entre los 18 y los 65 años: el criterio de selección fue al azar considerando su disposición para el llenado de los instrumentos.

E) Instrumentos:

Batería psicológica compuesta por el Índice Médico Cornell (IMC), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) y el cuestionario Alienación Sujetal de la Subjetividad 5 Tipos (ALSUJS-5T). Los instrumentos fueron elegidos considerando que exceptuando el ALSUJS-5T los demás son utilizados con cierta regularidad en la práctica clínica y en la Selección de personal en instituciones privadas y de Gobierno. Igualmente se han utilizado en investigaciones sobre trabajo y salud incluyendo en este caso al ALSUJS (Anexo 2).

F) Diseño: Ex post facto. El diseño se seleccionó en función de las características de la investigación. No hay manipulación de variables, los sujetos se autoseleccionan de acuerdo con sus características y es una investigación de campo.

G) Procedimiento:

Los sujetos fueron llevados uno a uno o en grupos al local sindical y se les dió la siguiente información: "se están aplicando una serie de cuestionarios psicológicos para ver si se encuentran alteraciones psicológicas como la Ansiedad, la Depresión, Alteraciones Psicósomáticas, etcétera, que se deban o se originen en las condiciones generales de trabajo. De encontrarse

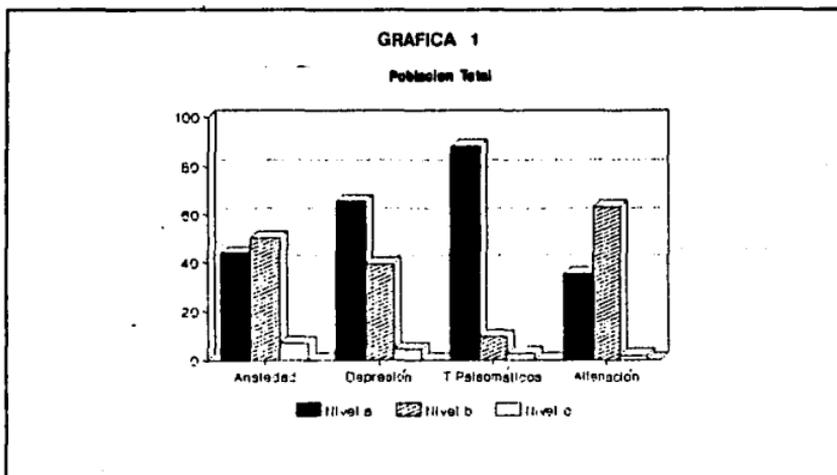
estos padecimientos en el conjunto de los trabajadores, la Comisión Local de Higiene y Seguridad tomará las medidas correspondientes para atacar aquélio que esté provocando problemas en los trabajadores. La información que se obtenga es confidencial y únicamente si Usted nos los solicita le daremos sus resultados personalmente."

A continuación se les entregaron uno a uno los cuestionarios y se les dieron las instrucciones correspondientes para que fueran contestados correctamente. Algunos de los sujetos los contestaban en ese mismo lugar y si no terminaban en el tiempo del que disponían, los dejaban en un archivo exclusivo para ello y regresaban en los siguientes días para terminarlos. A otros se les permitió que contestaran los instrumentos en su puesto de trabajo o en sus casas. Una vez terminado este paso se calificaban los instrumentos y se daban los resultados de manera individual.

H) Resultados:

Aunque el estudio, con carácter exploratorio, no nos permite afirmar contundentemente que los resultados reflejen que el estado psíquico de los trabajadores sea consecuencia directa del proceso y condiciones de trabajo, consideramos que sí es un sondeo que deja ver de alguna manera la situación emocional en la que se encuentran los trabajadores de TAUAM. Para poder establecer ciertas relaciones, analicemos un poco con detalle algunos de los resultados.

i) Un alto porcentaje de los sujetos de la muestra presenta alteraciones psíquicas, pues el 57.25% presenta estados de ansiedad, el 43.58% presenta el síndrome depresivo, un 11.96% trastornos psicossomáticos y el 64.94% presenta alienación de la subjetividad en 5 de sus tipos. (Gráfica 1).



ii) Si existen diferencias entre las distintas áreas o departamentos de TAUAM que probablemente se asocian a diferentes grados y tipos de psicotrastornos, veamos:

a) Oficinas es el área que cayó en porcentajes mayores en las cuatro variables dependientes. Posiblemente esto se encuentre asociado a que es una de las áreas de trabajo en donde se depende directamente de las órdenes de los jefes, existe una supervisión más estricta, una fuerte responsabilidad y un ritmo de trabajo sujeto a los requerimientos del jefe inmediato. Aunque con porcentajes menores, el Area Secretarial presenta las mismas condiciones, posiblemente debido a las mismas razones.

b) Un departamento que es representativo entre los que presentan mayores grados de psicotrastornos es el de Intendencia. Aquí las características del proceso de trabajo (limpieza de pisos, muebles, baños, etc.) posiblemente influya en la descalificación que los trabajadores hacen de su actividad y de sí mismos, además de ser el puesto que recibe el menor salario. Esto nos lleva a suponer que tales condiciones se ven reflejadas en el estado emocional de los trabajadores de ese departamento.

c) En el tercer lugar podemos ubicar al departamento de Vigilancia, pues aquí la descalificación que existe de la actividad, además de ser percibida como de gran magnitud, es completamente explícita por parte de todos los trabajadores de las demás áreas; el "no hacer nada" significa para los trabajadores de este departamento estados de monotonía y ansiedad, nula responsabilidad y el tener que soportar las burlas de los otros trabajadores.

d) El departamento de Comedor también se encuentra entre los representativos por sus porcentajes de psicotrastornos: en este departamento el ritmo de trabajo es intenso durante la mayor parte de la jornada, además de existir la conciencia de la peligrosidad de accidentes por las características mismas del proceso de trabajo, así como por la inadecuada distribución del espacio de trabajo y las nulas medidas de seguridad.

e) El departamento de Cajas presenta porcentajes altos de ansiedad que se asocia a la responsabilidad, (manejo de dinero), la supervisión estricta y el contacto directo con el usuario.

f) En las áreas y departamentos restantes, los niveles de psicotrastornos son inferiores y homogéneos, pero de cualquier manera se encuentran presentes (Tabla 1).

TABLA 1

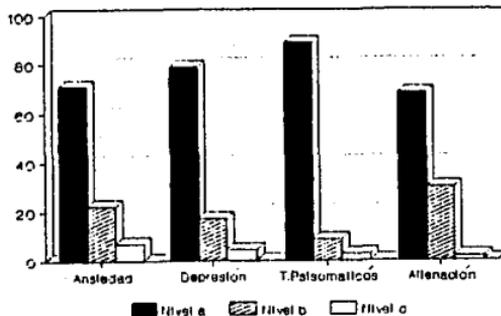
ANSIEDAD				T. PSICOSOMATICOS			
C		B		C		B	
Oficinas	25.00%	Oficinas	75.00%	Secretarias	16.66%	Oficinas	25.00%
Secretarias	16.16%	Cajas	66.66%	Comedor	14.28%	Caja Gral.	16.66%
Intendencia	16.16%	Aux.Pliso	58.33%	Vigilancia	11.11%	Despensas	16.66%
Comedor	14.26%	Vigilancia	55.55%				
Vigilancia	11.11%	Abarrotes	52.94%				
C.Rojas	8.33%	Conmutador	50.00%				
Pescados y M	8.33%	Intendencia	41.66%				

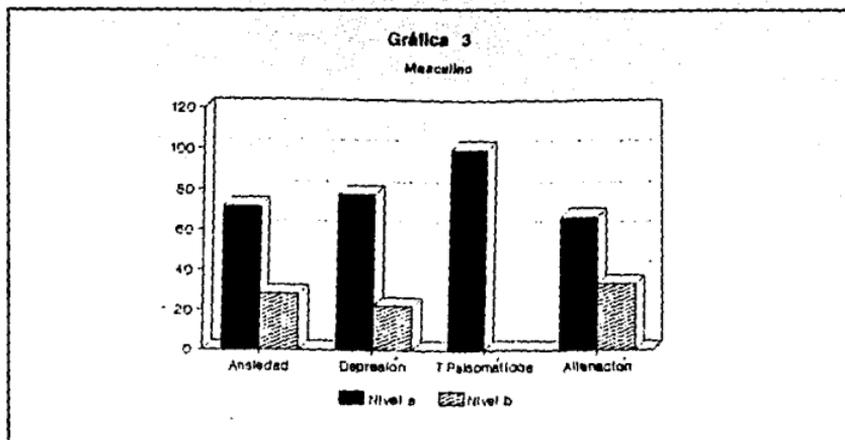
DEPRESION				ALIENACION			
C		B		C		B	
Secretarias	16.66%	Oficinas	75.00%	Intendencia	8.33%	Conmutador	100.00%
Comedor	14.28%	Intendencia	58.33%	Aux.Pliso	8.33%	Comedor	85.71%
Carnes Rojas	8.33%	Carnes R.	50.00%			Despensas	75.00%
						Mantenimiento	75.00%
						Oficinas	75.00%

iii) Aunque parece que no existen diferencias de importancia en los resultados entre los sexos, cabe destacar que el sexo femenino fue el único que cayó en el nivel α en las cuatro variables dependientes. Al igual que en otros estudios, la mujer presenta mayores grados de depresión que los hombres. El sexo femenino representa al 42.73% de la población en tanto que el masculino es el 57.26% restante. (Gráfica 2 y 3).

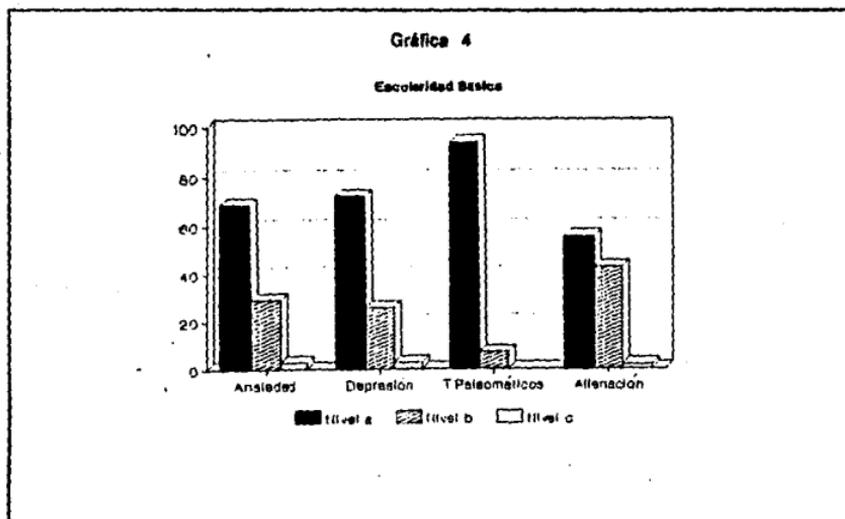
Gráfica 2

Femenino

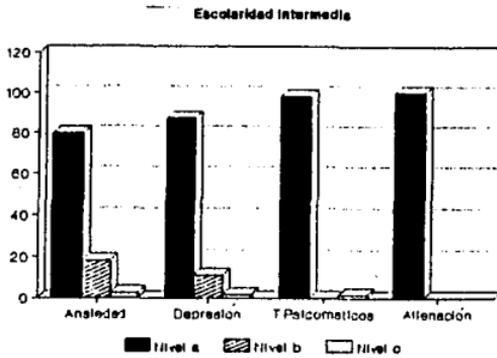




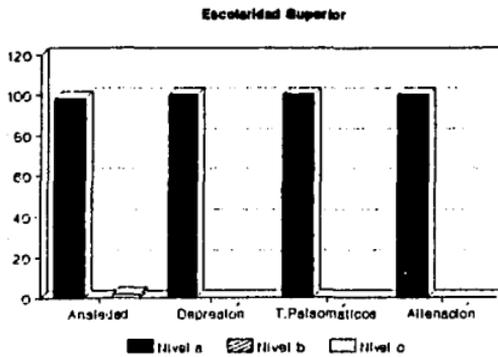
iv) Aunque los trabajadores que tienen mayor grado de escolaridad (estudios o grado profesional) sólo representan un 12.82% de la población total, sus porcentajes en las cuatro entidades son más bajas que los sujetos de menor escolaridad. (Gráficas 4, 5 y 6).



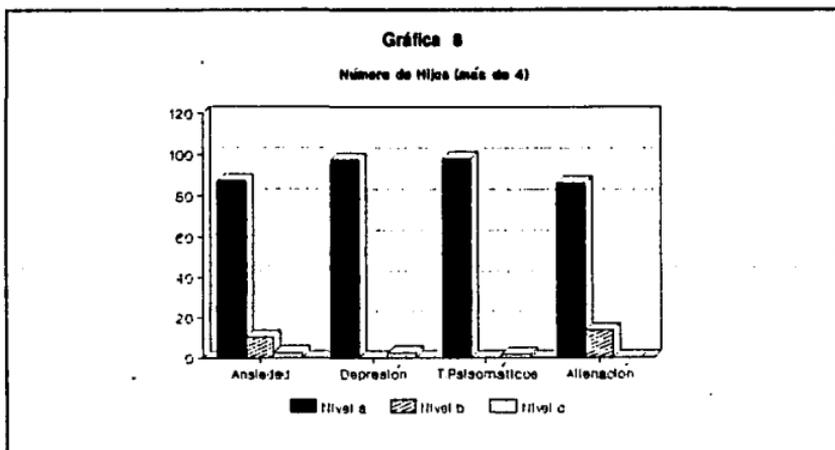
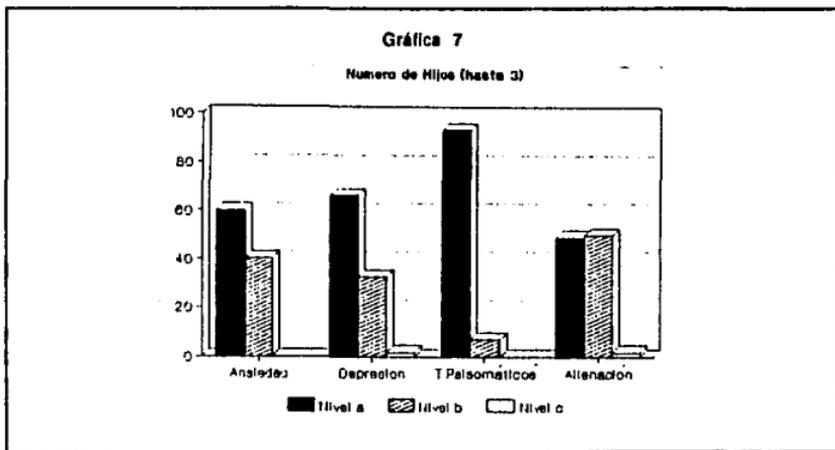
Gráfica 5



Gráfica 6



v) Aquellos que tienen más de tres hijos en comparación con los que tienen menos de tres o ninguno, presentan menores niveles en **b**, aunque en ansiedad, depresión y Psicostornos hay niveles en **c** (Gráficas 7 y 8)

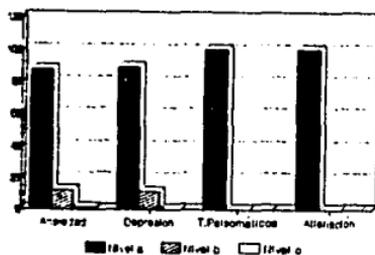


vi) En el estado civil, aquellos sujetos que viven una relación de pa-

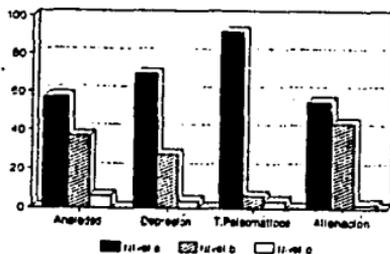
reja son los únicos que obtuvieron niveles significativos en **b** y en **c** (Gráfica 9, 10 y 11).

Gráficas 9, 10 y 11

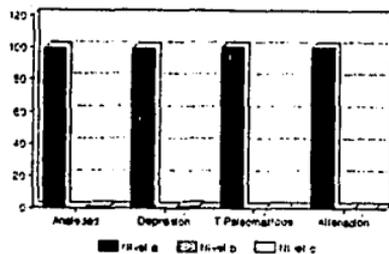
Estado Civil (soltero, sin vida conyugal)



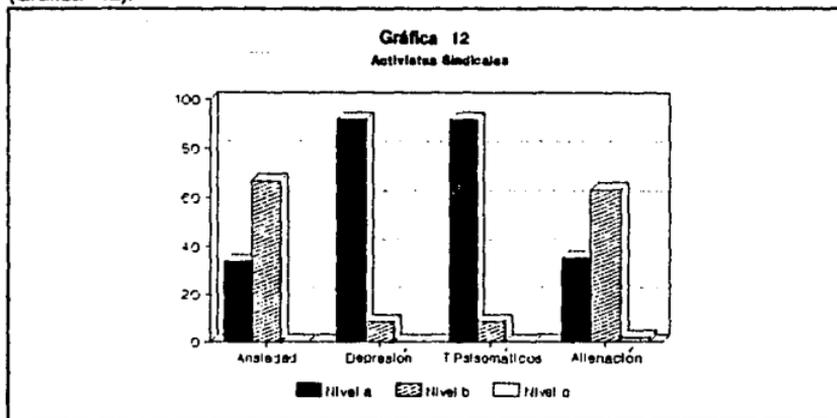
Estado Civil (vida conyugal o de pareja)



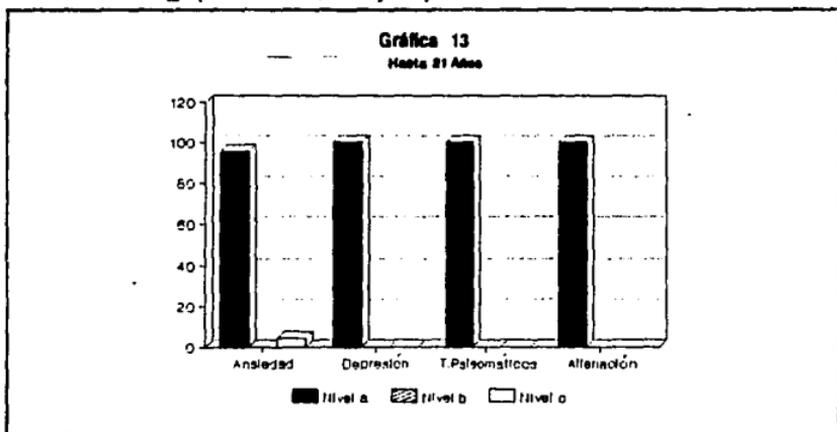
Sin conyugal anterior/vida conyugal previa)



vii) Aunque la muestra de activistas sindicales representa sólo un 10.25% de la población, los resultados se inclinan a sostener la hipótesis de que quienes realizan actividad sindical presentan menores grados de psicotrastornos y alienación, exceptuando a la ansiedad, posiblemente explicándose niveles altos de ésta en **b** por las fuertes presiones y el ritmo de trabajo que ellos mismos se imponen al dedicarse a la actividad político-sindical (Gráfica 12).

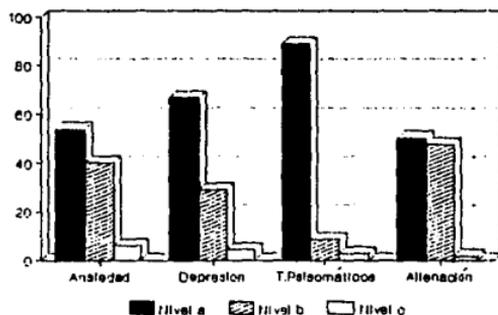


viii) Al igual que en otros casos, en la edad el nivel intermedio es quien cayó en niveles **b** y **c**, desde 22 hasta 40 años. Los otros valores se encuentran en **a** (Gráficas 13, 14 y 15)



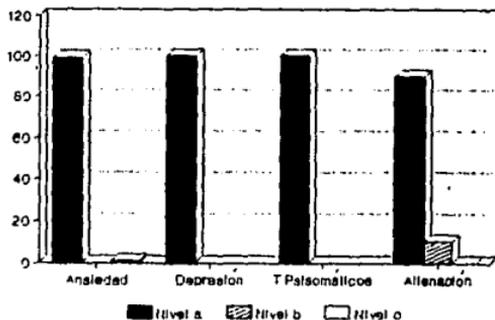
Gráfica 14

Desde 22 hasta 40 años cumplidos



Gráfica 15

Desde 41 años en adelante



IX. Entre las variables que destacan por su prevalencia, se encuentra la de alienación en 5 de sus tipos, en casi todos los valores de las variables.

X. Los resultados de antigüedad laboral y antigüedad en el trabajo actual, resultaron muy homogéneos y sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES

Aunque somera, la descripción hecha a lo largo del trabajo sobre el problema de la salud y la enfermedad permite sostener que las condiciones sociales son el elemento fundamental en la determinación de la enfermedad y la pérdida de salud. Las condiciones materiales de vida, la pertenencia al grupo social, la ubicación en un determinado modo de producción o formación económica y el papel que se juega dentro del proceso productivo definen los niveles de salud, así como de qué enfermarán y morirán los miembros de una sociedad. La situación no es distinta cuando se pisa el terreno de la llamada salud mental.

Para el caso de los trabajadores la situación se agrava aún más, pues no sólo padecen las condiciones que en términos generales prevalecen en los sectores más desprotegidos y agredidos de la sociedad: desnutrición, hacinamiento, daños por la contaminación ambiental, menores niveles y posibilidades de atención a la salud, de acceso a la educación, de ingresos mayores, etc.; sino que además, los trabajadores deben someterse a las condiciones propias del trabajo: alto riesgo de accidentarse y enfermarse, soportar jornadas extenuantes, ritmos excesivos, repetitivos y monótonos condiciones de supervisión estricta, manipulación de sustancias tóxicas, herramientas y maquinaria peligrosas, etc. Todo esto se traduce en alteraciones a la salud, tanto física como mental. Un problema no menor es el de la alienación.

Actualmente, sigue habiendo fuertes discusiones entorno a estas problemáticas entre académicos, científicos, empresarios e incluso entre los propios trabajadores y sus representantes; hay quienes afirman que éstas son ideas equivocadas y discursos sobreideologizados, y quienes sabemos que las condiciones de vida y de trabajo afectan, llevando hasta la muerte, a millones de seres humanos. Después de veinte siglos de desarrollo humano éstos son problemas que ya no sólo deberían estarse discutiendo, sino resolviendo.

Con respecto a los resultados de la investigación habría que considerar varios puntos:

El simple hecho de solicitar al conjunto de trabajadores que contestaran los instrumentos despertó un interés que posiblemente pudiera haber influido en los resultados.

La forma de aplicación de los instrumentos no fue homogénea para todos los casos, pues mientras unos sujetos contestaron en una sesión otros tardaron dos, tres o hasta más días y el lugar también varío; el local sindi-

cal, el puesto de trabajo o sus casas.

El estudio fue promovido por el sindicato, lo cual generó confianza entre los trabajadores para participar en él.

Las alteraciones emocionales entre el conjunto de los trabajadores no son muy severas, quizá entre otras razones, por ser trabajadores sindicalizados que tienen distintos mecanismos de lucha frente a las autoridades universitarias tanto individuales como colectivas, lo que les permite hasta cierto punto y en ciertas partes del proceso laboral tener un mínimo grado de control sobre su proceso de trabajo. Sin embargo, suponemos que poblaciones trabajadoras con características similares pero que no tienen el respaldo de un sindicalismo democrático presentarán grados de trastornos psíquicos mayores; lo mismo ocurriría si los trabajadores de TAUAM perdieran posiciones político-sindicales frente a la universidad.

Concluimos sosteniendo nuestra hipótesis inicial, es decir: que las condiciones sociales y de trabajo determinan la aparición de enfermedades y psicotrastornos así como la alienación de la subjetividad en cualquiera de sus seis tipos. Para aquéllos que aún dudan de esta aseveración, al igual que a todos los preocupados por la temática, nos queda el camino de argumentar en favor o en contra a partir de la investigación empírica sobre estos problemas hasta ahora no muy abordados por la psicología.

Por nuestra parte, esperamos profundizar en la teoría y en la práctica investigativa afinando la metodología y la técnica de investigación para alcanzar la validación estadística de los resultados que se obtengan.

La psicología tiene mucho que hacer por delante.

"En resumen, de trabajo se muere."

Renzo Ricchi.

BIBLIOGRAFIA.

*) Utilizamos el concepto "distrés" en lugar del de "estrés"; al respecto ver SELYE, Hans en INTRODUCCION Stress and the Hearth. Raven Press: New York, 1981, pp 1-11.

1) ORTIZ QUEZADA, Federico "Medicina del trabajo" en: Vida y Muerte del Mexicano T.2 Folios Ediciones: México, 1982 p 123.

2) BETANCUR FEO, Oscar Algunas Reflexiones Sobre la Salud y el Trabajo Boletín de Medicina del Trabajo Vol. 2 Núm.1 enero-abril 1986, La Habana, Cuba.

3) ORTIZ QUEZADA, F. Op. Cit. pp 126-127

4) ENGELS, Federico La Situación de la Clase Obrera en Inglaterra Ediciones de Cultura Popular: México, 1984 2: reimp.

5) Necesidades Esenciales en México: situación actual y perspectivas al año 2000 T.4 Salud COPLAMAR-Siglo XXI Edtrs: México, 1985 3ª ed.

6) Manual de Salud en el Trabajo Centro de Estudios Laborales, Mecanograma: México, s/f pp 9-10.

7) *Ibidem.* p 13

8) TECLA JIMENEZ, Alfredo. Formación Económica Social y Enfermedad en: Enfermedad y Clase Obrera IPN-EEO: México, 1982 p 11.

9) LAURELL, Asa Cristina "El Carácter Social del Proceso Salud Enfermedad y su Relación con el Proceso de Trabajo" en Vida y Muerte del Mexicano T.1 Folios ediciones: México, 1982 p 189.

10) GOMEZ PEREZ, Germán Lo Social, un Concepto de Semántica Extraviada Comunidad Zaragoza 5: Epoca Vol.2 Núm. 22 ENEP-Z/UNAM mayo de 1987: México.

*) Utilizamos el concepto "Formación Económica de la Sociedad" por el de "Formación Económico-Social"; al respecto ver SCHAFF, Adam en La Aliación Como Fenómeno Social edit Grijalbo-Crítica: Barcelona, 1979, pp 56-57.

11) LAURELL, Asa Cristina "Medicina y Capitalismo" en Cuadernos Políticos núm 5 Eds. Era: México, julio-septiembre de 1975 pp 80-82.

12) LAURELL, A. C. El Carácter Social del Proceso Salud Enfermedad y su Relación con el Proceso de Trabajo op. cit.

13) *Ibidem.* p 194.

14) Necesidades Esenciales en México op. cit. p 43.

15) TIMIO, Mario Clases Sociales y Enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial Edit. Nueva Imagen: México, 1986 5: ed.

16) MARX, Carlos El Capital T.1 Fondo de Cultura Económica: México, 1986 19: reimp.

17) LAURELL, C. op. cit. p 208

18) LAURELL, C.; MARQUEZ, Margarita El Desgaste Obrero en México: proceso de producción y salud eds. Era: México, 1985 1ª reimp.

- 19) SANDOVAL OCAÑA, Jorge I. La Psicología Social en el Ambiente de Trabajo: una propuesta no productivista Ponencia presentada en el 1: Congreso Nacional de Psicología Social: Monterrey, 1987.
- 20) ECHEVERRÍA, Magdalena et al "El Problema de Salud en DINA" Cuadernos Políticos núm. 26 Eds. Era: México, Octubre-Diciembre de 1980.
- 21) TAMEZ G. Silvia Una Experiencia de Lucha por la Salud CICAST Ponencia presentada en el Coloquio Salud y Seguridad en el Trabajo en México: situación actual y perspectivas D.E.P. Fac. Economía UNAM: México, 1984.
- 22) RODRÍGUEZ AJENJO, C et al Proceso de Trabajo y Condiciones de Salud de Trabajadores Expuestos a Riesgo Eléctrico Revista Latinoamericana de Salud núm.1 Edit. Nueva Imagen: México, 1981.
- 23) LAURELL, C.; NORIEGA, Mariano Trabajo y Salud en SICARTSA editado por el SITUAM: México, 1987.
- ***) Los resultados que presento únicamente se refieren a los trastornos mentales y son sólo una parte de los que se encuentran en las fuentes originales. No considero ningún dato sobre la enfermedad física.
- 24) ECHEVERRÍA et al op.cit. pp 83-84.
- 25) TAMEZ op.cit.
- 26) Sindicato Mexicano de Electricistas Estudio Fisiológico, Médico y Psiquiátrico en Trabajadores Expuestos a Riesgo Eléctrico Mimeo: México, 1978.
- 27) LAURELL, C.; NORIEGA, M. op. cit. pp 28-31-34.
- 28) Ley Federal del Trabajo Secretaría del Trabajo y Previsión Social: México, 1966.
- 29) SANDOVAL OCAÑA, Jorge I. La Salud en el Trabajo Excelsior Secc. Metropolitana 23 junio 1987.
- 30) RICCHI, Renzo La Muerte Obrera: Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo Edit. Nueva Imagen: México, 1981.
- 31) BASTIDE, Roger Sociología de las Enfermedades Mentales Siglo XXI Edrts.: México, 1983 8a. ed.
- 32) Ibidem, p 93.
- 33) SZASZ, Thomas "El Mito de la Enfermedad Mental" en Razón, Locura y Sociedad Siglo XXI Edrts.: México, 1986 8a. ed. p 93.
- 34) MATRAJT, Miguel Replanteo Eds. Nuevomar: México, 1985 p 19.
- 35) Ibidem, p 42.
- 36) GOMEZ PEREZ, Germán Variables Psicosociales o Autoalienación en la E.E.Q. Mecanograma: México, 1985.
- 37) ALMIRALL, Pedro et al Manual de Recomendaciones Para la Evaluación psicológica en Trabajadores Expuestos a Sustancias Neurotóxicas Instituto de Medicina del Trabajo: La Habana, 1987.
- 38) MATRAJT, M Psicopatología en Buzos y Personal Aéreo Mecanograma: México, s/f.
- 39) SANDOVAL OCAÑA, Jorge I. Trabajo Fuente de Aflicciones Psicológicas Excelsior Secc. Metropolitana: México, 31 octubre 1987.
- 40) RICCHI, Renzo op. cit. pp 297-298.

- 41) Ibidem pp 428-429.
- 42) IGLESIAS, Norma La Flor más Bella de la Maquiladora coedición SEP/Centro de Estudios Fronterizos del norte de México: México, 1985.
- 43) ARENAL, Sandra Sangre Joven: las maquiladoras por dentro Edit. Nuestro Tiempo: México, 1986.
- 44) SELIGMAN S., Edith "Crise Económica, Trabalho e Saúde Mental" en Crise Trabalho e Saúde Mental no Brasil de Seligman et al Editora Traco: Brasil, 1986 p 62.
- 45) RICCHI, Renzo op. cit. p 285.
- 46) GOMEZ P., G. Psicología Autoalienación y Riesgos Laborales en "Salud y Trabajo" Ciencia y Sociedad Núm. 1 Revista de la D.C.H. ENEP-Z UNAM: México, septiembre 1985 p 21.
- ***) Todos los conceptos de Alienación provienen de Germán Gómez quien a su vez los retomó y en su caso reformuló de Adam Schaff.
- 47) Ibidem p 21.
- 48) Ibidem p 22.
- 49) SCHAFF, A. op. cit. pp 149-150.
- 50) Ibidem pp 246-247.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.

- 1) ACHARD, Pierre et al. Discurso Biológico y Orden Social: crítica de las teorías biologicistas en medicina, psicología y ciencias sociales Edit. Nueva Imagen: México, 1980.
- 2) BASAGLIA, Franco; BASAGLIA, Franca La Mayoría Marginada Distribuciones Fontamara: México, 1984.
- 3) BASAGLIA, Franco et al La Salud de los Trabajadores: aportes para una política de la salud Edit. Nueva Imagen: México, 1984 4a. ed.
- 4) BERLINGUER, Giovanni Psiquiatría y Poder Gránica Editor: Barcelona, 1977.
- 5) BERLINGUER, Giovanni Reforma Sanitaria en Italia Universidad Autónoma de Sinaloa colec. Salud y Trabajo: México, 1983.
- 6) BLUM, L. Milton; NAYLOR, C. James Psicología Industrial: sus fundamentos teóricos y sociales Edit. Trillas: México, 1985 4a. reimp.
- 7) CANCRINI, Luigi; MALAGOLI, T. Marisa Psiquiatría y Relaciones Sociales Edit. Nueva Imagen: México, 1979.
- 8) CUELLAR, Ricardo; PEÑA, Florencia El Cuerpo Humano en el Capitalismo Folios Ediciones: México, 1985.
- 9) DORING, H. María Teresa Contra el Manicomio Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco: México, 1985.
- 10) DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Masson Editores: Barcelona, 1987 4a. reimp.
- 11) FLORES MIGUELES, Rocío Historia del SITUAM: surgimiento del SITUAM y firma de las condiciones generales de trabajo Editado por el Situam: México, 1988.
- 12) FRANKL, Viktor Psicoanálisis y Existencialismo: de la psicoterapia a la logoterapia F.C.E. Colec. Breviarios núm. 27: México, 1983 2a. reimp.
- 13) FRANKL, Viktor Psicoterapia y Humanismo: Tiene un sentido la vida F.C.E. Colec. Breviarios núm. 333: México, 1984.
- 14) GENTIS, Rogers Curar la Vida Edit. Crítica/Grijalbo: Barcelona, 1980.
- 15) GONZALES RUIZ, J. Enrique Despajo al Sindicalismo Universitario: el clausulado académico del Situam Editado por el Situam: México, 1988.
- 16) INGLEBY, David ed. Psiquiatría Crítica: la política de la salud mental Edit. Crítica/Grijalbo: Barcelona, 1982.
- 17) INSTITUTO DE MEDICINA DEL TRABAJO La Higiene del Trabajo y las Enfermedades Profesionales en los Países del CAME: La Habana, 1987.
- 18) INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL Lecturas en Materia de Seguridad Social: Enfermedades de Trabajo: México, 1983.
- 19) LOPEZ ACUÑA, Daniel La Salud Desigual en México Siglo XXI Edtrs.: México, 1986 6a. ed.
- 20) LUKACS, George Historia y Conciencia de Clase: estudios de dialéctica marxista Edit. Grijalbo: México, 1985.

- 21) MATRAJT K, Miguel Salud Mental y Trabajo Universidad Autónoma del Estado de Morelos: México, 1986.
- 22) MATRAJT K, Miguel Las Enfermedades Mentales en la República Mexicana Ediciones Taller Abierto: México, 1987.
- 23) MENENDEZ, Eduardo Cura y Control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica Edit. Nueva Imagen: México, 1979.
- 24) MONTMOLLIN, de Maurice Los Psicofarsantes: una autocrítica de la psicología industrial Siglo XXI Edtrs. colec. mínima núm 69: México, 1985 6a. ed.
- 25) MORENO C., Enrique et al. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México IMSS; México, 1982.
- 26) PITCH, Tamar Teoría de la Desviación Social Edit. Nueva Imagen: México, 1980.
- 27) ROJAS S., Raúl Capitalismo y Enfermedad Folios Ediciones: México, 1985 3a. ed.
- 28) ROJAS S., R. Sociología Médica Folios Ediciones: México, 1985.
- 29) STELLMAN M., Jeanne; DUAMM, Susan El Trabajo es Peligroso Para la Salud: manual de riesgos en el lugar de trabajo y qué hacer al respecto Siglo XXI Edtrs.: México, 1986.
- 30) WAITZKAIN, H.B.; WATERMAN, B. La Explotación de la Enfermedad en la Sociedad Capitalista Edit. Nueva Imagen: México, 1984.
- 31) WATSON, Peter Guerra, Persona y Destrucción: usos militares de la psiquiatría y la psicología Edit. Nueva Imagen: México, 1982.
- 32) VELAZQUEZ, Antonio comp. La Salud en México y la Investigación Clínica: desafíos y oportunidades para el año 2000 UNAM; México, 1985.