

SALUD EN EL TRABAJO

DESAFÍOS DEL PRESENTE Y FUTURO



ANA CAROLINA REYNALDOS QUINTEROS
EDITORA

SALUD EN EL TRABAJO

DESAFÍOS DEL PRESENTE Y FUTURO

Ana Carolina Reynaldos Quinteros

EDITORA

SALUD EN EL TRABAJO:

DESAFÍOS DEL PRESENTE Y FUTURO

Ana Carolina Reynaldos Quinteros

Editora

Para contactar a la editora:

creynaldos@ucm.cl

Primera Edición: Agosto 2016

ISBN 978-956-9812-04-0

Diseño y diagramación:

Alejandro Abufom Heresi

abufom@gmail.com

Ilustración de portada:

Marcos Amador Rojas

Psicólogo

marcos.amador.rojas@gmail.com

Universidad Católica del Maule

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Psicología

Dedicado a

Manuel Pando Moreno,
gran líder y tejedor de redes científicas y humanas.

Ana María Brito Bugueño,
incansable luchadora por la salud de los trabajadores.

INDICE

Presentación	9
Silvia Riquelme Quintana <i>Ministerio de Salud, Chile.</i>	
Capítulo 1	
Salud de los trabajadores en Chile: estado del arte.	11
<i>Carlos Concha A.</i>	
Capítulo 2	
Trabajo, identidad y salud mental	25
<i>Mariela Valdebenito S.</i>	
Capítulo 3	
Sinopsis sobre instrumentos de evaluación de los factores psicosociales	39
<i>Carolina Aranda B. y Fátima Mares H.</i>	
Capítulo 4	
Riesgos psicosociales en el trabajo	57
<i>Ana Carolina Reynaldos Q.</i>	
Capítulo 5	
Carga mental y su repercusión en los entornos saludables de trabajo	71
<i>Paula Ceballos V., Gladys Rolo G. y Vivian Vilchez B.</i>	
Capítulo 6	
Procesos de subjetivación colectiva y efectos en la salud de los trabajadores	87
<i>Nahir Silveira R.</i>	
Capítulo 7	
Una aproximación al trabajo emocional, el equilibrio afectivo y los riesgos psicosociales en funcionarios de la educación	103
<i>María Doris Méndez C., Thais Aravena V. y Margarita Cisterna M.</i>	

Capítulo 8	
Exposición a plaguicidas organofosforados y efectos en la salud de trabajadores agrícolas chilenos: Una revisión.	115
<i>María Teresa Muñoz Q. y Boris Lucero M.</i>	
Capítulo 9	
Cáncer ocupacional	131
<i>Carlos Chavera B.</i>	
Capítulo 10	
Uso de drogas y espacios laborales: la frágil línea divisoria entre lo público y lo privado	151
<i>Claudio Rojas J.</i>	
Capítulo 11	
El envejecimiento como desafío para la construcción de políticas públicas desde la perspectiva de la salud laboral	167
<i>Nora Gray G., Vicente Sisto C. y María Alejandra Rivera T.</i>	
Capítulo 12	
Resiliencia laboral, una experiencia de diagnóstico e intervención	185
<i>Mauricio Yánquez L. y Eugenio Saavedra G.</i>	
Capítulo 13	
Modelo de gestión de salud en el trabajo en organizaciones saludables	199
<i>María de los Ángeles Carrión G. y Francisco López B.</i>	
Capítulo 14	
Salud mental positiva en el trabajo	213
<i>Manuel Pando M.</i>	
Reseñas de los autores	225

PRESENTACIÓN

Hablar de “Salud en el Trabajo” nos enfrenta a un desafío ético que posiciona la calidad de vida de trabajadores y trabajadoras como un pilar fundamental de nuestro desarrollo como sociedad. Promover y proteger la salud y la seguridad, así como la sustentabilidad de los ambientes de trabajo, requiere abordar los determinantes sociales que condicionan la salud de las personas, la promoción del trabajo decente y la equidad.

Según estimaciones de la OIT cada año mueren 185 millones de trabajadores y trabajadoras debido a enfermedades relacionadas con el trabajo y 313 millones de accidentes del trabajo, con un costo de 4% del PIB, lo que está directamente relacionado con las condiciones de trabajo, empleo y exposición a agentes y factores de riesgo presentes en los lugares de trabajo. Por su parte, la OMS señala que cada año al menos 14,2 millones de personas entre los 30 y 69 de edad mueren por enfermedades no transmisibles; además un 10,3% de los Cánceres, un 10-18% de las Alergias (Asma y Rinitis), 16% de las Hipoacusias serían atribuibles a exposición ocupacional; y las enfermedades mentales representan el 13% de todos los años perdidos de vida saludable, entre otros.

Las estadísticas existentes en Chile muestran que ha persistido el subdiagnóstico de enfermedades profesionales, situándose en los últimos 10 años en torno a 5.000 casos/año, datos subrepresentados respecto de la población ocupacionalmente activa que bordea los 8 millones de trabajadores; más de 400 accidentes laborales fatales anuales o 1,4 trabajador/a por día (486/2013), destacando el grupo etario 20-29 años (20%)¹, con menor nivel de capacitación. En cuanto a brechas de género, 70% de ingreso salarial de mujeres respecto de los hombres determina un lugar 128 entre 142 países²; en cuanto a cumplimiento de obligaciones legales, capacitación sobre enfermedades profesionales 37%, derecho a saber 50%, entrega elementos de protección personal 42% en trabajadoras³; par-

1. DEIS/MINSAL, 2013.

2. Reporte Brecha de Género del Foro Económico Mundial, 2014.

3. M. Parra, ENETS 2009-10.

ticipación cargos directivos sindicales mujeres 22.3%; junto a una exposición diferenciada según género a los riesgos laborales, que determina distintos perfiles de morbilidad y accidentalidad laboral.

Diversos indicadores de salud visibilizan el impacto de las inequidades en las condiciones de trabajo y empleo, frente a un contexto dinámico en la organización del trabajo, cambios tecnológicos, sociales y demográficos. Por otro lado, el envejecimiento de la población permite la expresión de patologías, sumado a los riesgos tradicionales y riesgos emergentes que determinan un aumento de nuevos tipos de enfermedades profesionales, en suma llamado “la pandemia oculta”, sin embargo, tanto el reconocimiento como el registro de las enfermedades profesionales, sigue siendo una materia pendiente.

Así evidenciado, se hace necesario un nuevo paradigma de la Salud en el Trabajo, centrado en la prevención, reconociendo la multicausalidad de la enfermedad, desde un enfoque holístico e integrador y considerando el trabajo no solo como un determinante social de la salud sino como un claro determinante de la felicidad de las personas.

En este contexto, se impone el desafío de fortalecer la investigación en Salud Ocupacional, contribuyendo desde diferentes ámbitos y todas las ciencias, con evidencia científica sobre los problemas de salud derivados de la exposición a diversos agentes del ambiente laboral, a las condiciones de trabajo y empleo, y, recogiendo la percepción de los propios trabajadores y trabajadoras respecto de sus problemas y necesidades de salud.

Finalmente, la calidad de los capítulos contenidos en este libro y la trayectoria de sus autores, dan cuenta de la relevancia del aporte académico para la toma de decisiones y la construcción y evaluación de políticas públicas.

Silvia Riquelme Quintana

Médico Jefa Departamento Salud Ocupacional
Ministerio de Salud

Santiago de Chile, julio 2016

CAPÍTULO 1

SALUD DE LOS TRABAJADORES EN CHILE: ESTADO DEL ARTE

Carlos Concha Alarcón
Universidad Católica del Maule

Según la OMS, la Salud Ocupacional es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo (Casas y Klijn, 2006; Gomero, Zevallos y Llap, 2006). Además procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo realizando el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldar el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible. La salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.

La salud en el trabajo

El principal Objetivo de la Salud Ocupacional, según lo declara el Comité mixto OIT/OMS en el año 1950 se orienta a promover y mantener el más alto grado posible de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en todas la profesiones, prevenir todo daño causado a la salud de estos por las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas y en suma el trabajo al hombre y el hombre al trabajo (OIT, 2016). En 1985 y bajo el marco de convenio internacional de la OIT revisa sobre

todo esta última mención y propone modificar a: “adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores habida cuenta de su estado de salud física y mental” (OIT, 1985), colocando de esa manera al individuo por sobre la tarea y superando el concepto de adaptar el hombre al trabajo.

En el desarrollo del trabajo se pueden generar eventos indeseados en la medida que no se cumplan ciertos supuestos considerados en la definición de salud en el trabajo, según el Comité Mixto OIT/OMS, y que apuntan a la mantención de la salud de los trabajadores en la condición más óptima, pero cuando por distintas razones, se vulneran las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo las consecuencias de ello se pueden manifestar en la generación de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales (OIT, 2016).

La OIT ha cuantificado estos fenómenos, señalando que cada año aproximadamente 317 millones de trabajadores son víctimas de accidentes del trabajo en todo el mundo y 2.3 millones de personas mueren debido a accidentes laborales y enfermedades profesionales (OIT, 2016). Por su parte en la región de las Américas, indica esta misma organización, que se registra 11,1 accidentes mortales por cada 100.000 trabajadores en la Industria, 10.7 en la agricultura, y 6.9 en sector de los servicios.

Antecedentes en Chile

La población laboral en Chile, según antecedentes del INE para el año 2015 presenta la siguiente estructura (INE, 2015):

La población nacional económicamente activa es de 8.635.880 trabajadores de cuyo total 5.062.030 corresponde a hombres, representando el 58.6% del total de la fuerza económicamente activa del país. Por su parte, la fuerza de trabajo ocupada a nivel nacional es de 8.136.360 personas, de este total 4.769.780 son hombres correspondiendo al 58.6%, por lo que, actualmente, la población trabajadora femenina ocupada es de 41.4% a nivel de país.

La población ocupada es la que sustenta económicamente a la población pasiva que no percibe ingresos y que por lo tanto depende de los que trabajan a los que se suman aquellos que estando en condición de trabajar, por distintos motivos, no pueden acceder al campo de trabajo, por tal motivo la población activa debe propender a mantener un óptimo estado de salud, lo que se puede conseguir controlando los factores de riesgo presentes en los respectivos lugares de trabajo.

En Chile existe abundante legislación que regula distintas materias vinculadas al ejercicio del trabajo algunas específicas otras de carácter más genérico y que tienen su origen en distintos Ministerios.

Con todo, es la ley 16.744 que establece seguro social obligatorio contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la que recoge de manera específica las contingencias y forma de abordar cuando se trata de eventos relacionados con el trabajo (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968).

A pesar de que se trata de una norma de cumplimiento obligatorio, y de haberse promulgado el año 1968, aún no es lo suficientemente conocida por los propios trabajadores, como tampoco son cumplidas satisfactoriamente por los empleadores.

Aproximadamente el 30% de las empleadores no cotizan en este sistema para que sus trabajadores puedan acceder a los beneficios que esta ley pone a disposición en el evento de que sufran un accidente o enfermedad producto del ejercicio del trabajo y lo que es más relevante es que estos trabajadores no tienen acceso a actividades orientadas a prevenir estas contingencias (Narbona y Durán, 2009).

Escenario económico y su impacto en la salud de los trabajadores

El modelo económico asumido por el Estado de Chile ha significado ciertas ventajas para la economía del país, pero por otro lado a partir de este paradigma surgen efectos e impactos

que no han sido beneficiosos para los trabajadores, fundamentalmente en lo referido a su calidad de vida y la de su grupo familiar en atención a que se han generado nuevas formas de organización del trabajo, incorporación de nuevas tecnologías e innovaciones tecnológicas que con frecuencia representan situaciones de tensión y amenaza de puestos de trabajo.

Con el fin de dar respuesta oportuna a los clientes, especialmente externos, las empresas aumentan las exigencias en el trabajador el que se ve sometido a presiones en lo que respecta a cantidad y calidad de los productos, generándose condiciones de aumentos de las horas diarias de trabajo y en ocasiones estrés derivado de las presiones que el modelo impone.

Modalidades contractuales de trabajo diferentes a las tradicionales, como la Subcontratación, los contratos a honorarios y las compras de servicio se han transformado en una alternativa frecuente que si bien genera flexibilidad laboral para la empresa, para los trabajadores no ha sido positivo toda vez que en la práctica representa desventajas con respecto a sus homónimos contratados bajos otros criterios y que se expresa en remuneraciones más bajas, menos beneficios sociales y en el caso de los honorarios ausencia de leyes sociales y a veces no reconocimiento de licencias médicas, permiso u otros beneficios con los que sí cuentan los trabajadores del sector público o los regidos por el Código del trabajo.

Actualmente en el campo laboral se evidencia los siguientes fenómenos (Galleguillos, 2013):

Empleo Precarizado: El trabajo precario se entiende como aquel empleo carente de seguridad y ausencia de garantías de condiciones socioeconómicas mínimas y suficientes para una supervivencia digna que afecta a los trabajadores y repercute en su entorno familiar y social.

El colectivo que subsiste en base a esta modalidad es la que se caracteriza por la informalidad laboral cuyo principal impacto está dado por flexibilización laboral o desregulación del mercado de trabajo lo que conduce a bajos salarios, despidos sin expresión de causa o injustificados, ausencia de

indemnizaciones, falta de coberturas sociales, contratación temporal, ausencia de protección frente a los riesgos de salud y seguridad en el trabajo.

Del proceso de precarización se deriva un aumento de la economía informal y un empeoramiento de las condiciones de trabajo.

Sector Informal de la economía: Este tipo de labores corresponde a una actividad económica oculta que se instaura por razones de elusión de tributos fiscales o por encontrar en ello una alternativa laboral, pero que su práctica tiene un efecto como competencia desleal en la economía formal, sin considerar que se trata de personas que trabajan y que en esa condición están también expuestos a factores de riesgos de los cuales ninguna institución se puede hacer cargo, especialmente en lo referido a los aspectos preventivos generados por la labor que ejecutan.

Advenimiento de trabajadores extranjeros: La creciente incorporación de trabajadores extranjeros genera un escenario inédito en el país, toda vez que nunca en su historia se había presentado una condición con la presencia tan importante de migrantes en busca de empleo en el país.

Esta nueva realidad, por una parte aporta mano de obra, pero por otra genera desafíos en orden a encontrar nuevas estrategias para inducir los conceptos de prevención de riesgos en atención que aunque la mayoría de los trabajadores extranjeros comparten el mismo idioma, provienen de culturas diferentes, modismos, y otras condiciones que pueden complejizar la forma en que estas personas asumen la responsabilidad en relación al riesgo.

Se da también la condición de informalidad en el empleo que los margina de la posibilidad de la protección que ofrece la cobertura de la ley 16744, especialmente con las personas que ostentan menos formación académica.

Contingencias derivadas del ejercicio del trabajo: La OIT señala que a pesar del sufrimiento y las enormes pérdidas que provocan las enfermedades profesionales, éstas permanecen casi invisibilizadas en relación a la atención que

tienen los accidentes laborales (SUSESO, 2015). Por ejemplo, se estima que las enfermedades ocasionadas por el trabajo matan seis veces más trabajadores que los accidentes del trabajo en el mundo. En el mismo sentido, se indica que en los países industrializados las muertes provocadas por accidentes relacionados con el trabajo exhiben una disminución, mientras que las muertes por enfermedad profesional van en aumento (OMS/OIT, en SUSESO, 2015).

En este escenario se estima que:

- 2,02 millones de personas mueren cada año debido a enfermedades relacionadas con el trabajo.
- 321.000 personas mueren cada año como consecuencia de accidentes laborales.
- 160 millones de personas sufren de enfermedades no mortales relacionadas con el trabajo cada año.
- 317 millones de accidentes laborales no mortales ocurren cada año.
- Esto significa que: cada 15 segundos, un trabajador muere a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Cada 15 segundos, 115 trabajadores tienen un accidente laboral.

Visión de los accidentes del Trabajo en Chile

La ley 16.744 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, define que accidente del trabajo es toda lesión que una persona sufra a causa con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968).

En lo que concierne a los accidentes fatales y de acuerdo a datos entregados por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) para el año 2014 evidencia que los tres rubros más afectados son Transportes, Construcción y Agricultura (SUSESO, 2015).

En el caso de Transporte, esta actividad presenta una connotación particular debido a las características de estos

eventos que por lo general involucra a vehículos de grandes dimensiones –camiones o buses- comprometiendo la integridad no solo de sus operadores sino también a usuarios de estos servicios como son los pasajeros en el caso de los vehículos de transporte colectivo.

Por su parte, la Construcción es un rubro que históricamente aporta cifras relevantes de accidentabilidad y en el caso de los accidentes con resultado de muerte su causa está asociada fundamentalmente con caídas de altura, por la ausencia de supervisión y al no uso de elementos de protección personal, recomendado para este tipo de faenas.

En el ámbito agrícola, la fatalidad laboral está asociada a operación de maquinarias, especialmente relacionado con los operadores de tractores, producto de volcamiento y posterior aplastamiento del conductor.

El Ministerio de Salud señala que para el año 2013 la accidentabilidad fatal ocupacional, están proporcionalmente relacionada con la fuerza de trabajo ocupada de la respectiva región. Destaca que los trabajadores fallecidos son principalmente hombres, lo que se asocia por una parte a que en Chile aproximadamente el 60% de la fuerza de trabajo está compuesta por este género y por otra parte a que los trabajos ejercidos por varones son los que revisten mayor riesgo (MIN-SAL, 2013).

En el ámbito de la accidentabilidad laboral general, la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) indica que analizados los accidentes laborales totales reportados por la Mutualidades privadas, excluidos los fatales y los de trayecto, han presentado un comportamiento, que con la excepción del bienio 2010-2011, ha tendido de manera sostenida a la baja, con miles de accidentes menos en el último decenio, así en el año 2006 se observó una tasa de 6.4% de accidentabilidad y para al año 2015 esta cifra baja a 3.7% (SUSESO, 2015).

En lo que respecta a las ausencias laborales por reposo médico y según cifras de los OAL privados (Mutualidades) entre el 2006 y 2011 el promedio de días perdidos por este concepto se mantiene estable, sin embargo a partir del año

2012 se evidencia un incremento constante, ascendiendo de los 14.4 días promedio a los 19 días al año 2015. Este fenómeno creciente se podría explicar por el aumento de la gravedad de los casos atendidos los últimos años.

La frecuencia de los accidentes laborales, al igual a lo que ocurre con los accidentes laborales fatales, ocurren con mayor frecuencia en hombres, en promedio un 70%, lo que en todo caso no se condice con la proporción por género de la fuerza de trabajo ocupada en el país.

Las enfermedades profesionales en Chile

Como se ha mencionado anteriormente, la OIT estima que las enfermedades ocasionadas por el trabajo matan seis veces más trabajadores que los accidentes del trabajo en el mundo y por otra parte los accidentes a nivel universal muestran una tendencia a la baja, mientras que las enfermedades de origen ocupacional están en alza (OIT, 2016). Es sabido que identificar una enfermedad ocupacional es más complejo que establecer la causalidad de un accidente del trabajo, lo que de alguna manera explica la enorme diferencia cuantitativa que se produce al comparar ambos eventos.

En Chile, la Ley N° 16.744 establece como enfermedad profesional “la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte” (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1968).

Esta definición de la citada ley es muy acotada y restringe su reconocimiento legal al requisito de que la patología debe estar ligada de manera directa con el ejercicio del trabajo, lo que es complejo establecer debido a la multiplicidad de factores de riesgo que pueden estar presente en el lugar de trabajo y tener incidencia en el origen de la contingencia. Esta misma condición también puede llevar a concluir por qué existe una importante subnotificación de estas patologías como de origen laboral.

Sobre esta materia y de acuerdo a estudio realizado

por la SUSESO para el año 2015 en las Mutualidades, sólo el 23% de las denuncias por enfermedad profesional (DIEP) fueron reconocidas como tales por estos Organismos (SUSESO, 2015).

En el mismo análisis se establece que entre los años 2007 al 2014 en promedio se diagnosticaron 5073 patologías de causa ocupacional por parte de los Organismos administradores privados de la ley 16744, sin que en este periodo se logre establecer alguna tendencia respecto de su comportamiento en el tiempo.

A diferencia de lo que ocurre con los accidentes del trabajo en relación a la frecuencia de presentación de los eventos por sexo, en el caso de las enfermedades ocupacionales la distribución de estas es equitativa ya que según información de la SUSESO para el año 2014, el 51% de los casos correspondió a hombres y el 49% a mujeres.

En lo que respecta a los días perdidos por este concepto, se observa que desde el año 2007 al 2014 casi se triplican los días perdidos por enfermedad profesional, correspondiendo a una tendencia claramente direccionada al alza, no existiendo una correlación con la cantidad de enfermedades diagnosticadas en el mismo periodo.

Consecuencias del insuficiente reconocimiento de las Enfermedades Profesionales

Para el trabajador es un aspecto importante debido que al carecer del seguro, su patología deberá ser cubierta por su sistema de salud común: Instituto de Salud Previsional (Isapre) o Fondo Nacional de Salud (Fonasa) lo que implica que debe realizar un copago para su financiamiento y además si el problema es efectivamente de origen laboral, no se corregirá la situación radicada en el trabajo que contribuyó a generar la patología.

También se puede producir el fenómeno de Subsidios cruzados, producto de la incorrecta tipificación del evento, lo que genera distorsiones respecto de quien debe efectivamente

cubrir las prestaciones que la ley 16.744 dispone para resolver estas contingencias.

Atención Primaria y Salud de los Trabajadores

La APS (atención primaria en salud) es la puerta de entrada de los usuarios al sistema de Salud, por lo que es estratégico que los establecimientos de Atención Primaria incorporen a su personal a programas de capacitación destinados a conocer las normas que regulan las contingencias laborales con el fin de calificarlas adecuadamente y orientar a los trabajadores respecto de sus derechos en relación con los accidentes y enfermedades del trabajo, toda vez que en muchas regiones, especialmente las de alta ruralidad suelen ser los establecimientos de Salud con los cuales los trabajadores tiene el primer contacto cuando desean resolver algún problema sanitario, independientemente de si su origen es laboral o común.

Otro importante aporte que se puede desarrollar desde los Establecimientos de APS es la Promoción en Salud, sobre esta materia el Ministerio de Salud ha impulsado desde hace algunos años la implementación de la estrategia promocional denominada Lugares de Trabajo Promotores de la Salud, en que si bien la responsabilidad principal recae en las empresas, los establecimientos de salud primaria pueden desarrollar y apoyar al cumplimiento de estos compromisos adscribiendo a los trabajadores a sus programas, todo lo cual finalmente contribuirá a mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

De la misma manera, sería muy recomendable que en los establecimientos de APS se pudiera implementar sistemas de vigilancia epidemiológica de eventos prevalentes en las respectivas regiones, como es el caso de las intoxicaciones agudas por plaguicidas, enfermedades como la silicosis, hantavirus, leptospirosis, entre otras.

Conclusiones y Sugerencias

Actualmente en el país se observa una serie de condiciones que permiten derivar algunas conclusiones que, sin ser taxativas, permiten dimensionar la situación actual de la salud ocupacional, a saber:

- Predominio de cultura curativa por sobre la preventiva en el trabajo.
- Mayor atención a los accidentes que a las enfermedades laborales.
- Visión empresarial sesgada en torno a la prevención, considerado con frecuencia por algunos empresarios como un gasto destinado a cumplir con las exigencias de organismos fiscalizadores y de esta manera salvar las posibles sanciones cuando no se cumplen ciertas exigencias.
- Considerar enfoque de género de manera amplia en todos los procesos, regulaciones, y actividades de salud laboral.
- Existencias de grupos de trabajadores excluidos de la prevención -pequeña y microempresa, empresas familiares- que pasan a formar parte del 30 % de trabajadores no cubiertos por la ley 16.744.
- Tendencias de catalogar los eventos laborales como de origen común, especialmente las enfermedades, por parte de los organismos administradores de la ley 16.744 y profesionales de la salud.
- Conocimiento parcial de la legislación laboral en algunos estamentos vinculados a la gestión de la prevención y de trabajadores y empleadores.
- Advenimiento de trabajadores extranjeros en condición de informalidad.
- Cambios en perfil demográfico: aumento de expectativas de vida y prolongación de la edad del retiro laboral, que implica nuevos desafíos a los servicios de salud ocupacional.
- Uso parcial de instrumentos de prevención, como reglamentos internos, relativa eficacia de los comités paritarios de higiene y seguridad, cumplimiento del “derecho a saber”,

implementación y funcionamiento de los departamentos de prevención de riesgos en la empresas que corresponda.

- Falta de jerarquización de las medidas de control de los factores de riesgos en las empresas, lo cual origina una tendencia al uso preferente de los Elementos de Protección Personal (EPP) como medida de solución.

- Subsidio cruzado entre el seguro que contempla la Ley N°16.744 y el Sistema de Salud General público o privado por las siguientes causas:

- Accidentes laborales o de trayecto que son atendidos en forma ambulatoria en centros asistenciales públicos de salud y no son pesquisados como origen laboral.

- Enfermedades laborales o profesionales que son atendidos en forma ambulatoria en centros asistenciales públicos de salud y no son pesquisados como origen laboral.

- Accidentes laborales o de trayecto que requieren reposo con licencia y no son pesquisados como origen laboral.

- Necesidad de actualización de normas que regulan la salud en el trabajo, especialmente la ley 16.774 y algunos de sus decretos, habida cuenta que la mayoría de ellos fueron formulados hace ya muchos años.

- Formar masa críticas de especialistas, particularmente en Higiene Industrial, Ergonomía y Medicina del Trabajo.

- Incorporar en la malla de formación de pregrado en las carreras profesionales y técnicas materias de Salud y Seguridad en el trabajo.

- Promover la implementación de los sistemas de vigilancia epidemiológica en Atención Primaria.

- Generar mecanismos para evitar la subnotificación de accidentes y/o Enfermedades profesionales.

El Ministerio de Salud, conocedor de la realidad de los trabajadores, especialmente de los más vulnerables, permanentemente está generando iniciativas tendientes a promover que los trabajos se realicen de manera tal que no les genere deterioro en su calidad de vida. En la práctica, dicho Ministerio

ha implementado nuevas iniciativas con enfoque de riesgos específicos de las fiscalizaciones de las condiciones de trabajo a partir de la implementación de protocolos de vigilancia de diversos factores de riesgo, los cuales son de cumplimiento obligatorio por parte de las empresas.

Se precisa una activa participación de los trabajadores en la formulación de antecedentes necesarios para la implementación de la Política de Salud y Seguridad en el Trabajo, que está impulsando el Gobierno.

Se requiere una promoción de implementación de la estrategia de lugares de trabajo saludables en empresas que voluntariamente acceden incorporarse a esta iniciativa.

Referencias

- Casas, S.B. y Klijn, T.P. (2006) Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev Latinoam. Enfermagem*; 14(1):136-41.
- Galleguillos, C. (2013) *Sobre la calidad del empleo y la estructura social. Una aproximación al estudio de la estructura ocupacional en Chile*. Tesis Sociología. Santiago: Facultad Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Obtenido de: <http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/115728>
- Gomero, R., Zevallos, C. y Llap, C. (2006) Medicina del Trabajo, Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente y Salud Ocupacional. *Rev Med Hered. vol.17, N°2*: 105-108.
- INE (2015) *Encuesta Nacional de Empleo*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas. Obtenido de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/mercado_del_trabajo/pdf/comite_tecnico_Externo_1_semestre.pdf
- Ministerio de Salud (2013) *Indicadores básicos de salud. Chile 2013*. Obtenido de: <http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/12/IBS-2013.pdf>
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1968) *Ley 16.744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=28650&f=2014-09-17&p=>
- Narbona, K.y Durán, G. (2009) *Caracterización del sistema de*

- salud chileno. Enfoque laboral, sindical e institucional*, Cuaderno de Investigación N° 11, Santiago: Fundación Sol.
- OIT (1985) *Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo*, obtenido de: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312306,es
- OIT (2016) *Salud y seguridad en el trabajo*. Fuentes de información OIT. 8° edición. Obtenido de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_180285.pdf
- SUSESO (2015) *Panorama mensual. Seguridad y salud en el trabajo*. Vol 1, N° 3. Obtenido de <http://www.suseso.cl/wp-content/uploads/2015/05/Panorama-Mensual-Junio151.pdf>

CAPÍTULO 2

TRABAJO, IDENTIDAD Y SALUD MENTAL

Mariela Valdebenito Suazo
Universidad Católica del Maule

Como fenómeno fundamental de la existencia humana, el trabajo se establece como una de las actividades más esenciales y básicas de la sociedad (Fink, 1995). El trabajo es influido e influye de forma fundamental en el desarrollo y evolución individual, societal, cultural y organizacional (Salanova, García y Peiró, 1996; Giddens y Hutton, 2001). Para la mayoría de las personas, el trabajo y sus resultados son considerados fundamentales e importantes, ya que de él derivan su bienestar económico instrumental, así como las diversas funciones, socio-psicológicas de cada individuo. Se instala de este modo, como estructurador de la vida psicológica, sociopolítica y cultural, al proporcionar estatus, derechos y deberes, certidumbre y seguridad (Blanch, 2003; Peiró y Prieto, 1996) pasando hoy en día a ocupar un lugar central en las ciencias sociales para explicar la constitución de subjetividades, identidades y acciones colectivas. El trabajo tiene un papel central como organizador y articulador del sentido, brinda una identidad y un lugar social, es decir, es constructor de un espacio cotidiano de pertenencia, real y simbólico (Schvarstein y Leopold, 2005).

En nuestro actual mundo occidental industrializado, el trabajo ha sido sometido a transformaciones profundas, que derivan la ruptura de las lógicas del modelo taylorista-fordista y de la emergencia, a nivel mundial, de un nuevo paradigma flexible de producción y acumulación centrado en el mercado (CEM, 2008). La adopción global del paradigma de producción flexible, responde a la profunda reorganización social y económica, constituyéndose en el criterio fundamental que organiza la producción. En tal organización de la producción, las empresas ya no requieren de sujetos disciplinados que subordinen su intelecto y deseo para ajustar sus movimientos a los ritmos de

la máquina, como en el caso del trabajo taylorista o fordista, sino que son precisamente los afectos e intelecto del trabajador los que incrementan el valor a un trabajo centrado en el servicio y la innovación (Carvajal y García, 2005). Para Yáñez (2001) es gracias a la introyección de éste paradigma dentro de la organización interna de la empresa, que el trabajador comienza a adoptar estas nuevas exigencias, convencido de que son la única opción posible. Para de Aubert y Gaulejac, (1993), todos estos aspectos crean un verdadero “sistema sociomental” que aglutina elementos económicos, políticos, ideológicos y psicológicos. Es así como, la literatura científica reconoce que la organización actual del trabajo, tiene implicancias en el carácter de las personas y como ellas se sienten frente al trabajo (Senett, 2000), y es a partir de ésta observación, que la relación entre salud mental y trabajo se ha constituido en una instancia social relevante y por tanto, en objeto de intenso estudio.

Relación Trabajo - Salud Mental

Existen abundantes investigaciones que demuestran la amplia relación entre salud y trabajo. Los diversos factores y/o dimensiones estudiadas y definidas, al asociar trabajo y salud, emergen desde la visión de riesgo y se presentan en la literatura a través de distintas agrupaciones o clasificaciones. Popular es la gruesa distinción entre factores físicos o físico-químicos y factores psicosociales. Respecto de los primeros, si bien, se ha visto que con la entrada a la era de la información ha retrocedido éste tipo de riesgos, en muchos ambientes laborales aún persisten los efectos de la exposición a ruidos, problemas térmicos, agentes biológicos o agentes químicos, en la salud de los trabajadores. En cuanto a los factores psicosociales en el trabajo, estos son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos, por lo que requieren de una definición suficientemente amplia que tenga en cuenta esas variadas influencias, así como sus consecuencias. El Comité Mixto OIT-OMS (1984), al respecto declara:

Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo (Comité Mixto OIT-OMS, 1984, p.12).

Numerosos estudios han identificado en el medio ambiente de trabajo, una serie de factores psicosociales, potencialmente negativos, vinculados con la salud. Algunos de estos factores son: la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas en las relaciones laborales, el trabajo por turnos y el peligro físico (Comité Mixto OIT-OMS, 1984), los cuales han sido reportados como factores causales de alteraciones fisiológicas, enfermedades y muertes prematuras en trabajadores de distintos oficios en diversos países alrededor del mundo y no son sólo causa de enfermedades mentales (García, 2007; Ángeles Carrión-García, López-Barón, y Gutiérrez Strauss, 2015; Gil-Monte, 2012 y Hindrichs et al., 2013)

En las primeras formas de explicación de la relación trabajo-salud, se impone una mirada representada por el paradigma causa-efecto. En esta visión quedan incluidas las primeras teorizaciones que establecen primordialmente respuestas biológicas de las personas, en su manifestación de signos y síntomas y que surgen como efectos frente a condiciones nocivas del trabajo o tarea propiamente tal. Estos modelos teóricos de investigación en trabajo y salud mental se enfocan en la misma dirección, la cual es encontrar “que” aspectos del trabajo producen problemas de salud mental. Dentro de los modelos que explican las relaciones entre trabajo y salud mental, se destacan como corrientes principales: la del desgaste, de las condiciones generales de vida y trabajo, la del stress, de la ergonomía y la psico-patología del trabajo (Comité Mixto OIT-OMS, 1984). Sin embargo, se ha visto con posterioridad,

que la salud mental de las personas que trabajan no sólo está condicionada por características específicas de las condiciones en que se trabaja sino que también se deben considerar otros factores que dependen de las instituciones (empresas u organizaciones), y de la relación entre la empresa y el trabajador. Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984) ha definido que la “salud” no se refiere meramente a la ausencia de enfermedad sino a un estado positivo de bienestar físico, mental y social, también ha declarado que un entorno laboral saludable no es aquel en que sólo están ausentes condiciones dañinas para los seres humanos, sino que aquel en que también están presentes factores y condiciones que promueven su salud. Esta declaración ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984) a reconocer explícitamente que el ser humano, es eminentemente social, posee diversos sistemas o esferas de su actividad social cotidiana que determinan su modo de vivir y su salud, tales como la familia, el grupo religioso, los amigos y el trabajo.

Aunque el concepto de salud mental nace por analogía a la salud física, trata de fenómenos más complejos, es por ello, que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984) ha declarado que no existe una definición oficial acerca de la salud mental, ya que ésta siempre aparece influenciada por las diferencias culturales y la subjetividad. A pesar de lo anterior, existe consenso al definir la salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico, en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana. Siguiendo esta lógica, la salud mental suele ser definida como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural. Este estado garantiza al individuo su participación laboral, intelectual y social para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

Esta visión de la relación trabajo-salud mental, exige un método de estudio igualmente complejo y abierto: un método que permita concebir al trabajo como un mundo complejo, de múltiples dimensiones y significados, para el cual los enfoques

de análisis deben ampliarse exponencialmente permitiendo observar la enorme riqueza del trabajo como concepto, como actividad y como mundo de significaciones. Los modelos teóricos que puedan guiar este tipo de comprensión de la salud mental en el trabajo, deberían adoptar, como categoría analítica fundamental, un hombre histórico concreto, situado en tiempo y en espacio. Sin embargo, a pesar de que hoy se cuenta con modelos explicativos y de intervención útiles para la promoción integral de la salud mental en el trabajo y para la prevención, ellos desconocen la continuidad del vivir del ser humano. Pareciera ser que debido a la simplificación metodológica como condición de investigación, el trabajo es concebido como una actividad separada de la vida de los personas, sin que el foco de estudio este puesto en la continuidad cotidiana.

Esto reafirma la importancia de investigar la relación trabajo salud mental, desde un método que reconozca y tenga como base de análisis la cotidianidad.

Cotidianidad e Identidad Laboral

La vida cotidiana es concebida como el ambiente natural y sociohistórico, esencial y primario, en el que se desarrolla la existencia humana. (Heller 1982; Berger y Lugmann, 2003). A pesar de lo anterior, el utilizar la vida cotidiana como una perspectiva analítica dentro de las investigaciones en las ciencias sociales es una tendencia relativamente nueva.

La vida cotidiana se devela que como un espacio estratégico para pensar y aprehender lo social en su complejidad, ya que se trata de un espacio donde se desarrollan las interacciones y cobran vida las estructuras. Es el principal espacio de creación, reproducción e innovación social. Al decir de Reguillo (2000, p.77) “en su compleja pluralidad de símbolos y de interacciones ya que se trata del espacio donde se encuentran las prácticas y las estructuras, del escenario de la reproducción y simultáneamente, de la innovación social”. Según ésta autora, la naturalidad con que la vida cotidiana se despliega, la vuelve ajena a toda sospecha y amparada en un inofensivo

transcurrir, selecciona, combina, ordena el universo de sentidos posibles que le confieren a sus procedimientos y a su lógica el estatuto de “normalidad”.

Es por ello, que la noción de vida cotidiana, como esfera de los aprendizajes, prácticas e interacciones sociales (productivas y reproductivas), se despliega como telón de fondo para dirigir la mirada sobre la experiencia del trabajo y su relación con la salud mental. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1984) ha enfatizado la importancia de lo cotidiano configurándolo como escenario para la salud mental, así el seguimiento del comportamiento cotidiano de una persona sería la mejor forma de conocer el estado de su salud mental.

La vida cotidiana es el espacio donde el individuo vive la vida; es decir, donde sucede y se sucede, construye y se construye. La identidad se concibe como construcción, como una construcción sociohistórica, construcción que articula lo psicológico y social a un tiempo. La identidad se conforma merced a la interacción social en la que todos los individuos inexorablemente están implicados y son partícipes.

En términos generales, el concepto de identidad asumido en la literatura científica actual, es centralmente una categoría de carácter relacional, que supone simultáneamente un proceso de identificación y uno de diferenciación, y que se va construyendo como producto de las relaciones sociales en las que participa el individuo; se construye en interacción con otros y, como tal es, un proceso permanente que da cuenta de múltiples elementos del orden social que se van incorporando como puntos de referencia para el sujeto y se constituye en un medio para la acción.

En términos específicos, la identidad laboral, se concibe como una de las dimensiones que constituyen al individuo, se forma en procesos interactivos que tienen como escenario la vida cotidiana, donde el individuo introyecta nuevos sectores del mundo objetivo de la sociedad basados en instituciones, (especialmente de las escuelas de formación profesional y el espacio laboral), se apropia de un conocimiento especializado producto de la división del trabajo (profesión) y de la distribu-

ción social del conocimiento (disciplina), y al mismo tiempo, asume roles específicos que traen consigo compromisos de orden cognitivo, práctico y valorativo, en el escenario de la vida cotidiana (Castro,1996).

Esta construcción identitaria en el trabajo, puede concebirse como producción y reproducción de sentidos y valoraciones acerca de lo experimentado por los sujetos. Como resultado de todo esto, diversos autores contemporáneos postulan la identidad como actividad cotidiana (Dubar, 2000; Keupp, 2002; Kraus, 1996, 2000, y Hall, 1994).

Desde el enfoque desarrollado aquí, subyace la idea de que la identidad es construida y reconstruida a partir de la acción social, donde el sujeto va conformando una autonarración biográfica que genera unidad y continuidad temporal a partir de la heterogeneidad de la experiencia. La pregunta en este punto es: ¿Cómo encontramos un método que dé cuenta de la construcción identitaria? Mi propuesta es la teoría de la Reflexión Cotidiana de Giannini (1987). Esta teoría se concibe como un método de aproximación a la vida humana. Para el autor, el límite último de su investigación, es la experiencia común, la cual representa una cierta manera de conocer. Si bien, desde la teoría social, es un hecho que la vida cotidiana se configura como experiencia colectiva, para Ricoeur, en Giannini (1992, p. XI), el aporte de la teoría de la reflexión cotidiana propuesta por Giannini, radica en que: "...busca ganar, la vida reflexiva que se supone íntima, a través de la vida cotidiana que se piensa pública". Para el propio autor significó tender un puente, "realizar la ruta teórica que va del espacio público al privado, crearse un método, un camino apropiado para comprender su relación real, más allá de las ideologías del momento" (Giannini, 2007, p.16-17)

Este enfoque es coherente tanto con el actual paradigma adoptado en ciencias sociales, como con la premisa propuesta por Giannini (1992), la cual sostiene que la experiencia real de la identidad, no se limita a un pasivo acto de captarse cada cual como sujeto de tales o cuales pensamientos, el hecho decisivo es tener ligado a mis pasos el hacia dónde van, el para qué y

el porqué, es decir, no olvidar en el camino las conexiones por las que voy armando la hebra diaria de mi biografía. Para acceder a esta ruta, se considera la dimensión tanto topográfica como cronológica, propuesta por Giannini (1987), vemos que el tiempo transcurre desde el domicilio de las personas hasta su trabajo y de ahí a su domicilio nuevamente en un ciclo que recorren la mayoría de los trabajadores, y que forma parte de la rutina del diario vivir.

La incorporación del concepto de cotidianeidad, nos da una aproximación al significado del trabajo distinta del abordaje tradicional, el cual considera el trabajo, frente a otras facetas de la vida, y no como parte de un ciclo que se reitera constantemente. La identidad es un proceso de identificación inseparable de reflexión cotidiana. Podría considerarse que la reflexión psíquica este sobretejida a la reflexión circadiana propia de la especie. Esta es la hipótesis sobre la que se funda la presente propuesta, es unir nuestro mundo psíquico de ser reflexivos, con el modo de ser espaciales, propios de la reflexión circadiana.

Conclusiones

La relación trabajo-salud mental ha sido ampliamente estudiada considerando sus múltiples determinantes, condicionantes e interrelaciones, las que han ido evolucionando con el transcurso de los años, sin que se haya podido converger ni cristalizar en una visión homogénea y ampliamente compartida, lo que consolida la relación trabajo - salud mental, como una preocupación recurrente en el mundo laboral y de la salud.

La aproximación epistemológica, que guió la presente exposición se adscribe al supuesto de que el estudio de las identidades laborales resulta pertinente para comprender los procesos de construcción subjetiva que surgen en el marco del trabajo flexible contemporáneo (Alvesson y Willmott, 2002; Battistini 2009; Beck y Beck-Gernsheim, 2003; Dubar, 2000; Sennett, 2000; Sisto, 2011; Soto, 2008, 2011).

Lo anterior, implica reconocer que el trabajo no es solo

una actividad, un medio de sustento, o un bien transable en sí mismo, es el fruto de un llamado a ser en la actividad, a construir su identidad, e involucra por tanto, las influencias que el nuevo modo de producción ha tenido en la salud mental de los trabajadores y como ello debe ser investigado asumiendo al trabajador como un ser social, su historicidad y su subjetividad. Se propone por tanto, un método fundado en el reconocimiento de la cotidianidad como el espacio que nos permite reflexionar acerca de nuestras experiencias, y con ello construir identidad. La identidad laboral, se configura así como el espacio donde las plásticas dimensiones del trabajo tienen su máxima expresión, puesto que en dicho proceso se interiorizan los significados externos y se reconstruyen desde la propia experiencia individual intersubjetiva para después ser exteriorizados para una identificación en la interacción con los otros sujetos. De esta manera, se plantea que una forma para comprender las diferentes dimensiones que involucra el acto de trabajar, es centrarse en cómo los sujetos construyen, configuran, sus múltiples significados y sus transformaciones en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana. El significado del trabajo, se desarrolla a través de la reflexión que los individuos hacen de su experiencia de trabajar, de ahí que se plantee la propuesta de que el lugar donde espacial y temporalmente podemos rastrear los procesos reflexivos, que le otorgan significación al trabajo y determinan las prácticas de los sujetos es la cotidianidad.

Se puede asumir que el trabajo no nos deja indiferentes, es una fuente referencial de sentido (Fink, 1979). El trabajo adquiere sentido con otros, es en la relación con otros donde se puede construir la subjetividad. La pregunta por el sentido del trabajo es una disputa, en la cual se lucha siempre por el sentido de la vida (Bressol, 2004), profundiza en el sentido que adquiere el trabajo para las personas y señala que: “en la construcción de un ser, el trabajo ocupa un lugar central. Las patologías mentales pueden aparecer cuando el individuo tiene problemas en las dos esferas de su vida, trabajo y fuera del trabajo, pues como regla general, se estima que una de las

dos esferas contribuye enormemente al equilibrio en la otra” (Bressol, 2004).

El trabajo es un modo de ser- en-el mundo que se caracteriza por una tensión constante entre las relaciones laborales que se establecen y la identidad. Es un proceso activo donde la persona construye su capital simbólico, su identidad (Burdier citado en Bernaud, 2005).

Si efectivamente la comunidad en que el trabajador está inserto ayuda o beneficia, la SM, entonces estamos necesariamente en el terreno de la subjetividad. Y la subjetividad se da en el terreno de las experiencias compartidas, específicamente en la vida cotidiana. En palabras de Dejours (1998, p.12): “El trabajo es un elemento central en la construcción de nuestra identidad, y la identidad es el armazón de nuestra salud mental, así que el trabajo no tiene una posición neutral: o favorece nuestra salud o la perjudica”.

Referencias

- Alvesson, M. y Willmott, H. (2002). Identity regulation as organizational control. Producing the adequate individual. *J. of management studies*, 39(5): 619-644
- Aubert, N. y de Gaulejac, V. (1993). *V. El coste de la excelencia*. Barcelona: Paidós.
- Battistini, O. (Ed.). (2004). *El trabajo frente al espejo: continuidades y rupturas en los procesos de construcción identitaria de los trabajadores*. Buenos Aires: Argentina: Prometeo.
- Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y política*. Barcelona: Paidós.
- Blanch, J. (2003). *Teoría de las Relaciones Laborales. Desafíos*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Berger, P. y T. Luckmann. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Bressol, E. 2004. *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*. Conseil Économique et Social. Paris, 24 mars; Rapport présenté au nom de la Section du Travail.
- Carrión-García, M., López-Barón, F. y Gutiérrez, A. (2015).

- Influencia de factores negativos del contexto de trabajo en desgaste psíquico de trabajadores en Colombia. *Hacia la promoción de la salud*, 20(1): 111–125. Retrieved from <http://10.17151/hpsal.2015.20.1.8>
- Carvajal, L. y García, C. (2005). *Flexibilizados, competitivos y alegres. Acerca de la producción de la subjetividad laboral en empresas de servicios*. Bogotá: Ediciones de la Pontificia Universidad Javeriana.
- Castro, J. (1996). Vida cotidiana y profesión. *Educación Física y Deporte*, v.18 (2):91 - 99, Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3644055>, ISSN: 0120-677X
- CEM (2008). *Salud mental, trabajo y género: bibliografía comentada*. Proyecto Araucaria, Santiago: Centros de Estudios de la Mujer.
- Comité Mixto OIT-OMS (1984). *Factores psicosociales en el Trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Oficina Internacional del Trabajo, 1, 1 – 85. Retrieved from http://biblioteca.uce.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf
- Dejours, C. (1998). *El factor Humano*. Lumen. Buenos Aires, 1998.
- Dubar, C. (2000). *Trajectoires professionnelles, formes identitaires et mondialisation*. Ponencia presentada en el III Congreso Latinoamericano de Sociología del Trabajo, 17-20 de mayo de 2000, Buenos Aires, Argentina.
- Fink, E. (1995). *Grundphänomene des menschlichen Daseins*. (Fenómenos fundamentales de la existencia humana) Friburgo: Karl Alber.
- García, A. J. (2007). Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en Salud*, 9(1), 57–64. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=28348205&lang=es&site=ehost-live>
- Giannini, H. (1987). *La reflexión cotidiana*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Giannini, H. (1992). *La experiencia moral*. Santiago: Editorial Universitaria.

- Giannini, H. (2007). *La metafísica eres tú*. Santiago: Ed. Catalonia.
- Giddens, A. y Hutton, W. (2001). *En el límite. La vida en el capitalismo global*. (234-239). Barcelona: Tusquets.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional., *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 29(2): 237-241. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92944595&lang=es&site=ehost-live>
- Heller, A. (1982). *La revolución de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península.
- Hindrichs, I., Girardo, C., y Converso, D. (2013). Trabajar en Organizaciones de la Sociedad Civil en el Estado de Morelos. Factores psicosociales, desafíos y necesidades. *Administracion y Organizaciones*, 16(31), 191-212. Retrieved from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=95757264&lang=es&site=ehost-live>
- Kraus, W. (1996). *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität der Spätmoderne*. Herbolzheim: Centaurus.
- Kraus, W. (2000). *Le dijo a uno mismo. La construcción narrativa de la identidad en el Late Modern*. Herbolzheim. Centaurus.
- Keupp, H; Hofer, R; Jain, A; Kraus, W. y Straus, W. (2001). Paisajes sociales la modernidad reflexiva - el individualismo y el post-ligaduras tradicionales. En U. Beck y W. Bon, *El Modernisierung de la modernidad* (pp. 160-176). Frankfurt: Suhrkamp.
- Peiró, J., y Prieto, F. (1996). *Tratado de psicología del trabajo. Aspectos psicosociales del trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Reguillo, R. (2000). *La Clandestina Centralidad de la Vida Cotidiana*. En "La Vida Cotidiana y su espacio-temporalidad". Lindón, A. Coordinadora. Mexico: Ed. Anthropos.
- Salanova, M., García, F., y Peiró, J. (1996). Significado del trabajo y valores sociales. En Peiró, J. y Prieto F. (Eds.) *Tratado de psicología del trabajo. Aspectos psicosociales del trabajo* (35-63). Madrid: Síntesis.
- Schvarstein, L. y Leopold, L. (2005). *Trabajo y Subjetividad: en-*

- tre lo existente y lo necesario*. Buenos Aires: Paidós.
- Sennett, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sisto, V. (2011). Nuevo profesionalismo y profesores: una reflexión a partir del análisis de las actuales políticas de 'profesionalización' para la educación en Chile. *Signo y Pensamiento*, 59, 178-192.
- Soto, A. (2008). *Flexibilidad laboral y subjetividades: hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo*. Santiago, Chile: LOM/ Universidad Alberto Hurtado.
- Soto, A. (2011). Narrativas de profesionales chilenos sobre sus trayectorias laborales: la construcción de identidades en el trabajo. *Psykhé*, 20(1), 15-27. doi:10.4067/S0718-22282011000100002
- Yáñez, S. (2001). La flexibilidad laboral como nuevo eje de la producción y la reproducción. En: Todaro, R. y Yáñez, S. (eds). *El trabajo se transforma. Relaciones de producción y relaciones de género*. pp. 35-73. Santiago, CEM. Centro de Estudios de la Mujer.

CAPÍTULO 3

SINOPSIS SOBRE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

Carolina Aranda Beltrán
Fátima Mares Hernández
Universidad de Guadalajara, México.

Introducción

Las estadísticas a nivel mundial sobre los accidentes y enfermedades laborales son preocupantes pero al mismo tiempo alertan sobre el problema; tan es así que la comunidad científica encuentra imprescindible evaluar la presencia de todo factor o agente que ponga en riesgo la salud del trabajador.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), refiere que en el año 2001, había 1.1 millones de enfermedades y accidentes laborales, que para el 2009 se reportaban ya más de 2 millones de muertes de trabajadores (*La Jornada*, 2009). Este año, 2016, la OIT menciona que “cada día mueren 6.300 personas a causa de accidentes o enfermedades relacionadas con el trabajo – más de 2,3 millones de muertes por año. Anualmente ocurren más de 317 millones de accidentes en el trabajo, muchos de estos accidentes resultan en absentismo laboral”.

Específicamente en México, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) dependencia del Poder Ejecutivo Federal, reporta 2.9 por ciento de muertes por riesgos de trabajo por cada cien trabajadores (*La Jornada*, 2010).

La Asociación de maquiladoras en Matamoros, México, publicó que en el 2015 “ocurrieron en México mil 412 defunciones por riesgos laborales, y 411 mil accidentes de trabajo, representando un 81% de los riesgos registrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). 62%, hombres y 32%

mujeres. La mayoría de los accidentes se da en los jóvenes de 25 a 34 años”.

Según Gutiérrez (2015), entre 2006 y 2014, 12,576 personas murieron en México por causas adjudicadas al trabajo, los accidentes fueron la causa en 77.6% de los casos, sin embargo, las cifras podrían ser mucho mayores si no existiera un subregistro de los accidentes y de enfermedades laborales.

Como bien se sabe de entre los riesgos de trabajo, físicos, químicos, biológicos y ergonómicos, se encuentran también aquellos que hacen referencia a lo psicosocial.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2009) organismo especializado interesado en sensibilizar la aplicación de las normas y los derechos laborales sociales a nivel internacional, considera que todo trabajador esta expuesto a sufrir daños en su salud debido a las inadecuadas condiciones con las que desarrolla tus tareas laborales, pero al mismo tiempo toma en cuenta que fuera de su trabajo también existen otros riesgos que igual dañan su salud y que son conocidos como “factores individuales externos”, “variables intervinientes o influyentes”, que tienen que ver con la edad, su estado civil, su nivel académico, la antigüedad laboral, la antigüedad en la puesto, y por qué no, hasta con su personalidad.

Desde este punto de vista, la definición para los factores psicosociales propuesta por la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS) es “todas las interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización, por un lado; y por otro, las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo; todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en su salud y en su rendimiento” (OIT, 1984-1986), entendiéndose entonces, que los factores psicosociales presentes en el área laboral o no, serán aquellos que el trabajador perciba como “riesgo” o “negativos para él” y que le causarán algún daño en su salud.

Conceptos similares son planteados por el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) (Hurrell y Murphy, 1992), por el Instituto Nacional de Seguridad e

Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997), el de Gil-Mone (1997), el de Villalobos (1999) y el de Sauter, Hurrell, Murphy y Levi (2001). Así mismo encontramos similar conceptualización con el de Lahera y Góngora (2002), Aranda (2003), la Unión General de Trabajadores (UGT, 2004), Álvarez y cols (2005), López, Zegarra y Cuba (2006), García, Luceño, Jaén y Rubio (2007), Aldrete, González y Preciado (2008), Gómez y Moreno (2009), Vera (2010), Bucci y Luna (2015).

Sinopsis sobre instrumentos de evaluación

Es evidente que los instrumentos de evaluación que se construyen se derivan de una concepción teórica del objeto, y que éste, nos conducirá a diferentes métodos para su evaluación.

A continuación se presenta una sinopsis sobre los instrumentos de evaluación de factores psicosociales en las áreas laborales. La idea es mostrarlos por décadas, por autor, nombre del instrumento, año de creación y año de su validación más reciente.

DE CA DA	NOMBRE DEL INSTRUMENTO	AUTORES	AÑO	ÚLTIMA VALIDACIÓN
70	Minnesota Satisfaction Questionnaire	Weiss, Dawis y England	1967	Parvaneh y Abdollah, 2016
	*Cuestionario sobre el análisis del trabajo Fragebogen Zur Arbeitsanalyse (FAA)	Freidling	1974	
	*Método Ergonómico de Análisis de Tareas: A.E.T. (Arbeitswissenschaftliches Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse).	Landau, Luczak y Rohmert	1975	
	*El Índice de las características del puesto: Job Characteristics Index (JCI)	Sims y cols	1976	
	*El Cuestionario sobre el Puesto de Trabajo: Position Analysis Questionnaire (PAQ)	McCormick y cols	1976	Smith y Hakel, 1979

DE CA DA	*Perceived Work Environment (PWE)	Newman	1977	
70	*Método de los perfiles de los puestos (RNUR)	Régie Nationale Des Usines Renault	1979	
	El Organizational Commitment Questionarie (OCQ)	Mowday, Steers y Porter	1979	Dávila y Chacón, 2003
	*Escala General de Satisfacción	Warr, Cook y Wall	1979	
80	*Work Environment Scale	Billings y Moos	1982	
	*Cuestionario de control para el análisis de los puestos de trabajo	Grandjean	1983	
	*El Cuestionario sobre el Contenido de los Puestos de Trabajo	Karasek	1985	
	*Cuestionario del contenido de trabajo (JCQ)	Karasek	1985	
	*Guía de Identificación de Factores Psicosociales	Legaspi, Martínez y Morales	1986	
	*Test de Salud Total	Langner	1986	
	*Perfil del puesto FAGOR	Fagor	1987	
	Organizational Stress Indicator (OSI)	Cooper, Sloan y Williams	1988	Seklecka, Marek y Lacala, 2013
*La escala de control del NIOSH	McLaney y Hurre	1988		
90	Inventario del entorno psicosocial	Mouriño y Viniegra	1991	
	Indice de Capacidad de Trabajo	Tuomi y Cols	1991	López, Del Castillo, Oramas y Puig, 2011
	*Condiciones de trabajo en Centros Hospitalarios: Metodología de Autoevaluación	INSHT	1992	
	Job Stress Survey	Spielberg y Peter	1994	Janno, Yap y Haron, 2015

90	*Método FREMAP: Evaluación para el análisis ergonómico de los puestos de trabajo	Instituto Finlandés de Salud Ocupacional, Traducido por el Centro Nacional de Condiciones de Trabajo (INSHT)	1995	
	*Evaluación de factores psicosociales FSICO	Centro Nacional de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	1997	
2000	*Método PYMES	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo	1997	
	Cuestionario Desequilibrio Esfuerzo-Recompensa	Siegrist y Peter	2000	
	Encuesta de autoevaluación de las condiciones de trabajo	Nogareda (INSH)	2000	
	*Cuestionario de Evaluación de Factores Psicosociales	Lahera y Góngora	2002	
	*Método ISTAS 21 (CoPsoQ)	Instituto Nacional de Salud de Dinamarca	2002	Silva, De Lima y Welter, 2014
	*Batería de Factores Psicosociales de Salud Laboral: de la Universidad de Valencia (BFPSL)	Meliá	2003 2004	
	*Batería Valencia PREVACC 2003	Meliá	2003	
	*Método MARC-UV	Meliá	2003	
	PSQ CAT21 COPSOQ (versión para Cataluña de ISTAS 21 (CoPsoQ))	Instituto Sindical, Trabajo, Ambiente y Salud	2003	Marin, Bonavia y Losilla, 2011

2000	*El Cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo	Silva	2004	
	*El Cuestionario Multidimensional DECORE	Luceño	2005	
	*Método ISTAS adaptación del ISTAS 21 para España. Adaptación del cuestionario psicosocial de Copenhague (CoPsoQ)	Moncada, Llorens, Navarro y Kristensen	2005	Bucci y Luna, 2015
	Estudio de Quebec de las condiciones de trabajo, el empleo y la salud y la seguridad (EQCOTESST)	Boulianne y Fortin	2006	Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec, 2011
	Instrumento de resistencia al cambio	García, Rubio y Bravo	2007	
	*Manual para Evaluación de Riesgos Psicosociales en PYMES	INST.- Instituto biomecánica de Valencia, con subvención de la Agencia Europea	2008	Moreno, Mejias y Rodríguez, 2008
	*Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales: Adaptación del método AIP del INSHT	Instituto Navarro de Salud Laboral.	2008	Ferrer, Guilera y Perú, 2011
	*Método AIP:	Centro de condiciones de trabajo de Barcelona del INSHT (Instituto Mapfre de Ergonomía)	2008	
	*Método de evaluación de factores psicosociales del INSHT (NTP 443)	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	2008	
*El método LEST	(del Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo)	2008		

2000	*ANACT	de la Agencia Nacional para la Mejora de las Condiciones de Trabajo	2008	
	*Método de análisis ergonómico del puesto de trabajo (EWA)	INERMAP	2008	
	*NASA TLX (Task Load Index)	INERMAP	2008	
	*El Modelo AEPA	Carión, López y Tous	2008	
	*Sanimap	INERMAP	2008	
	*Edumap	INERMAP	2008	
	*Telemap	INERMAP	2008	
	*Ofimap	INERMAP	2008	
	*Psicomap	INERMAP	2008	
	*Standard Shiftwork Index (SSI)	Folkard y cols	2008	
	Batería MCMutual-UB	Guardia	2008	Guardia, Perú, Barrios, 2008
	Factores Psicosociales y Conductas de Hostigamiento (FAPSIHOS). Basado en FPSICO y NAQ-RE	Soler	2008	
	Eurofound. Questionnaire for Fifth European Survey on Working	Eurofound	2010	
	Cuestionario de Condiciones de Trabajo	Blanch, Sahagún y Cervantes	2010	
	Adaptación del cuestionario EQCOTESST	Ansoleaga y Toro	2010	
Índice de Evaluación Ergonómico	Real, García, Piloto	2011		
Work Psychosocial Factors Questionnaires (WPFQs)	Villalobos, Vargas, Rondón y Felknor	2012		
Escala de Riesgos Laborales (RL-14)	Boada y cols	2013		

2000	Evaluación de los riesgos psicosociales en una empresa metalmecánica	Márquez y Zambrano	2013	
	Cuestionario de Factores de Riesgo Psicosocial Laboral	Buscar ENDESA Meza (TESIS)	2014	

(*) Esta información de estos instrumentos fue extraída de Aranda, Pando y Ocegüera (2011).

Semblanza sobre la Guía de Identificación de Factores Psicosociales

Originalmente la guía fue elaborada por Legaspi, Martínez y Morales en el año de 1986. Para su construcción, los autores partieron tanto de los conceptos básicos de la psicología ambiental del área donde se labora, así como de los conceptos relacionados con aspecto de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyendo a los de calidad del ambiente, del sistema social, de conductas sociales, de la psicología del trabajo y del análisis de las actividades laborales. Durante su aplicación deberán participar tanto el trabajador como un observador, con el propósito de identificar las condiciones psicosociales de tipo laboral a los que el trabajador se expone y de comparar la percepción que de ello se tenga. A sugerencia de sus autores, la guía no tiene posibilidad de generalizarse a otros individuos o centros de trabajo, por ello la necesidad de ser validada en otras poblaciones laborales.

Continuando con su originalidad, la guía es de tipo nominal dicotómica (presencia o no del factor de riesgo) y mide cuatro áreas: 1. *Esencia de la tarea*, 2. *Sistema de trabajo*, 3. *Interacción social* y 4. *Organización*. En base a su uso es que se sugiere que con tan sólo la aplicación del instrumento al trabajador y no al observador, es suficiente para su correcta evaluación y valoración (Aranda y cols., 2004). Al final de la aplicación, se suman cada una de las respuestas afirmativas de cada una de las áreas, otorgando un punto para cada observación presente, el puntaje obtenido es identificado en un

nivel de clasificación (alto, promedio alto, promedio y bajo) por áreas pero también de manera global, por toda la escala. También en base a su aplicación es que los niveles finalmente quedan como alto, medio y bajo, tomando como alto y promedio alto como nivel alto, al promedio como medio, y al bajo como bajo. De esta manera el sujeto que se encuentre en los niveles altos y medios, es un sujeto que aprecia la presencia del factor de riesgo en su área laboral (Aranda y cols., 2004).

Validación actual de la guía

Este instrumento ha sido validado recientemente por Aranda, Pando y Ronquillo (2014) en 1530 trabajadores mexicanos cualificados y no cualificados de diversas actividades económicas como Trabajadores del Congreso del Estado, Trabajadores del Sistema de Tren Eléctrico, Docentes y Administrativos Universitarios y Médicos Familiares de Instituciones Públicas de Salud.

Los datos fueron sometidos a las pruebas de fiabilidad a través del programa SPSS v19, obteniendo un alfa de Cronbach de .862 para toda la escala; de .616 para el área esencia de la tarea; .752 para sistema de trabajo; .626 para interacción social y .765 para el área de la organización. El análisis factorial mostró una medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .700. Para la prueba de esfericidad de Bartlett, la chi cuadrado fue de 1541.858, con 66 grados de libertad, a un nivel de significancia de .000. El valor Eigen de la matriz de componentes principales proyectó resultados diversos para toda la guía. De esa manera se observaron valores adecuados máximos de .670 para el ítem “inseguridad dentro de la empresa” como mínimos de .228 para el ítem “sin posibilidades de hacer pausas” (tabla 1) (Aranda et al., 2014).

El análisis de componentes indicó que existen cuatro componentes para los 52 ítems, por lo que se estableció que el instrumento es multidimensional. El análisis de componentes principales con rotación varimax también identificó cuatro componentes explicando en su conjunto el 51.27% de la va-

rianza total y por áreas lo siguiente: para el área esencia de la tarea de un 19.78% de la varianza explicada; para sistema de trabajo un 13.15%, para interacción social el 9.91% y para la organizacional un 8.41% (Aranda et al., 2014).

Los autores también realizaron la validación de la guía de manera independiente por cada área, observando bastante discrepancia en sus valores Eigen así como dispersión de sus ítems en distintas áreas, con poca consistencia interna.

Desde la elaboración de la escala por Legaspi y cols. (1986) no se contaba con ninguna otra validación de la misma hasta la de Aranda et al., en el 2014 en población mexicana.

De manera general se concluye que la guía mostró valores aceptables de alfa de Cronbach y de varianza explicada, encontrando poca consistencia en la distribución de los ítems en los componentes rotados y los correspondientes a las áreas de evaluación de la escala, por lo que se sugiere el uso de esta guía de manera integral y no así el uso de las subescalas de manera individual.

Referencias

- Aldrete, M., González, J., Preciado, M. (2008). Factores psicosociales laborales y el Síndrome de Burnout en docentes de enseñanza media básica (secundaria) de la zona metropolitana de Guadalajara, México. En *Rev. Chil Salud Pública*, 12(1), 18-25.
- Álvarez, A., Arce, M., Barrios, A., y cols. (2005). Síndrome de Burnout en Médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes, Argentina. En *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 114, 27-30.
- Ansoleaga, M., y Toro, J. (2010). Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera. En *Salud trab*, 18(1), 07-16.
- Aranda, C., Pando, M., Ocegüera, A. (2011). *Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo: Apreciaciones teóricas y metodológicas*. México: PIENSO en Latinoamérica.
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Rodríguez, A., y

- Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. En *Revista Investigación en Salud*, 6(1), 28-34.
- Aranda, C., Pando, M., Velásquez, I., Acosta, M. y Pérez, M. (2003). Síndrome de Burnout y factores psicosociales en el Trabajo en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. En *Rev. Psiquiatría*, 30, 193-199.
- Aranda, C., Pando, M., y Ronquillo, J. (2014). Confiabilidad y validez de una Guía de Identificación sobre factores psicosociales en trabajadores mexicanos de diversos giros laborales. En *Revista Iberoamericana de Psicología*, 7(1), 25-38.
- Asociación de Maquiladoras de Matamoros A.C. (2015). Causas de muerte por accidentes laborales en México. Index Matamoros. Recuperado de: <http://www.indexmatamoros.org.mx/causas-de-muerte-por-accidentes-laborales-en-mexico/>
- Blanch, J., Sahagun, M y Cervantes, G. (2010). Estructura factorial del cuestionario de Condiciones de Trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189. Doi: 10.5093/tr2010v26n3a2
- Boada, J., Robert, L., Gil, C., y Vigil, A. (2013). Desarrollo, consistencia interna, fiabilidad y validez de una escala de riesgos laborales en lengua española. En *Anales de Psicología*, 29 (1), 217-224. Doi: .29.1.138021
- Boulianne, N., y Fortin, E. (2006). Conditions de travail et santé : les enquêtes statistiques au. En *Santé, Société et Solidarité*, 2, 143-146.
- Bucci, N., y Luna, M. (2015). Modelo de evaluación de riesgos psicosociales determinado por factores internos, individuales, doble presencia y externos para entornos laborales. En *Redip UNEXPO*, 5(1), 615-635.
- Cooper, C., Sloan, S. y Williams, S. (1988). *Occupational stress indicator*. Windsor, UK: NFER-Nelson
- Dávila, M. y Chacón, F. (2003). Adaptación de instrumentos para la evaluación de aspectos organizaciones en ONG's. En *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*,

19 (2), 159-179

- Eurofound. (2010). *Quinta Encuesta europea sobre las condiciones de trabajo. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo*. Recuperado de <http://www.eurofound.europa.eu/es/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report>
- Ferrer, R., Guilera, G., y Però, M. (2011). *Propiedades psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO)*. Universidad de Barcelona.
- García, J., Luceño, M., Jaén, D. y Rubio, V. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. En *Psicothema*, 19(1), 95-101.
- García, M., Rubio, P., y Bravo, L. (2007). Relación entre los factores de riesgo psicosocial y la resistencia al cambio organizacional en personal de seguridad de una empresa del sector económico terciario. En *Diversitas*, 3(2), 301-315.
- Guardia, J. (2008). *Evaluación de los principales métodos de evaluación de riesgos psicosociales*. Observatorio permanente de riesgos psicosociales. Universidad de Barcelona.
- Guardia, J., Però, M., y Barrios, M. (2008). Propiedades psicométricas de la batería de evaluación de riesgos psicosociales en la mediana y pequeña empresa. *Psicothema*, 20(4), 939-944.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gómez, O. y Moreno, L. (2009). Factores psicosociales del trabajo (demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. En *Univ. Psicol.*, 9(2), 393-407.
- Gutiérrez, G. (2015, Julio, 07). *Cómo recibir 100% de indemnización por un accidente laboral*. Periódico Expansión. Recuperado de: <http://expansion.mx/mi-carrera/2015/07/06/como-recibir-100-de-indemnizacion-ante-un-riesgo-laboral>

- Hurrell, J. y Murphy, L. (1992). Locus of control, job demands, worker health. En *Individual Differences, Personality, Stress*. Nueva York Chichester: John Wiley & Sons.
- Instituto de Ergonomía Mapfre (2008). *Factores Ergonómicos y Psicosociales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España. Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. Recuperado de <http://www.inwemap.com/software/imágenes/Guia%20factores%20psicosociales.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail (EQCOTESST)*.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1979). *Los perfiles de puestos. Método RNUR o Renault. Traducción de "Les profils de postes", méthode d'analyse des conditions de travail. (RNUR)*. 2ª ed. Paris: Masson-Sirtes.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1995). *NTP 387: Evaluación de las condiciones de trabajo: método del análisis ergonómico del puesto de trabajo*.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1997). *II Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Barcelona: INSHT.
- Instituto Sindical del Trabajo/Istas (2002). *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Método ISTAS 21 (CoPsoQ)*. España: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS).
- Instituto Sindical, Trabajo, Ambiente y Salud. (2003). *Identificación y evaluación de riesgos psicosociales. Manual de la versión media del método PSQ CAT21 COPSOQ (Cuestionario psicosocial de Copenhague) adaptado*. En: Departamento de Trabajo (2006). *Manual de identificación y evaluación de riesgos laborales*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Jannoo, Z., Yap, B., y Haron, H. (2015). Evaluation of the job stress survey and its factor structure. En *Qual Quant*, 49, 711-726.
- Lahera, M. y Góngora, Y. (2002). *Factores psicosociales. Identificación de situaciones de riesgo*. España, Ona Gráfica.

- Landau, K., Luczak, H., y Rohmert, W. (1975). Arbeitswissenschaftlicher Erhebungsbogen zur Tätigkeitsanalyse. En W. Rohmert, J. Rutenfranz (Hg.): *Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen Arbeitsplätzen*. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, 251-293.
- Legaspi, V., Martínez, M., y Morales, N. (1986). *Factores psicosociales en el ambiente de trabajo*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- López, B., Carrión, M., Pando, M. y Del Ángel, E. (2008). Diagnóstico Psicosocial en una Empresa Siderometalúrgica Española. Resultados del FPSICO del INSHT y del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo IVAPT-E-R. En *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 54(1), 54-61.
- López, C., Zegarra, A., y Cuba, V. (2006). Factores asociados al síndrome de Burnout en enfermeras de emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. En *Rev. Ciencias de la Salud*, 1(1), 53-61.
- López, G., Del Castillo, M., Oramas, A., y Puig, D. (2011). Validez y confiabilidad del cuestionario índice de capacidad de trabajo en su versión cubana. En *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 11(1), 147-161.
- Luceño, L., García, M., Jaén, M. y Díaz, E. (2005). Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *EduPsykhé*, 4(1), 19-42.
- Marin, J., Bonavia, T., y Losilla, J. (2011). Exploring working conditions as determinants of job satisfaction: an empirical test among Catalonia service workers. En *The Service Industries Journal*, 31(12), 2051-2066.
- Márquez, M., y Zambrano, J. (2013). Evaluación de los riesgos psicosociales en una empresa metalmecánica. En *Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias*, 11, 39-48.
- Meza, K. (2014). *Adaptación y validación del Cuestionario "Factores de Riesgo Psicosocial Laboral" en una muestra de trabajadores del Grupo Enersis Chile*. Tesis de Grado. Chile: Universidad de Chile.
- Moncada, S., Llorens, C., Navarro, A., y Kristensen, T.. (2005).

- ISTAS21: Versión en lengua castellana del cuestionario psicosocial de Copenhague (COPSOQ). En *Arch Prev Riesgos Labor*, 8(1), 18-29.
- Moreno, M., Mejias, A., y Rodríguez, E. (2008). Validación de una escala de medición para gestionar los factores de riesgos psicosociales en el personal de las PYMES de Valencianas. En *Revista Ingeniería Industrial*, 7(2), 99-110.
- Mouriño, R, y Vinegra, L. (1991). Diseño y validación de un instrumento para valorar el entorno psicosocial. En *Salud Pública México*, 33, 38-48.
- Mowday, R., Steers, R., y Porter, L. (1979). The measurement of organizational commitment. En *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- Nogareda, C. (2000). NTP 182: *Encuesta de autoevaluación de las condiciones de trabajo*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Organización Internacional Del Trabajo (OIT). (2009). *Seguridad y Salud en el Trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo / Organización Mundial de La Salud (OIT/OMS). (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Informe del Comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra, Suiza.
- Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de La Salud (OIT/OMS). (2001). *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo-OIT. (2016). *Seguridad y Salud en el Trabajo*. Recuperado de: <http://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-es/index.htm>
- Parvaneh, G., y Abdollah, K. (2016). Te effect of organizational justice and job satisfaction on Melli Bank employee performance evaluation. En *Journal of Ocurrent Research in Science*, S(2), 671-678.

- Periódico La Jornada (08 de febrero de 2010). *Aumentan accidentes laborales*. Comunicados en prensa. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/08/index.php?section=politica>
- Periódico La Jornada (29 de enero de 2009). Presentan estrés laboral 30% de los trabajadores en México: UNAM. *La Jornada*. Recuperado de <http://www.jornada.unam.mx/2009/01/29-/index.php?section=sociedad&article=049n2soc>.
- Real, G., García, J., y Piloto, N. (2011). El índice de evaluación ergonómico (IEEc) para las camareras de piso del sector hotelero. *Revista Contaduría y Administración*.
- Sauter, S., Hurrll, J., Murphy, L., y Levi, L. (2001). *Factores psicosociales y de organización*. En: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 2(5), OIT.
- Seklecka, L., Marek, T., y Lacala, Z. (2013). Work Satisfaction, Causes, and Sources of Job Stress and Specific Ways of Coping: A Case Study of White-Collar Outsourcing Service Employees. En *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing & Service Industries*, 23(6), 590–600. Doi: 10.1002/hfm.20554
- Siegrist, J. y Peter, R. (2000). The Effort-Reward Imbalance Model. En *Occupational Medicine*, 1, 83-86.
- Silva, N. (2004). *Factores psicosociales y desgaste profesional en académicos del Centro Universitarios de Biológicas Agropecuarias*. Tesis de Doctorado en Ciencias de la Salud en el Trabajo. Universidad de Guadalajara, Jalisco, México
- Silva, M., De Lima, I., y Welter, G. (2014). Insegurança no trabalho e sua relação com a saúde psicológica do trabalhador. En *Diaphora*, 12(1), 40-47.
- Soler, M. (2008). *La evaluación de los factores de riesgo psicosocial del trabajo en el sector hortofrutícola: el cuestionario FAOSIHOS* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Murcia: España.
- Smith, J. E., y Hakel, M. D. (1979). Convergence among data sources, response bias, and reliability and validity of a structured job analysis questionnaire. En *Personnel Psycho-*

- logy, 32(4), 677-692.
- Spielberger, C., y Vagg, P. (1994). Job Stress Survey. En: *Statistics Solutions*. <http://www.statisticssolutions.com/job-stress-survey-jss/>
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Eskelinen, L., Järvinen, E., Toikkanen, J., y Klockars, M. (1991). Prevalence and incidence rates of diseases and work ability in different work categories of municipal occupations. En *Scandinavian journal of work, environment & health*, 67-74.
- Unión General de Trabajadores (UGT) (2004). *Riesgos psicosociales laborales: en el punto de mira*. Recuperado de <http://aragon.ugt.org/slaboral/riesgos%20psicosociales.pdf>
- Vera, R. C.M. (2010). Los factores psicosociales en la profesión docente. En *Revista Digital Reflexiones y experiencias innovadoras en el aula*, 16.
- Villalobos, G.H. (1999). *Identificación y evaluación de los factores riesgo psicosocial*. 32º Congreso de Seguridad Integral, Higiene y Medicina del Trabajo. Consejo Colombiano de Seguridad.
- Villalobos, G., Vargas, A., Rondón, M., y Felknor, S. (2013). Desing of psychosocial factors questionnaires: a systematic measurement approach. En *American Journal of Industrial Medicine*, 56, 100-110.
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., & England, G. W. (1967). Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. En: *Minnesota studies in vocational rehabilitation*, 22, 160.

CAPÍTULO 4

RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

Ana Carolina Reynaldos Quinteros
Universidad Católica del Maule

El inicio del siglo XXI encuentra a la humanidad en medio de la incertidumbre y vertiginosos cambios. En el año 1999 la OIT alertó a la comunidad internacional acerca de la fragilidad del modelo de desarrollo y sus repercusiones sobre la creación de empleos de calidad y socialmente protegidos. En ese marco surge el concepto de “Trabajo decente” (TD) cuyos pilares son (Somavía, 2011): (a) Empleos productivos y protegidos, (b) Retribuciones justas, (c) Regidos por normas laborales sustentadas en los derechos fundamentales del trabajo, (e) En contextos donde el diálogo social y la negociación colectiva sean mecanismos vigentes. Este concepto se ha ido imponiendo internacionalmente, sobre todo en aquellos países que aspiran a alcanzar mejores niveles de vida y bienestar y considera una estrecha relación entre TD y desarrollo productivo sostenible, sustentable, distributivo y competitivo. El TD no es un componente adicional, agregado por motivos sociales o éticos sino una condición necesaria para lograr ese desarrollo.

La CEPAL señaló que la desigualdad en América Latina y el Caribe resulta de los modos de desarrollo aplicados, en especial de la organización productiva, que puede llegar a generar profundos desequilibrios nacionales y globales que en necesario rectificar porque la calidad del trabajo define la calidad de una sociedad. Crecer con desigualdad, basar el desarrollo en la precariedad del trabajo “no construye sociedades cohesionadas, equitativas y justas” (Somavía, 2011: 10).

Las políticas cortoplacistas de reducción de costos, sobre todo asociados al trabajo y su protección social para competir en mercados muy fluctuantes ha sido la tónica de los últi-

mos 20 años, sobre todo en América Latina y el Caribe, que se han convertido en sociedades inestables, con demasiada flexibilidad para despedir, con contratos de trabajo temporales con menos protección que los de largo plazo, pocas oportunidades de trabajos estables y diversos, escaso seguro de desempleo, poca inversión en formación que permita hacer frente a las vertiginosas necesidades emergentes.

En este contexto de cambios, competencia por permanecer vigentes y a la vez exigencias por parte de tratados internacionales y de instituciones de derechos humanos, es que se vuelve imperativa la necesidad de revisar los riesgos laborales emergentes en la actualidad y, dentro de ellos, los riesgos psicosociales son cada vez más intensos, frecuentes e invalidantes para la población trabajadora.

Al hablar de riesgos psicosociales en el trabajo, es imprescindible primero definir salud -la cual se ve amenazada por los riesgos-, luego riesgos psicosociales en general y finalmente los factores y riesgos psicosociales que se encuentran en el ambiente laboral.

Según diversos autores la salud se puede concebir desde diversos puntos de vista (médico, legal, social). Sin embargo, hay acuerdo en aceptar la concepción ideal de salud de la OMS: *Estado de bienestar físico mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad* (Espluga y Caballero, 2005; Salanova, 2009; Moreno y Báez, 2010; Moreno, 2011).

Por otro lado, frente al concepto de riesgo, la OMS define **factor de riesgo** como: “Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene”¹.

Espluga y Caballero (2005) afirman que cuando se habla de riesgo, implícitamente aparece la idea de **probabilidad**, de

1. http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

daño y de **incertidumbre**. El riesgo tiene que ver con la probabilidad de que sucedan sucesos indeseados combinada con una mayor o menor magnitud de las consecuencias de dichos acontecimientos (magnitud de los potenciales daños).

Por otro lado, el concepto de **riesgo psicosocial** como concepto general apunta a factores presentes en el ambiente o en el grupo (familia, comunidad, pares) que dificultan o impiden un desarrollo adecuado del individuo, esto es, que logre desplegar todo su potencial sin sufrir daños. En el caso de los niños, se consideran factores de riesgo (González y Gimeno, 2008):

- Espacios físicos desfavorables (hacinamiento, deficientes condiciones de la vivienda, barrios sin recursos culturales o deportivos)
- Relaciones familiares deficitarias (falta de afecto o apego inseguro, falta de normas, escasa cohesión, problemas familiares)
- Problemas de salud física o mental de los progenitores.
- Entorno escolar hostil (relación conflictiva con docentes, falta de cooperación, distancia entre familia y escuela)

En el caso del desarrollo de los adolescentes, se consideran factores de riesgo (Rodrigo, Máiquez, García y Medina, 2006):

- El sedentarismo y estilos de vida poco saludables
- La desadaptación o rechazo de pares
- Fracaso escolar
- Locus de control externo
- Incapacidad para afrontar retos (baja autoeficacia).

De acuerdo a la Superintendencia de Seguridad Social (2009) los factores de riesgo son todas aquellas condiciones ambientales o individuales que aumentan la posibilidad de ocurrencia de una enfermedad o un trastorno a la salud. Entiende por **factor de riesgo laboral** todo objeto, sustancia, forma de energía o característica de la organización del trabajo que puede contribuir a provocar un accidente de trabajo, agra-

var las consecuencias del mismo o causar aún a largo plazo dañosa la salud de los trabajadores. Los clasifica en: **factores de riesgo material** (químicos, físicos, biológicos) y **factores de riesgo psicosocial**.

Sin embargo, esto no se corresponde con la legislación vigente en el país, que sólo reconoce el accidente laboral y la enfermedad profesional como aquellos ocurridos en el lugar (actual) de trabajo o con motivo del trabajo y que provocan incapacidad o muerte (Ministerio del trabajo y previsión social, 1968, artículos 5 y 7), es decir, no considera los efectos acumulativos que pueden ocurrir en el organismo de una persona que pudieran desencadenar un accidente o enfermedad en el mediano o largo plazo, incluso cuando esa persona pudiera ya no estar ejerciendo esa labor. Es el dramático caso de los trabajadores del asbesto² o de los ex -conscriptos contaminados con radioactividad en instalaciones de la Comisión Chilena de Energía Nuclear.^{3 4 5}

En el caso de los factores psicosociales al interior del mundo laboral, en 1986 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define los riesgos psicosociales como interacciones entre el contenido, la organización y la gestión del trabajo y las condiciones ambientales, por un lado, y las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro. Estas interacciones podrían ejercer una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencias (UGT Aragón, 2006).

Tous y Tendero (2007) definen factores psicosociales como aquellas condiciones presentes en la situación laboral y que se relacionan directamente con la organización del trabajo, su contenido y la manera de realizar las tareas. Agregan que

2. <https://asbestochile.wordpress.com/>

3. <http://www.cambio21.cl/cambio21/site/artic/20110322/pags/20110322140932.html>

4. <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2010/01/22/muere-ex-conscripto-que-vigilo-reactores-nucleares-en-santiago/>

5. <http://www.eldesconcierto.cl/pais-desconcertado/2015/11/06/los-muertos-de-la-energia-nuclear-en-chile/>

tiene la capacidad para potenciar o afectar tanto el bienestar, calidad de vida o a la salud del trabajador (física, psíquica o social) así como el desarrollo del trabajo.

La OIT hace una completa clasificación de los riesgos psicosociales laborales (OIT, s/f):

Factores del entorno y del puesto de trabajo:

- Carga de trabajo excesiva (exigencias psicológicas)
- Jornadas largas y horarios irregulares o extensos de trabajo
- Mal diseño del entorno y falta de adaptación ergonómica
- Falta de autonomía y control en la realización de tareas
- Ritmo de trabajo elevado
- Falta de claridad en las funciones

Factores organizativos:

- Supervisión y estilos de dirección inadecuados
- Estructura organizativa deficiente y ausencia de trabajo de equipo
- Falta de apoyo social
- Clima y cultura organizativa
- Ausencia de cultura de prevención de riesgos
- Salario insuficiente y valorización inadecuada de puestos de trabajo
- Discriminación

Relaciones en el trabajo:

- Acoso sexual
- Acoso psicológico o mobbing
- Violencia laboral

Seguridad en el empleo y desarrollo de carrera profesional:

- Inseguridad sobre el futuro de la empresa
- Dificultad o imposibilidad de promocionarse y desarrollar carrera

Carga total de trabajo:

- Doble jornada (interacción de demandas laborales y familiares simultánea o sucesivamente)
- Descanso insuficiente

En el caso del contexto laboral, Moreno y Báez (2010) y Moreno (2011) distinguen entre los conceptos de factores psicosociales en el trabajo, factores de riesgos psicosocial laboral y riesgos psicosociales laborales, que tienden a usarse como sinónimos. Según estos autores las diferencias entre éstos conceptos son:

Factores psicosociales laborales: en esencia son descriptores sin una connotación positiva o negativa. Se refiere a condiciones de la organización como la cultura organizacional, el estilo de liderazgo, el clima laboral, los flujos comunicacionales, entre otros, que si son adecuados, pueden ser un aporte para el desarrollo y el bienestar individual e institucional.

Factores psicosociales de riesgo: se refiere a factores organizacionales disfuncionales, es decir, que pueden provocar respuestas de tensión, estrés y desadaptación. Es decir, son factores psicosociales laborales que tiene un riesgo de provocar efectos negativos en la salud. Tienen ciertas características que sirven para distinguirlos de los anteriores:

- Se extienden en el espacio y tiempo, a diferencia de los riesgos físicos o químicos, que se pueden focalizar a un lugar y duración.

- Son difíciles de objetivar, ya que no hay instrumentos de medición ambiental que detecten en un momento y espacio dado estados de ánimo, calidad de una comunicación o gestión de un tipo de liderazgo, etc.

- Afectan a otros riesgos, es decir, que su influencia en el estado general de un trabajador puede aumentar su probabilidad de accidentarse o desarrollar una enfermedad profesional

- Tienen escasa cobertura legal, por la misma característica que son difíciles de aislar y probar su existencia.

- Están moderados por otros factores, es decir, características individuales o crisis vitales del trabajador pueden aumentar o disminuir su manifestación y efectos.

- Son difíciles de modificar: al estar concatenados entre sí y con otros riesgos y características organizacionales, son de difícil intervención, sobre todo porque cambios profundos

sólo se pueden lograr en el largo plazo y requieren mucha voluntad política de los directivos de la institución.

Riesgos psicosociales laborales: surge de los factores psicosociales de riesgo y se caracterizan por tener una alta probabilidad de causar daños importantes a la salud. Tienen la particularidad de:

- (i) Afectar derechos fundamentales del trabajador.
- (ii) Tienen efectos globales sobre la salud del trabajador
- (iii) Afectan la salud mental del trabajador
- (iv) Tienen formas de cobertura legal

Los riesgos psicosociales que identifican son (Moreno y Báez, 2010; Moreno, 2011):

- Estrés: es por lejos el riesgo más abundante y del cual existe mayor cantidad de estudios y evidencia.
- Burnout o desgaste profesional, consecuencia del estrés crónico en labores de mucho compromiso con personas.
- Violencia (física o/y mental) y puede provenir de los pares o superiores, de usuarios o de personas externas al centro de trabajo.
- Acoso sexual, dirigidos a hombres o mujeres y que ponen el intercambio de tipo sexual como condición para mantener el trabajo o ciertas garantías que debieran ser propias del cargo o del desarrollo de una carrera.
- Acoso psicológico o mobbing. Éste puede provenir de jefes o pares y sus consecuencias pueden ser graves, afectando a la persona, su familia y también al grupo de trabajo.
- Inseguridad contractual, que ha ido transformándose en un factor más permanente en la vida de las personas por el tipo de procesos producción.
- Otros como trabajo emocional o conflicto familia-trabajo.

Algo en lo que los distintos autores coinciden como (OIT; 2001; Schaufeli y Salanova, 2002; Pando, Carrión, Are-

llano y Saraz, 2006; Juárez, 2007; López, 2007) es que estos factores psicosociales o riesgos psicosociales ponen en riesgo la salud mental –y eventualmente también la física- del trabajador por medio del estrés, entendido como una experiencia negativa causada por un desequilibrio entre las demandas del trabajo y las capacidades de respuesta del trabajador. Las reacciones de estrés surgen cuando las demandas percibidas parecen excesivas para poder afrontarlas según los propios recursos personales percibidos (Schaufeli y Salanova, 2002; Espluga y Caballero, 2005). De acuerdo a estos autores, un cierto grado de estrés no debiera ser negativo, incluso puede ser deseable para hacer un trabajo más satisfactorio y saludable, desarrollar capacidades y lograr un aprendizaje activo, siempre que se mantenga dentro de límites que la persona se sienta capaz de controlar. Sin embargo, cuando la tensión es demasiado elevada o se prolonga demasiado en el tiempo pueden aparecer daños a la salud.

Aunque su origen radica en elementos cognitivos (cómo evalúa la persona sus recursos de acuerdo a las demandas), su naturaleza es más bien emocional y se presenta con una mezcla de sentimientos como culpa, vergüenza, angustia, inseguridad, junto con síntomas fisiológicos. Por lo tanto para evaluar el estrés hay que considerar 3 factores: (i) Los estresores (o factores de riesgo psicosocial), (ii) La forma de ser interpretados por la persona (iii) Los efectos que tienen sobre la salud.

La persona de acuerdo a su bagaje experiencial, cognitivo y afectivo evalúa la situación y emite una respuesta. Se han identificado 4 tipos de respuestas posibles (Espluga y Caballero, 2005):

- Comportamientos adaptativos: orientados a la anulación de la amenaza, intentando superar directamente el problema, neutralizar el estresor, reduciendo la activación y volviendo al sujeto al equilibrio.
- Comportamientos de lucha y huida: los estresores superan las capacidades del individuo aumentando la activación y apareciendo los síntomas de estrés.
- Comportamientos sustitutivos: estilo indirecto de

- afrontar el estresor (comer, dormir, hacer deporte, uso de drogas, etc.)
- Comportamientos inhibitorios: táctica de no intervención (no respuesta), que no reduce la activación ni elimina el estresor.

El estrés no es una enfermedad pero puede resultar en una dolencia. En lo inmediato, el estrés ocasiona síntomas variados y hasta cierto nivel son reacciones adaptativas pero cuando excede un nivel de activación manejable o la duración se extiende, se vuelve desadaptativo y provoca daños a la salud. Los daños más estudiados son los cardiovasculares, los digestivos, trastornos músculo-esqueléticos, de salud mental, pero también hay repercusiones como insatisfacción laboral y también aislamiento social (Espluga y Caballero, 2005; Juárez, 2007; Salanova, 2009).

En Chile, en los últimos años, ha habido una mayor preocupación por parte del Estado sobre el bienestar y seguridad de los trabajadores, implementando estrategias de evaluación y seguimiento de los riesgos psicosociales laborales. El Instituto de Salud Pública (ISP, 2011) ha definido los factores psicosociales del trabajo como aquellos presentes en todos los lugares de trabajo en tanto exista una organización del trabajo y una relación laboral, con su propia cultura el trabajo. Las maneras que adopta la relación laboral y que se organiza el trabajo pueden favorecer la salud de las personas o ser un factor de riesgo. Se entiende por riesgos psicosociales en el trabajo características de la organización del trabajo, de las relaciones laborales y de la cultura del trabajo que pueden afectar el bienestar de trabajadores y trabajadoras.

En un sentido más amplio, los riesgos psicosociales aluden a un conjunto de condiciones relacionadas con la organización y contenido de las tareas, con procedimientos y métodos de trabajo, así como las relaciones entre los trabajadores y sus superiores, cuya exposición prolongada en el tiempo aumenta la posibilidad de experimentar tensión psíquica, en desmedro del rendimiento y la productividad, lo que una vez

acumulada residualmente, será un precursor de los trastornos o problemas de salud.

Las dimensiones que el Instrumento que desarrolla (basado en el instrumento de evaluación externa del Instituto de Salud Pública de Québec) son 16 (ISP, 2011: 7).

- Estabilidad en el empleo
- Ausentismo por enfermedad
- Políticas y actividades de prevención de salud y bienestar en el trabajo
- Políticas contra el acoso laboral
- Programas preventivos contra el acoso sexual.
- Dimensión programas preventivos contra la violencia física
- Actividades o programas de retorno al trabajo
- Actividades o programas para la conciliación de trabajo y vida familiar
- Carga de trabajo
- Reconocimiento en el trabajo
- Apoyo social de los compañeros de trabajo
- Apoyo social de los superiores
- Libertad para la toma de decisiones
- Información y comunicación
- Programas y actividades de desarrollo y promoción en el trabajo
- Claridad del rol

Como se puede apreciar en esta lista de variables consideradas, se incluyen no sólo factores presentes y reconocibles a simple vista como la carga de trabajo o la información sino elementos que están contenidos en políticas y programas de la empresa y que requieren de voluntad, recursos y control del empleador y los empleados para su real y efectiva ejecución. Junto con esta lista de verificación aplicable a las empresas, se cuenta con una versión validada para trabajadores chilenos del ISTAS-21 (Superintendencia de Seguridad Social, 2009)

De acuerdo a Salanova (2009), los grandes cambios en las condiciones laborales actuales -que implican mayores

exigencias cognitivas y emocionales, prolongadas e intensas relaciones de trabajo, inseguridad laboral, contratos poco equitativos, interacción trabajo- no trabajo, entre otros- sobrepasan las posibilidades de comprensión y de intervención de los modelos tradicionales de prevención y protección de la salud ocupacional, generalmente centrados en condiciones físicas o químicas del lugar de trabajo, y excesivamente clínicos, centrados en el daño o enfermedad. Se requiere un abordaje actual que incorpore los aspectos psicosociales y considere el trabajo desde una perspectiva global que incorpore aspectos personales, grupales, organizacionales y culturales junto con la interacción entre trabajador y su medio ambiente laboral.

Linhart (2011) alerta sobre la tendencia en la dirección de empresa moderna que parece emplear la desestabilización sistemática como forma de control, a través de un clima hostil: los trabajadores no deben sentirse como en su casa en la empresa, ni deben poder controlar su trabajo ni desarrollar entre sus pares o con los usuarios una complicidad que pudiera significar un alivio. La tónica es la reorganización permanente, la movilidad impuesta y repetidos traslados que hagan perder los puntos de referencia profesionales y lleven a progresivos *desaprendizajes*. La lógica del trabajo actual parece ser “siempre más”, ya no basta con cumplir los objetivos sino superarlos para ganar la confianza de los superiores. Los pares pasan a ser competidores y los superiores participan sólo aumentando las dificultades. “Así, los asalariados se sienten sin recursos ante sus dificultades” (Linhart, 2011: 41).

Las empresas siguen imponiendo objetivos cuantitativos a muy corto plazo pero exige trabajadores que resuelvan las tensiones entre la calidad y la cantidad de trabajo producido en contextos cada vez más fluctuantes. Así, buena parte de las tareas se delega en empleados más subalternos, haciéndolos responsables de la calidad del trabajo. Empleados “autónomos” sin posibilidades de negociar ni los medios ni los plazos para alcanzar los objetivos, se sienten en situación de trabajo precario aunque sea estable.

Este escenario es un serio riesgo para poner en práctica

las políticas y programas gubernamentales que postulan un cambio en sentido contrario. De acuerdo a la “Propuesta del sector salud para el desarrollo de una política nacional de salud, seguridad y calidad de vida en el trabajo” (MINSAL, 2015) el objetivo en los próximos años en el país es:

Promover y proteger la salud, la seguridad, la calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras, así como la sustentabilidad de los ambientes de trabajo, abordando los determinantes sociales que condicionan la salud de las personas, para reducir los riesgos de accidentes, las enfermedades y los daños a la salud, elevando además los estándares de bienestar de la población, mediante la promoción del trabajo decente, los ambientes de trabajo saludables y la equidad en los lugares de trabajo (MINSAL, 2015:8)

Según Somavía (2011) un papel importante juegan en el nuevo escenario laboral los sistemas de protección social para los más vulnerables “que contribuyan no sólo a protegerlos frente a los infortunios sino que les proporcionen capacidades para elevar su capital social” (p.16).

Podemos concluir que en este marco se espera que las actuales políticas y programas de evaluación y seguimiento a la salud de los trabajadores se consoliden y prevalezcan en el tiempo, como una forma eficaz de hacer frente a los riesgos psicosociales laborales tanto en su prevención como en su gestión, para lograr una real calidad de vida de las personas.

En los países de Latinoamérica y el Caribe se deben realizar especiales esfuerzos para que los actores principales que tienen la responsabilidad de velar por la salud y seguridad de los trabajadores se coordinen y trabajen en redes: eso es, las instituciones gubernamentales, los organismos técnicos, la academia, los empresarios y los sindicatos. Con cualquiera de estos protagonistas fuera, se corren grandes riesgos de desperdiciar esfuerzos bien intencionados.

Referencias

- Espluga, J. y Caballero, J. (2005) *Introducción a la prevención de riesgos laborales*, Editorial Ariel, Barcelona.
- González, F. y Gimeno, A. (2008) *Modelo para la predicción del riesgo psicosocial en el desarrollo infantil*, Rev. Internacional de sistemas, 15, 20-38.
- ISP (2012) *Instrumento de Evaluación de Medidas para la Prevención de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, 1° versión*. Santiago de Chile, Instituto de Salud Pública de Chile- MINSAL.
- Juárez, A. (2007) *Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio*. Investigación en salud, Vol. IX (1): 57-64.
- Linhart, D. (2011) De la casa al trabajo, del trabajo a la tumba. En: J. Somavía, M. Pascual, M. E. Feres, H. Guzmán, D. Linhart, L. Garçon, R. Zurayk y N. Burgi *Trabajo decente versus trabajo precario*. Pp. 39-44, Santiago de Chile, Editorial Aún Creemos en los Sueños.
- López, F. (2007) *Clima laboral*, en: Evaluación e intervención psicosocial, M. Carrión, F. López y Tous, pp. 181-204. J. Barcelona, AEPA.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (1968) *Ley 16.744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Recuperado de <http://www.leychile.cl/N?i=28650&f=2014-09-17&p=>
- MINSAL (2015) *Propuesta del sector salud para el desarrollo de una política nacional de salud, seguridad y calidad de vida en el trabajo*. Santiago de Chile, Departamento de Salud Ocupacional.
- Moreno, B. y Báez, C. (2010) *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid-INSHT.
- Moreno, B. (2011) *Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales*, Medicina y Seguridad del Trabajo, 57, suplemento 1, 4-18.
- OIT (2001) Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. Capítulo Factores Psicosociales y de organización. 34.1-34.87. Recuperado de: <https://higieneysseguridadlaboral->

- cvs.files.wordpress.com/2012/04/oit-enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf
- OIT (s/f). *La organización del trabajo y los riesgos psicosociales: una mirada de género*. Recuperado de: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-san_jose/documents/publication/wcms_227402.pdf
- Pando, M., Carrión, M., Arellano, G., y Saraz, S. (2006) *Los factores psicosociales en el trabajo*, en: Acosta, M. Factores psicosociales y salud mental en el trabajo: 68-85 Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- Rodrigo, M., Máiquez, M., García, M. y Medina, A. (2006) *La influencia de las características personales y contextuales en los estilos de vida de la adolescencia*, Anuario de Psicología, Vol. 37, N°3, pp.259-276
- Salanova, M. (2009) *Psicología de la salud ocupacional*, España. Ed. Síntesis.
- Somavía, J. (2011) El trabajo decente: fundamento de una estrategia de desarrollo con equidad. En: J. Somavía, M. Pascual, M. E. Feres, H. Guzmán, D. Linhart, L. Garçon, R. Zurayk y N. Burgi *Trabajo decente versus trabajo precario*. pp. 7-19. Santiago de Chile, Editorial Aún Creemos en los Sueños.
- Schaufeli, W. y Salanova, M. (2002) *¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en el trabajo?* Prevención, trabajo y Salud, N°20.
- Superintendencia de Seguridad Social (2009) SUSESO-ISTAS 21, *Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Manual de uso*. Santiago de Chile, SUSESO.
- Tous, J y Tendero, p. (2007) *Evaluación de la percepción de riesgos psicosocial mediante el modelo diagnóstico psicosocial (DIPSI)*. En: *Evaluación e intervención psicosocial*, coordinadores M. Carrión, F. López, J. Tous: 231-248. Barcelona, AEPA.
- UGT Aragón (2006) *Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral*. España, Secretaría de Acción sindical, salud laboral y medio ambiente. Recuperado de: <http://www.documentacion.edex.es/docs/0908UGTman.pdf>

CAPÍTULO 5

CARGA MENTAL Y SU REPERCUSIÓN EN LOS ENTORNOS SALUDABLES DE TRABAJO

Paula Ceballos Vásquez

Universidad Católica del Maule, Talca, Chile.

Gladys Rolo González

Universidad de La Laguna, Tenerife, España.

Vivian Vilchez Barboza

Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

Introducción

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, en las últimas décadas, los contextos de trabajo se han modificado como resultado de fenómenos tan diversos como la innovación tecnológica, la globalización e interdependencia entre empresas, la flexibilización del empleo, la intensificación del trabajo, el proceso de tercerización (outsourcing) o el trabajo no presencial (Gómez, 2007; Muñoz, 2010, Muñoz y Castro, 2010; Ceballos, 2016).

Estos cambios pueden resultar desfavorables para los trabajadores, generando nuevos riesgos laborales físicos, biológicos, químicos, etc., pero, también, riesgos psicosociales como pueden ser, entre otros, tener que mantener niveles de atención altos o muy altos, atender a varias tareas al mismo tiempo, realizar tareas monótonas con bastante frecuencia e interactuar con otras personas (p.ej., pacientes, estudiantes, clientes) como parte de las actividades a desempeñar en el puesto de trabajo. De hecho, son los riesgos psicosociales los que más han aumentado en el entorno laboral, como se señala, por ejemplo, en la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo 2010-2012 (Eurofound, 2012).

La preocupación de los expertos en Seguridad y Salud en el trabajo por la presencia de riesgos psicosociales en los entornos laborales surge de los resultados de investigaciones

que identifican una alta y significativa relación entre estos riesgos psicosociales, los problemas de salud y enfermedades (Martín, Luceño, Jaén y Rubio, 2007). La mejora de los entornos laborales se convierte, por tanto, en una vía de intervención que busca potenciar y promover la salud de todos los actores implicados en el trabajo desde un enfoque integrador.

El presente capítulo tiene como objetivo profundizar en los conceptos teóricos de *Carga mental de trabajo* y *Entornos de trabajo saludables*, visibilizando la relación existente entre ambos constructos.

La carga mental: un factor psicosocial que repercute en los entornos de trabajo

Los requerimientos cognitivos de las tareas han sobrepasado a las exigencias físicas en la mayoría de los puestos de trabajo (Ceballos, Paravic, Burgos y Barriga, 2014). En los últimos 30 años se han desarrollado diferentes acercamientos y definiciones de la carga mental de trabajo, clasificados por Hacker (2001) en dos amplios enfoques explicativos. Desde un primer enfoque, denominado *interacción exigencias-recursos*, se explica la carga mental como el resultado del desajuste entre las exigencias mentales de las tareas y las capacidades y recursos cognitivos limitados de los seres humanos para responder a ellas. Este enfoque comprende teorías y modelos procedentes de la Psicología Cognitiva que caracterizan al ser humano como un sistema de procesamiento de información limitado (ver: De Vega, 1984). Un segundo enfoque, denominado *exigencias de la tarea* y derivado de la Ergonomía Cognitiva, considera que las características de la tarea son un factor independiente y externo que el trabajador debe afrontar de la forma más eficaz posible. Desde este enfoque, las características de la tarea (p.ej., demandas cognitivas, condiciones temporales) interactúan con las características de la persona (p.ej., habilidades atencionales, perceptivas, sensoriales, destrezas motoras y físicas, entre otras), y con las características de la situación (p.ej., condiciones físico-ambientales, ca-

racterísticas estructurales y funcionales de la organización), ampliando así el número de variables explicativas de la carga mental de trabajo (Rolo, Díaz y Hernández, 2009).

Ambos enfoques cuentan con bases teóricas sólidas y plantean concepciones complementarias del fenómeno de la carga mental de trabajo. Las discrepancias fundamentales que pueden hallarse entre ellos tienen que ver principalmente con su origen disciplinar y con las variables que incorporan (Díaz, Hernández, Rolo, Galván, Fraile y Loayssa, 2010).

Los principales modelos y teorías de carga mental de trabajo desarrollados en las dos últimas décadas parten, mayoritariamente, del enfoque de *exigencias de la tarea*. Entre ellos, un ejemplo destacado lo constituye la normativa europea y española UNE-EN ISO 10075-1 (1991/2001) que describe la *Carga mental de trabajo*. Esta normativa plantea que la carga mental es el resultado de la *presión mental o stress* ejercida sobre los recursos mentales de una persona por un estímulo externo, como pueden ser las demandas atencionales de la tarea o las condiciones ambientales y temporales en las que debe realizarse la actividad. Estos estímulos van a producir un impacto inmediato sobre la persona, denominado *tensión mental o strain*, que dependerá a su vez de características personales (p.ej., extroversión, autoeficacia, estilos de afrontamiento, nivel de conocimientos o experiencia en la tarea, entre otras) y situacionales (p.ej., condiciones de iluminación y sonoridad, grado de centralización de la toma de decisiones, estandarización de procedimientos de trabajo, etc.) (Díaz, Hernández y Rolo, 2012).

En un esfuerzo de integración, Young y Stanton (2002) definen la Carga mental de trabajo como “*el nivel de recursos atencionales necesarios para equilibrar los criterios de ejecución objetivos y subjetivos, que son modificados por las demandas de la tarea, el soporte externo y la experiencia*” (p. 1019). En esta definición, los autores clasifican los elementos explicativos centrales de la Carga mental de trabajo en: (a) la relevancia de los recursos cognitivo-atencionales limitados de las personas; (b) la determinación de los criterios de ejecución, tanto por par-

te de fuentes externas como por parte del trabajador; y (c) la influencia de las demandas y características de la tarea, las variables individuales y, otras variables externas de la situación.

Por su parte, Díaz et al (2012) distinguen entre *carga mental objetiva* y *carga mental subjetiva o percibida*. La *carga mental objetiva* está asociada al puesto de trabajo y deriva de la *presión mental* ejercida sobre los trabajadores por los requerimientos de las tareas y las condiciones en que éstas deben realizarse. La *carga mental subjetiva o percibida* es el resultado de la *tensión mental* producida por la interacción de las demandas objetivas de las tareas con las características personales y situacionales. Esta tensión tiene tanto consecuencias negativas como positivas sobre la salud y el rendimiento de los trabajadores.

La carga mental se suele confundir o utilizar como sinónimo de los conceptos de presión, tensión, fatiga, y estrés. No obstante, con el fin de delimitar cada uno de estos términos, se pueden utilizar las definiciones incluidas en la normativa UNE-EN ISO 10075-1 (1991/2001).

De acuerdo con esta normativa, el término *presión o stress mental* hace referencia a la influencia que ejercen factores externos sobre la persona afectando su capacidades mentales (p.ej., atencionales, perceptivas, de toma de decisión, etc.). Esta normativa identifica como factores externos al individuo aspectos tales como las exigencias de la tarea, las condiciones físico-ambientales de trabajo, los factores sociales y organizacionales. Todos estos factores pueden ser causa de carga mental.

Por otra parte, la UNE-EN ISO 10075-1 define el término *tensión o strain mental* como el efecto inmediato o a corto plazo generado en el individuo por la presión mental. Este efecto depende de los recursos disponibles y/o de las condiciones en las que se encuentra la persona. Como señalan Ferrer y Dalmau (2004), la tensión es el resultado natural del proceso de afrontar la carga mental de la tarea, también denominada *carga objetiva*. Esta tensión puede tener efectos facilitadores para el desempeño (p.ej., activación) o perjudiciales (p.ej.,

fatiga), especialmente, cuando estos resultados negativos se mantienen a lo largo del tiempo o se presentan con una alta intensidad.

Otros dos términos que con frecuencia se confunden con la carga mental de trabajo son fatiga y estrés. La *fatiga mental* se define como “una disminución funcional tanto física como mental que provoca un rendimiento bajo, así como sensación de apatía y agotamiento en el individuo” (Díaz et al, 2012, p. 28). Por el contrario, el *estrés*, como señala Gil-Monte (2014), es la respuesta física y psicológica del organismo ante “el desequilibrio sustancial percibido entre las demandas del medio y la capacidad de respuesta del individuo, bajo condiciones donde el fracaso en hacer frente a las demandas tiene consecuencias negativas percibidas e importantes (...) que la persona considera amenazantes y difíciles de controlar” (p. 32).

A la hora de evaluar e intervenir en la carga mental de trabajo, es relevante considerar las dos dimensiones que explican este constructo. La primera dimensión corresponde a *los tipos de carga mental, cualitativa o cuantitativa*. La *carga mental cualitativa* se refiere al nivel de complejidad cognitiva demandado por las tareas. En cuanto a la *carga mental cuantitativa*, esta se entiende como la cantidad de tareas a realizar por el trabajador en un período de tiempo determinado. La segunda dimensión establece los *niveles de carga mental* como resultado del desequilibrio que se produce en la interacción entre las demandas de las tareas y las capacidades y características de los trabajadores. Estos niveles de *carga mental* oscilan en un continuo cuyos dos extremos delimitan la sobrecarga y la subcarga mental, respectivamente. La sobrecarga mental de trabajo se refiere a aquellas circunstancias en que el trabajador debe afrontar unas demandas mentales que superan sus recursos cognitivos. La subcarga mental de trabajo emerge en aquellos contextos en que las tareas a realizar por el trabajador son escasas y, además, tienen bajos niveles de exigencias mentales. Tanto la sobrecarga como la subcarga mental tienen consecuencias negativas para el trabajador y para la organización.

Como describen Díaz et al (2012) la combinación de los *tipos y niveles* de carga mental generan cuatro grandes categorías de Carga mental de trabajo: (1) Sobrecarga mental cuantitativa, que surge cuando se produce una presión temporal o un ritmo de trabajo acelerado que dificulta el desempeño de una tarea. (2) Sobrecarga mental cualitativa que surge cuando los requerimientos cognitivos para realizar una tarea son muy complejos y superan los recursos de los que dispone el trabajador, al mismo tiempo que éste percibe que el desempeño de la tarea es extremadamente difícil. (3) Subcarga mental cuantitativa, que tiene lugar en aquellas situaciones en las que los trabajadores afrontan un número escaso de tareas que tienen pocas exigencias mentales. (4) Subcarga mental cualitativa, que se produce cuando los trabajadores deben desempeñar tareas muy sencillas y tienen suficiente tiempo para realizarlas.

Además de las cuatro categorías descritas, hay que hacer referencia también a la combinación de las dos dimensiones antes mencionadas, *tipos y niveles de carga mental*, como sucede en aquellos puestos de trabajo en donde las tareas a desempeñar son excesivas o escasas para el tiempo disponible, dando lugar a la sobrecarga o subcarga cuantitativa; y, a la vez, el *nivel* de complejidad de las tareas es muy elevado o, por el contrario, muy bajo produciendo la sobrecarga o subcarga cualitativa.

Atendiendo a este conjunto de factores, la carga mental de trabajo tiene consecuencias sobre el desempeño del trabajo, sobre el bienestar del trabajador y sobre la propia organización. En situaciones de carga mental óptima se producen efectos facilitadores. Así, surge el *calentamiento* (o efecto que aparece poco tiempo después de iniciarse la tarea, reduciendo progresivamente el esfuerzo para desempeñarla) y la *activación* (o regulación interna de la cantidad de energía necesaria para realizar una tarea en un momento determinado). Por el contrario, los efectos perjudiciales de la carga mental subjetiva se presentan frecuentemente en situaciones de subcarga o sobrecarga. Entre los efectos perjudiciales cabe destacar: (1) la Fatiga mental, resultante del intento de regular el desajuste

producido por unas exigencias de la tarea que superan los recursos con que cuenta el trabajador. Ocasiona una disminución temporal de la eficiencia del trabajador (2) La Monotonía, resultante de la ejecución de tareas repetitivas y de escasa complejidad cognitiva durante largos períodos de tiempo. Deriva de un bajo nivel de activación y produce un enlentecimiento de la ejecución, la reducción de la capacidad para responder a estímulos o, incluso, somnolencia. (3) La Vigilancia reducida se presenta durante la realización de tareas y/o procesos con escasa variabilidad. (4) La Saturación o rechazo emocional hacia el desempeño de una tarea repetitiva o que se percibe como poco útil e interminable (Díaz et al, 2012).

La carga mental de trabajo puede, también, tener consecuencias negativas a más largo plazo que dependen de la interacción de la carga mental con las características personales y del entorno social y organizacional de los trabajadores. Las consecuencias negativas sobre el trabajador pueden afectar a: (a) su salud física (p. ej., alteraciones a nivel cardiovascular, aparición de fatiga crónica), (b) su salud psicológica y social (p. ej., estrés laboral, ansiedad, dificultades de conciliación familiar), y (c) su nivel de motivación y satisfacción laboral (p. ej., desmotivación en situaciones de subcarga mental; frustración y sentimientos de fracaso derivados de la sobrecarga).

De igual forma, a largo plazo la carga mental tiene consecuencias sobre el puesto de trabajo y la organización, como pueden ser la disminución de la cantidad de trabajo o de la calidad del mismo (p. ej., aumento del número de errores), el incremento del absentismo laboral, o la necesidad por parte del trabajador de cambiar de puesto de trabajo (dentro o fuera de la organización).

Entornos de Trabajo Saludables

En el transcurso del siglo XX se ha producido un cambio en el concepto de salud como un constructo social, donde intervienen los determinantes sociales de salud, definidos como “las circunstancias en las que las personas nacen, cre-

cen, viven, trabajan, la edad, y los sistemas puestos en marcha para hacer frente a la enfermedad” (Marmot, Friel, Bell, Houweling, Taylor, 2008), incorporando la comprensión de las enfermedades en el trabajo y, por lo tanto, fundamentan las políticas dirigidas a la búsqueda de Entornos de trabajo saludables, las cuales incluyen la prevención de riesgos psicosociales derivados de las tareas, la tecnología y las personas. Asimismo, considera que en la actualidad trabajar va siendo cada vez menos una actividad física y se convierte en mayor medida en una actividad mental, de procesamiento de información, de solución de problemas y de gestión de incertidumbre (Aguirre, 2010).

De acuerdo con lo anterior, los ambientes de trabajo requieren de trabajadores para producir bienes y/o servicios y lograr sus objetivos, lo que conlleva contar ineludiblemente con trabajadores mental y físicamente saludables (Jackson, Firtko y Edenborrough, 2007; Burton, 2010). Desde finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre otras instituciones internacionales, vienen haciendo hincapié en la importancia de centrarse en la promoción de la salud en los lugares de trabajo (Muñoz, 2010; Muñoz y Castro, 2010).

Los conceptos relacionados con la promoción de la salud en el trabajo han ido evolucionando junto a los nuevos contextos laborales y es así como, en el año 2010, la Organización Mundial de la Salud sustituye en sus directrices públicas el concepto que ha utilizado hasta ese momento, Ambiente de trabajo favorable, por el nuevo término de *Ambientes de Trabajo Saludables*, adoptando con ello una visión holística que incorpora desde una perspectiva interdependiente las dimensiones física, social, espiritual, económica y política de la salud laboral (Muñoz, 2010). Específicamente, la definición de Ambientes de Trabajo Saludables desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (Burton, 2010, p. 16) señala que: “Un lugar de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y el personal superior colaboran en la aplicación de un proce-

so de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones establecidas sobre la base de las necesidades previamente determinadas: temas de salud y de seguridad en el entorno físico de trabajo; temas de salud, seguridad y bienestar en el entorno psicosocial de trabajo, con inclusión de la organización del trabajo y de la cultura laboral; recursos de salud personal en el lugar de trabajo; y, maneras de participar en la comunidad para mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y otros miembros de la comunidad.”

Esta definición hace hincapié en la prevención de accidentes o enfermedades resultantes de unas condiciones de trabajo inadecuadas o negativas en los ámbitos físico, ambiental, psicosocial y organizacional. Además, resalta la necesidad de diseñar y desarrollar ambientes de trabajo que favorezcan la recuperación y la adaptación de aquellos trabajadores que se hayan visto afectados por enfermedades, lesiones o accidentes, estén o no directamente relacionados con el trabajo desempeñado. Por último, destaca la aceptación y el apoyo de trabajadores con capacidades diferentes, de edad avanzada, o que padezcan enfermedades crónicas. En definitiva, en esta amplia definición de los lugares de trabajo saludables la OMS destaca los factores psicosociales y las prácticas de salud individuales, frente a la orientación tradicional que enfatizaba el análisis de las características físico-estructurales de los lugares de trabajo.

En la misma línea la American Psychological Association plantea que una organización saludable es aquella que desarrolla actividades de promoción de la salud, presta ayuda y apoyo a sus trabajadores y cuida la seguridad de sus integrantes (APA, 2012). Para conseguir estos objetivos, la APA recomienda implementar prácticas que fomenten y/o incrementen la participación de los empleados, el balance entre vida laboral y extralaboral, el desarrollo personal y profesional de los trabajadores, la salud, la seguridad y, el reconocimiento hacia los empleados.

De lo señalado anteriormente se deduce que contar con entornos de trabajo saludables resulta fundamental en el contexto laboral actual. Con tal fin, la OMS desarrolló un modelo para los Espacios de trabajo saludables cuyo núcleo fundamental es el compromiso por parte de la dirección y por parte de los trabajadores, los valores y la ética organizacional. Desde ese compromiso se fija la atención sobre cuatro aspectos principales: (a) el entorno físico de trabajo, (b) el entorno psicosocial de trabajo, (c) los recursos personales de salud y, (d) la participación de la empresa en la comunidad (Burton, 2010).

Diversos e importantes resultados de investigación indican que los riesgos psicosociales representan un grave riesgo para la salud de los trabajadores (Leka y Jain, 2010). Entre los principales riesgos psicosociales que afectan a la salud de los trabajadores, Burton (2010) destaca: (1) El contenido de la tarea (falta de variedad, ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, desaprovechamiento de habilidades, incertidumbre). (2) La carga y el ritmo de trabajo (la sobrecarga o poca carga de trabajo, ritmo mecánico, presión de tiempo). (3) El horario de trabajo (cambios de turno, trabajo nocturno, horarios inflexibles, horario indefinido, jornadas extensas u horarios no sociables). (4) El control sobre el trabajo (poca participación en la toma de decisiones, falta de control en la sobrecarga de trabajo, ritmo de trabajo y horarios). (5) El entorno y el equipo técnico (equipo insuficiente, inapropiado sin mantenimiento, pobres condiciones del entorno como falta de espacio o luz, ruido excesivo). (6) La cultura y función de la organización (pobre comunicación, falta de soporte para resolver problemas y para desarrollo personal). (7) Las relaciones interpersonales en el trabajo (aislamiento social o físico, conflictos interpersonales, pobre relación con supervisores o compañeros, falta de apoyo social). (8) El rol en la organización (ambigüedad de rol, conflicto de rol, ser responsable de personas). (9) La relación entre vida laboral y vida personal (demandas conflictivas en el trabajo y el hogar, poco apoyo en el hogar, problemas por doble presencia).

Entre los riesgos psicosociales que afectan a la salud de

los trabajadores señalados anteriormente, el citado en segundo lugar, *carga y ritmo de trabajo*, es el que constituye el elemento central de este capítulo.

Con la idea de desarrollar entornos de trabajo saludables y de prevenir el aumento de riesgos psicosociales, específicamente la sobrecarga y subcarga mental de trabajo, es necesario proponer e implantar prácticas y conductas de promoción de la salud ocupacional. Específicamente, se proponen tres grandes grupos de estrategias de mejora y/o prevención de las situaciones extremas de carga mental de trabajo, siguiendo las indicaciones recogidas en la Norma UNE-EN ISO 10075-2 (1996/2001). En primer lugar, mejorar la intensidad de la carga mental de trabajo, a través de intervenciones en las características de las tareas y/o en el diseño del equipo técnico. En segundo lugar, optimizar la duración de la exposición a la carga mental mediante la intervención en las condiciones temporales de trabajo. Y, en tercer lugar, ajustar los recursos de los trabajadores a las exigencias de las tareas y del puesto mediante el uso de procesos de selección adecuados y de programas de formación y capacitación.

Asimismo, con el fin de desarrollar entornos de trabajo saludables es necesario adoptar una perspectiva de gestión integral u holística que requiere que la organización: (a) se centre en las necesidades de sus trabajadores; (b) reconozca que la salud es una variable determinada por múltiples factores; (c) que todos los miembros, tanto empleados como directivos asuman responsabilidades conjuntas; y (d) la necesidad de realizar evaluaciones frecuentes que sustenten la implementación de mejoras (Burton, 2004).

Consideraciones finales

El entorno laboral actual, cambiante y globalizado, requiere contar con organizaciones competitivas y altamente productivas, que cuenten con trabajadores cualificados, competentes y, sobre todo, con un óptimo estado de salud física, mental, psicosocial y emocional que les permita realizar sus

tareas de forma eficaz y eficiente. Para ello, es necesario contar con organizaciones saludables.

Kelloway y Day (2005) plantearon un modelo teórico-holístico de organización saludable formada por dos grandes grupos de factores: (a) factores ambientales (pautas culturales, diseño físico, normas de seguridad, relaciones interpersonales, entre otros); y, (b) factores psicosociales (características y contenido del trabajo, entre otros). La combinación óptima y adecuada de estos factores contempla, a su vez, tres elementos centrales de la gestión organizacional como son desarrollar un ambiente físico adecuado y seguro; mantener y fomentar unas prácticas y estilos de vida saludables; y, promover una cultura organizacional de apoyo y asistencia a los trabajadores. El resultado de desarrollar este modelo integral de organización implica contar con unos empleados más saludables, satisfechos y productivos (Nader, Peña y Sánchez, 2014).

En resumen, este capítulo ha destacado la relevancia de la carga mental de trabajo como factor psicosocial fundamental a tener en cuenta en el desarrollo de entornos de trabajo saludables, y al mismo tiempo, se han descrito las recomendaciones necesarias para generarlos. No obstante, a pesar del gran interés suscitado por los entornos saludables de trabajo, aún falta un mayor desarrollo de investigaciones que pongan a prueba los modelos teóricos hasta ahora propuestos, pero desde una perspectiva integral y positiva, no sólo desde la perspectiva tradicional parcial, centrada en algún problema específico y limitando sus intervenciones para reducir los daños psicológicos y organizacionales derivados de esos problemas concretos (Corral, Frías, Gaxiola, Fraijo, Tapia y Corral, 2014).

Referencias

- American Psychological Association (2012). *Creating a psychologically healthy workplace*. Recuperado el 23 de junio de 2016 de: <http://www.phwa.org/resources/creatingahealthyworkplace/pdf>.
- Aguirre R. (2010). Valuación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales,

- técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Terapia Ocupacional Universidad de Chile*, 17(15), 85-97.
- Burton, J. (2004). *Creating healthy workplaces*. Toronto: Industrial Accident Prevention Association.
- Burton, J. (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. Geneva: WHO Headquarters.
- Ceballos, P., Paravic, T., Burgos, M. y Barriga, O. (2014). Validación de Escala Subjetiva de Carga mental de trabajo en funcionarios/as universitarios. *Ciencia y Enfermería*, 20, 2, 73-82.
- Ceballos, P. (2016). Seguridad y salud en el trabajo: un polo de desarrollo para enfermería. En: Ceballos, P., Cofré, C., Guerra, V., Macaya, M. & Poblete, M. *Abordajes disciplinares: una mirada de Enfermería a problemáticas actuales*. Textos de apoyo a la docencia. Talca, Chile: Ediciones UCM.
- Corral, V., Frías, M., Gaxiola, J., Fraijo, B., Tapia, C. y Corral, N. (2014). *Ambientes positivos. Ideando ambientes sostenibles para el bienestar humano y la calidad ambiental*. México: Pearson.
- De Vega, M. (1984). *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Díaz, D., Hernández, E., Rolo, G., Galván, E., Fraile, M. y Loayssa, G. (2010). *Escala subjetiva de carga mental (ES-CAM)*. Instituto Canario de Seguridad laboral. Recuperado el 12 de Abril de 2016 de: http://www.gobiernodecanarias.org/cicnt/icasel/documentos/manualcarga_mental.pdf.
- Díaz, D., Hernández, E. y Rolo, G. (2012). *Carga mental de trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferrer, R. y Dalmau, I. (2004). Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencia y proceso de normalización. *Anuario de psicología*, 35, 4, 521-545.
- Gil-Monte, P. R. (2014). Psicopsicología aplicada al estudio de los riesgos laborales: estrés y estrategias de afrontamiento.

- En P.R. Gil-Monte (coord.), *Manual de psicología aplicada al trabajo y a la prevención de riesgos laborales* (pp. 25-48). Madrid: Pirámide.
- Gómez, I.C. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 6, 1, 105-113.
- Hacker, W. (2001). Carga mental de trabajo. En Organización Internacional del Trabajo: *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. (1ª edición electrónica en español). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado el 12 mayo de 2016 de: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/29.pdf>
- Jackson, D., Firtko, A. y Edenbrought, M. (2007). Personal resilience as strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60, 1, 1-9. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x.
- Kelloway, E. K. y Day, A. L. (2005). Building healthy workplaces: What we know so far. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 37, 4, 223-235.
- Leka, S. y Jain, A. (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Nottingham: World Health Organization.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M y Rubio, S. (2007). Relación entre los factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional DECORE, y salud laboral deficiente. *Psicotherma*, 19, 1, 95-101.
- Marmot M., Friel S., Bell R., Houweling TA, Taylor S.; Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372,1661-1669.
- Muñoz, A. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56, 220-225.
- Muñoz, A. y Castro, E. (2010) De la promoción de la salud a los ambientes de trabajo saludables. *Salud de los Trabajadores*, 18, 2, 141-152.

- Nader, M., Peña Bernate, S. P. y Sánchez Santa-Bárbara, E. (2014). Predicción de la satisfacción y el bienestar en el trabajo: hacia un modelo de organización saludable en Colombia. *Estudios Gerenciales*, 30, 31–39. DOI:10.1016/j.estger.2014.02.006.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). *Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales*. Ginebra, Suiza: Ediciones OMS.
- Rolo, G., Díaz, D. y Hernández, E. (2009). Desarrollo de una carga subjetiva de carga mental de trabajo (ESCAM). *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25, 1, 29-37.
- UNE-EN ISO 10075-1 (1991/2001). *Principios ergonómicos relativos a la carga de trabajo mental. Parte 1: Términos y definiciones generales*. Madrid: AENOR- Asociación Española de Normalización y Certificación.
- UNE-EN ISO 10075-2 (1996/2001). *Principios ergonómicos relativos a la carga de trabajo mental. Parte 2: Principios de diseño*. Madrid: AENOR- Asociación Española de Normalización y Certificación.
- Young, M. S. y Stanton, N.A. (2002). It's all relative: defining mental workload in the light of Annett's paper. *Ergonomics*, 45, 14, 1018-1020. DOI: 10.1080/00140130210166816.

CAPÍTULO 6

PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN COLECTIVA Y EFECTOS EN LA SALUD DE LOS TRABAJADORES

Nahir Nibia Silveira Rondán

Universidad La República, Montevideo, Uruguay.

“Ha sido y es un uso terrorista creer que todo cambio, toda incertidumbre, toda ignorancia, es igual al caos, y con ello que el cuestionar los valores y las ideologías dominantes es una amenaza para la humanidad”.

Daniel Gil (1994:27)

Introducción

El desafío que se presenta para la investigación clínica hoy, es -parafraseando a Castoriadis (1975-2005)-, *“la encrucijada del laberinto”*, en el entendido de que es preciso comprender que se está en el modo más descarnado del capitalismo mundial integrado (Guattari, 1998) que representa nuevos modos de exclusión, pobreza, violencia. Se visualizan así cambios en diferentes niveles, macro-sociales, meso-sociales -incluido los familiares-, y micro-sociales, que generan nuevos modos de relacionamiento, impactando y creando “nuevas subjetividades” que emergen de novedosos recursos personales y colectivos. Estas situaciones y problemáticas inciden en la labor cotidiana de los trabajadores, con su doble impacto, personal y familiar.

Por otro lado, en los profesionales, quienes se ven interpelados sobre sus modos de atención -los cuales se imparten cotidianamente desde nuestras universidades-, que plantea la necesidad de repensar en su práctica y quehacer clínico, a través de interrogarse sobre sus conceptos y nociones. Asimismo afectan en los servicios de salud, incluidos los de salud mental, donde es posible observar la dificultad en la integración de los profesionales a los programas y equipos de atención, (Clara, 2003).

Es así que es posible preguntarse sobre el impacto en la subjetividad, en tres planos en lo singular de cada uno, en el colectivo particular y por último como plantea Clara, “*cuanto ha transformado el estado terrorista y el que devino, el estado neoliberal*” (2003:1), en lo que se denomina procesos de producción de subjetividad, transversalizados -por lo menos-, por dos instituciones, la familia -con las connotaciones que brinda hoy-, y los colectivos de trabajadores, dando lugar entonces a diversos procesos de subjetivación. Lo que permite interrogarse si es posible generar estudios y con qué herramientas, que permitan develar las inscripciones de estos planos y niveles en la subjetividad singular.

Se comenzará así a dilucidar los nudos de problematidad, desarrollando diferentes categorías analíticas. Lo primero es partir de los debates que se han iniciado desde el psicoanálisis en torno a la subjetividad, para luego enfocar en los aportes que permiten situar al sujeto psíquico en el entramado social e histórico. Asimismo el cambio de paradigma introduce al pensamiento complejo, provocando a nuestras certezas e introduciendo la incertidumbre y la diversidad, visibilizando los hilos que se entrelazan en la subjetividad, lo que permite desarrollar la noción de producción de subjetividad. Finalmente los aportes de la psicología social -de origen y raíz *pichoniana*-, sitúan a los procesos de subjetivación dónde el sujeto construye y se construye con otros, remite a pensar en torno a los grupos y los colectivos, junto con las perspectivas de Castoriadis acerca del imaginario social radical, en tanto abre a los estudios realizados en grupalidades de trabajadores.

Este es el marco teórico-referencial que sirvieron de apoyatura para el emprendimiento de una línea de investigación sobre los procesos de subjetivación colectiva y sus efectos en la salud, que permitió analizar la relación entre salud y trabajo, atravesados por el aquí y ahora de las transformaciones en el mundo y la familia, en distintos grupos de trabajadores, presentando el modelo utilizado, ejemplificando con resultados y hallazgos.

I. Subjetividad, producción de subjetividad y procesos de subjetivación

Se inicia con desplegar aquellos aspectos que permiten comprender que no es un simple cambio de palabras, sino que se trata de que ir desplegando en este campo de problemáticas, aquellas líneas, que permiten develar hoy, el cambio notional entre la semejanza y la distinción.

Los aportes del psicoanálisis

En sus debates en primer lugar el plano que se despliega es, que como plantea Schroeder (2006), que psicoanálisis y subjetividad son entidades de distinto orden, donde no se pueden desconocer las nuevas subjetividades, asimismo es preciso la consideración de que los procesos de institucionalización producen subjetividad y por lo tanto incluir la dimensión grupal e institucional en la misma. En referencia a la noción de sujeto, se van a presentar tres posturas.

La primera la ubica como patrimonio de diversas disciplinas, como la filosofía, la historia, la sociología, la literatura, la psicología social. Por lo general aparece ligada a la noción de conciencia. Es posible observar que el sujeto de la conciencia y el inconsciente postulado por el psicoanálisis, como plantea Bleichman (2006, citado por Schroeder), se hallan en las antípodas. En la concepción psicoanalítica, aún considerando al sujeto como histórico y social, se plantea que, la fantasmática inconsciente como la pulsión sexual y el deseo humano constituyen un universal, asimismo se establece una relación de extraterritorialidad con las contingentes formaciones históricas en las que advenimos como sujetos. Otro punto de vista establece una equivalencia entre fantasía y subjetividad, por lo que desde sus comienzos al psicoanálisis le cabía ocuparse de la subjetividad. Así, el método psicoanalítico habría permitido “acceder” a la subjetividad de un modo inédito, a través del análisis de la transferencia, habilitando así la producción singular, única, del sujeto psíquico en la sesión. Este punto

de vista soslaya problemas y diferencias que importa conceptualizar y que se irá desarrollando más adelante. Una tercera postura sostiene que, así como hay diferencias conceptuales importantes entre la subjetividad y el modo psicoanalítico de concebir el inconsciente, por lo que hay puntos de contacto, así como zonas intermedias a explorar.

¿Sujeto psíquico? ¿Sujeto social?

El sujeto desde su prematurez necesita de un otro/s, nace en la familia, dónde para el psicoanálisis, juega un papel preponderante en la construcción del sujeto, en tanto pone en relevancia los roles paterno y materno, para la estructuración psíquica. Por otro lado, Green (2005, citado por Gil, 1994), sostiene con relación al Edipo, hay que sumarle los cambios en el rol del padre, -que lo denomina como “desfallecimiento” del rol, y las nuevas figuras de madre .-la biológica, la que presta el vientre y la que los cría-, lo plantea como “declinación”; todo ello conduce a que un sólo modelo, como el que se ha difundido por el psicoanálisis, no puede describir el complejo hoy. Este planteamiento lleva a las preguntas que Gil, (1994:25) se formula, en primer lugar debido a que a lo largo de una historia diacrónica, la figura del padre no ha sido la misma, a “qué padre se refieren que ha decaecido?”, y también “¿qué familia es la se ha desorganizado y/o está a punto de desaparecer?”. Y aún menos, poder presagiar cuales son las configuraciones que se instituirán en y desde las instituciones sociales y familiares. Así es que se plantea Schroeder (2006:42), una nueva problemática para el debate: ¿La realidad material influye en nuestro inconsciente? ¿Qué relación hay entre cultura y psicopatología?

Las preguntas precedentes surgen además, si se tiene en cuenta la incidencia de los factores socio-económicos y políticos que han transversalizado nuestro continente -con la coordinación del Plan Cóndor-, signados por la violencia y el desamparo, con las consecuencias que ha tenido en el entramado social y en la subjetividad, que comenzaron a caracteri-

zar al otro, -que otrora fuera sostenedor y co-productor-, en el “otro como enemigo”.

¿Y qué lugar ocupa el trabajo?

El trabajo es bien conocido en tanto potencialidad creadora tanto de salud como de enfermedad, sin embargo, por su externalidad, no se le ha atribuido ningún papel. Es bien reciente que es posible pensar y aún adjudicar su participación en la producción de subjetividad, a partir de los estudios de Dejours (2006), con lo que ha denominado corriente de psicodinámica del trabajo, donde a partir del trabajo con pequeños grupos, ha delineado las defensas así como éste incide tanto por sus aspectos saludables y haciendo hincapié en los procesos de enfermedad.

Los aportes de parte del análisis institucional, se plantean como una problemática para el psicoanálisis, por lo que Schroeder (2006), se interroga que si toda institución (incluidas las instituciones psicoanalíticas) es productora de subjetividad y a la vez cada sujeto constituye una singularidad de una subjetividad instituida, la implicación institucional como psicoanalista, en la que también participan de manera consciente o no sus esquemas referenciales, hacen a los procesos de subjetivación en el analista.

Desde otra perspectiva se comienza a delinear otra línea. Al producirse el cambio de paradigma en el cual se sustentaba la construcción del conocimiento científico, surge el pensamiento de Morin (2004), que invita a pensar en torno a lo que se denomina noción de sujeto.

Desde el paradigma de la complejidad

Esta corriente considera que la noción misma de sujeto, es controvertida, paradójica: es, evidente y no evidente, ya desde Descartes se planteaba la existencia de dos mundos: uno relevante al conocimiento objetivo, científico: el mundo de los objetos; y otro, que compete a otra forma de conocimiento,

lo intuitivo, reflexivo: el mundo de los sujetos. Pero, ¿Quién es el sujeto? Es Heinz Von Foerster, (Fuchs, C. & Hofkirchner (2005), quien plantea la paradoja del sujeto entre la auto-organización que significa obviamente autonomía, pero que sin embargo, es un sistema auto-organizador que debe trabajar, construir y reconstruir su autonomía, donde para ser autónomo, hay que depender del mundo externo, por lo que producirse como sujeto implica a la vez autonomía y dependencia. Por lo que está indisolublemente unido a ese acto en el que no sólo se es la propia finalidad de sí mismo, sino que también se es auto constitutivo de la propia identidad. Se señala asimismo que hay un segundo principio: el de la invariancia del yo sujeto a pesar de extraordinarias modificaciones corporales, celulares, moleculares, de transformaciones del “sí”. Y aún más hay dos principios subjetivos asociados: el principio de exclusión y el de inclusión, -quien pertenece y quien no pertenece-. Y finalmente, hay un tercer principio, el de intercomunicación con el semejante, el congénere. Lo que lleva a definir al sujeto como una cualidad fundamental propia del ser vivo, entrelazamiento de múltiples componentes, en un universo donde existen el azar, la incertidumbre, el peligro y la muerte. Lleva en sí la fragilidad de la existencia entre el nacimiento y la muerte. Es el entorno humano quien constituye, apuntala, sostiene y también demuele (Viñar, 2005), por ello, se identifica parcial o indiscriminadamente, afronta, desafía, obtiene recursos, (Viñals, 1991), fallece.

El trabajo de la construcción de subjetividad a los procesos de subjetivación colectiva

La psicología social “*pichoniana*”, se define como una epistemología convergente donde se comienza a visualizar los procesos de subjetivación, se definen como una construcción que “destila” (Saavedra, 1992)¹, en los múltiples planos que se

1. Saavedra (1992) sitúa el “destilar” como una metáfora surgida de la química, dónde según se combinen los elementos, el medio en el cual se produce, el tiempo y el lugar, el producto no es igual.

visualizan desde los macro-sociales, meso sociales y los micro-sociales, y los niveles institucionales, grupales, familiares, colectivos y singulares; que generan una producción de subjetividad situada, historizada, en un “aquí y ahora” (Pichón Rivière, 1985) y cómo los acontecimientos, hacen “marca” en los sujetos y se visualizan como significaciones imaginarias emergentes de la grupalidad. Esto conlleva a pensar en lo subjetivo, que como construcción, de-construcción y reconstrucción implica producción de subjetividad (Matrajt, 2002), en tanto sujeto psíquico, histórico-social, como individuo, inserto en el entramado social. Si se le suma lo que produjo el cambio de paradigma en el cual se sustentaba la construcción del conocimiento científico, que invita a pensar en torno a lo que se denomina noción de sujeto, es preciso pensarla desde otras miradas que incluye repensar algunas certezas.

Es preciso, además, considerar las transformaciones en el mundo del trabajo, que no se pueden soslayar, y que en Latinoamérica ha tenido sus propios rumbos que difieren de la mirada euro-céntrica con su enunciado del fin del trabajo. Así Neffa (2010), ha señalado que de lo que se trata para estas latitudes, es del fin de una forma hasta entonces típica que se define como estable «para toda la vida», que atravesados por la flexibilización, la tercerización y la precarización, en una hegemonía de mercado, signada por el capitalismo, han provocado cambios en la producción y también en los sujetos psíquicos. Asimismo, hay que considerar las diferencias entre organización e institución. A la organización se le denomina establecimiento, es dónde se desarrollan las formas concretas, se establecen las tareas y relaciones interpersonales, e institución remite al magma de significaciones cristalizadas que se visibilizan desde los modos de trabajo, los roles, la cultura que hacen surgir los modos de subjetivación, proveniente de estos colectivos.

Si bien se han delineado las llamadas transformaciones en el grupo familiar, lo que lleva a lo que se ha denominado como generación de nuevas subjetividades, sin embargo los campos laborales y familiares, no sólo no han sido relaciona-

dos, sino que no se incluyen en los estudios sobre salud laboral, así como tampoco en la clínica familiar.

Es esta psicología social que plantea las psicoterapias grupal y familiar, realizadas especialmente en el área hospitalaria, las que se realizaron con la sanción y la marginación con respecto de las instituciones psicoanalíticas, y han sido caracterizadas como “subversivas” por parte de las autoridades de la dictadura. Se constituyen hoy en un campo de problemáticas, en el cual los “*hilos deseantes, económicos, socio-históricos, políticos, etc.*”, hacen nudo y mantienen una inscripción institucional real o imaginaria, sin embargo no son su mero espejo, sino que “*producen formas propias*”. (Del Cueto y Fernández (s/f:1-3). Se comienza a visualizar en la construcción del sujeto la impronta de lo colectivo.

II. Las lógicas colectivas: los nuevos modos de subjetivación

A partir de la segunda mitad del siglo XX, los movimientos sociales, feminismos, *black power*, *gay*, etc., comenzaron a cuestionar fuertemente el binarismo jerárquico, tuvieron como uno de los ejes principales de sus reivindicaciones, la búsqueda de igualdad de oportunidades, los planteos sobre la equidad y la desnaturalización de las hegemonías de género. Allí surge que desde una lógica de institución, se establecen raíces de legitimidad y se repiten para producir dominio territorial, instituyen modos de subjetivación, marcando una clara delimitación con los otros no sólo diferentes, sino también desiguales. Sin embargo, surgen desde una lógica de la multiplicidad, al establecer situaciones más que a fundar instituciones, van inaugurando otros modos territoriales de estar-hacer-habitar que configuran un tipo particular de prácticas y subjetivaciones que se denominan “existenciaros” (Fernández, 2006), aludiendo a las particulares marcas que dejan estas experiencias.

Es así, que la noción moderna de sujeto es inseparable de la noción de representación y de un modo particular de

pensar la diferencia como negativo de lo idéntico que ha colocado a los cuerpos como impensados del lenguaje. Estos son modos de subjetivación en que se distingue “la diferencia”, se instituye la desigualación, rechazan hacer de la diferencia referencia identitaria. Se estaría en presencia del paso de la diferencia a las diversidades, por ej. sexuales (Fernández, 2006). En el mundo académico dieron lugar a los estudios de la mujer, los de género y posteriormente sobre la masculinidad y los estudios *Queer*, etc.

III. La producción de subjetividad en la modernidad

A partir de una revisión de teorías científicas y prácticas profesionales (Langer 1971), es que tienen cabida las reformulaciones del psicoanálisis. Por un lado, que la subjetividad sólo es posible pensarla hoy como producción de subjetividad, situada, histórica y socialmente, lo que lleva entonces a los procesos de subjetivación que están transversalizados -por lo menos-, por dos instituciones: la familia, -con las connotaciones de hoy-, y los colectivos de trabajadores, y ambos en el contexto del Estado -de allí su carácter colectivo-, quienes laminan la subjetividad singular. Por otro, a considerar nuevos campos de aplicación, como es el de plantear la relación entre trabajo y subjetividad, para incluirlos sistemáticamente en un contexto reducido, la institución (Matrajt 1991, citado por Matrajt 2002), y a ésta en un contexto amplio, la sociedad, o, incluso, las relaciones geopolíticas. Deleuze y Guattari (1975, 1976, 1980), afirman la producción social de la subjetividad, más exactamente de las subjetivaciones. Guattari habla inclusive de un equipamiento colectivo (1994, 1989), cuyo objetivo es crear las carencias, los deseos, las aversiones, los conocimientos y desconocimientos, en una palabra los dinamismos inconscientes para que el sujeto se pueda integrar a los circuitos centrales, (y si esto no es posible a los accesorios), de producción-consumo, aceptando acriticamente su encomienda social y el acatamiento al poder (Barembly, 1998). Y plantearse la constitución del psiquismo, como un efecto

de una serie de factores familiares y extra familiares, en cada particular contexto socio-histórico, así postular una producción social de la subjetividad. En segundo lugar, abandonar la afirmación que existen puntos de partida y de llegada, que encierran la estructuración de la personalidad en una etapa arcaica de la evolución, aceptar que el inconsciente se estructura, se des-estructura y se reestructura constantemente a lo largo de toda la vida, abierto a la influencia de múltiples flujos individuales y sociales, implica: producción de deseos, de pulsiones, de prohibiciones, de formas operativas, de valores, de normas, de la búsqueda de lo nuevo y su contrario, de repeticiones. En un escenario social dónde el sujeto actúa por sí y también compartiendo sentidos y significaciones con otros. En tercer lugar, ha sido menester formular una relación más rigurosa con otras disciplinas, y, a partir de la interpelación, reformular algunos de nuestros conceptos intradisciplinarios, la toma de conciencia del rol social del psicoanalista, y el deseo (en sentido freudiano y deleuziano), de elegir la servicialidad de la práctica (citado por Matrajt, 2002).

El lugar del trabajo

Se cree que las relaciones entre condiciones de trabajo y subjetividad están atravesadas, interdeterminadas e interpenetradas por las relaciones con el grupo de trabajo y con la institución (establecimiento) como conjunto. Se considera al trabajo como un productor y condicionador de subjetividad. Se postula que el trabajo tiene, en función de cada individuo y cada situación sociopsicológica, en la producción de personalidad que se manifiestan como sana, relativo a la producción de salud, las que tiene que ver con la identidad, con la realización existencial, con la vivencia de utilidad social, con la integración a un grupo humano, con la sublimación; y como enferma donde los “síntomas” de una mala relación entre el trabajo y la subjetividad pueden ser de dos tipos: empresariales, se destacan el absentismo, la rotación, los accidentes de trabajo, el burocratismo, la resistencia a los cambios, la baja

productividad; e individuales, y se expresan, como trastornos psicosomáticos, adicciones (alcohol incluido), ansiedad generalizada y problemas conyugales (Matrajt, 2002).

En el contexto actual surge la violencia como una de las problemáticas de salud pública, que se visualiza en los planos macro-sociales, incluido el Estado, meso-sociales, abarcando trabajo y familia y los micro-sociales, y en los niveles individuales, grupales y familiares, que remite a la construcción de un imaginario social radical, que instituyen nuevos y diversos modos de subjetivación colectiva.

Se entiende la violencia, como la imposición de la fuerza al servicio de determinado interés o conjunto de intereses, ejercida en condiciones de asimetría y con una dirección específica, con la consiguiente negación o limitación de uno o más de los derechos de sus víctimas. No es el producto de una determinación genética, del azar o de la carencia de lógica. Es una actividad humana consciente e inteligente, que se origina en el desarrollo de las formas de relación entre humanos. Es, por lo tanto, cambiante e histórica. Se expresa en actos concretos pero requiere y supone determinados contextos, motivaciones, legalidades y escalas valorativas. Pero tampoco termina con los actos, genera un conjunto de procesos y respuestas y produce alteraciones y consecuencias en los ámbitos individual y colectivo. Tiene raíces, finalidades, consecuencias mediatas e inmediatas. Es un lenguaje sin palabras, material y simbólico. Cada acto violento deja víctimas, hiere, duele o mata y, al mismo tiempo, representa en lenguaje cifrado confrontaciones, luchas de poder, el surgimiento o la reafirmación de fuerzas y proyectos (Franco, 1997).

Estas consideraciones fueron las que permitieron interrogarse por un lado ¿cómo se construye el imaginario social de la violencia en el campo laboral? Y por otro, ¿es posible visibilizar las significaciones imaginarias inscritas en la subjetividad?

IV. Los estudios realizados

El modelo propuesto, se ha caracterizado por diseñar los estudios en términos de triangulación. Se construye así, desde lo teórico, para dar visibilidad de una zona de convergencia entre dos autores: Pichón Rivièrè y Castoriadis, surge la comprensión de los procesos de subjetivación como producción de subjetividad, en un tiempo y lugar, por tanto histórico y social. Se genera una nueva lectura a través de “*las significaciones imaginarias emergentes*” que se construyen en el *socius*, que cuando cristalizan se instituyen, generan transformaciones en los procesos de subjetivación que modelizan al colectivo y al sujeto, y quedan inscriptas en tres niveles, en lo singular, en lo colectivo y se visualizan las trazas que se destilan del Estado-Nación. Desde el plano metodológico, implica con el mismo objetivo la construcción, de-construcción y re-construcción en una síntesis. Y en relación a los resultados y hallazgos, se propuso la creación de un modelo que consintió en combinarlos en diversos planos y niveles que permitieron comprender la dimensión de los efectos en los distintos colectivos así como también como se imprimen en la subjetividad.

Las conclusiones principales

Se presentan las significaciones emergentes del imaginario social de la violencia, inscriptas en la subjetividad develadas a través del discurso.

El imaginario social radical se pudo visualizar en la imagen “uniforme”: así el rol de Estado, -como delimitación territorial-, se instituye como legitimador y sostenedor de una violencia simbólica y fáctica, sancionador y excluyente, en el contexto histórico-social donde el hacer/ser y el saber/ser se construye en los escenarios sociales e institucionales, en organizaciones totales, -educativas, de salud, etc.-, generadoras de procesos de subjetivación disciplinarios, en diversos colectivos -el/los médicos, enfermeras, docentes, estudiantes-, por tanto borra las diferencias e instituye un modelo, así también las

significaciones imaginarias emergentes resultan de un imaginario social del miedo, que se instituye desde las políticas neoliberales y se imprime como “asentamientos”², signados por la precarización, el multi-trabajo y el multi-empleo, la precariedad y la incertidumbre. Se vio además transversalizada por un período dictatorial que produjo una ruptura en el entramado social, dejando su marca de exclusión, que se contrapone a la heterogeneidad del paisaje social. En los grupos familiares -como institución legitimada desde el Estado-, se instala a través de los modos de crianza, la violencia intrafamiliar, queda así invisibilizada y naturalizada, laminando la subjetividad, matizando los procesos de subjetivación. En el nivel del contexto laboral particular, se destila “la cancha”, este uruguayismo visibiliza el territorio particularizado de cada colectivo, donde cada uno genera “su chacrita” como territorio singular, con la significación imaginaria de “campamento”, con su entrar y salir de los establecimientos educativos. Es así, que se plantea que, rotos los lazos de cooperación y solidaridad, que contribuyen a crear un colectivo de trabajo, se vislumbra el imaginario social del miedo y “el otro” es un enemigo. Si el hacer/ser se construye y se reconstruye entre pares, si lo que prevalece es la incertidumbre, si lo que prima es el recelo, el Otro deviene enemigo. Si lo que queda develado es la impronta de lo individual frente a lo colectivo, este movimiento deja su marca en la subjetividad, contribuye a los procesos de fragmentación y aislamiento y a la disolución de los vínculos de cooperación, solidaridad e identidad colectiva. Los efectos en la salud que se visibilizan son el estrés, el burnout, moderados por la satisfacción, quedando su transversalización entre los pliegues de la subjetividad en la significación emergente colectiva de “insolidarios”.

2. Este uruguayismo señala a la apropiación de un terreno público para construir su *habitat* en condiciones de precariedad absoluta, sin saneamiento, luz, agua.

Reflexiones finales

Se trata de una línea en permanente construcción, abierta, inacabada, no totalizante ni totalizadora, que desde una epistemología convergente pretende inteligir las palabras y los actos, de hombres y mujeres, que en el complejo entramado social, viven, sueñan, luchan, se reproducen y producen y es en ese proceso que se invisibiliza entre los pliegues de los procesos de subjetivación, los efectos de las alegrías y males-tares de su vida cotidiana, en definitiva de la violentación que hace “marca” en los cuerpos, la mente, en las relaciones inter-personales, en el *socius*, quedando visibilizadas en sus relatos como productos singulares, invisibilizando la matrización de un Estado que le imponen y se impone con políticas neoliberales, instituyendo desde lo institucional y colectivo un imaginario social radical signado por la violencia y el miedo, que cristaliza en la significación imaginaria de la violencia en “con la soga sobre el cuello”. Es imprescindible elaborar nuevas propuestas. En ese sentido, se propone generar un nuevo orden organizacional que estimule el compromiso con la producción, que facilite la adecuada realización personal y profesional. Con una reordenación del trabajo, con nuevos patrones de interrelación que apunten a facilitar la integración entre los docentes y los profesionales, con una estructura permanente y nuclear, que tienda a eliminar la compartimentación y desfragmentación de los procesos de trabajo, que coordine acciones con organismos gubernamentales y no gubernamentales. Este nuevo orden implica crear equipos de referencia matriciales (Wagner de Souza, 1997) que se incluyan desde la supraestructura organizacional (ANEP, UdelaR, etc.), la regional (los diferentes Consejos) y en lo local (en cada liceo, escuela, Facultad). Multidisciplinarios e interdisciplinarios, generadores de proyectos que impliquen una implementación e institucionalización de prácticas individuales, familiares, grupales, comunitarias, adecuadas a cada realidad y en red con los sistemas locales. Con un sentido de ida y vuelta, móviles, modificables, con la participación activa de los actores. Sin la exigencia de omni-

potencia y omnipresencia, que permita conjugar la autonomía profesional con la responsabilidad institucional, un “*setting*” al decir de Bauleo, para operar la construcción de los sujetos, donde se analicen los proyectos, las relaciones institucionales, la clínica, de una manera más productiva y saludable. Es un proceso imprescindible que permitirá generar una opción contrapuesta a la que modelizan y matrizan hoy a los equipos de trabajo, fortaleciendo las líneas creativas, que habilite con otra ética, la construcción de sociedades más solidarias y justas, y necesario para instituir otra subjetividad colectiva y singular.

Referencias

- Castoriadis, C. (1975). La institución imaginaria de la sociedad. En *El imaginario social*, Colombo, E., Buenos Aires, Montevideo: Tupac Ediciones-Editorial Nordan, 2° edición
- _____ (1996). *La montée de l'insignificance*. Paris: Seuil
- _____ (2005). *Ciudadanos sin brújulas*. México: Ediciones Coyacán, S.A. 2° impresión.
- Clara, M. (2003) Catástrofe psicológica frente a catástrofes neoliberales. Recursos, defensas. Jornadas “Trabajo, Exclusion y Pobreza”. Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de Trabajo Social.
- Dejours, C. (2006). *La banalización de la injusticia social*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Del Cueto, A.M. y Fernández, A.M. (s/f). *El dispositivo grupal*. Obtenido de <http://www.terras.edu.ar/aula/cursos/13/biblio/13DEL-CUETO-Ana-Maria-FERNANDEZ-Ana-Maria-El-dispositivo-grupal.pdf>
- Fernández, A.M. (2006). Lógicas colectivas de la multiplicidad: cuerpos, pasiones y políticas. *Tramas* 25. pp. 129-153.
- Franco, S. (1997). Violencia y Salud en Colombia. *Revista Panamericana de la Salud*, 1 (2), 93-103.
- Fuchs, C. & Hofkirchner (2005). Self-organization, knowledge and responsibility. *Kybernetes*, vol. 34, N° 1 – 2: 241-260. Esmerald Group Publishing Limited 0368-492X DOI 10.1108/03684920510575825

- Gil, D. (1994). La familia. Una aproximación genealógica en este fin de milenio. *Revista uruguaya de psicoanálisis* (en línea) (79-80) ISSN 1688-7247 (1994:27)
- Guattari, F. (1998). *El devenir de la Subjetividad*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.
- Langer, M. (1971). Comunicación oral en el Grupo Plataforma en Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires.
- Matrajt, M. (2002). *Subjetividad, Trabajo e Institución*. <http://www.psicologíagrupal.cl/documentos/articulos>, recuperado el 18/12/2011
- Morin, E. (2004). *El Método, tomo 6: La ética*. Paris: Seuil, col. Points, p. 224.
- Neffa (2010). *Transformaciones del empleo en Argentina. Estructura, dinámica e instituciones*. Buenos Aires: Ciccus/CEIL-PIETTE, 317 pp.
- Pichón Rivière, E. (1985). *Del psicoanálisis a la psicología social*. Tomo 1 y 2. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Saavedra, C. (1992). Comunicación oral. Sociedad Uruguaya de Terapia Familiar. Uruguay, Montevideo.
- Schroeder, D. (2006). Subjetividad y Psicoanálisis. La implicación del psicoanalista. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 2006; 103: 40 – 58.
- Sobrado, E. (1978). *Acerca del ser sujeto*. Montevideo: Editorial Imago.
- Viñals, M. (1991). *Violencia social y realidad en Psicoanálisis*. Violencia de Estado y Psicoanálisis. C.E.A.L. A. P. D.DH. Argentina.
- Viñar, M. (2005). Especificidad de la tortura como trauma. El desierto humano cuando las palabras se extinguen. Montevideo: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*. Edición especial 100 años, mayo 2005.
- Wagner de Souza, G. (1997). Subjetividad y administración del personal, consideraciones sobre e trabajo. En *Agir em saúde, Praxis en Salud* (1997). San Pablo-Buenos Aires: Hucitec-Lugar Editorial

CAPÍTULO 7

UNA APROXIMACIÓN AL TRABAJO EMOCIONAL, EL EQUILIBRIO AFECTIVO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN FUNCIONARIOS DE LA EDUCACIÓN¹

María Doris Méndez Campos

Académica Facultad de Psicología Universidad de Talca

Thais Aravena Valdés

Licenciada en Psicología, Universidad de Talca

Margarita Cisterna Mora

Psicóloga, Universidad de Talca

Introducción

Todas las actividades laborales exponen a los trabajadores a diversos factores que los afectan positiva o negativamente, sin embargo, el sector educativo es uno de los que presenta gran presencia de problemas de salud derivados de factores de riesgo psicosocial de tipo laboral (Múnera, Sáenz y Cardona, 2013). Los funcionarios de este sector están expuestos a diversas condiciones de trabajo, tales como altas exigencias laborales, baja retribución y reconocimiento, demandas psicológicas y emocionales derivadas de frecuentes actualizaciones del currículo y metodología de enseñanza, y de la relación con los diversos actores del contexto educativo como alumnos, padres, pares y directivos (Múnera et al., 2013; Ávalos, Cavada, Pardo y Sotomayor, 2010; Cornejo, 2009; Cornejo, 2008; Reyes y Cornejo, 2008).

Si bien diversos estudios dan cuenta que los factores psicosociales negativos pueden provocar múltiples trastornos en las personas, como aumento de síntomas de ansiedad, estrés y depresión, conductas agresivas, inestabilidad emocional y miedos (Martínez y Hernández, 2005), aún la relación

1. Estudio desarrollado bajo el alero del Grupo de Investigación en Calidad de Vida y Ambientes Saludables (GICVAS) de la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca.

existente entre factores de riesgo psicosocial y emocionalidad propiamente tal son escasas, y más en funcionarios de la educación. Por esta razón, es que el presente capítulo pretende aproximarse a los riesgos de tipo psicosocial que deben afrontar los profesionales y técnicos de la educación en el día a día, en especial en lo referido a las exigencias emocionales derivadas de su trabajo.

Emociones en el trabajo

Por mucho tiempo, por causas culturales, se ha valorado más lo racional que lo emocional y se ha considerado que el contexto laboral es un escenario poco pertinente para mostrar afectos, sin embargo, actualmente el estudio de las emociones es cada vez más frecuente pues se consideran fundamentales en procesos como el liderazgo, compromiso, satisfacción y clima organizacional, siendo un componente principal del bienestar laboral y del resultado del trabajo, en particular en lo referido a la entrega de servicios a personas como en el sector salud y educación (Garrosa y Carmona, 2011; Feldman y Blanco, 2006).

Las emociones son un constructo de gran complejidad, pues abarcan múltiples componentes de orden fisiológico, conductual y subjetivo, son procesos adaptativos que generan consecuencias tanto negativas como positivas e influyen en los juicios y decisiones del individuo. Las emociones se han diferenciado de los estados de ánimo en cuanto a que las primeras son más específicas, de corta duración, intensas y tienden a estar asociadas a algún estímulo determinado, en cambio, los estados de ánimo son más generales, prolongados e imprecisos, con un nivel menor de intensidad y pueden no estar vinculados a un estímulo concreto. Sin embargo, ambos se refieren e incluyen los fenómenos afectivos, eje central de las emociones, tendiendo entonces a usarse como conceptos iguales (Moriondo, De Palma, Medrano y Murillo, 2011).

Dado el papel que juegan las emociones dentro del contexto laboral, éste se beneficia cuando se vivencian emociones

positivas, pues promueven un entorno más amigable, favorecen el trabajo cooperativo, la creatividad y búsqueda de soluciones, en tanto, experimentar con frecuencia emociones negativas disminuye la creación de ideas y dificulta las relaciones interpersonales (Garrosa y Carmona, 2011).

En las organizaciones educativas, también por mucho tiempo se ha desatendido la importancia de las emociones en el ejercicio del rol laboral, sin embargo varios estudios reconocen que los procesos emocionales sostienen y aportan coherencia a los procesos de aprendizaje (Moreno, Trigueros y Riveras, 2013), y están a la base de diversos comportamientos, pues la emoción modifica el espacio de acciones posibles a ejecutar, facilitando o dificultando los procesos de enseñanza - aprendizaje (Ibáñez, 2002). Además estudios llevados a cabo en las últimas décadas han dado énfasis al papel que juegan las emociones en la construcción de identidad del profesorado, la forma en la que afrontan las reformas y su desarrollo profesional, junto con el desgaste emocional que trae consigo la serie de demandas que les exige el trabajo (Ávalos et al, 2010).

Riesgos psicosociales en el ámbito educativo en Chile

Estudios en Chile y en el extranjero revelan la relación existente entre las condiciones de trabajo, la percepción de bienestar/malestar y la salud del profesorado, lo que ha permitido comprender que la causa de gran parte de los males y trastornos físicos y mentales de los funcionarios de la educación no se limitan a un origen individual, sino más bien los causantes de estas dolencias son las características del trabajo y el contexto en el que éste se desarrolla (Cornejo, 2009). A diferencia de otros trabajos, la labor en el ámbito educativo conlleva a diversos problemas de salud, tales como alteraciones en la voz, enfermedades cardiovasculares, trastornos asociados a las articulaciones y padecimiento de malestares psicológicos, como cansancio mental y burnout, y sintomatología depresiva y ansiosa (Cornejo, 2008).

Los datos se muestran alarmantes, pues específicamen-

te los docentes en nuestro país tienen tres veces más depresión, angustia y crisis de pánico que la población adulta (Valdivia, Avendaño, Bastías, Milicic, Morales y Scharager, 2003), lo cual hace suponer que experimentan más emociones negativas que positivas y, como se dijo anteriormente, los ambientes de trabajo en donde predominan las emociones negativas limitan el pensamiento, la acción, la creatividad y el desarrollo óptimo, dificultando el desempeño del trabajador (Garrosa y Carmona, 2011), en tanto, las emociones positivas amplían el repertorio de acción y pensamiento, por lo cual facilitarían el trabajo educativo. Y, sin duda, las consecuencias negativas del trabajo en el profesorado pueden impactar también la salud y el desempeño de los niños y jóvenes que educan.

Para entender el contexto psicosocial en que se desarrolla la labor docente, es importante revisar algunas de las demandas que en las últimas cuatro décadas ha caracterizado este sector, en particular la educación pública. Como describen Cornejo y Reyes (2008), se ha intensificado y estandarizado el tiempo de trabajo, debiendo los profesores dedicar casi un 75 % de su jornada a actividades lectivas, con un mayor número de alumnos por curso, con el consiguiente aumento de la carga de trabajo, tareas y responsabilidades, debiendo entonces verse en la obligación de llevar trabajo para la casa, pues el 25% restante de su jornada no les alcanza para planificar clases, preparar material y revisar evaluaciones, entre otras tareas.

Así también las evaluaciones periódicas de los resultados del aprendizaje realizadas a través de pruebas estandarizadas como el SIMCE (Sistema de Medición de la Calidad de la Educación) y la Prueba de Selección Universitaria (PSU), mantienen a los profesores en constante exposición a cuestionamientos a su desempeño a través de los medios de comunicación, a pesar de que estos sistemas evaluativos han sido ampliamente criticados por expertos en educación, debido a que no consideran adecuadamente las diferencias socioeconómicas del alumnado. Por otro lado, las exigencias del sistema y las precarias condiciones contractuales han deteriorado los

ambientes de trabajo sumando a esto el descontento de los estudiantes y sus familias.

De acuerdo a lo anterior, se observa que los profesores presentan altos niveles de exposición a factores de riesgo psicosocial, donde los mayores riesgos son los referidos a exigencias psicológicas, compensaciones, trabajo activo y posibilidades de desarrollo, apoyo social y liderazgo (Alvarado, Valdivia y Piñol, 2010), incluyendo por cierto las exigencias de tipo emocional.

Equilibrio afectivo o emocional

Las personas experimentan diversos tipos de emociones, las que se distinguen principalmente como positivas o negativas. El equilibrio entre estas emociones corresponde a la proporción de emociones positivas y negativas en un lapso de tiempo. Se considera un equilibrio emocional adecuado una tasa aproximada de tres emociones positivas por una negativa. En cuanto al tipo de emociones, se identifican diez tipos o formas principales de emociones -positivas y negativas-, siendo las primeras, humor, asombro, agradecimiento, esperanza, inspiración, interés, alegría, amor, orgullo y calma, y las segundas enojo, desprecio, molestia, asco, vergüenza, culpa, odio, tristeza, miedo y ansiedad; y plantea también que ambos tipos deben estar presentes en la vida, pues cumplen una función adaptativa (Fredrickson, 2009).

Las emociones positivas son un grupo de emociones fenomenológicamente distintas y también más ambiguas e inespecíficas, difíciles de diferenciar algunas como la alegría y el entusiasmo, o el orgullo y el agradecimiento, sin embargo, tienen en común que favorecen el crecimiento personal, la conexión interpersonal y el aumento de las opciones de razonamiento y actuación de las personas, ayudan a afrontar dificultades, logrando tanto beneficios físicos como psicológicos (Fredrickson, 2001). En tanto, entre las emociones negativas, el miedo evolutivamente cumple una función fundamental de supervivencia, nos advierte de riesgos y amenazas del entor-

no, poniéndonos en alerta para defendernos o huir (Moriondo et al., 2011). Las emociones positivas tienen la capacidad de mitigar la depresión, facilitando un ajuste adecuado. Además, se dice que las emociones son contagiosas, pues se ha comprobado que la vivencia y expresión de emociones positivas facilitan emociones de este tipo en los demás, favoreciendo las relaciones interpersonales (Fredrickson, Tugade, Waugh y Larkin, 2003).

Fredrickson (1998, 2001) propone su teoría de ampliación y construcción de las emociones positivas donde la experiencia de estas emociones conduce nuevamente al sentimiento de emociones positivas, lo que en cierto período de tiempo se constituye como una trayectoria de crecimiento que amplía el repertorio de recursos personales.

En el ámbito de las organizaciones Marcial Losada, psicólogo chileno, tomando elementos del estudio de las emociones de Fredrickson, propone un modelo matemático de dinámica no lineal para explicar el desempeño de los equipos de trabajo, donde el campo emocional positivo y negativo es un poderoso factor de desarrollo de desempeños sobresalientes (Losada, 1999). Este modelo distingue dimensiones bipolares en el comportamiento de los miembros de un equipo, una de éstas es la positividad/negatividad. La positividad se refiere a comportamientos de buen trato, atención y reconocimiento, y debe ser superior al menos 3 veces a la negatividad, la cual alude a conductas de mal trato entre los miembros, como falta de escucha, interrupciones, descalificaciones y ofensas (Pacheco, Villagrán y Guzmán, 2015).

Trabajo emocional

Otro concepto relevante relacionado con la emocionalidad, es el de trabajo emocional, que si bien aún no es un concepto consensuado (Gracia, Ramos y Moliner, 2014), se entiende como un constructo multidimensional que incluye una variedad de demandas emocionales, aludiendo a la gestión de las emociones y la adaptación de éstas a las exigen-

cias del puesto, como la demanda de comunicar y comprender emociones de los usuarios/clientes/alumnos, ajustándose a situaciones de complejo abordaje emocional y manejando la expresión de emociones personales (Morris y Feldman, 1996; Diefendorff, Croyle y Gossrand, 2005), emociones que pueden ser positivas, negativas o neutras y muchas veces discordantes con lo que se siente realmente (Zapf, Vogt, Seifert, Mertini y Isic, 1999), por lo mismo, algunos autores también llaman a este concepto disonancia emocional (Gracia, Ramos y Moliner, 2014).

El trabajo emocional es un proceso complejo pues requiere hacer concordar la manifestación externa de la emoción con las demandas de la situación en su contexto específico, la experiencia en situaciones similares, y las normas culturales y organizacionales generalmente implícitas respecto a las emociones esperadas para afrontar dicha situación (Martínez, 2001).

Un alto control de emociones negativas se asocia con problemas de salud como sintomatología física y ansiedad (Moreno et al., 2010). En tanto, el trabajo emocional no genera efectos negativos cuando el puesto demanda emociones concordantes con lo que la persona piensa y expresa naturalmente. Es así como Zapf y cols. (1999) identifican seis dimensiones del trabajo emocional: -demanda de expresar emociones positivas, -demanda de expresar emociones negativas, -demanda de expresar emociones neutras, -demanda de expresar sensibilidad hacia las emociones del usuario/cliente, -control de la interacción y -disonancia emocional.

Por otro lado, Erickson y Ritter (2001) distinguen estrategias individuales y organizacionales para lograr un trabajo emocional ajustado a las demandas del cargo, entre las individuales están las siguientes: - regulación emocional automática o naturalmente sentida (*natural emotion*) cuando la emoción realmente vivenciada es concordante y está en armonía con lo requerido, - actuación superficial (*superficial acting*) donde se finge la emoción esperada mientras se controla la expresión sentida, - actuación profunda (*deep acting*) donde se manejan

los sentimientos propios, intentando por ejemplo imaginar o entender la situación desde otro punto de vista, para lograr expresar una emoción que sea adecuada al rol demandado. En tanto, como estrategias organizacionales, se utiliza por ejemplo la búsqueda y selección de ciertos perfiles de trabajadores, el entrenamiento en el manejo de emociones, el control o supervisión directa e indirecta sobre el trabajador, el apoyo social de pares y superiores, y la inclusión explícita de ciertas emociones en la cultura organizacional (Martínez, 2001)

En particular, el ámbito educacional es uno de los contextos que más exige un trabajo emocional debido a las diversas y cambiantes demandas diarias de parte del alumnado, profesorado y apoderados (Moreno, 2011).

En concordancia con lo anterior e integrando las tres variables de interés del presente capítulo, Aravena y Cisterna (2016) indagaron sobre los riesgos psicosociales que predecían en mayor medida el equilibrio de emociones y el trabajo emocional en una muestra de funcionarios pertenecientes a colegios semi-rurales de la región del Maule, encontrándose que los trabajadores identificaban altos niveles de riesgos psicosociales, experimentaban más emociones negativas y percibían una alta exigencia de trabajo emocional. El riesgo de doble presencia explicaba parte de la exigencia emocional negativa y el equilibrio entre emociones negativas y positivas, en tanto, se desprendía de los resultados que la percepción de bajo apoyo afectaría la influencia que los funcionarios tienen sobre las demandas emocionales del trabajo así como la capacidad de decidir cuándo finalizar la interacción con el demandante (alumno, apoderado u otro actor de la comunidad escolar). Es decir, en este grupo de estudio compuesto principalmente por mujeres, la doble presencia resultó tener un papel fundamental en la predicción de la emocionalidad, en cuanto a exigencias de trabajo emocional y el equilibrio de emociones vivenciadas en el trabajo educativo.

En resumen, los trabajadores de este sector tienen una alta probabilidad de presentar desgaste y problemas de salud debido a las condiciones de trabajo y demandas emocionales

que exige el rol y contexto, por lo mismo es de suma importancia y urgente desarrollar planes de mejora de características organizacionales que actualmente precarizan el trabajo docente, y a la vez desarrollar estrategias de promoción de la salud que faciliten la vivencia de emociones positivas a nivel individual y grupal a fin de sobrellevar de mejor manera las diversas demandas internas y externas.

Igualmente y para finalizar, es necesario tener presente que los factores de riesgo psicosocial son características del trabajo relativamente estables, en tanto, las emociones son más bien inestables, pues se asocian a estímulos específicos, son intensas y de corta duración, por lo que pudiese ser que los primeros no estén determinando en gran medida las emociones que experimentan los trabajadores (Feldman y Blanco, 2006, 2012), por lo cual es necesario continuar profundizando esta línea de investigación.

Referencias

- Alvarado, R., Valdivia, L. & Piñol, D. (2010). *Salud mental en los docentes de escuelas municipalizadas y resultados de la prueba Simce*. Proyecto FONIDE. Santiago: MINEDUC.
- Aravena, T. y Cisterna, M. (2016). *Factores de riesgo psicosocial y emocionalidad en funcionarios de colegios semi-rurales de la séptima región* (tesis de pregrado). Universidad de Talca, Talca.
- Ávalos, B., Cavada, P., Pardo, M. y Sotomayor, C. (2010). La profesión docente: Temas y discusiones en la literatura internacional. *Estudios Pedagógicos*, 36(1), 235-263, doi: 10.4067/S0718-07052010000100013
- Cornejo, R. (2008). Entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos: Salud laboral docente y condiciones de trabajo. *Salud Laboral Docente y Condiciones de trabajo. Docencia*, 12(35). 77-85-
- Cornejo, R. (2009). Condiciones de trabajo y bienestar/males-tar docente en profesores de enseñanza media de Santiago de Chile. *Educ. Soc*, 30(107), 409-426.
- Cornejo, R. y Reyes, L. (2008), *Chile: experiencias organizacio-*

- nales y acción colectiva de profesores. Colección Libros FLA-PE 23.
- Diefendorff, J., Croyle, M. y Gosserand, R. (2005). The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*, 66(2), 339-357. doi: 10.1016/j.jvb.2004.02.001
- Erickson R. y Ritter C. (2001). Emotional Labor, Burnout and in authenticity. Does Gender Matter? *Social Psychology Quarterly*, 64(2), 146-163. doi: 10.2307/3090130
- Feldman, L. y Blanco, G. (2006). Las emociones en el ambiente laboral: un nuevo reto para las organizaciones. *Revista de la Facultad de Medicina*, 29(2).
- Feldman, L. y Blanco. G (2012). Una aproximación al estudio de los factores psicosociales laborales en Venezuela. *Salud de los Trabajadores*, 20(1), 75-92.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.300
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(1), 218-226. doi:10.1037/0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity: Groundbreaking Research Reveals How to Embrace the Hidden Strength of Positive Emotions, Overcome Negativity, and Thrive*. New York: Crown Publishers.
- Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C. y Larkin, G. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.365
- Garrosa, E. y Carmona, I. (2011). Salud laboral y bienestar. Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57 (1), 224-238. doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500014

- Gracia, E., Ramos, J. y Moliner, C. (2014). El trabajo emocional desde una perspectiva clarificadora tras treinta años de investigación. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1517-1529.
- Ibáñez, N. (2002). Las emociones en el aula. *Estudios Pedagógicos*, 28(1), 31-45. doi: 10.4067/S0718-07052002000100002
- Losada, M. (1999). The complex dynamics of high performance teams. *Mathematical and Computer Modelling*, 30 (9-10), 179-192. doi:10.1016/S0895-7177(99)00189-2
- Martínez, D. (2001). Evolución del concepto de trabajo emocional: dimensiones, antecedentes y consecuentes. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17(2), 131-153.
- Martínez, S. y Hernández, A. (2005). Necesidad de estudios y legislación sobre factores psicosociales en el trabajo. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(4), 338-344.
- Moreno, A., Trigueros, C. y Rivera, E. (2013). Autoevaluación y Emociones en la Formación Inicial de Profesores de Educación Física. *Estudios Pedagógicos*, 39(1), 165-177. doi: 10.4067/S0718-07052013000100010
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1). doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500002
- Moreno, B., Gálvez, M., Rodríguez, R., y Garrosa, E. (2010). Emociones y salud en el trabajo: análisis del constructo “trabajo emocional” y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 42 (1), 63-73.
- Moriondo, M., De-Palma, P., Medrano, L. y Murillo, P. (2011). Adaptación de la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS) a la población de adultos de la ciudad de Córdoba: análisis psicométricos preliminares. *Universitas Psychologica*, 11(1), 187-196. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v11n1/v11n1a15.pdf>
- Morris, J. y Feldman, D. (1996). The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*, 21(4), 986-1010. doi: 10.5465/AMR.1996.9704071861

- Múnera, M., Sáenz, M., y Cardona, D. (2013). Nivel de riesgo psicosocial intralaboral de los docentes de la Facultad de Medicina, Universidad CES. *Revista CES MEDICINA*, 27(2). 163-175.
- Pacheco, P., Villagrán, S. y Guzmán, C. (2015). Estudio del campo emocional en el aula y simulación de su evolución durante un proceso de enseñanza-aprendizaje para cursos de ciencias. *Estudios Pedagógicos*, 41(1), 199-217. doi:10.4067/S0718-k07052015000100012
- Reyes, L. y Cornejo, R. (2008) La cuestión docente en América Latina. Estudio de caso: Chile. Santiago: *Foro Latinoamericano de Políticas Educativas*. Recuperado de <http://www.opech.cl/inv/investigaciones/FLAPE%20FINAL%20Y%20ENVIADO.pdf>
- Valdivia, G., Avendaño, C., Bastías, G., Milicic, N., Morales, A. y Scharager, J. (2003). Estudio de la salud laboral de los profesores en Chile. Santiago.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H. y Isic, A. (1999). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(3), 371 - 400. doi:10.1080/135943299398230

**EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS ORGANOFOSFORADOS
Y EFECTOS EN LA SALUD DE TRABAJADORES
AGRÍCOLAS CHILENOS: UNA REVISIÓN**

María Teresa Muñoz Quezada y Boris Lucero Mondaca
Universidad Católica del Maule

1. Introducción

Los plaguicidas organofosforados (OP) son sustancias químicas sintéticas usadas para el control y exterminación de plagas, siendo tóxicas para los seres humanos y el medio ambiente. La población está expuesta a residuos de OP por el contacto con animales domésticos, vivir cerca de predios agrícolas, control de plagas en el hogar, escuela o trabajo y por consumo de frutas y verduras contaminadas por estos residuos (Costa, 2006; Muñoz-Quezada, Iglesias, Lucero, Steenland, Barr, Ryan, Alvarado y Concha, 2012).

Los efectos de los OP han sido informados por una serie de estudios internacionales en trabajadores agrícolas y sus hijos en etapas infantiles tempranas, identificando las consecuencias agudas y crónicas en el organismo humano (Alavanja, Hoppin y Kamel, 2004; Centers for Disease Control and Prevention, 2009; Jurewicz y Hanke, 2008a; 2008b; Muñoz-Quezada, Lucero, Barr, Steenland, Levy, Ryan, Iglesias, Alvarado, Concha, Rojas y Vega, 2013; Muñoz-Quezada, Lucero, Iglesias, Muñoz, Cornejo, Achú, Baumert, Hanchey, Concha, Brito y Villalobos, 2016; Rosas y Eskenazi, 2008). La intoxicación aguda se manifiesta a través de náuseas, problemas respiratorios, vómitos, bradicardia, miosis, o a nivel más específico (dermatitis o quemaduras). Los cuadros clínicos pueden variar desde leves hasta fatales dependiendo de la interacción de los diversos factores mencionados anteriormente. Algunos efectos crónicos de OP en trabajadores de faenas agrícolas se

manifiestan como deficiencias en las funciones cognitivas, motoras, sensoriales, enfermedades neurológicas, cáncer, malformaciones congénitas, abortos espontáneos, efectos endocrinos e inmunotóxicos. (Alavanja et al., 2004; Jurewicz y Hanke, 2008a; 2008b; Muñoz-Quezada et al., 2016; Rohlman, Anger y Lein, 2011).

La fuente de exposición a plaguicidas más reportada en los estudios nacionales es la ocupacional (Muñoz-Quezada et al., 2016). Se evalúa por medio de biomarcadores, cuestionarios, revisión de fuentes secundarias, registros de intoxicaciones agudas y revisión de fichas. Las características que se relacionan con la exposición ocupacional serían los años dedicados a las faenas agrícolas, aplicadores de plaguicidas, temporeros(as) agrícolas y mayores de 20 años.

El objetivo general del siguiente artículo consistió en recopilar y analizar los datos disponibles en Chile sobre posibles efectos de los plaguicidas organofosforados en la salud de trabajadores agrícolas. A partir de esta información, se pretende entregar evidencia sobre los daños a la salud que provocan estos químicos con el fin de colaborar en las propuestas para el control y regulación de la exposición a plaguicidas OP que promuevan políticas acordes a la realidad nacional.

2. Principales riesgos y efectos para la salud de los trabajadores en Chile

a) Cáncer Mamario:

El desarrollo de cáncer mamario ha sido abordado durante la última década de manera extensiva por grupos de investigación liderados en Chile por las investigadoras de la Universidad de Tarapacá Gertrudis Cabello y Gloria Calaf. Si bien aún no existen en el país estudios epidemiológicos que evalúen la asociación entre exposición a OP y cáncer en trabajadores agrícolas, es necesario hacer una referencia a estos estudios.

En un primer estudio de este equipo (Cabello, Juarranz, Botella y Calaf, 2003), se demostró que los OP pueden inducir

cambios en la línea celular maligna del tejido mamario. En un segundo estudio experimental (Cabello, Galaz, Botella, Calaf, Pacheco, Stockert, Villanueva, Cañete y Juarranz, 2003), las células incubadas con bajas concentraciones de malation presentaban altos niveles de supervivencia (>95%) en todos los tiempos evaluados (1 a 5 días) y total letalidad al usar 512 µg/ml y 5 días de tratamiento.

En los años siguientes (Calaf y Roy, 2007a; 2007b; 2007c; 2008a; 2008b; Calaf, Echiburu-Chau y Roy, 2009), demostraron en laboratorio que dosis moderadas de malation y paration por un período de tiempo, con o sin estrógenos, alteraban la proliferación celular e inducían transformación maligna de células cancerígenas en tejido mamario.

Un estudio más reciente (Cabello, Valenzuela-Estrada, Siques, Brito, Parra, Valdivia, Lavín, Manríquez y Ortega, 2013), revisó la relación entre las aspersiones con malation realizadas 30 años atrás sobre la ciudad de Arica y el aumento de la tasa de mortalidad por cáncer de mama observada en dicha ciudad en los últimos años. Las mujeres con mayor tiempo de exposición a Malation eran 5,7 veces más propensas a diagnóstico de cáncer mamario ($p < 0.02$). Un 30.5% del grupo expuesto y un 16% del grupo no expuesto ($p < 0.05$) presentó metástasis. A partir de esta evidencia se concluye que el aumento de tasa de mortalidad por cáncer mamario en Arica se asociaba de manera significativa con la exposición a Malation por la aspersión realizada sobre la ciudad 24 veces hace alrededor de 30 años atrás.

b) Dificultades tempranas del desarrollo o reproductivas y riesgo genético:

Dentro de esta categoría se han agrupado estudios que evaluaron efectos respecto a malformaciones congénitas, aborto espontáneo, riesgo genético y alteraciones en el esperma humano. Con respecto a las *malformaciones congénitas*, se encontraron tres estudios los cuales no midieron específicamente la presencia de OP, sino que pesticidas en general. En el primero de ellos (Rojas, Ojeda y Barraza, 2000), a partir de un registro

de recién nacidos del Hospital de Rancagua se encontró una tasa de prevalencia de 41,24%; 27,65% de los casos y 14,91% de los controles tenían padres con antecedentes de trabajo agrícola ($p=0,00001$). Respecto a la vivienda un 19,11% de los casos y 11,88% de los controles estaban expuestos por cercanía a predio agrícola (valor $p=0,004$). Observaron que la probabilidad de presentar un caso de malformación congénita en un recién nacido era 2.16 veces mayor en quienes trabajaban en actividad laboral agrícola y/o vivían en vivienda rural.

En un segundo estudio (Szot, 2004), se desarrolló una revisión de fuentes de datos secundarias (Anuarios Demográficos del INE) entre 1985-2001 de fallecidos y sus causas y tasas de mortalidad específicas de malformaciones y cromosomopatías, buscando mostrar la evolución y características que han tenido estas y evaluar sus causas. Sus resultados dieron cuenta de que no se observaba asociación con comunas agrícolas y muerte por malformaciones.

A su vez, Cavieres (2004), realizó una revisión bibliográfica de la evidencia epidemiológica y experimental para evaluar la asociación de la exposición a pesticidas y efectos reproductivos o del desarrollo, concluyendo que la evidencia no resultaba suficiente para demostrar asociación.

Con respecto a tesis de pre y postgrado, tres de los cuatro estudios que evaluaron la presencia de problemas congénitos asociados a pesticidas lo realizaron en distintos años en el mismo hospital (Rancagua). Molina (2001), encontró que el riesgo de presentar malformaciones congénitas craneofaciales en relación con exposición a pesticidas según trabajo de la madre durante el embarazo era 4,2 veces mayor en las trabajadoras agrícolas, y el riesgo de presentar malformaciones congénitas craneofaciales en relación con exposición a pesticidas según ubicación de la vivienda fue 6,3 veces mayor en las personas que vivían cerca de predios agrícolas.

Villagra (2001) observó que un 31% de las malformaciones congénitas en el Hospital Regional de Rancagua en la VI región correspondió a recién nacidos hijos de trabajadores agrícolas ($n= 87$). Las malformaciones congénitas que presen-

taron mayor frecuencia en los recién nacidos de trabajadores agrícolas correspondieron a las que afectan a la piel con un 24% (n= 22). La frecuencia de malformaciones congénitas de los recién nacidos hijos de trabajadores agrícolas según actividad laboral del padre fue de 29,4% y para la madre 3,7%. El 38,2% de los hijos de dueñas de casa nacidos con malformaciones congénitas tenían padre que era trabajador agrícola.

Por su parte, Urrutia (2002), observó que la tasa de incidencia de recién nacidos con Síndrome de Down en el Hospital Regional de Rancagua en el año 2001 fue de 2,78 por 1000 nacidos (n=14). La presencia de un recién nacido con síndrome de Down en padres expuestos a pesticidas en los casos resultó de un 50% y en los controles expuestos de un 14%.

Chamorro (2007), buscó determinar la tasa de prevalencia de recién nacidos vivos (RNV) con labio y/o paladar fisurado en los hospitales de Talca, Curicó y Cauquenes entre los años 2001-2006. La prevalencia de labio y/o paladar fisurado fue de 0.77/1000 RNV para el valor mínimo en el año 2004 y de 1.78/1000 RNV para el valor máximo en el año 2006. El promedio total de prevalencia fue de 1.08/1000 RNV.

Finalmente, Pérez (1997) evaluó en fumigadores de la VIII región la genotoxicidad a partir de la identificación de lesiones en núcleos mediante ensayo cometa. El análisis comparativo indicó que el grupo control presentaba un 93% de los núcleos del tipo 1 y 2 (con una lesión inferior a un 20%). En el grupo expuesto esta categoría solo constituyó el 84% de los núcleos observados. En el caso de máxima lesión (tipo 5) en los núcleos, el grupo control presentó un 1,3 % mientras el grupo expuesto un 4,6%, con diferencia intergrupala significativa ($p < 0,001$). En fumadores y bebedores no se encontraron diferencias significativas entre las lesiones de núcleos, por lo que concluyeron que existe una alteración sobre el material nuclear producto de la exposición a plaguicidas (OP, entre otros).

A partir de la evidencia anterior se observa asociación entre exposición laboral a plaguicidas y malformaciones congénitas en hijos de los trabajadores en Chile, sin embargo cabe

consignar que ninguno de los estudios revisados midió exposición con biomarcadores, definiéndola sólo a partir de datos entregados por los participantes o sus fichas.

Por otra parte, un estudio sobre *aborto espontáneo* (Contreras-Levicoy, Astorga, Castro, Yentzen y Cumsille, 2005) analizó la incidencia de abortos espontáneos en una zona agrícola comparándola con la incidencia a nivel nacional, además de observar si el grupo que presentaba aborto espontáneo tenía o no mayor proporción de trabajadoras agrícolas. Observaron que la Tasa de incidencia de aborto espontáneo fue 81,02 casos/1.000 RNV versus 9,5 casos/1.000 RNV en Chile 1996; la razón de incidencia de 8,5 veces (IC = 6, 72-10,65), y con un mayor porcentaje de ocupación agrícola en la población femenina ocupada de 15 años o más de la misma área geográfica ($p < 0,0001$).

En cuanto al *riesgo genético*, Venegas, Zapata, Carbonel y Marcos (1998) no encontraron diferencias entre el grupo de control y aplicadores de plaguicidas en la frecuencia de micronúcleos en linfocitos de sangre periférica. Otros autores (Márquez, Villalobos, Poblete, Villalobos, García y Duk, 2005) concluyeron que la exposición ocupacional en mujeres temporeras a mezclas de pesticidas resultaba en daño citogenético. A su vez, otro estudio (Zúñiga, Garbiñe y Palacios, 2007), mostró que las temporeras expuestas tenían mayor presencia de daño citogenético que las mujeres no expuestas a plaguicidas. Se observó además que tenían 1,3 veces más probabilidad de presentar problemas reproductivos, 1,23 veces más de probabilidad de problemas de fertilidad, 1,59 veces más de probabilidad de abortos espontáneos y 5,8 veces más probabilidad de malformaciones congénitas. Los dos estudios de la última década realizados en la VII región apuntan entonces hacia la misma dirección en cuanto a que existiría una asociación entre mayor exposición a pesticidas y un mayor riesgo genético y reproductivo.

Otro estudio realizado en el norte de Chile (Zúñiga-Venegas, Aquea, Taborda, Bernal y Pancetti, 2015), con 85 trabajadores agrícolas expuestos a OP (Clorpirifos) de la Región

de Coquimbo, midió los niveles de actividad (fenotipo) y genotipo de la paraoxonasa 1(PON1), enzima implicada en la hidrólisis de los OP en plasma, demostrando que el alelo “Q” (el menos eficiente en la metabolización del Clorpirifos) es el más frecuente en la población estudiada (60% de los trabajadores expuestos).

Finalmente, un solo estudio (Contreras, Badilla, Bustos-Obregón, 1999) evaluó *in vitro* el efecto del paration y paraoxon sobre diferentes parámetros morfológicos y funcionales del esperma humano, evidenciando que la incubación de paration y paraoxon a concentraciones de 0,2 a 0,8 mm, mostraba alteración en todos los parámetros estudiados (Reacción acrosómica, integridad de la membrana plasmática y estabilidad de la cromatina) de las muestras de esperma.

c) Neurotoxicidad y funciones cognitivas:

En una revisión bibliográfica (Pancetti, Olmos, Dagnino-Subiabre, Rozas y Morales, 2007) se concluyó que existe una relación directa entre la presencia de neurotoxicidad y duración de la exposición, independiente de si el efecto es mediado por acetilcolinesterasa (AChE) u otras proteínas target. Las altas dosis de organofosforados se asocia a inhibición de AChE, y la exposición a bajas dosis de OP por cortos período (subaguda) favorece los procesos cognitivos a través de vías independientes colinérgicas, siendo estos mecanismos objeto de investigación. La enzima acilpeptido hidrolasa ha sido identificada como un nuevo target de acción de los componentes organofosforados, pudiendo estar implicada en los procesos de plasticidad sináptica responsable de los efectos cognitivos inducidos por los OP.

En otra investigación realizada en Talca (Muñoz, 2010), se observó que la media de la proporción de estudiantes con discapacidad intelectual en escuelas cercanas a predios agrícolas era de un 11% mientras que en escuelas no cercanas a predios agrícolas era de un 4%. Muñoz, Iglesias y Lucero (2011), observaron una asociación inversa entre la velocidad de procesamiento en el funcionamiento cognitivo y la presencia de

metabolitos DMTP ($r_s = -0,44$, $p = 0,014$) en la orina de los escolares hijos de trabajadores agrícolas.

Posteriormente, este equipo, realizó una revisión de la literatura para sintetizar la evidencia reportada en la última década acerca de la exposición a pesticidas OP y sus efectos en el desarrollo neurológico infantil principalmente de hijos de trabajadores agrícolas expuestos a plaguicidas OP (Muñoz-Quezada *et al.*, 2013). En 26 de 27 estudios evaluados se reportaban efectos negativos de los pesticidas sobre el desarrollo neuroconductual. Se encontró una asociación positiva dosis-respuesta entre la exposición a OP y el desarrollo neurológico en 11 de los 12 estudios que evaluaron dosis-respuesta. En 10 estudios longitudinales que evaluaron exposición prenatal a OP, se evidenciaba que los déficits cognitivos (asociados a memoria de trabajo) se encontraba en niños a la edad de 7 años, déficits conductuales asociados a la atención principalmente en niños de uno a dos años, y déficits motores (reflejos anormales) principalmente en neonatos. Por tanto los estudios revisados por estos autores apoyan en su conjunto la hipótesis de que la exposición a pesticidas OP induce efectos neurotóxicos en niños.

Con respecto a la exposición ocupacional, una revisión sistemática, (Muñoz-Quezada *et al.*, 2016), evaluó la evidencia existente respecto a la exposición a OP y los efectos neuropsicológicos en trabajadores agrícolas. Sus resultados indicaron que de 33 investigaciones identificadas, 24 estudios encontraron asociación entre la exposición ocupacional crónica a plaguicidas OP y bajo desempeño neuropsicológico en trabajadores agrícolas. La exposición ocupacional a OP se relaciona con dificultades en las funciones ejecutivas, velocidad psicomotora, comprensión verbal, memoria, atención, velocidad de procesamiento funcionamiento viso-espacial y de coordinación. A su vez, 9 estudios no encontraron ninguna relación entre exposición a OP y rendimiento neuropsicológico en trabajadores agrícolas.

Finalmente, un estudio reciente realizado en la Región del Maule (Muñoz-Quezada, Lucero, Iglesias, Muñoz, Achú,

Cornejo, Concha, Grillo y Brito, 2016) evaluó la exposición a OP a través de un cuestionario de exposición y el desempeño neuropsicológico y motor de trabajadores agrícolas y no agrícolas, y reveló que los trabajadores agrícolas expuestos a OP tuvieron un menor desempeño en la escala de inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-IV) en comprensión verbal ($b = -3,2$; $p = 0,034$), en velocidad de procesamiento ($b = -4,4$; $p = 0,036$) y en la escala total ($b = -4$; $p = 0,016$); sensibilidad discriminativa $b = 1$, $p = 0,009$) ajustada por años de educación o edad en comparación con los controles.

d) Síntomas de intoxicación:

Se identifican principalmente estudios de casos de individuos que sufrieron intoxicaciones agudas y la descripción del cuadro clínico y síntomas característicos observados. El primer estudio de este tipo fue realizado por Delgado y Suazo (1981), quienes al revisar 70 fichas de pacientes hospitalizados en el servicio de urgencia del Hospital J.J. Aguirre entre 1975-1980 por intoxicación con OP, observaron que el 70% había mostrado manifestaciones digestivas (náuseas y vómitos) y sudoración, un 65% presentó fasciculación muscular, un 61% miosis, un 57% hipersecreción bronquial, y un 55% de los pacientes a su ingreso al servicio mostraban debilidad muscular, con dificultad en la marcha, compromiso de conciencia (sopor) y sialorrea.

Otro estudio, (González, Muñoz y Buchel, 1989), informó respecto a un caso clínico de intoxicación aguda por folícol, observando los siguientes síntomas: bradicardia menor 60 pulsaciones por minuto, hipotensión arterial, jadeo, disnea, calambres, emesis repetidas, defecación, miosis puntiforme bilateral y simétrica, mareos, ansiedad, cefalea intensa holocránea, dificultad para hablar, diaforesis intensa y convulsiones.

Un estudio (Monckeberg, Arenas, Correa, Altuzarra y Graff, 2001), reportó el caso de un joven intoxicado con organofosforado con un cuadro clínico inicial de crisis colinérgica aguda. Los síntomas de intoxicación por OP fueron somno-

lencia, sudor, miósis, brocorrea, epífora, y mioclonías, con una presión arterial de 140/70mmHg, frecuencia cardiaca de 70 por minuto, temperatura 36,5°C, un nivel de colinesterasa de ingreso de 1,78u/ml (N=5,9-12u/ml). Al aplicarle Atropina se disminuyeron los síntomas de intoxicación por OP.

Finalmente, otro estudio de caso (Toledo, Bustamante y Cartier, 2010), reportó una intoxicación aguda por ingestión de 20cc de dimetoato (intento de suicidio), a quien se le evaluó la acetilcolinesterasa plasmática, mostrando un nivel de 1,49U/ml. Durante las tres semanas de seguimiento desde la intoxicación presentó un síndrome muscarínico nicótico de origen colinérgico y un compromiso de conciencia prolongado; un cuadro pulmonar de neumonía, poca conciencia de enfermedad y compromiso frontal; temblor de extremidades superiores y progresiva pérdida de expresividad facial, rigidez corporal y de extremidades, similar al síndrome de Parkinson; compromiso cognitivo a nivel atencional, visoconstructiva, de programación y déficit en la memoria episódica verbal y funciones ejecutivas. Posterior al tratamiento con L-Dopa, después de 4 meses no se observaron alteraciones.

3. Conclusiones

Si bien existe evidencia de efectos negativos de la exposición ocupacional a OP en la salud de los trabajadores chilenos, se requiere mayor investigación epidemiológica que permita evaluar la presencia de plaguicidas OP y sus efectos en áreas de la salud como cáncer, funcionamiento neurológico, reproductivo y desarrollo prenatal. Los estudios de laboratorio son los más consistentes, sin embargo, se requiere evidencia que demuestre su relación con la exposición ocupacional y mejorar la medición de la exposición a través de biomarcadores, evaluando los efectos con instrumentos validados tanto a nivel internacional como en nuestro país.

En la población ocupacional, se debiera prestar atención a estudios observacionales de diseño longitudinal y transversal analítico, con casos y controles, que permitan evaluar el

efecto de la exposición crónica a pesticidas organofosforados en trabajadores agrícolas, principalmente aplicadores y temporeras. Se requieren estudios epidemiológicos que permitan evaluar la situación de salud de los trabajadores expuestos a pesticidas como diazinon, metamidofos, clorpirifos, dimeatoato, pesticidas peligrosos que están prohibidos o limitados en su uso en Europa, Canadá y Estados Unidos, pero que en Chile aún se aplican.

Por último, queremos reforzar la idea que, si bien las campañas informativas reportadas en otros países han contribuido a disminuir la exposición a nivel individual, es necesario identificar en Chile estrategias que permitan disminuir la exposición ocupacional. Para ello, la investigación sobre los factores de riesgo y vías de exposición a plaguicidas, la comunicación del riesgo y los efectos en salud relacionados con la exposición crónica a los OP es clave para la toma de decisiones informada.

Referencias

- Alavanja, M., Hoppin, J. y Kamel, F. (2004). Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. *Annual Review of Public Health*, 25, 155-197.
- Cabello, G., Galaz, S., Botella, L., Calaf, G., Pacheco, M., Stockert, J.C., Villanueva, A., Cañete, M. y Juarranz, A. (2003). The pesticide malathion induces alterations in actin cytoskeleton and in cell adhesion of cultured breast carcinoma cells. *International Journal of Oncology*, 23, 697-704.
- Cabello, G., Juarranz, A., Botella, L.M. y Calaf, G.M. (2003). Organophosphorous pesticides in breast cancer progression. *Journal of Submicroscopic Cytology and Pathology*, 35, 1-9.
- Cabello, G., Valenzuela-Estrada, M., Siques, P., Brito, J., Parra, E., Valdivia, U., Lavin, C., Manríquez, A. y Ortega, A. (2013). Relation of breast cancer and malathion aerial spraying in Arica, Chile. *International Journal of Morphology*, 31, 640-645.
- Calaf, G.M., Echiburu-Chau, C. y Roy, D. (2009). Organophos-

- phorous pesticides and estrogen induce transformation of breast cells affecting p53 and c-Ha-ras genes. *International Journal of Oncology*, 35, 1061-1068.
- Calaf, G.M. y Roy, D. (2008a). Cancer genes induced by malathion and parathion in the presence of estrogen in breast cells. *International Journal of Molecular Medicine*, 21, 261-268.
- Calaf, G.M. y Roy, D. (2008b). Cell adhesion proteins altered by 17 β estradiol and parathion in breast epithelial cells. *Oncology Reports*, 19, 165-169.
- Calaf, G.M. y Roy, D. (2007c). Gene and protein expressions induced by 17 β -estradiol and parathion in cultured breast epithelial cells. *Molecular Medicine*, 13, 255-265.
- Calaf, G.M. y Roy, D. (2007a). Gene expression signature of parathion-transformed human breast epithelial cells. *International Journal of Molecular Medicine*, 19, 741-750.
- Calaf, G.M. y Roy, D. (2007b). Human drug metabolism genes in parathion-and estrogen-treated breast cells. *International Journal of Molecular Medicine*, 20, 875-881.
- Cavieres, M.F. (2004). Exposición a pesticidas y toxicidad reproductiva y del desarrollo en humanos. Análisis de la evidencia epidemiológica y experimental. *Revista Médica de Chile*, 132, 873-9.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). *Fourth national report on human exposure to environmental chemicals*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/exposure-report/pdf/FourthReport.pdf>
- Chamorro, T. (2007). *Prevalencia de labio y/o paladar fisurado en las hospitales de Talca, Curicó y Cauquenes entre los años 2001 y 2006*. (Memoria de pregrado de odontología). Universidad de Talca: Talca-Chile.
- Contreras, H.R., Badilla, J. y Bustos-Obregón, E. (1999). Morphofunctional disturbances of human sperm after incubation with organophosphate pesticides. *Biocell*, 23, 135-141.
- Contreras-Levicoy, J., Astorga, E., Castro, R., Yentzen, G. y Cumsille, M. (2005). Abortos espontáneos en Hospital de Llay-Llay y su relación con labores agrícolas de la madre.

- Revista Chilena de Salud Pública*, 9, 7-11.
- Costa, L.G. (2006). Current issues in organophosphate toxicology. *Clinica Chimica Acta*, 366, 1-13.
- Delgado, M. y Suazo, M. (1981). Intoxicación por insecticidas organofosforados. *Revista Médica de Chile*, 109, 837-840.
- González, W., Muñoz, M. y Buchel, V. (1989). Intoxicación por folidol® atendida en un hospital rural. *Revista Médica de Chile*, 117, 1052-1053.
- Jurewicz, J. y Hanke, W. (2008a). Exposure to pesticides and childhood cancer risk: has there been any progress in epidemiological studies? *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 19, 152-169.
- Jurewicz, J. y Hanke, W. (2008b). Prenatal and childhood exposure to pesticides and neurobehavioral development: Review of epidemiological studies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21, 121-132.
- Márquez, C., Villalobos, C., Poblete, S., Villalobos, E., García, M. y Duk, S. (2005). Cytogenetic damage in female Chilean agricultural workers exposed to mixtures of pesticides. *Environmental and Molecular Mutagenesis*, 45, 1-7.
- Molina, C. (2001). *Malformaciones congénitas craneofaciales y su asociación con factores de riesgo de exposición a agentes químicos en el Hospital Regional de Rancagua*. (Memoria de pregrado de odontología). Universidad de Talca: Talca-Chile.
- Monckeberg, G., Arenas, G., Correa, I, Altuzarra, R., y Graff, J. (2001). Golpe de calor provocado durante el tratamiento con atropina en un paciente con intoxicación por organofosforado. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, 16, 69-74.
- Muñoz, M.T., Iglesias, V.P. y Lucero, B.A. (2011). Exposición a organofosforados y desempeño cognitivo en escolares rurales chilenos: un estudio exploratorio. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 29, 256-263.
- Muñoz, M.T. (2010). Uso de plaguicidas y discapacidad intelectual en estudiantes de escuelas municipales, Provincia de Talca, Chile. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28, 29-35.

- Muñoz-Quezada, M.T., Iglesias, V., Lucero, B., Steenland, K., Barr, D.B., Levy, K., Ryan, P.B., Alvarado, S. y Concha, C. (2012). Predictor of exposure to organophosphate pesticides in schoolchildren in the Province of Talca, Chile. *Environment International*, 47, 28-36.
- Muñoz-Quezada, M.T., Lucero, B., Iglesias, V., Muñoz, M.P., Achú, E., Cornejo, C., Concha, C., Grillo, A. y Brito, A.M. (2016). Plaguicidas organofosforados y efecto neuropsicológico y motor en la Región del Maule, Chile. *Gaceta Sanitaria*, 30, 227-231.
- Muñoz-Quezada, M.T., Lucero, B.A., Barr, D.B., Steenland, K., Levy, K., Ryan, B.P., Iglesias, V., Alvarado, S., Concha, C., Rojas, E. y Vega, C. (2013). Neurodevelopmental effects in children associated with exposure to organophosphate pesticides: A systematic review. *Neurotoxicology*, 39, 158-168.
- Muñoz-Quezada, M.T., Lucero, B.A., Iglesias, V., Muñoz, M.P., Cornejo, C., Achu, E., Baumert, B., Hanchey, A., Concha, C., Brito, A.M. y Villalobos, M. (2016). Chronic exposure to organophosphate (OP) pesticides and neuropsychological functioning in farm workers: a review. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 22, 68-79.
- Pancetti, F., Olmos, C., Dagnino-Subiabre, A., Rozas, C. y Morales, B. (2007). Noncholinesterase effects induced by organophosphate pesticides and their relationship to cognitive processes: implication for the action of acylpeptide hydrolase. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 10, 623-630.
- Pérez, E. (1997). *Determinación de genotoxicidad a través del ensayo del cometa en trabajadores expuestos a plaguicidas*. (Memoria de título de pregrado de Biólogo). Universidad de Concepción: Concepción-Chile.
- Rohlman, D., Anger, W.K. y Lein, P.J. (2011). Correlating neurobehavioral performance with biomarkers of organophosphorous pesticide exposure. *Neurotoxicology*, 32, 268-276.
- Rojas, A., Ojeda, M.E. y Barraza, X. (2000). Malformaciones congénitas y exposición a pesticidas. *Revista Médica de Chi-*

le, 128, 399-404.

- Rosas, L. y Eskenazi, B. (2008). Pesticides and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 20, 191-197.
- Szot, J. (2004). Mortalidad infantil por malformaciones congénitas: Chile, 1985-2001. *Revista Chilena de Pediatría*, 75, 347-354.
- Toledo, P., Bustamante, G. y Cartier, L. (2010). Espontánea reversibilidad de un síndrome de Parkinson tardío y de alteraciones cognitivas frontales; después de una intoxicación aguda con organofosforados. *Revista Chilena Neuro-psiquiatría*, 48, 207-212.
- Urrutia, A. (2002). *Asociación entre actividad materna y paterna en el sector agrícola y recién nacidos con Síndrome de Down*. (Tesis de pregrado de Obstetricia y Puericultura). Universidad de Santiago de Chile: Santiago-Chile.
- Venegas, W., Zapata, I., Carbonell, E. y Marcos, R. (1998). Micronuclei analysis in lymphocytes of pesticide sprayers from Concepción, Chile. *Teratogenesis, Carcinogenesis and Mutagenesis*, 18, 123-129.
- Villagra, M.G. (2002). *Asociación entre actividad de los padres en el sector agrícola y malformaciones congénitas en recién nacidos del Hospital Regional de Rancagua (2001)*. (Tesis de pregrado de Obstetricia y Puericultura). Universidad de Santiago de Chile: Santiago-Chile.
- Zúñiga-Venegas, L., Garbiñe, C. y Palacios, M. (2007). Estudio citogenético y reproductivo en mujeres temporeras expuestas a pesticidas de la VIII región de Chile. *Theoria*, 16, 77-87.
- Zúñiga-Venegas, L., Aquea, G., Taborda, M., Bernal, G. y Pancetti, F. (2015). Determination of the genotype and phenotype of serum paraoxonase 1 (PON1) status in a group of agricultural and nonagricultural workers in the Coquimbo Region, Chile. *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 78, 357-368.

CAPÍTULO 9

CÁNCER OCUPACIONAL

Carlos Chavera Bianchi

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Buenos Aires, Argentina.

La denominada Primera Revolución Industrial que surgió en el Reino Unido y posteriormente se extendió, estableció una economía industrial y promovió la intensificación del comercio y un sistema fabril de trabajo colectivo, con la mecanización de la producción en tiempos pre establecidos para cumplir con el objetivo de producir.

En la sociedad global del siglo XXI, como consecuencia de la revolución tecno científica observamos que la inicial transformación mecánica es desplazada por los mecanismos de transformación y síntesis química, nuclear y genética (Medina, 2003). Estos mecanismos se desarrollan en espacios en que conviven clásicos y nuevos procesos productivos y en condiciones de trabajo que van a tener impacto en la salud de los trabajadores.

Uno de los resultados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo realizada en 1992 en Río de Janeiro, Brasil, fue la Agenda 21 que en su capítulo 19 señala las acciones que se deben realizar para un buen manejo ambiental de las sustancias químicas en el marco de los principios del desarrollo sustentable y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Se planteó la insuficiente información científica de la que se disponía para hacer evaluaciones de riesgo. Ante esta circunstancia la adopción del principio de precaución como medida inicial representa un cambio en el enfoque en relación al control del daño comprometiendo a los generadores de nuevas tecnologías y productos para que presenten evidencias de que estas no conllevan un daño ambientalmente razonable. Desde este enfoque la recomendación propuesta para proteger la vida de

los trabajadores en el ambiente laboral conlleva la adopción del principio de precaución con el desarrollo de medidas eficaces para prevenir el daño mientras se continua recolectando información y mejorando los procesos que para el control del riesgo en actividades laborales, que en que se utilicen sustancias potencialmente peligrosas u otros agentes de riesgo. Con el aporte de información científica y de evidencias se podrá adoptar criterios, normas que permitan la elaboración de una regulación adecuada.

La implementación de estas recomendaciones a nivel global se desarrolla en planos de desigualdad y por lo tanto coexisten diferentes condiciones de trabajo en las diferentes regiones. La Conferencia Internacional de Manejo Químico de 2006 aprobó la Declaración sobre la gestión de productos químicos a nivel internacional, conocida como la Declaración de Dubai. La conferencia aprobó asimismo la Estrategia internacional de Política Global, que señala cuáles son los principios y criterios que tienen que deben seguir los países para el cumplimiento de la Estrategia, entre ellos el Principio de Johannesburgo, en el que se convoca al compromiso por el uso racional de productos químicos y la reducción de los riesgos que plantean los metales pesados.

A lo largo de los últimos siglos se fue estableciendo el criterio de que algunas de esas sustancias químicas, agentes físicos y biológicos, así como algunas actividades laborales podrían ser carcinogénicas ocupacionales, este criterio se fue consolidando con el desarrollo de estudios epidemiológicos y ensayos.

Un **primer desafío** actual es sensibilizar a todos los actores de la salud y de la higiene y seguridad en el trabajo para que se interioricen sobre la dimensión de la problemática del cáncer ocupacional y la importancia de desarrollar iniciativas para la prevención del cáncer relacionado con el trabajo sabiendo que el impacto que la exposición genera en relación al cáncer, no lo vamos a ver en décadas por su largo periodo de latencia.

Uno de los desafíos para la Salud Pública es el control

de las enfermedades crónicas no transmisibles entre las que se incluye al cáncer. Al haber establecido factores de riesgo epidemiológicamente asociados a estas enfermedades, se ha generado la posibilidad de desarrollar estrategias para el control de los factores de riesgo que son modificables.

Desde un enfoque de salud pública al abordar el proceso salud enfermedad, es importante conocer desde donde miramos este proceso, por lo tanto es necesario señalar que la visión sobre las relaciones entre agente-huésped y ambiente planteadas por Leavell y Clark (en Tresierra, 2011) la entendemos teniendo en cuenta que la actividad biológica del ser humano interactúa con su actividad socio ambiental. Actualmente disponemos de la información científica que aporta evidencia en relación a trabajadores que por estar expuestos a determinados agentes de riesgo, pueden llegar a padecer cáncer. Es evidente que los aportes de la investigación desde la perspectiva positivista son fundamentales en el estudio del riesgo del cáncer relacionado con el trabajo, sin embargo, al analizar los desafíos considero que se puede enriquecer la mirada, al revisar algunos conceptos desde las ciencias sociales. Estas nos aportan la definición de vulnerabilidad como la exposición continuada al riesgo (que indica la probabilidad de que ocurra). Araujo (2015) señala que desde ese concepto de vulnerabilidad, el concepto de riesgo constituye un fundamento metodológico esencial de las ciencias de la Salud.

El cáncer es una enfermedad que puede producir la muerte de quien lo padece. Los trabajadores al estar expuestos a sustancias mezclas o en actividades que se consideren agentes cancerígenos pueden ingresar al organismo del trabajador al entrar en contacto con su organismo por inhalación, contacto dérmico o con la ingesta de alimentos manipulados con manos que no han sido higienizadas previamente.

Desde la salud pública estamos llamados a identificar los colectivos en riesgo para sugerir la adecuada vigilancia a fin de promover la adopción de medidas de prevención adecuadas y detectar oportunamente la aparición de la enfermedad.

Un **segundo desafío** es promover la sociabilización del

conocimiento sobre cáncer ocupacional. La mayor parte de la información sobre el cáncer ocupacional se publica en revistas especializadas. Es necesaria la difusión de estos conocimientos entre los profesionales que trabajan en la Salud Ocupacional para una mejor comprensión sobre cuál es la relación entre la exposición ocupacional y la probabilidad de enfermar de cáncer.

Vettorazzi (en Rabello-Gay, 1992) definió carcinogénesis como la inducción por agentes químicos, físicos o biológicos, de una transformación maligna e incontrolada de células, dando como resultado la formación de un tumor. Los mecanismos en carcinogénesis química se desarrollan en un proceso de múltiples etapas: Iniciación-Promoción-Progresión. En la carcinogénesis química, la alteración comienza con la activación metabólica del pre cancerígeno hasta llegar a un estado altamente reactivo sea en forma electrofílica, de radicales libres o de radicales de oxígeno (Rabello-Gay, 1992)

El estudio de carcinogénesis química en el ratón ha servido para estudiar entre otros al agente químico nitrosamina N-butil-N-(4-hidroxi-butílica) oral para producir cáncer de vejiga. Éste es reconocido como el sistema mamífero experimental ideal que tiene como desventaja que no necesariamente refleja las características biológicas, genéticas, tiene mayor rapidez metabólica que el ser humano, algunos senderos de señales funcionan de manera diferente al ser humano, muchos modelos de ratón son raramente metastásicos.

Un ejemplo de cómo se plantea el estudio de carcinogénesis química lo presenta Molina (2010) quien revisa el modelo de carcinogénesis química de piel de ratón, basándose en la utilización de carcinógeno como iniciador y utiliza un promotor tumoral generando un proceso canceroso multiseccional. Pueden distinguirse las tres etapas en la carcinogénesis química de piel de ratón: iniciación, promoción y progresión maligna.

Yuspa y colaboradores (en Molina, 2010) sostienen que durante el proceso de carcinogénesis química, suceden cambios genéticos que generan células iniciadas y favorecen la promoción y progresión maligna.

Estudios del Laboratorio de Mutagénesis ambiental del Centro de Ciencias Medioambientales (CSIC), señalan que para establecer la evidencia del riesgo carcinogénico de las sustancias químicas para el hombre, se requiere de un esquema para los nuevos productos químicos que se inicia con el estudio de mutagenicidad, que es previo al estudio de su carcinogenicidad en los animales.

En relación a los estudios de carcinogenicidad en animales, en Europa el ECVAM (European Centre for the Validation of alternative Methods) exige que en lo posible los ensayos se ajusten a la estrategia de las 3 ERRES:

- Reducir el número de animales empleados en los experimentos
- Refinar las técnicas a fin de disminuir el estrés y el sufrimiento de los mismos y/o
- Reemplazar dichos animales por otros organismos.

De la Peña y Francia (2012) presentaron un esquema con las medidas a considerar de acuerdo con las evidencias del riesgo carcinogénico de las sustancias químicas para el ser humano. En el mismo es posible observar en forma ordenada los métodos de evaluación de carcinogenicidad, están consignados, el ensayo de carcinogenicidad en animales, estudios epidemiológicos, ensayos de mutagenicidad.

Park y Snee (1983) señalaron los diferentes tipos de estudio para determinar riesgo carcinogénico: estudios de mutagenicidad (in vitro), experimentos en animales (exposición aguda y crónica) (in vivo), estudios del metabolismo de las sustancias, estudios epidemiológicos, estudios de dosis y vías de exposición.

En la carcinogénesis por sustancias químicas se tiene en consideración los tipos de aromáticos policíclicos, dialquil nitrosaminas, nitritos (nitrosaminas o nitrosamidas carcinógenas) y aflatoxinas B1.

Respecto de los carcinógenos inorgánicos (cadmio, cromo, níquel, plomo, berilio, arsénico): señala Mastrángelo y Marzia (1996) que en la carcinogénesis química las células expuestas pueden seguir tres vías: mueren, ponen en marcha

mecanismos de destoxificación y reparación de ADN dañado y sobreviven o se inician a la carcinogénesis.

La evaluación del poder mutágeno de una sustancia, se puede valorar *in vitro* con el Test de AMES que es el primer test de corta duración para detectar la mutagenicidad de agentes químicos y utiliza cepas mutantes (prueba de mutación inversa). Es un test desarrollado por Bruce Ames y colaboradores (en Rabello-Gay, 1992) usando como indicador a la salmonella typhimurium (1973). Posteriormente, con el desarrollo de nuevas sustancias se ha planteado que el Test de Ames como un buen indicador de potencial cancerígeno se restringe a determinadas sustancias. El estudio de IPCS señaló que los cancerígenos inactivos o de difícil detección en salmonella pertenecen a dos categorías; las genotoxinas no mutagénicas en salmonella y un grupo que comprende al benceno o dietil hexilftalato (DEHP).

Hay otras pruebas a corto plazo propuestas además del test de Ames, estas son el test de efectos cromosómicos, las pruebas de replicación y reparación del DNA, el test de transformación de células.

Existe una carcinogénesis hormonal (secundarios a la producción endógena anormal de hormonas), donde la producción excesiva o deterioro de los mecanismos homeostáticos del organismo dan origen a una transformación neoplásica).

Con respecto a la carcinogenicidad de los agentes físicos radiaciones ionizantes y ultravioleta, se tiene en cuenta el efecto estocástico, en el que no hay dosis umbral para la aparición del cáncer, puede aparecer independientemente de la dosis recibida a diferencia de lo que sucede con las lesiones que pueden presentarse por sus efectos no estocásticos.

En relación a las radiaciones ultravioleta, por su rango de longitud de onda, distinguimos a los UVA (320 A 400 nm), los UVB (280 A 320 nm) y los UVC (200 a 280 nm). La exposición laboral se produce por exposición a luz solar como fuente de radiación ultravioleta y la soldadura de arco entre otros. Los trabajadores que realizan su trabajo al aire libre están expuestos a la radiación ultravioleta y tienen probabilidad

de desarrollar los cánceres de piel no melanoma (CPNM) como los espinocelulares y a otros cánceres cutáneos como el carcinoma basocelular, carcinoma de células escamosas y el melanoma maligno.

Las radiaciones ionizantes son un tipo de energía liberada por átomos en forma de ondas electromagnéticas como rayos gamma o rayos x o como partículas subatómicas como son las partículas alfa, beta o neutrones. Un sievert es la unidad de dosis efectiva y mide la radiación ionizante en términos de su potencial para causar daño. La dosis absorbida se mide en dosis Gray (unidad de medida en el sistema internacional) equivalente a 100 Rads en el sistema cegesimal. Para evaluar la exposición en un trabajador expuesto hay un valor máximo de dosis efectiva y un valor mSV año de dosis equivalente. Esta última se desarrolla teniendo en cuenta el concepto de calidad y es igual a la dosis absorbida multiplicada por el factor de calidad. Distancia, blindaje y tiempo se consideran tres ejes clave para el manejo seguro de las radiaciones. El fenómeno estocástico que es de naturaleza probabilística alude a que la exposición a radiaciones ionizantes puede ocasionar alteraciones en el DNA denominada mutación genética que puede generar un tumor o alteraciones genéticas heredables.

En un estudio reciente (Richardson, Cardis, Daniels, Gillies, O'Hagan y cols., 2015), realizado en una muestra de 308,297 trabajadores nucleares de Francia, el Reino Unido y Estados Unidos de Norteamérica, predominantemente varones, se estimó que los riesgos de enfermar de cáncer asociados a la exposición prolongada a la radiación ionizante de bajo nivel entre los trabajadores de la industria nuclear. Se determinó que la tasa estimada de mortalidad por cáncer aumentaba en un 48% por Gray (unidad de dosis absorbida de radiaciones ionizantes), excluida la leucemia. Los resultados de la investigación señalan un aumento lineal de la tasa relativa de cáncer al aumentar la exposición a la radiación ionizante. Esta investigación aporta al conocimiento sobre la exposición a dosis bajas, toda vez que el mayor conocimiento del que se disponía hasta ahora era sobre la exposición a dosis altas

La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) se estableció en el marco del Segundo Congreso Internacional de Radiología realizado en Estocolmo en 1928 abordó inicialmente la medición de la dosis y los efectos estocásticos y deterministas. Cuenta con cinco Comités. Uno de éstos, considera el riesgo de inducción al cáncer y enfermedad hereditaria (efectos estocásticos) junto con los mecanismos de radiación subyacente y también los riesgos, mecanismos de inducción en el tejido /órgano y la gravedad de los daños y defectos de desarrollo (Efectos deterministas). Otro de estos comités trabaja en los coeficientes de las dosis evaluación de la exposición a la radiación interna y externa entre otros (Clarke y Valentín, 2009).

Los carcinógenos virales como los de las hepatitis B y C son agentes biológicos que infectan “células diana” específicas dentro de un órgano. Los mecanismos de carcinogénesis en la hepatitis B parecen ser diferentes de los que se desarrollan en la hepatitis C.

La epidemiología muestra la relación que existe entre determinadas condiciones del medio ambiente, el estilo de vida y la carga genética y la aparición de daños específicos en las poblaciones en riesgo. Uno de los objetivos de la nueva epidemiología es explicar las causas de la enfermedad poblacional determinando los factores que la provocan o influyen en su desarrollo. La epidemiología aporta el concepto que la enfermedad no aparece ni se distribuye al azar.

En la década de los 70 Brian Mac Mahón y Pugh (en Tre-sierra, 2011) propusieron el modelo epidemiológico introduciendo el elemento causalidad donde se inicia la identificación de los factores de riesgo. Mc Mahon dio las pautas para definir una asociación causal entre dos categorías de eventos. La caracteriza de modo que cuando se altera la frecuencia o calidad de uno, se produce una alteración en la frecuencia o calidad del otro. Esta asociación causal se denomina asociación causal positiva cuando al aumentar un primer factor aumenta el otro y se denomina asociación causal negativa cuando al aumentar el primer factor, disminuye el otro.

Mac Mahon fue quien introdujo y formalizó la llamada “red de causalidad o de causas para cada enfermedad” en que el peso de cada factor presuntamente causal depende de la cercanía con su efecto causal. En el modelo que Mac Mahon presentó posteriormente se propone que las relaciones establecidas entre las condiciones participantes en el proceso que son las llamadas causas o efectos, según el lugar que ocupan en la red, son tan complejas que forman una unidad imposible de conocer completamente. Las etapas de la investigación causal establecen los criterios de causalidad: relación temporal, relación dosis-efecto, fuerza de la asociación, persistencia, coherencia.

Con el modelo de la “caja negra” nos habla de un fenómeno cuyos procesos internos no son visibles para el observador porque están ocultos. Este modelo propone que las relaciones que se han establecido entre las condiciones participantes en el proceso llamadas causas o efectos según el lugar que ocupan en la red son tan complejas que forman una unidades que nos será imposible conocer completamente. La propuesta es la búsqueda de las partes de la red en la que es posible intervenir efectivamente para romper la cadena causal (Tresierra Ayala, 2011).

Susser (2011) introduce algunas nociones hipotético-deductivas, como la supervivencia entre los criterios de inferencia de una asociación causal. Según Susser, la causalidad describe la propiedad de ser causal, la presencia de la causa, o de las ideas sobre la naturaleza de las relaciones de la causa y el efecto. Ésta puede causar la relación para provocar a cualquiera la producción de un efecto, o más. Las causas causan u ocasionan un efecto. De los modelos de causalidad, la investigación causal y sus fases se señala que es necesario establecer si una relación es puramente estadística, una relación es epidemiológica y una relación es causal (García, González-Galarzo, Alba y cols., 2011). Otros estudios mencionados por estos mismos autores, determinaron que el oficio de deshollinador se iniciaba desde la infancia, y esta constatación les permitió inferir que había un período de latencia entre el inicio de la

exposición y el momento de la detección clínica del tumor. En esa asociación causal se comprueba la secuencia en el tiempo y la firmeza en el tiempo. Yamagiwa e Ichikawa (1918) investigaron el efecto carcinógeno del hollín y en ese año publicaron sus observaciones sobre cáncer de piel en conejos a cuyas orejas pincelaron con alquitrán.

La elaboración de la matriz de ocupación-exposición ofrece la oportunidad de organizar de forma sistemática la información. La matriz se señala que es una tabla de conversión que aporta información sobre la exposición laboral para cada ocupación cuando se utiliza como puerta de entrada la ocupación y sobre las exposiciones expuestas a determinado agente en el caso que la puerta de entrada sea el agente (García y cols., 2011). Un trabajo referencial sobre matriz ocupación-exposición es el de Hoar, Morrison, Cole y Silverman (1980), quienes elaboraron una base de datos que denominaron un sistema de vinculación ocupación y la exposición en un listado de ocupaciones con la exposición a carcinógenos sospechosos que ellos habían seleccionado y que eran utilizados en la industria. A esta combinación le agregaron uno de los niveles de la escala de cuatro que habían elaborado.

En cuanto a los estudios observacionales, los estudios epidemiológicos sobre poblaciones humanas expuestas son pruebas consideradas a largo plazo para determinar el carácter cancerígeno de una sustancia y los de experimentación animal van a ser la fuente que las organizaciones que determinan el nivel de riesgo cancerígeno que van a utilizar (Mirón, Alonso e Iglesias, 2010). En el aspecto cuantitativo no habría dosis-efecto de los cancerígenos pero si dosis-respuesta. Los estudios de exposición-respuesta son los que tienen fortaleza para la confirmación de una relación de exposición específica y un efecto de salud.

En los estudios descriptivos se utiliza la incidencia de la enfermedad de una población expuesta para compararla con la de una población de referencia. En ellos es necesario tener en cuenta los sesgos que pueden haber para poder interpretarlos adecuadamente. Los estudios de cohortes son prolongados

por lo que es posible que se presenten abandonos de trabajadores de una cohorte.

Se debe tener en cuenta la validez y confiabilidad en los estudios epidemiológicos. En relación a la validez interna esta se considerará cuando los resultados de la investigación sean exclusivamente atribuibles al efecto bajo investigación. Se considerará que se ha dado la validez externa cuando los resultados del estudio se puedan generalizar.

Clasificación de agentes de riesgo carcinógeno

Para poder identificar cuáles son las sustancias, mezclas o actividades que van a formar parte de las acciones para la prevención y control del riesgo de cáncer relacionado con el trabajo se han desarrollado listados de clasificación, basados en la documentación científica sobre la carcinogenicidad en seres humanos y en animales. Dos clasificaciones, más ampliamente utilizadas son: (1) la clasificación de los riesgos cancerígenos de los agentes químicos (IARC) con su Programa de Monografías, que le dan fundamento a cada incorporación de un agente cancerígeno en el listado, y (2) la de la American Conference of Governmental Industrial Hygienists (ACGIH). La IARC es un organismo de la Organización Mundial de la Salud que considera la fuerza de la evidencia científica para establecer una posible o probable asociación con el cáncer. Desarrolla un programa de monografías con ese objetivo y clasifica en cuatro grupos a las sustancias y procesos industriales a su listado de agentes cancerígenos. Cada categoría incluye agentes, mezclas o condiciones de exposición.

En el **grupo 1** consigna a los compuestos químicos, grupos de químicos o procesos industriales que son cancerígenos para el ser humano. Ejemplo de éstos serían el amianto, las radiaciones ionizantes, el benceno, óxido de etileno, polvo de madera, cromo VI compuesto, formaldehído. En el **grupo 2** se encuentran consignados los agentes que son probablemente cancerígenos para el ser humano. Este grupo se subdivide a su vez en dos: 2 A de alta probabilidad y 2 B de baja proba-

bilidad ser cancerígenos para el ser humano. En el **grupo 3** están los no clasificables como cancerígenos para humanos y en el **grupo 4** se incorpora a un probable no cancerígeno para humanos.

La American Conference of Governmental Industrial Hygienist (ACGIH) clasifica los agentes carcinógenos en cuatro grupos: A1 carcinógenos confirmados en humanos. A2 carcinógenos con sospecha de serlo en el humano. A3 Carcinógenos en animales. A4 No clasificados como carcinógenos en los humanos. Estos agentes carcinógenos están relacionados a diferentes tipos de cáncer. Por ejemplo, el benceno está asociado con la leucemia, el tetraclororetileno con cáncer de pulmón, los hidrocarburos poliaromáticos con cáncer de pulmón y piel. Exposición ocupacional a la luz solar con rayos ultravioleta.

El mesotelioma maligno se relaciona con la exposición a amianto. Si bien en muchos países se ha prohibido su uso en la industria, está presente por ejemplo en zonas de calderas. En España, según Pitarque, Cleries, Martínez, López-Abente, Kogenivas y cols. (2008), se estima que ocurrirán 1321 muertes por mesotelioma entre 2007 y 2016 y que continuará el incremento de casos de mesotelioma hasta el año 2016. Estos casos predominantemente se presentarán en la población de trabajadores expuestos pero señalan que vecinos de empresas manipuladoras de amianto también estuvieron expuestos.

Para los agentes carcinógenos enfocados como riesgo higiénico y desde el enfoque del principio de precaución, no se dispone de fundamentación científica sobre condiciones de exposición segura. Se puede hablar de condiciones que minimizan el riesgo y que la mejor condición es aquella en la que el agente carcinógeno fue substituido o eliminado. Las mediciones ambientales aportan un valor orientativo o aportan los valores para determinar si se encuentran debajo del límite de exposición en los países donde estos se aceptan. En tiempos recientes, la discusión es activa, en algunos ámbitos se plantea un valor límite más bajo orientado a mayor seguridad y en otros se plantea exposición cero (Pitarque y cols, 2008).

El monitoreo biológico que comprende la determina-

ción de la concentración interna en el ser humano de los compuestos químicos y sus metabolitos puede ser utilizado por todas las enfoques. El valor obtenido se compara con un valor de referencia. Los denominados marcadores biológicos pueden ser indicadores de dosis dentro del organismo, de efecto o de acumulación. En conjunto, se consideran marcadores biológicos.

Un **tercer desafío** es la necesidad de efectivizar las políticas públicas en relación al cáncer ocupacional. Takala (2015) manifiesta que es necesario establecer prioridades con el objetivo de definir soluciones para la acción. En relación al cáncer laboral en los países desarrollados, señala que es la mayor amenaza individual y que en general el cáncer laboral es una enfermedad grave y prevenible, que avanza en el ambiente laboral para convertirse en su principal causa de muerte. Plantea que el objetivo debe ser eliminar el cáncer ocupacional para lo que propone eliminar progresivamente las exposiciones ocupacionales.

En 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que la proporción de muertes por cáncer en la población general atribuibles a la exposición ocupacional en los países desarrollados estaba en el rango de 4-20%. La OMS señaló que el cáncer profesional es totalmente prevenible y las intervenciones en el lugar de trabajo pueden salvar millones de vida cada año. En 2011 la OMS señaló que hubo 8,2 millones de muertes por cáncer de las cuales un 19% era atribuible al medio ambiente, incluido el laboral (OMS, 2011).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que la fracción atribuible de cánceres ocupacionales en los países industrializados hace 10 años era de 13.8 para hombres y 2.2% para mujeres. La OIT ha señalado que más de 600.000 trabajadores mueren al año por cáncer ocupacional (Partanen, Monge y Wesseling, 2009). El Convenio N^o 139 sobre el cáncer profesional, se comienza a gestar en la 51^a Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo (OIT) en la que se adopta una Resolución al respecto. En el año 1972 se reúne un Comité de Expertos y en el mismo año

la OIT difunde su informe VII. En el mismo señala que los cánceres profesionales son tumores malignos que se vinculan con una exposición prolongada a agentes físicos o consideró las disposiciones del Convenio y de las recomendaciones sobre la protección de las radiaciones de 1960 y del Convenio y de la recomendación sobre el benceno de 1971 para aprobar el 26 de abril de 1974 esta resolución. Rodríguez (2009) al abordar las medidas generales de prevención del cáncer profesional, menciona la recomendación 147 de la Organización Internacional del Trabajo sobre que la exposición a una sustancia probablemente cancerígena debe mantenerse próxima a cero tanto como sea posible. Esto implica la implementación de una serie de acciones como la prohibición o sustitución de algunas sustancias o mezclas, las medidas de ingeniería como el uso de sistemas cerrados de trabajo orientado a aislar al trabajador del proceso que está realizando y el uso de elementos de protección personal.

En la década de los 90, higienistas y epidemiólogos formaron la base de datos Carex International System on Occupational Exposure to Carcinogens. Este sistema internacional de información sobre cancerígenos fue creado y aplicado a los países de la Unión Europea para 139 agentes del Grupo 1 y 2A de la IARC y nueve agentes frecuentes laborales del Grupo 2B y la población active agrupada en 55 sectores ocupacionales (Kauppinen y colaboradores, 1998). CAREX define como exposición ocupacional en la que el trabajador se expone a una concentración del agente cancerígeno mayor que la existente en el entorno general y brinda información sobre el número de trabajadores expuestos, por país actividad económica y cancerígena. Es una estimación indirecta sobre el número de trabajadores expuestos. En España se creó en 2004 el Sistema de Información sobre Exposición Ocupacional a Cancerígenos. Posteriormente en Costa Rica se desarrolló el programa Ticarex para 27 agentes cancerígenos y siete grupos de plaguicidas. Realizaron estimaciones para hombres y estimaciones para mujeres por separado de una fuerza laboral de 1.300.000 trabajadores. La exposición solar, las emisiones de diesel, pa-

raquat y diquat fueron los tres agentes cancerígenos más frecuentes. La fase I finalizó en 2005 y en el marco del Programa SALTRA se está promoviendo la Fase II en Centroamérica para países que han finalizado la fase.I. En el año 2014 se realizó en Bogotá Colombia el Taller subregional de entrenamiento de CAREX con el objetivo de construir las matrices de exposición laboral a cancerígenos en los países de la subregión.

En 2012, Brasil publicó un texto con las directrices para la vigilancia del cáncer relacionado con el trabajo, en el que presenta propuestas de políticas públicas en base al escenario en ese país. En Chile, en el título III de la Ley N^o 20.096 sobre mecanismos de control aplicables a las Sustancias Agotadoras de la capa de ozono, en su Título III, De las medidas de Difusión, Evaluación Prevención y Protección, el artículo 19 señala, que sin perjuicio de lo establecido en los artículos 184 del Código del Trabajo y 67 de la Ley N^o 16.744, los empleadores deberán adoptar las medidas eficaces para proteger eficazmente a los trabajadores cuando estén expuestos a las radiaciones ultravioleta. Chile en 2007 ya había publicado un informe técnico del Instituto de Salud Pública sobre exposición laboral a la luz ultravioleta de origen solar. En el documento señalaba que las exposiciones a la radiación ultravioleta necesarias para provocar tumores en modelos animales pueden tener lugar con lentitud suficiente para que no se produzca eritema. Una medida implementada por este país fue la distribución de protector solar a los trabajadores expuestos.

Colombia ha desarrollado un Manual de agentes carcinógenos de los Grupos 1 y 2 A de la IARC que son de interés para ese país. Para ello, de los 161 agentes clasificados por la IARC en los grupo 1 con 95 agentes y 2 A con 66 agentes clasificados hasta febrero de 2006, seleccionaron agentes que cumplieran con tres parámetros: (i) que estuviera reportado por la IARC como asociado con alguno de los cánceres objeto de estudio, (ii) estar registrado en el Sistema Carcinogen Exposure (CAREX) como relacionado con exposición laboral y (iii) estar presente en los ambientes laborales colombianos. En la presentación del manual se señala que éste forma parte del

soporte técnico para la matriz de exposición laboral (MEL). Argentina tiene en su normativa un listado de agentes cancerígenos con declaración obligatoria de trabajadores expuestos a los mismos.

El Sistema de información OCCAM (Occupational Cancer Monitoring) de Italia, es una organización para el monitoreo del cáncer ocupacional, por área y sector industrial, en el que se incorporan casos clínicos e historia ocupacional en la base de datos. Un ejemplo de su utilidad ha sido la aplicación del monitoreo en la industria de la galvanoplastia en la región de Lombardía en el norte de Italia. Este estudio que fue financiado por el Instituto Nacional Italiano de Salud Ocupacional (ISPESL) en el marco del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para la prevención de cánceres profesionales y el Instituto Nacional Italiano para el Seguro Industrial (INAIL), concluyó que estos trabajadores tenían mayores riesgos que los trabajadores de tratamiento de metales, para cáncer de pulmón.

El Sistema Globalmente Armonizado (SGA) es otro instrumento que facilita la identificación de los Agentes de riesgo cancerígeno en el lugar de trabajo a través del etiquetado y de la capacitación de los Trabajadores.

Para finalizar, un **cuarto desafío** en la prevención y afrontamiento del cáncer ocupacional sería lograr una relación más dinámica entre todos los actores de la salud y la seguridad y salud en el trabajo para la actualización de la información, el mejoramiento de las bases de datos, el desarrollo de estrategias de prevención, el control del riesgo y la capacitación continua.

Conclusión

El monitoreo de la salud de los trabajadores y la vigilancia epidemiológica son una tarea permanente que debe ser efectivizada con todos los recursos necesarios y actuales para lograr su efectividad. La Subdirección de Salud Ocupacional en Panamá ha señalado tres componentes que debe tener un

sistema de vigilancia de cáncer ocupacional: un método de recolección de información, registros y notificación de datos de la enfermedad, un nivel de análisis e interpretación de esa información y una capacidad de respuesta e intervención del evento en salud tanto de los eventos centinela como del cáncer relacionado con la ocupación. Finalmente, en el diseño de estrategias debe incluirse la capacitación continua de los actores involucrados y la preparación de información para empleadores y trabajadores sobre estos agentes de riesgo sobre las medidas de prevención incluyendo la difusión sobre la potenciación que se entre estos agentes y el agente tabaco.

Referencias

- Araujo, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Rev. Nov. Pob.* vol. 11. n° 21: 89-96
- Clarke R.H. & Valentin J. (2009) *The History of ICRP and the Evolution of its Policies.* *Annals of ICRP.* ICRP publication 109. Published by Elsevier Ltd.
- De Jesús, W. E. (2015) El ratón como base de modelos de cáncer humano: una valiosa herramienta en la investigación oncológica. *Revista Galenus N°17.* pp. 17-20
- De la Peña (2012) Mutagénesis y carcinogénesis química, En M. Repetto (Ed.). *Postgrado en Toxicología*, Ilustre Colegio Oficial de Químicos. Sevilla. CD-Rom ISBN:13:978-84-695-3142-6-digital-csic-es/bitstream/10261/102537/Expertox2012.PDF
- Espinosa, M., Rojas, M., Bernal, M, Araque, A., Vélez, M. y López, J. (2006). *Manual de Agentes Cancerígenos de los Grupos 1 y 2 A de la IARC, de Interés ocupacional para Colombia.* Ministerio de Protección Social de Colombia.
- Gadea, E. (2011) *Cancerígenos, Mutágenos y Teratógenos: Manipulación en el Laboratorio.* Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. España.
- García A.M., González-Galarzo, M.-C. Alba, M.A y cols. (2011) Matrices empleo-exposición. *Rev. Seguridad y Medio Ambiente*, N° 123: 23-34.
- Herrero, O. F. y De la Peña, E. (2004). *Evaluación de la Muta-*

- genicidad / Genotoxicidad. Centro de Ciencias Medioambientales-CSIC. Madrid. Toxicología Ambiental, seguridad química* 22.25. Obtenido de: www.csic.es.
- Hoar S.K., Morrison A.S., Cole P., Silverman D.T. (1980) An occupation and exposure linkage system for the study of occupational carcinogenesis. *J. Occup. Med.* 22 (11):722-726.
- Kauppinen, T., Toikkanen, J., Pedersen, D., Young, R., Kogevinas, M. y colaboradores (1998) *Occupational exposure carcinogens in the European Union in 1990-1993*. CAREX. International informations system on occupational exposure to carcinogens. Finish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Mastrangelo, F. E., y Marzia, V. (1996) Polycyclic aromatic hydrocarbons and cancer in man. *Environ Health Perspect.* 104(11):1166-70.
- Medina, M. (2003) La cultura de la tecnociencia. En C. Bueno y M.J. Santos *Nuevas tecnologías y cultura*, Anthropos-Universidad Iberoamericana, pp.31-43.
- Mirón, J., Alonso, M. e Iglesias, H. (2010) Metodología de investigación en Salud Laboral. *Med. segur. trab.* Vol.56. 221: 210.
- Molina, P. (2010) *Caracterización Funcional de SNAI1 2 como represor de Cadherina-E y como regulador del Proceso de Carcinogénesis Química*. Tesis Departamento de Bioquímica, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.
- Neto, F., Barros, U. y otros (2012) *Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho*. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Rio de Janeiro.
- OMS (2011) Cánceres de origen ambiental y ocupacional. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/es/>
- Park, C. y Sneer, R. (1983) Quantitative risk Assessment State-of the Art for carcinogenesis. *The American Statistician* 37; 427-441.
- Partanen, T., Monge, P. y Wesseling, C. (2009) Causas y prevención del cáncer ocupacional, *Acta. Med. Costarric.* Vol.

51 (4): 195-205.

- Panizza, C., y col. (2011) Lung Cancer Risk in the Electroplating Industry in Lombardy, Italy. Using the Italian Occupational Cancer Monitoring (OCCAM) Information System. *American Journal of Industrial Medicine* 1-4, 2011.
- Pitarque, S., Cleries, R., Martínez, J., López-Abente, G., Kogonivas, M. y Benavides, F. (2008) Mesothelioma mortality in men: trends during 1977-2001 and projections for 2002-2016 in Spain. *Occup. Environ. Med.* 2008; 65:279-282 doi:10.1136/oem.2007.034769
- Rabello-Gay M. N. (1992) *Análise Crítica de Alguns Testes de Curta Duração como Provisores do potencial carcinogénico de compostos químicos*. Instituto Butantan .Sao Paulo, Brasil.
- Ramírez, O, (2007) El Principio de Precaución la certeza de la incertidumbre ¿El caso de la aplicación de plaguicidas en áreas periurbanas argentinas? *Revista Theomai / Theomai Journal* N° 16: pp. 69-86.
- Richardson D., Cardis, E., Daniels, R., Gillies, M, O'Hagan, J. y cols. (2015) Risk of cancer from occupational exposure to ionizing radiation retrospective cohort study of workers in France, the United Kingdom and the United States (INWORKS). *BMJ*; 351. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h5359> 351; h5359.
- Rodríguez, C. (2009) *Los Convenios de la OIT sobre Salud y Seguridad en el Trabajo: Una oportunidad para mejorar las Condiciones y el Medio Ambiente de Trabajo*. Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo. 1° Edición.
- Takala J. (2015) Eliminating Occupational Cancer. *Ind. Health*, vol. 53: 4, pp 307-309
- Tresierra, M.A. (2011) Epidemiología. Controlando Riesgos, promocionando salud. Obtenido de <http://docplayer.es/10634348-Epidemiologia-controlando-riesgos-promocionando-salud-dr-miguel-angel-tresierra-ayala.html>
- Yamagiwa, Katsusaburo e Ichikawa, Koichi (1918). Experimental study of the pathogenesis of carcinogenesis. *J. Cancer Research* 3:1 -29

CAPÍTULO 10

USO DE DROGAS Y ESPACIOS LABORALES: LA FRÁGIL LÍNEA DIVISORIA ENTRE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO

Claudio Rojas Jara
Universidad Católica del Maule

*“Invierte más tiempo en tu trabajo
que trabajo en tu tiempo”*
Friedrich Dürrenmatt

Introducción

El fenómeno de las drogas trasciende diferentes espacios, ciclos del ser humano y su relación con el mundo. Las drogas pueden aparecer indistintamente en cualquier etapa del ciclo vital y tomar diferentes formas (Rojas, 2016), como también alcanzar múltiples funciones (Rojas, 2015). Podemos encontrar uso de drogas en los contextos familiares primarios (Espinoza, Hernández & Vöhringer, 2004; Olivari, 2016; Stanton & Todd, 1990), en el espacio escolar (da Silveira, da Silva & de Araujo, 2014; Pereira & Morgado, 2014; Rodríguez, Fernández, Hernández, Valdés, Villalón, Ramírez, Ramírez, Valenzuela & Cardemil, 2009; Rojas & Rioseco, 2016) y, esperablemente también, en el trabajo (OIT, 2016; Otero, 2011; Vicente & López, 2014).

El siguiente capítulo tiene como pretensión dar cuenta no solo de las implicancias innegables del uso de drogas en los espacios laborales, los factores de riesgos asociados y sus consecuencias, sino también de los probables significados que tenga el uso de drogas en los diversos actores del medio laboral y las responsabilidades compartidas –y no exclusivas– de cada uno de ellos en su comprensión, prevención y abordaje. Además, se analizarán propositivamente las implicancias del

uso de drogas en los espacios privados y su mezcla, en ocasiones arbitraria y estigmatizante, con el mundo público por medio de la incorrecta interpretación de los test de drogas aplicados en el terreno de lo laboral.

¿Existe algún riesgo de vulneración de la privacidad, de lo íntimo y de ciertos derechos humanos fundamentales cuando buscamos cotejar la conducta laboral midiéndole en términos de la conducta privada y centrada en el uso de drogas en sus diferentes formas? ¿Cómo se debiese orientar la prevención en los espacios laborales sin caer en prácticas punitivas o persecutorias? ¿Debe un consumo recreativo, privado y personal ser motivo de actuación cuando emerge descrito por un test de drogas en el contexto laboral? ¿Es correcto el criterio de perseguir laboralmente el consumo de algunas drogas y no otras? ¿Por qué al hablar del uso de drogas en los ambientes laborales se apunta solo a los trabajadores y no a sus superiores? Estas preguntas orientan las líneas sucesivas como una hoja de ruta que guía el debate y la discusión en este confronte inevitable entre lo público y lo privado en el tema de las drogas y el mundo del trabajo.

Los espacios laborales y el uso de drogas

La ocupación laboral emerge hoy como uno de los grandes movilizadores de la humanidad. Nos provee de recursos, puede otorgarnos visibilidad, identidad y estatus, como también acceso a bienes y beneficios, la satisfacción de necesidades y la búsqueda de bienestar. Pasamos aproximadamente la mitad de nuestro día a día (y en ocasiones aún más) en nuestros puestos de trabajo. Creamos un mundo asociado a estos espacios, redes de proximidad, lazos más o menos significativos, y una cotidianidad que influencia positiva o negativamente a quienes se asientan en su seno. Este mundo laboral, cuenta con normas, expectativas comportamentales y marcos regulatorios que mediatizan el ejercicio del trabajo y el desarrollo de cualquier actividad en su espacio.

La lógica de base implica que el trabajador pueda ge-

nerar un nivel de producción óptimo, para el empleador que lo alberga, que implique –recíprocamente– la recepción de un estipendio por dicha labor. Bajo ésta premisa, cualquier elemento o variable que incida negativamente en el nivel de productividad del trabajador pone en riesgo la estabilidad laboral al contravenir aquellas normas, expectativas y marcos referidos con antelación. Un factor que regularmente se asocia con una baja productividad laboral es el uso de drogas (Caballero, 2006; Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2010; Fernández & Echeburúa, 2001; Frone, 2011; Ochoa & Madoz, 2008; OIT, 1996; Paton & Kirkwood, 2005; SENDA, 2013).

Sobre las drogas y su uso a nivel global, el último informe de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, 2015) plantea que el consumo se mantiene estable. Un 5% de los mayores de 15 a 64 años en todo el mundo consumieron una droga ilícita en el 2013, y como es costumbre, este dato no involucra las drogas legales que se mantienen con la mayor tasa de consumo a nivel mundial. Otro dato interesante que entrega este informe son las diferencias de género en el acceso a tratamiento: “Aunque uno de cada tres usuarios de drogas es mujer, solo uno de cada cinco usuarios de drogas en tratamiento es mujer” (p.11).

En nuestro país, el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General del año 2014, elaborado por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol y Drogas (SENDA), muestra un aumento en el uso de sustancias tanto legales (alcohol) como ilegales (cannabis en jóvenes y cocaína principalmente en hombres), manteniéndose estables el uso de pasta base y de tabaco con un pequeño aumento porcentual de esta última droga en mujeres (SENDA, 2015).

Cuando nos remitimos a los estudios focalizados al uso de drogas en el ámbito laboral en Chile, disponemos de los datos que reveló el sexto análisis desarrollado por la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), en el año 2012, que busca dimensionar el consumo de drogas lícitas e ilícitas en el trabajo.

Sus resultados dan cuenta de diferencias mínimas y no significativas, y por tanto poco generalizables, de acuerdo al espacio laboral de desempeño (general, minería, agrícola/forestal, comercio/transportes, industria y servicios). Sin embargo, por género existen notorias diferencias donde, por ejemplo, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en hombres es 2,6 veces más que en las mujeres¹. En hombres es más prevalente el consumo problemático de alcohol mientras en mujeres es el uso de medicamentos psicotrópicos (hipnóticos, ansiolíticos, anorexígenos y estimulantes). Por otra parte, los rangos etarios refieren que los trabajadores menores de 25 años, tienen la probabilidad de consumir 4 veces más, drogas ilícitas, respecto a los mayores de 35 años. Sobre el estado civil se menciona que los solteros o convivientes tienen cerca de tres veces más probabilidad de consumo que los casados. Sobre la jornada laboral se observó que las personas que realizan labores nocturnas tienen 2,2 veces más probabilidad de consumir drogas ilícitas, que las personas que trabajan solo en jornada diurna. En cuanto a la antigüedad laboral se encontró que los trabajadores con menos de un año en la empresa tienen 1,6 veces más probabilidad de consumir drogas ilícitas, respecto de los trabajadores que tienen más de 10 años en la empresa. Finalmente, con respecto a los ingresos se obtuvo que los sujetos que declaran un sueldo mayor a \$500.000 pesos (cercano a dos sueldos mínimos actuales) tendrían un 1,25 veces menos de probabilidad de consumo que los que perciben un sueldo menor a \$350.000 pesos (ACHS, 2012).

1. Un estudio realizado en Perú en el año 2005 señalaba que de una muestra importante de mujeres trabajadoras el 52,8% consumían alcohol y un 6,4 drogas ilegales. Las trabajadoras de religión católica estaban en mayor riesgo de consumir alcohol y las menores de 20 años en riesgo de usar drogas ilícitas. El 17,6% sufrió violencia verbal en el trabajo, 9,6% violencia física y un 1,6% vivió algún tipo de hostigamiento sexual en su espacio laboral. Las víctimas de violencia verbal en el trabajo presentaron un mayor riesgo de consumir drogas ilícitas. Este estudio concluye que las mujeres aparecen como un grupo vulnerable para diferentes tipos de violencia en el trabajo dado el temor y/o vergüenza para reportar estos casos (Musayón & Caulfield, 2005).

Consecuencias del uso de drogas en el trabajo y la distinción causa-función

Como refieren Fernández y Echeburúa (2001) las consecuencias del uso de drogas en los contextos laborales son múltiples y trascienden no solo al empleador sino también al empleado. El desajuste e inestabilidad laboral, el ausentismo, los accidentes, las sanciones y despidos, la rotación de personal, la baja en la productividad y, por consiguiente, el deterioro del clima laboral, la imagen y representación de la empresa, emergen como visibles impactos de este fenómeno.

Según Ochoa & Madoz (2008) las personas que beben alcohol tienen “3 veces más accidentes en el trabajo que otros trabajadores, perdiendo muchos más días laborables por enfermedad. El uso de cannabis afecta negativamente a la capacidad de realizar tareas que requieren atención y concentración, aumentando el riesgo de accidentes laborales. Muchos consumidores de cocaína pueden tener problemas, tanto en tareas que requieran atención y concentración como por absentismo laboral y otras consecuencias. El uso de estimulantes incrementa el riesgo de padecer accidentes de trabajo o de tráfico” (p.27).

Sobre las causas del uso de drogas en los ambientes laborales, Frone (2011) acota que estas pueden ser tanto internas como externas. Entre las **causas internas** encontramos: (1) la actitud laboral sobre uso de drogas, entendido como la percepción de aceptación o rechazo de las drogas en el trabajo, (2) el control social en el lugar de trabajo, dirigida a la regulación y normativas laborales para al manejo del uso de drogas en este contexto, y (3) el estrés laboral, que implicaría emociones negativas asociadas a un agobio por el trabajo y sus condiciones. Entre las **causas externas** se contarían: (1) algunas variables sociodemográficas (rango etario, género, edad, nivel socioeconómico, etc.), (2) la personalidad, principalmente caracterizada por un bajo control conductual (impulsividad) y afectividad negativa (propensión a estados emocionales negativos y estrés psicológico), y (3) las expectativas

depositadas en el consumo de drogas (e.g. beber alcohol como una forma de “relajo” frente a la presión laboral).

En este punto, es relevante mencionar que aquello que denominamos “causa” sea mejor diferenciarlo del término “función” ya que podemos cometer un error con implicancias no solo comprensivas sino también terapéuticas. Uno de los elementos a evaluar cuando se produzca un uso de drogas en el ámbito laboral es qué rol cumple y qué significado tiene este para el trabajador. Si el uso de drogas en el trabajo aparece como un medio para sobrellevar una alta carga laboral, para mantener un estado de vigilia en jornadas extenuantes o donde un estado de alerta es obligatorio, para abordar el estrés de las demandas de productividad y competencia (OIT, 2016) o para sopesar el desequilibrio emocional que causa el maltrato laboral en cualquiera de sus formas (Niedhammer, David, Degioanni, Drummond & Philip, 2011), se requiere una comprensión de estas funciones para apuntar a un abordaje efectivo. Si solo nos centramos sintomáticamente en el uso de drogas sin prestar atención a la función erraremos el camino y caeremos en el plano de la focalización ilusa en el objeto-droga y no en el sujeto-función, que es el verdadero terreno donde se juega la recuperación de los usos problemáticos de drogas (Rojas, 2015; Rojas & Muena, 2016). Por tanto, abordando en urgencia la droga y su retirada de la ecuación laboral podemos eficazmente omitir un mala –pero adaptativa– respuesta de afrontamiento aunque dejando intacta la verdadera “causa” del consumo, que es donde ésta respuesta alcanza su valor y real “función”. Solo eliminando el síntoma (y no la causa) el sujeto, en este caso el trabajador, encontrará otro objeto que reemplace dicha función.

El contexto laboral: ¿factor protector o de riesgo para el uso de drogas?

Si bien el trabajo puede proveer de seguridad económica y social, como también de satisfacción de necesidades de diversa índole y tornarse un factor protector para la estabilidad

biopsicosocial de cualquier sujeto, es importante y esencial, reconocer que este puede transformarse –en base a ciertas condiciones– en un poderoso factor de riesgo para el uso de drogas. Los modelos económicos e industriales actuales centrados en el individualismo, la competitividad, la producción seriada y el consumo globalizado, pueden claramente imprimir su sello sobre el clima y cultura laboral, favoreciendo el uso de drogas como una contramedida (apropiada o no) para hacer frente a un ambiente de trabajo sentido y vivido con tensión².

Era propio de las consideraciones tradicionales sobre este tema apuntar como factores de riesgo, para el uso de drogas en contextos laborales, a elementos netamente del trabajador, excluyendo inexplicablemente las variables propias del lugar de trabajo. Sin embargo, se reconoce actualmente que los factores laborales adquieren un valor relevante en la presentación del consumo de drogas en sus trabajadores. Como acota el SENDA (2013) “el trabajo en sí puede actuar como un factor protector o de riesgo según las características del mismo” (p.29). Hoy en día, como refiere la Oficina Internacional del Trabajo [OIT] (2016), los empleados de todo el mundo están haciendo frente a grandes cambios en las relaciones laborales y en la organización del trabajo, viviendo una mayor presión para satisfacer las exigencias de la vida laboral moderna. De este modo, “el ritmo de trabajo marcado por las comunicaciones instantáneas y los altos niveles de competitividad mundial hacen que la línea de separación entre la vida laboral y la personal sea cada vez más difícil de identificar” (p.2).

La Guía de Drogodependencias en el Medio Laboral desarrollado por la Confederación Empresarial de la Provincia de Alicante [COEPA] (2003) propone tres tipos de factores de riesgo para el consumo de drogas por parte de los trabajadores:

2. La misma OIT (2016) señala al respecto que “se está prestando cada vez más atención al impacto de los nuevos comportamientos de afrontamiento, como son el abuso de alcohol y drogas, el hábito de fumar, la dieta poco saludable, la mala calidad del sueño, así como la asociación con un aumento del índice de accidentes en el trabajo” (p.6).

Tabla 1. Factores laborales de riesgo para el uso de drogas

<p>Relacionados con la organización del proceso productivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas de trabajo demasiado prolongadas. • Rotación horaria. • Ritmos de trabajo demasiado intensos (estrés laboral). • Sobrecarga de trabajo y elevados niveles de tensión. • Escasas posibilidades de promoción laboral.
<p>Relacionados con el puesto de trabajo y/o la tarea</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajos repetitivos y escasamente motivadores. • Condiciones climatológicas adversas. • Contaminación y toxicidad ambiental. • Trabajos aislados sin contacto con compañeros o superiores. • Traslados frecuentes del puesto de trabajo. • Puestos de trabajo asociados a una mayor proximidad o disponibilidad a sustancias. • Cultura del puesto y/o profesión.
<p>Relacionados con el ambiente laboral</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conflictividad laboral. • Inestabilidad laboral. • Ambiente de gran competitividad. • Presencia de consumidores en el centro de trabajo. • Tolerancia en el centro de trabajo hacia los consumos de drogas. • Accesibilidad a determinadas sustancias.

Fuente: elaboración propia a partir de la Guía de Drogodependencias en el Medio Laboral (COEPA, 2003).

Ochoa & Madoz (2008), en complemento, apuntan agudamente a diferenciar **factores de riesgo laborales y no laborales para el consumo de drogas**. Entre los primeros se mencionan: (a) trabajos excesivos y alto rendimiento, (b) tareas rutinarias y monótonas, (c) insatisfacción laboral, (d) jornadas de trabajo prolongadas, (e) turnos cambiantes, (f) largas ausencias del hogar, (g) cansancio intenso en el trabajo, (h) compañeros consumidores, (i) trabajos dependientes de la relación social, y (j) disponibilidad en el medio laboral. Entre los segundos cuentan: (a) consumo problemático de drogas por los padres, (b) consumo de drogas en lugares de recreación, (c) malas relaciones fraterno-filiales, (d) pares consumidores, (e) facilidad para acceder a drogas, (f) sensación de agobio y tensión, (g) pérdida de confianza en sí mismo, y (g) escasa participación social.

Mundo privado *versus* mundo laboral: la aplicación de test de drogas en el trabajo

La realización de pruebas de drogas en el espacio laboral constituye un asunto ético particularmente delicado, complejo y cargado de controversias (Harris & Heft, 1992). Esta práctica requiere de una revisión y discusión constante, dado que en su aplicación pueden transgredirse no solo derechos humanos y laborales fundamentales sino también patologizar comportamientos de la vida privada y/o someter a tratamiento cualquier conducta de consumo, incluso aquellas no problemáticas. Esta referencia no implica estar en contra de la aplicabilidad de estas pruebas sino de su uso contextualizado, respetuoso y consensuado, buscando no vulnerar los espacios privados, ya que si bien se ha demostrado que su presencia en los contextos laborales desincentiva el uso de drogas (Carpenter, 2007) esto no se puede transformar en una forma de control de la vida íntima de las personas.

La OIT (2006) refiere que realizar controles de drogas en el lugar de trabajo se transforma en “un asunto intrínsecamente polémico que plantea la cuestión de dónde debe trazarse

se la línea divisoria entre el derecho a la intimidad y el derecho al profesionalismo” (p.33).

En este sentido, algunos elementos a considerar, analizar y discutir sobre la aplicación de test de drogas en los contextos laborales serían:

1. Considerar que la aplicación de un test de drogas, o un *screening*, sólo refleja o puntualiza el uso de una sustancia pero no da cuenta alguna del tipo de consumo de la misma (problemático o no problemático). De este modo, los resultados de un test pueden evidenciar el uso pero no el contexto en el que se desarrolló (en o fuera del trabajo), como tampoco la severidad del mismo (si el uso fue experimental, ocasional o dependiente). Esto implica el peligro inminente de caer en la patologización de una conducta que podría tener un carácter recreativo, privado y exclusivo, como establecer rótulos facilistas o generar estereotipos en base a los resultados de un test de drogas aplicado en el espacio laboral.

2. Reconocer el riesgo eventual de penalizar públicamente una conducta del ámbito privado. Un test de drogas, como fue referido anteriormente, puede marcar el uso de una droga pero ¿qué ocurre si ese uso no se efectuó en el contexto laboral si no en los tiempos extra-laborales del empleado? ¿qué ocurre si el trabajador nunca se ha presentado bajo los efectos de alguna sustancia a su puesto de trabajo pero marca positivo en un test de drogas? En este caso, ¿se debe incorporar a alguien a un programa de tratamiento públicamente por una conducta del ámbito particular? ¿cómo se aborda laboralmente un falso-positivo?

3. Estar conscientes de que las decisiones, a partir de una aplicación de test de drogas, pueden tomar una errada forma en base a juicios morales unilaterales, jerarquizadas por relaciones laborales asimétricas de poder, e implicar desvinculaciones arbitrarias (o cambios en las condiciones laborales) forjadas en parámetros valóricos sesgados y parciales. Malas decisiones además, podrían dar cabida a actos de violación de derechos humanos y laborales fundamentales en los trabajadores, por coerción, acoso o maltrato en todas sus formas, que

podrían desprenderse del equivocado uso de los resultados de un test de drogas.

4. Observar que en el contexto del trabajo se tiende a concentrar la acción, persecución y el prejuicio sobre las drogas ilegales más que en las legales. Sin embargo, la cultura nacional del “after office”, el “happy hours” o los mal entendidos “autocuidados” dan cuenta de que los usos de drogas legales (alcohol y tabaco) por parte de los trabajadores –fuera del espacio laboral– están validados culturalmente, pero también, que se persigue más férreamente a algunos tipos de drogas y que, incluso socialmente, existe amplia aceptación de unas por sobre otras.

5. Por último, remarcar que los test de drogas en el trabajo tienden a perpetuar una focalización recalcitrante en el síntoma (uso de drogas y espacios laborales) y no en las probables causas del mismo (variables bio-psico-socio-laborales) como tampoco de su función (valor y significados subjetivos de su uso).

Comentarios finales

La legislación chilena no aborda directamente el tema de la relación entre el uso de drogas y el mundo laboral. Esto depende de cada lugar o empresa, lo que consta como referencia en el Código del Trabajo (2016). Según esto, cada lugar es responsable de definir su propia política de prevención, control, rehabilitación como de las sanciones para casos de uso problemático de drogas. Desde la política pública solo se cuenta con la oferta de intervención universal del SENDA, “Trabajar con Calidad de Vida”, que no es obligatoria para los empleadores, y que actúa en base a convenios que se firman con el compromiso de establecer espacios laborales preventivos en materia de drogas (SENDA, 2013).

Por otra parte, la ley 20.000 de drogas (2005) señala explícitamente que las personas dependientes de sustancias psicotrópicas ilegales no podrán ser ministros de Estado, subsecretarios, intendentes, gobernadores, consejeros regionales,

alcaldes, concejales, jueces, fiscal nacional, fiscales regionales ni consejeros del Banco Central, a menos que se justifique el uso de dichas drogas por razones médicas. Además, se recalca que antes de asumir cualquiera de estos cargos, han de presentar una declaración jurada que certifique que no sufren de esta clase “de dependencia”. ¿Esto implicará que un uso no dependiente, como podría ser un uso recreativo o esporádico no inhabilita para ejercer este tipo de cargos? ¿Esto refiere que nuestras leyes permiten el uso no dependiente y privado de drogas en los contextos laborales de cargos públicos pero no así en el resto de los contextos laborales que alcanza la ciudadanía? Sobre esto en particular, me reservo los comentarios.

En otro punto, y a modo de síntesis, cabe referir que las estrategias a seguir por parte de los empleadores en términos de la prevención o tratamiento del uso de drogas en su espacio se han de considerar ciertos parámetros o recomendaciones prácticas que, ya en la década de los 90', la OIT (1996) puso en el tapete.

Primero, que **los problemas relacionados con el uso de drogas son un tema de salud**, y por tanto, han de tratarse sin discriminación alguna como otro problema de salud dentro del trabajo.

Segundo, que **tanto empleadores y empleados tienen una responsabilidad mutua en la análisis del impacto del uso de drogas en el trabajo** y en el desarrollo de una política de gestión compartida y cooperativa en prevención y tratamiento.

Tercero, que **el uso de test de drogas para definir su consumo en el trabajo supone dilemas humanos, jurídicos, éticos y morales**, por tanto se ha de determinar con absoluto criterio cuándo, cómo y bajo qué justificación han de aplicarse estos.

Cuarto, **apelar por la transparencia e igualdad en el tema y no generar diferenciaciones entre superiores y trabajadores**, dado que el uso de drogas no es un problema exclusivo de tan solo una parte de la pirámide laboral o que excluya jerarquías.

Y quinto, que **en casos donde efectivamente se presente un consumo problemático de drogas que afecta y ataña al contexto laboral se maneje con la confidencialidad, pulcritud y resguardos requeridos**, evitando sesgos, coerción, discriminación o estigmatización de los implicados.

Para cerrar estos párrafos, y como debiese ser también al término de cada jornada de trabajo, no podemos olvidar que del mismo modo en que hemos de cautelar la productividad y la eficiencia laboral tenemos la necesidad de velar porque estos espacios se transformen en contextos bien tratantes de todos quienes son y forman parte de él, en particular de su fuerza laboral y actor primigenio: los trabajadores.

Referencias

- Asociación Chilena de Seguridad. (2012). *Prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas en trabajadores chilenos: sexto estudio 2012*. Santiago: ACHS.
- Caballero, F. (2006). *Las drogas: educación y prevención*. Madrid: Editorial Cultural.
- Carpenter, C. (2007). Workplace drug testing and worker drug use. *Health Service Research*, 42(2), 795-810.
- Dirección del Trabajo. (2016). *Código del Trabajo*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Confederación Empresarial de la Provincia de Alicante. (2003). *Guía para la mejora de la gestión preventiva: drogodependencias en el medio laboral*. Alicante: COEPA.
- Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2010). *Guía de recomendaciones para la promoción de salud y la prevención de adicciones en los centros de trabajo*. México: Secretaría de Trabajo y Previsión Social.
- da Silveira, R., da Silva, A., & de Araujo, G. (2014). Consumption of alcohol, tobacco and other drugs among adolescents from an elementary school in a brazilian city. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(2), 51-60.
- Espinoza, M., Hernández, F., & Vöhringer, C. (2004). *Trabajo con familias en dependencia a drogas y vulnerabilidad social desde el modelo de comunidad terapéutica*. Santiago: CONA-

CE-Fundación CREDHO.

- Fernández, J., & Echeburúa, E. (2001). El consumo excesivo de alcohol: un reto para la salud laboral. *Salud y Drogas*, 1(1), 17-39.
- Frone, M. (2011). Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace. En J. Quick & L. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 277-296). Washington, DC: American Psychological Association.
- Harris, M., & Heft, L. (1992). Alcohol and drug use in the workplace: issues, controversies and directions for future research. *Journal of Management*, 18(2), 239-266.
- Ley N° 20000. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 16 de febrero del 2005.
- Musayón, Y., & Caufield, C. (2005). Consumo de drogas y violencia en el trabajo femenino Zapallal-Lima/Perú. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 1185-1193.
- Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., & Philip, P. (2011). Workplace bullying and psychotropic drug use: the mediating role of physical and mental health status. *The Annals of Occupational Hygiene*, 55(2), 152-163.
- Ochoa, E., & Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32.
- OIT. (1996). *Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- OIT. (2006). Estar limpio: controles sobre consumo de drogas y alcohol en el lugar de trabajo. *Trabajo: Revista de la OIT*, 57, 33-36.
- OIT. (2016). *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Olivari, C. (2016). Aproximación a las adicciones desde el enfoque sistémico. En C. Rojas (Ed.). *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 93-106). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Otero, C. (2011). Drogodependencias en el lugar de trabajo: pautas generales de intervención desde la medicina del tra-

- bajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 146-172.
- Paton, S., & Kirkwood, L. (2005). *Review of workplace-based alcohol and other drug early intervention*. Wellington: Alcohol Advisory Council of New Zealand.
- Pereira, A., & Morgado, M. (2014). *Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio*. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 16(2), 29-40.
- Rodríguez, J., Fernández, A., Hernández, E., Valdés, M., Villalón, M., Ramírez, S., Ramírez, F., Valenzuela, C., & Cardemil, S. (2009). Estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de enseñanza básica a través de la metodología de pares. *Revista Médica de Chile*, 137, 774-784.
- Rojas, C. (2015). Tratamiento para el uso problemático de drogas: conceptos y pilares fundamentales de una intervención terapéutica. En C. Rojas (Ed.), *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (pp. 25-40). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Rojas, C. (2016). *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología*. Talca: Universidad Católica del Maule.
- Rojas, C., & Mueña, E. (2016). Psicología y drogas: alusiones históricas, teóricas y prácticas. En C. Rojas (Ed.), *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (pp. 21-43). Talca: Universidad Católica del Maule.
- Rojas, C., & Rioseco, M. (2016). Convivencia escolar y drogas: la distinción y el análisis de una relación. En G. Salas, E. Saavedra, P. Morales & C. Cornejo. *Convivencia escolar: del pathos al ethos* (en prensa). Talca: Universidad Católica del Maule.
- SENDA. (2013). *Trabajar con calidad de vida. Manual de implementación: construyendo una cultura preventiva del consumo de drogas y alcohol en espacios laborales*. Santiago: Gobierno de Chile.
- SENDA. (2015). *Décimo primer estudio nacional de drogas en población general de Chile, 2014*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Stanton, M., Todd, T., & Cols. (1990). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa.
- UNODC. (2015). *World drug report 2015*. New York: United

Nations Publications.

Vicente, M., & López, A. (2014). Consumo de alcohol en trabajadores españoles del sector servicios: variables socio-demográficas y laborales implicadas. *Ciencia & Trabajo*, 15(51), 158-163.

CAPÍTULO 11

EL ENVEJECIMIENTO COMO DESAFÍO PARA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD LABORAL

Nora Gray Gariazzo

Escuela de Psicología, P. Universidad Católica de Valparaíso.

Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina,

Universidad de Valparaíso.

Vicente Sisto Campos

Escuela de Psicología, P. Universidad Católica de Valparaíso.

María Alejandra Rivera Tovar

Escuela de Psicología, P. Universidad Católica de Chile.

En el ámbito del trabajo existen muchos desafíos en la actualidad. El aumento de la esperanza de vida de la población en nuestro país demanda acciones diversas desde la perspectiva de las políticas públicas puesto que la vida laboral se extiende y las condiciones en que se realizan las actividades debieran considerar lo que implica el envejecimiento en toda su magnitud. Se presenta a continuación una revisión actualizada de diversos estudios que abordan este tema, que puede servir de insumo para la discusión en el área de la salud laboral.

Chile, una sociedad en transición demográfica

El envejecimiento poblacional es un fenómeno hasta ahora verificable en países en desarrollo, que hoy representa una realidad también en nuestro país: para el año 2050, se estima que 1 de cada 4 personas en Chile tendrá 60 o más años (Alvarado & Plaza, 2014; CEPAL, 2014). Así mismo se señala que la cantidad de personas mayores en América Latina y el Caribe se duplicará en 2030, llegando a un total cercano a los 120 millones de personas, esto es, un 16,7% de la población (CEPAL, 2014).

Naciones Unidas ha relevado la importancia del enve-

jecimiento de la sociedad a nivel mundial, desarrollando dos asambleas sobre envejecimiento, en 1982 y 2002 (Naciones Unidas, 1982; 2003). En dichas asambleas la ONU ha propiciado discutir, entre otros aspectos, en lo que respecta a trabajo: el aporte que hacen los adultos mayores a la economía; la seguridad social y la protección social; la jubilación; las oportunidades de empleo; la igualdad de trato y no discriminación; la existencia de grupos vulnerables desde el punto de vista laboral (mujeres mayores y habitantes de zonas rurales); las condiciones de trabajo y salud; y los requerimientos de capacitación para este grupo.

En estos documentos se subraya la necesidad de robustecer los sistemas de seguridad social y de preparar a las personas para el momento de la jubilación con políticas intersectoriales. Naciones Unidas insta a los gobiernos a ofrecer nuevas y flexibles oportunidades de empleo a los adultos mayores, igualdad de trato y no discriminación, la necesidad de contar con condiciones de trabajo y salud que incorporen una mirada comprometida con la salud y la seguridad laboral.

Existe una amplia gama de ejemplos en que se expresa la necesidad de construcción de políticas públicas específicas para adultos mayores, tanto en salud, transporte, inclusión/exclusión. En salud: una población envejecida requiere recursos para desarrollar programas en atención de salud específica para este grupo, puesto que los costos derivados de la complejidad de patologías, de los medicamentos y de la potencial dependencia por motivos funcionales de adultos mayores son cada vez más elevados (Marín, 2007). En transporte: los adultos mayores perciben la necesidad de adaptaciones en el transporte público que faciliten su traslado en el caso que tengan déficits o dificultades en el movimiento (Gajardo, Navarrete, López, Rodríguez, Rojas, Troncoso & Rojas, 2012). Desde el punto de vista de la inclusión/exclusión social: es fundamental enfrentar los prejuicios que existen en la población sobre el proceso de envejecimiento para poder incorporarlos a la actividad social regular, (Thumala, Arnold, Massad, & Herrera, 2015; Abusleme, Arnold, González, Guajardo, Lagos, Massad,

... & Urquiza, 2014; Senama, 2007); la discriminación y la exclusión en el campo laboral se puede evitar si los adultos mayores están suficientemente capacitados y actualizados en conocimientos (Eichhorst, Braga, De Coen, Galasso, Gerard,... & Steiber, 2013; Ghosheh, 2008).

Datos actuales (Thumala et al., 2015) señalan que, en promedio, para el quinquenio 2010-2015 la esperanza de vida es de 81 años (83,9 para las mujeres, 78,1 para los hombres)¹, cifra bastante elevada y superior a la de muchos países del continente (incluyendo Estados Unidos). El porcentaje de personas de 60 años y más se duplicaría en el país entre 2015 y 2050 y podría llegar a un 37,9% en 2100 (Thumala et al., 2015). En la región de Valparaíso se concentran algunos de los indicadores más elevados en materia de envejecimiento en la población chilena: en número absoluto de personas mayores, la región se encuentra entre las tres primeras en magnitud; en porcentaje de personas mayores respecto al total de la población, Valparaíso ha liderado en el país desde el 2010 y seguiría entre las 3 más elevadas del país (Abusleme et al., 2014).

Especialmente complejo es el escenario en el ámbito del trabajo, puesto que las personas mayores se verán casi con certeza obligadas en los próximos años a enfrentar una vida laboral más prolongada debido a la postergación en la edad de jubilación, sugerida por mensajes provenientes desde agencias altamente influyentes en materia económica internacional, que pueden constituirse en una suerte de ‘mandatos’ para los gobiernos cuando ajustan sus economías (OIT, 2012; OECD, 2014, 2015).

La CEPAL (2012; 2014) señala que los países debieran encarar el fenómeno del envejecimiento con políticas públicas basadas en un enfoque de derechos. La desarticulación de la seguridad social ha influido en que los sistemas de pensiones sean menos eficientes: en América Latina, por ejemplo, apenas el 40% de las personas de 65 años y más reciben jubilaciones o pensiones (CEPAL, 2012). El sistema de pensiones

1. Estimado con base en datos de CELADE y CEPAL.

en Chile, que incluye beneficios por vejez, invalidez y sobrevivencia, vive actualmente una crisis caracterizada por una baja cobertura, con densidades de cotización que no superan el 50% para el total de la población afiliada, y una insuficiente tasa de reemplazo de los ingresos percibidos durante la etapa de actividad (Mesa-Lago, 2015; Sojo, 2014). Cabe preguntarse en ese escenario futuro si se ha reflexionado en el ámbito gubernamental respecto a cómo encarar el proceso de ajuste de pensiones para la población adulta mayor teniendo presente nociones de bienestar, calidad de vida y salud.

Encuestas recientes realizadas en el país constatan el predominio de una visión negativa de la vejez (Thumala et al., 2015; Abusleme et al., 2014). De acuerdo a esos datos, los chilenos tienen una evaluación crítica respecto de la preparación institucional ante el envejecimiento poblacional, no asumen su propia preparación para enfrentar su vejez, y además destacan aspectos limitantes en ese estadio de la vida.

El estudio del envejecimiento y su relación con aspectos laborales y de calidad de vida en la población

La construcción de políticas públicas en el país en materias sociales se ha apoyado en la realización de encuestas poblacionales, para conocer la realidad de chilenas y chilenos, en las más diversas materias. Tal es el caso de los censos periódicos (INE, 2014), que entre los muchos temas que contempla también aporta información laboral.

Existen otras encuestas dirigidas específicamente a temas laborales y de condiciones de empleo y salud. En primer lugar, está la Encuesta Laboral, ENCLA, que realiza la Dirección del Trabajo periódicamente, también ha aportado a conocer de manera muy completa la situación de condiciones de trabajo y relaciones laborales en Chile (Dirección del Trabajo, 2012; 2016). En segundo lugar, destaca la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo y Salud, ENETS (Ministerio de Salud Chile, 2011), pionera en el país, que ha permitido develar la situación chilena de salud y trabajo en diversas dimensiones

A partir de la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2011, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social de Chile, por ejemplo, se ha podido obtener valiosa información sobre las relaciones entre bienestar subjetivo, calidad de vida y envejecimiento (Alvarado & Plaza, 2014). A su vez, el análisis de esos datos ha permitido observar cómo interactúan el capital social, la participación en asociaciones y la satisfacción personal de los adultos mayores en Chile (Herrera, Elgueta & Fernández, 2014), mostrando que la percepción de bienestar subjetivo no depende únicamente de condiciones objetivas de vida tales como salud e ingresos, sino también de una inserción activa en la sociedad, expresada para estos efectos como participación en asociaciones.

En diversos países el tema del envejecimiento y sus consecuencias sobre la salud ha sido abordado en estudios longitudinales desde hace ya varios años. En Estados Unidos, se está realizando desde la década del 90 el Health & Retirement Study (HRS), a cargo de la Universidad de Michigan (Institute for Social Research), en acuerdo con el Instituto Nacional del Envejecimiento (National Institute on Aging, 2007).²

El HRS ha inspirado una línea de investigación similar

2. Este gran proyecto de investigación es de tipo panel, con una muestra nacional representativa sobre 20.000 personas mayores de 50 años, considerando un espectro amplio de diversidad en determinantes sociales. A partir de éste, se ha identificado antecedentes y consecuencias de la jubilación, relaciones entre salud, ingresos y riqueza en el tiempo, patrones del ciclo de vida de la acumulación de riqueza y el consumo, la incapacidad laboral, etc. (Sonnega, Faul, Ofstedal, Langa, Phillips, & Weir, 2014). Otros hallazgos enfatizan resultados negativos que relacionan salud y retiro laboral, como el aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular luego del retiro (Moon, Glymour, Subramanian, Avendaño, & Kawachi, 2012), o –en lo positivo– que el retiro otorgaría tiempo libre adicional permitiendo que muchos jubilados tengan hábitos más saludables, incidiendo así en el tabaquismo y el ejercicio (Insler, 2014). En lo psicosocial, se ha mostrado que la soledad sería un predictor de declinamiento funcional y muerte en adultos mayores (Perissinotto, Cenzer, & Covinsky, 2012). Respecto a lo laboral, hay resultados que indican que ocupaciones caracterizadas por niveles más altos de demandas mentales antes de la jubilación, se asocian con mejor funcionamiento cognitivo y un ritmo más lento de deterioro cognitivo después de la jubilación (Fisher, Stachowski, Infurna, Faul, Grosch, & Tetrick, 2014).

en otras latitudes (Börsch-Supan, Brandt, Hunkler, Kneip, Korbmacher, Malter,... & Zuber, 2013). En Europa se ha llevado a cabo el Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), un estudio multicéntrico que ha consolidado información sobre salud, estatus socioeconómico, y redes familiares de 19 países³ reflejada en diversas publicaciones (Bingley & Martinello, 2014; Siegrist, Wahrendorf, Von dem Knesebeck, Jürges, & Börsch-Supan, 2007; Siegrist & Wahrendorf, 2009) A su vez, en Inglaterra se ha desarrollado el English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) (Demakakos, Marmot, & Steptoe, 2012). Ese modelo de estudio ha promovido proyectos análogos en Japón (JSTAR), en China (CHARLS), en Brasil (ELSI) y otros países. Estos estudios de cohorte de gran magnitud sobre adultos mayores han permitido establecer comparaciones y mostrar relaciones causales relevantes entre factores psicosociales en el trabajo y resultados de salud: un ejemplo de ello es que el estrés psicosocial en el trabajo puede ser un factor de riesgo relevante para presencia de sintomatología depresiva entre empleados mayores en todos los países y continentes, lo cual insta a los responsables de la política pública para esforzarse en mejorar la calidad del trabajo, considerando que la fuerza laboral envejece rápidamente, sobre todo en tiempos de una economía globalizada (Siegrist, Lunau, Wahrendorf, & Dragano, 2012).

En América Latina también se han realizado encuestas de esta naturaleza. El proyecto SABE, sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y El Caribe, se diseñó para evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores de siete ciudades de América Latina y el Caribe⁴ Este estudio ha producido muchas publicaciones que presentan diversos resultados de salud en el estrato de adultos mayores en América Latina y el Caribe (Albala, Lebrão, León, Ham-Chande, Hen-

3. Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Estonia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Israel, Italia, Países Bajos, Polonia, Portugal, Suecia, Eslovenia, España y Suiza.

4. Buenos Aires, Argentina; Bridgetown, Barbados; La Habana, Cuba; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile; México, D.F., México y São Paulo, Brasil.

nis, Palloni & Pratts 2005; Albala, Castillo-Carniglia, Albala, Dangour & Uauy, 2012; Fuentes-García, Sánchez, Lera, Cea & Albala, 2013; Pedrazzi, Motta, Vendruscolo, Fabricio-Wehbe, Cruz & Rodrigues, 2010). Estos estudios, si bien tiene características similares a los realizados en países europeos y Estados Unidos, enfatizan resultados que orientan la discusión sobre aspectos metabólicos propios del envejecimiento y la existencia de desigualdades socioeconómicas y de género con relación a distintas situaciones de salud crónica en las personas mayores en el continente.

En Chile, respecto específicamente a los adultos mayores, se ha desarrollado una Encuesta de Calidad de Vida en la Tercera Edad, que se realiza en conjunto entre la Pontificia Universidad Católica de Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor y Caja Los Andes (Herrera, Barros & Fernández, 2007; Herrera, Rojas, Campos, & Fernández, 2011; Programa del Adulto Mayor UC, 2014), de la cual ya existen tres versiones realizadas en los años 2007, 2010 y 2013. Esta encuesta aborda temas como bienestar, salud, situación laboral y económica, participación y actividades sociales, relaciones familiares y sociales y predictores de un buen envejecer. La versión más reciente mostró algunos resultados relevantes desde la perspectiva laboral: quienes realizan trabajo remunerado son principalmente hombres; el 64,5% de las personas mayores que continúan trabajando lo hace por necesidades económicas y el 31,8% lo hace porque le agrada su trabajo o quiere mantenerse activo; la mayoría de las personas mayores recibe entre 50 y 150 mil pesos por su jubilación o pensión (Programa del Adulto Mayor UC, 2014).

Otra fuente de información sobre adultos mayores en el país es la Encuesta Nacional de Inclusión y Exclusión de las Personas Mayores en Chile, que ya tiene cuatro versiones, realizada en forma conjunta entre SENAMA, Universidad de Chile y en cuya tercera versión se sumó Flacso Chile (Abusleme et al., 2014). Entre los resultados de la versión más reciente de esta encuesta (Thumala et al., 2015) destaca que el 75,8% de los encuestados cree que el país está “poco” o “nada” pre-

parado para enfrentar el escenario de la vejez, de modo que existiría incertidumbre sobre la calidad de vida durante la vejez. También se señala que el 54% de los encuestados estaría a favor del pago de un impuesto específico que permita apoyar el bienestar de los mayores, cifra inferior en comparación con la versión anterior de la encuesta (64,8%).

Envejecimiento y trabajo

El envejecimiento se caracteriza por una suma de cambios estructurales y funcionales que surgen a medida que aumenta la edad, produciendo, entre otras cosas, cambios en la capacidad física del sujeto. Tal como señalan Linares, Almirall, y Castillo (2015, p.56) “el envejecimiento biológico, las enfermedades y el estilo de vida pueden considerarse como factores determinantes del proceso de envejecimiento y muestran una interacción mutua”. El envejecimiento individual va a la par de un deterioro gradual de las condiciones de salud física y mental, conllevando un aumento de problemas de salud crónicos que conducen a una limitación funcional y la pérdida progresiva de autonomía, si no se establecen medidas preventivas adecuadas (Albala, Sánchez, Lera, Angel, B., & Cea, 2011).

En términos muy sintéticos, se pueden constatar muchas transformaciones en el plano físico, como la pérdida de elasticidad en ligamentos y articulaciones, el decrecimiento de la fuerza muscular y cambios cardiovasculares y neuronales que alteran las funciones de sueño y vigilia y la pérdida de agudeza visual y auditiva (Linares, Almirall, y Castillo, 2015). En el ámbito psicológico, se ha documentado el impacto que tiene la vejez sobre la pérdida de autonomía, con la consecuente dependencia que ello implica (Alcañiz, Brugulat, Guillén, Medina-Bustos, Mompert-Penina, & Solé-Auró, 2015) y la soledad en que vive el adulto mayor, particularmente en países europeos (Miret, & Zueras, P. 2015).

Desde el punto de vista laboral, estos cambios tienen efectos. Considerando que existen diferencias individuales, el deterioro de la función respiratoria y cardiovascular puede

llevar a una disminución de la capacidad para hacer trabajos pesados y para desempeñarse en ambientes de temperaturas extremas, una capacidad reducida para trabajo en turnos y la necesidad de mayor tiempo de recuperación por el esfuerzo (Harper & Marcus, 2006).

La audición disminuida en la edad adulta puede conllevar la incapacidad para escuchar alarmas o avisos (de gran importancia en el caso de cualquier emergencia), la incapacidad para escuchar instrucciones o solicitudes y la restricción para escuchar y conversar con los colegas. La falta de agudeza visual y la capacidad de distinguir bien luz y oscuridad tener, entre otras, implicaciones para una variedad de tareas de trabajo o conducción de maquinaria o vehículos (Harper & Marcus, 2006). Con los años también hay más dificultad para mantener el equilibrio, lo cual induce una mayor propensión a las caídas. A su vez, los cambios relacionados con la edad en el tacto, la piel, y las funciones de termorregulación pueden relacionarse con mayor riesgo de susceptibilidad a dermatitis, lo podría llevar al trabajador a realizar mal ciertas tareas si el tiempo de contacto tiene que ser reducido para evitar la enfermedad de la piel (Harper & Marcus, 2006).

En el plano músculo esquelético, hay cambios relacionados con la edad que pueden resultar en el deterioro de la salud física, como alteración o pérdida del equilibrio, cambios en la postura, y una disminución en la movilidad y movimiento. El dolor de espalda y cuello son síntomas frecuentes en la vejez y se asocian con mala salud física en general y altas tasas de ausentismo (Harper & Marcus, 2006).

La depresión es una enfermedad frecuente en adultos mayores, que puede tener consecuencias en el ámbito del trabajo. Para los trabajadores de más edad, especialmente los de bajo nivel socioeconómico a punto de jubilarse, la exclusión involuntaria de la fuerza de trabajo puede contribuir al desarrollo de problemas en la esfera de salud mental (Harper & Marcus, 2006; Muntaner, Van Dussen, Li, Zimmerman, Chung & Benach, 2006).

El envejecimiento en el ámbito cognitivo se puede ex-

presar a través del deterioro gradual de funciones como el pensamiento, la memoria, el aprendizaje, la atención, el enfoque, la concentración, y el uso del lenguaje; teniendo en cuenta que este proceso es lento, el impacto en las personas en edad de trabajar -hasta 65 o 70 años- puede ser limitada, aunque algunos estudios han encontrado que el trabajo por turnos tendría un efecto significativo sobre la función cognitiva y que al parecer aumenta en la vida posteriormente (Harper & Marcus, 2006).

La evidencia en investigación en salud ocupacional muestra que los trabajadores de más de 60 años se describen aspectos de deterioro sensorial específico, como es la pérdida de la audición; sin embargo, estos trabajadores tienen mejor comportamiento en seguridad, con menores tasas de accidentes en algunos sectores productivos (Bisom-Rapp, Frazer & Sargeant, 2011; Farrow & Reynolds, 2012).

La investigación ha identificado que los trabajadores mayores están en mayor riesgo de accidentes fatales y tardan más en recuperarse en los no fatales; la evidencia muestra que, si bien ocurren cambios físicos y psicológicos en edades superiores a 50 años, éstos están sujetos a grandes diferencias individuales y se puede reducir los riesgos asociados a dichos cambios con mantenimiento de la actividad. (Crawford, Graveling, Cowie & Dixon, 2010; Eichhorst et al., 2013).

No obstante existen consecuencias negativas del envejecimiento sobre el trabajo, también existen aspectos positivos. La sabiduría que proporciona la experiencia práctica acumulada de los trabajadores mayores puede verse como un gran 'activo': Al aumentar la experticia y el conocimiento sobre el trabajo y sus detalles, se compensan, a veces, las limitaciones físicas, incluso en situaciones laborales complejas (Linares, Almirall, del Castillo, 2015; Lovelock, 2012).

Conclusión: hacia una propuesta de política pública que compatibilice salud en el trabajo y condiciones de empleo dignas para la participación laboral de los adultos mayores.

El trabajo es una de las dimensiones que, por su relevancia, debieran incorporarse a la hora de pensar el impacto del envejecimiento de nuestras sociedades. No es fácil encontrar soluciones que conjuguen adecuadas 'condiciones de empleo y trabajo' con la consideración de las 'condiciones de envejecimiento', puesto existe una gran cantidad de problemas por explorar y abordar, tal como muestran los estudios realizados en el área.

En un contexto como el que vivimos en nuestro país, que se ubica entre los más envejecidos del continente, con cifras que lo equiparan con países más desarrollados pero con un sistema de pensiones cuestionado por su baja cobertura e insuficiente tasa de reemplazo de los ingresos percibidos durante la vida laboral activa, no cabe duda que el trabajo ocupa un lugar esencial para el estrato de los adultos mayores. Esta población debiera trabajar pero cumpliendo con la legislación vigente y en un marco de respeto de derechos. Considerando la revisión de estudios realizada, se requiere construir políticas que conjuguen equilibrio y armonía entre trabajo y envejecimiento, que permitan que los adultos mayores participen laboralmente respetando su especificidad, esto es, las condiciones sociales, físicas y psicológicas asociadas al proceso de envejecer.

En materias tales como organización del trabajo (sistemas de turnos, flexibilidad de jornadas), diseño de los puestos de trabajo (iluminación adecuada, ruido controlado, evaluación de aspectos ergonómicos, etc.), disposiciones respecto a manejo manual de cargas y legislación sobre trabajo pesado, entre otras, existen diversos aspectos que podrían considerarse para facilitar la participación laboral efectiva y segura de adultos mayores y debieran integrarse, por tanto, en la construcción de las políticas públicas del área respectiva. En Chile se está avanzando en ese camino. Desde la psicología y desde la salud laboral tenemos mucho por aportar.⁵

5. Reconocimiento: este estudio ha sido realizado en el marco de una Tesis de Doctorado en Psicología en la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso de la autora principal, actualmente en curso.

Referencias

- Abusleme, M., Arnold, M., González, F., Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D., Urquiza, A. (2014). Inclusión y exclusión social de las personas mayores en Chile. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/INTER%20LIBRO%20INCLUSION%2013%20DE%20MARZO.pdf>
- Albala, C., Lebrão, M., León, E., Ham-Chande, R., Hennis, A. J., Palloni, A., & Pratts, O. (2005). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 307-22. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>
- Albala, C., Sánchez, H., Lera, L., Angel, B., & Cea, X. (2011). Efecto sobre la salud de las desigualdades socioeconómicas en el adulto mayor: resultados basales del estudio expectativa de vida saludable y discapacidad relacionada con la obesidad (Alexandros). *Revista médica de Chile*, 139(10), 1276-1285. doi: 10.4067/S0034-98872011001000005
- Alcañiz, M., Brugulat, P., Guillén, M., Medina-Bustos, A., Mompart-Penina, A., & Solé-Auró, A. (2015). Riesgo de dependencia asociado a la salud, el apoyo social y el estilo de vida. *Revista de Saúde Pública*, 49, 26. doi:10.1590/S0034-8910.2015049005585
- Alvarado, X. & Plaza, A. (2014). Bienestar subjetivo, calidad de vida y envejecimiento en Chile. En Oyanedel JC & Mella, C. (Eds) *Debates sobre el Bienestar y la Felicidad*. Santiago: RIL editores
- Bingley, P., & Martinello, A. (2014). Measurement Error in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: A Validation Study with Administrative Data for Education Level, Income and Employment. *SHARE Workingpaper Series* 16-2014, 1-33. Recuperado de http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/WP_Series_16_2014_Bingley_Martinello.pdf
- Bisom-Rapp, S., Frazer, A. & Sargeant, M. (2011). Decent work, older workers and vulnerability in the economic recession: a comparative study of Australia, the United King-

- dom, and the United States. *Employee Rights and Employment Policy Journal*, 15 (1), 43-121. Recuperado de <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1509&context=lawpapers>
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmayer, J., Malter, F., & Zuber, S. (2013). Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42, 992-1001 doi:10.1093/ije/dyt088
- Castillo-Carniglia, Á, Albala, C., Dangour, A. D., & Uauy, R. (2012). Factores asociados a satisfacción vital en una cohorte de adultos mayores de Santiago, Chile. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 414-420. doi:10.1016/j.gaceta.2011.11.021
- CEPAL (2012). Eslabones de la Desigualdad. Heterogeneidad estructural, empleo y protección social. Recuperado de: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/47382/Eslabones_de_la_desigualdad.pdf
- CEPAL (2014). Las personas mayores en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www.cepal.org/celade/envejecimiento/>
- Crawford, J. O., Graveling, R. A., Cowie, H. A., & Dixon, K. (2010). The health safety and health promotion needs of older workers. *Occupational Medicine*, 60(3), 184-192. doi: 10.1093/occmed/kqq028
- Demakakos, P., Marmot, M., & Steptoe, A. (2012). Socioeconomic position and the incidence of type 2 diabetes: the ELSA study. *European Journal of Epidemiology*, 27(5), 367-378. doi: 10.1007/s10654-012-9688-4
- Dirección del Trabajo (2012). Encla 2011. Informe de resultados. Séptima Encuesta Laboral. Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo. Recuperado de http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articles-101347_recurso_1.pdf
- Dirección del Trabajo (2016). Encla 2014. Informe de resultados. Octava Encuesta Laboral. Santiago: Departamento de Estudios de la Dirección del Trabajo, Andros Impresores.
- Eichhorst, W., Boeri, T., Braga, M., De Coen, A., Galasso, V., Gerard, M., Kendzia, M., Mayrhuber, C., Pedersen, J.,

- Schmidl, R & Steiber, N. (2013). Combining the entry of young people in the labour market with the retention of older workers. *IZA Research Report*. No. 53. Recuperado de: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/studies-download.html?languageDocument=EN&file=92310>
- Farrow, A., & Reynolds, F. (2012). Health and safety of the older worker. *Occupational Medicine*, 62(1), 4-11. doi: 10.1093/occmed/kqr148
- Fisher, G. G., Stachowski, A., Infurna, F. J., Faul, J. D., Grosch, J., & Tetrick, L. E. (2014). Mental work demands, retirement, and longitudinal trajectories of cognitive functioning. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(2), 231-242. doi: 10.1037/a0035724
- Fuentes-García, A., Sánchez, H., Lera, L., Cea, X., & Albala, C. (2013). Desigualdades socioeconómicas en el proceso de discapacidad en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 226-232. doi:10.1016/j.gaceta.2012.11.005
- Gajardo, J., Navarrete, E., López, C., Rodríguez, J., Rojas, A., Troncoso, S., & Rojas, A. (2012). Percepciones de personas mayores sobre su desempeño en el uso de transporte público en Santiago de Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(1), 88-102. doi: 10.5354/0717-5346.2012.22055
- Gallardo-Peralta, L. P., López de Roda, A. B., Sánchez-Moreno, E., & Arias-Astray, A. (2014). Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores de Chile. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 187-19. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ana_Roda/publication/264011265_Dimensiones_estructurales_y_funcionales_del_apoyo_social_y_salud_en_personas_mayores_de_Chile/links/0046353cd60c79fbd000000.pdf#page=113
- Ghosheh, N. (2008). Age discrimination and older workers: Theory and legislation in comparative context. *Conditions of Work and Employment Series* No. 20. Recuperado de http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2008/108B09_217_engl.pdf

- Harper, S., & Marcus, S. (2006). Age-related capacity decline: a review of some workplace implications. *Ageing Horizons*, 5, 20-30. Recuperado de <http://www.ageing.ox.ac.uk/files/5%20harperandmarcus.pdf>
- Herrera, M. S., Barros, C., & Fernández, B. (2007). *Primera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Herrera, M S; Elgueta, R P; Fernández M B. (2014). Capital social, participación en asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores en Chile. *Revista Saúde Pública*, 48(5), 739-749. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004759
- Herrera, M. S., Rojas, M., Campos, F., & Fernández, B. (2011). *Chile y sus mayores. Segunda Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez*. Recuperado de <http://adultomayor.uc.cl/docs/Libro%20Chile%20y%20sus%20Mayores.pdf>
- INE (2014). *Resultados preliminares Censo 2012*. Recuperado de: http://www.censo.cl/contenido/documentos/sintesis_de_resultados_censo_2012.pdf
- Inslar, M. (2014). The health consequences of retirement. *Journal of Human Resources*, 49(1), 195-233. doi: 10.3368/jhr.49.1.195
- Linares, T., Almirall, P., del Castillo, N. (2015). Envejecimiento y condiciones de trabajo, ¿un problema para el tercer mundo? *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 16(1), 55-60. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol16_1_15/rst08115.pdf
- Lovelock, K. (2012). The injured and diseased farmer: occupational health, embodiment and technologies of harm and care. *Sociology of health & illness*, 34(4), 576-590. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01394.x
- Marín, P. P. (2007). Reflexiones para considerar en una política pública de salud para las personas mayores. *Revista Médica de Chile*, 135(3), 392-398. doi: 10.4067/S0034-98872007000300016
- Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A, & Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé* (Santiago), 13(1),

- 79-89. doi: 10.4067/S0718-22282004000100007
- Mesa-Lago, C. (2015). Reformas estructurales y Re-reformas de pensiones, y sus efectos en el bienestar social: El caso de Chile. *Política y Sociedad*, 52(3), 719-739.. http://dx.doi.org/10.5209/rev_POSO.2015.v52.n3.45378
- Ministerio de Salud (2011). Informe nacional Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS) 2009-2010. Recuperado de http://www.dt.gob.cl/documentacion/1612/articulos-99630_recurso_1.pdf
- Miret, P., & Zueras, P. (2015). Bienestar y patrones residenciales de la población que envejece y no convive en pareja. Europa occidental, 2004-2011. *Revista Internacional de Sociología*, 73(3). doi: 10.3989/ris.2015.73.3.e017
- Moon, J. R., Glymour, M. M., Subramanian, S. V., Avendaño, M., & Kawachi, I. (2012). Transition to retirement and risk of cardiovascular disease: Prospective analysis of the US Health and Retirement Study. *Social Science & Medicine*, 75(3), 526-530. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.004
- Muntaner, C., Van Dussen, D. J., Li, Y., Zimmerman, S., Chung, H., & Benach, J. (2006). Work organization, economic inequality, and depression among nursing assistants: a multilevel modeling approach 1, 2. *Psychological Reports*, 98(2), 585-601. doi: 10.2466/pr0.98.2.585-601
- Naciones Unidas (1982). Plan de acción internacional de Viena sobre el envejecimiento. Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, 26 Julio A 6 de Agosto de 1982, Viena, Austria. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/programas/pdf/2013-08_plan-accion-envejecimiento-viena-1982.pdf
- Naciones Unidas (2003). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002. Nueva York: Naciones Unidas. Recuperado de <http://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>
- National Institute on Aging (2007). *Growing older in America*.

- The Health & Retirement Study*. Bethesda: National Institute on Aging National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado de https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/health_and_retirement_study_0.pdf
- OECD (2014). *OECD Pensions outlook 2014*. Paris: OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264222687-en
- OECD/IDB/The World Bank (2015). *Un panorama de las pensiones en America Latina y el Caribe*, Wahington, D.C.: IDB. doi: 10.1787/9789264233195-es
- Pedrazzi, E. C., Motta, T. T. D., Vendrúscolo, T. R. P., Fabrício-Wehbe, S. C. C., Cruz, I. R., & Rodrigues, R. A. P. (2010). Household arrangements of the elder elderly. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(1), 18-25. doi: 10.1590/S0104-11692010000100004
- Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078-1084. doi:10.1001/archinternmed.2012.1993
- Programa Adulto Mayor UC (2014). *Chile y sus mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de Vida en la Vejez* (2013). Santiago de Chile: Fyrma Grafica.
- SENAMA (2007). *Aplicación en Chile de la estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del plan de acción de Madrid sobre el envejecimiento*. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/2241.pdf>
- Siegrist, J., Lunau, T., Wahrendorf, M., & Dragano, N. (2012). Depressive symptoms and psychosocial stress at work among older employees in three continents. *Global Health*, 8(1), 27. doi: 10.1186/1744-8603-8-27
- Siegrist, J., & Wahrendorf, M. (2009). Participation in socially productive activities and quality of life in early old age: findings from SHARE. *Journal of European Social Policy*, 19(4), 317-326. doi: 10.1177/1350506809341513
- Siegrist, J., Wahrendorf, M., Von dem Knesebeck, O., Jürges, H., & Börsch-Supan, A. (2007). Quality of work, well-being, and intended early retirement of older employees—base-

- line results from the SHARE Study. *The European Journal of Public Health*, 17(1), 62-68. doi: 10.1093/eurpub/ckl084
- Sojo, A. (2014). *El sistema contributivo de pensiones como locus de rivalidad y de un nuevo pacto social en Chile*. Recuperado de <http://iis7-e2.cepal.org/publicaciones/xml/2/53982/Sistemacontributivodepensiones.pdf>
- Sonnega, A., Faul, J. D., Ofstedal, M. B., Langa, K. M., Phillips, J. W., & Weir, D. R. (2014). Cohort profile: the Health and Retirement Study (HRS). *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 576-585. doi: 10.1093/ije/dyu067
- Thumala, D., Arnold, M., Massad, C., Herrera, F. (2015) Inclusión y Exclusión social de las personas mayores en Chile. Recuperado de <http://www.senama.cl/filesapp/interiorSenamaOKFINAL.pdf>

CAPÍTULO 12

RESILIENCIA LABORAL, UNA EXPERIENCIA DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Mauricio Yánquez Lorca

Consultora Norte 3

Eugenio Saavedra Guajardo

Universidad Católica del Maule

Resiliencia

El concepto resiliencia aparece derivado de las experiencias en física e ingeniería, en donde se constataba la resistencia de ciertos materiales a las fuerzas ambientales y cómo los elementos afectados recuperaban su forma y atributos originales.

Se observó al realizar estudios longitudinales en personas con alta vulnerabilidad, que un tercio de los niños presentaba una evolución favorable a pesar de sus circunstancias de pobreza y abandono, sin realizar ningún tipo de intervención adicional (Werner & Smith, 1992). Lo anterior llevó a pensar que existían características particulares en esos sujetos, que los hacían más resistentes a los obstáculos y problemas, y les permitía seguir un desarrollo normal tanto físico como psíquico.

De aquella época, pasando por las décadas del 80 y 90, apreciamos el surgimiento de diversos estudios y grandes esfuerzos por delimitar una definición de resiliencia (Saavedra, 2012). Dichas definiciones apuntaban básicamente a destacar tres elementos esenciales para considerar una conducta como resiliente: resistir una adversidad, sobreponerse y proyectarse a partir de ella.

Una definición pragmática de resiliencia sería entendida como la capacidad de una persona o de un grupo, para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar

de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difícil, y de traumas a veces graves (Manciaux, 2005).

En esta dirección habría que señalar que la resiliencia nunca es absoluta. Es un proceso dinámico y nunca deberemos hablar de manera estática y determinista, de “personas resilientes”, sino más bien de sujetos que actúan de una manera resiliente (Saavedra, 2014). Lo anterior se ve reforzado además por la constatación de que nuestras conductas, resilientes o no, varían según las circunstancias y contextos en que estamos (Saavedra, 2013).

Influirán en que aparezca una conducta resiliente, elementos temporales y espaciales, elementos históricos y sociales. En este sentido, la resiliencia es fruto de la interacción entre factores de riesgo y factores protectores presentes en el medio y en el sujeto mismo (Saavedra, 2011).

Boris Cyrulnik (1999) nos señala claramente que la resiliencia no es invulnerabilidad, que fluctúa a lo largo de la vida y por tanto no es una cualidad fija. En esta misma dirección, este autor nos destaca que una persona no puede actuar resilientemente estando en soledad, ya que la resiliencia se construye en la interacción con los otros, con el entorno y con su medio social (Cyrulnik, 1999). Este elemento de interacción e intersubjetividad, refuerza la idea de que la resiliencia no puede considerarse como un fenómeno puramente personal, sino que intervienen de manera sustancial quienes rodean e influyen en la persona (Saavedra, 2011).

En los años 80, se comienza estudiando preferentemente los elementos de riesgo y elementos protectores a la base de la resiliencia, pudiendo observar que un mismo elemento, persona o situación, podían considerarse favorables o desfavorable para la persona. Dicho de otras forma, no existe un elemento que en si mismo sea de riesgo o protector, sino que dependerá del significado que tenga para cada sujeto (Rutter, 1987).

Los factores de riesgo pueden agruparse en 4: situación familiar, factores sociales/ambientales, problemas crónicos de salud y amenazas vitales (Fortín y Bigras, 2000). Entre ellos

cabe destacar contextos de pobreza, situaciones prolongadas de violencia, guerra, entre otros.

Por su parte, los factores protectores pueden hallarse en los propios recursos internos, la familia y el ambiente social, laboral, educacional (Masten y Coastworth, 1998). Entre los elementos protectores observados con frecuencia en los sujetos, destaca el tener proyectos laborales o de estudio, que impulsan a la persona a seguir hacia adelante en busca de alguna meta.

La idea de estudiar las potencialidades del ser humano, ya habían sido difundida por las líneas humanistas de los años 50. Al surgir con mayor fuerza esta concepción positiva de los sujetos contenida en el enfoque de la resiliencia, nos apartamos del estudio de las debilidades, las carencias y de los esfuerzos para compensar aquellos déficit. Ya no centraremos los esfuerzos en la distinción de la patología o en verificar las desviaciones de las personas respecto de una norma. Nos concentraremos en identificar las potencialidades y posibilidades que un sujetos tiene frente a una situación de adversidad, construyendo una visión más positiva de la persona (Vanistendael, 1996). En este sentido, el concepto de riesgo, patología o desviación, conlleva a una estigmatización, resaltando lo negativo de la persona (Rassial, 1992).

Los elementos que facilitarían, entre otros, la generación de conductas resilientes, podrían identificarse características al momentos de nacer, como la de presentar un “temperamento fácil y activo” como lo señala Werner y sus colaboradores (1992). También las variables de vínculo asociadas a los primeros años de vida de la persona, serán fundamentales a la hora de generar conductas resilientes. Este vínculo podrá estar dado con la madre o quien reemplace esa función de cuidado y cercanía (Saavedra, 2011).

En coherencia a lo anterior, ya desde la época de Rutter (1987), observábamos que personas sin problemas emocionales o de conducta, presentaban más frecuentemente comportamientos resilientes.

Como una forma de ordenar algunos elementos que in-

tervienen en la construcción de la conducta resilientes, diremos que la persona requiere de algunos elementos de base, como relaciones de vínculo sólidas, sistemas de creencias, elementos identitarios y desarrollar roles activos en su vida (Saavedra, 2011).

En esta misma dirección, influirá en el desarrollo de una conducta resiliente, la imagen que se tiene de sí mismo, la autoestima, el sentimiento de competencia frente a los problemas, el control percibido frente a la situación y la pertenencia a una red o colectivo (Saavedra, 2011).

También será de suma importancia la visión que se tenga en torno al problema. Una historia personal que desde la infancia muestre padres o adultos que confirman al niño y lo toman en cuenta, reforzará en éste un sentido de capacidad y la convicción de poder enfrentar situaciones de adversidad. Esa historia de enfrentamientos positivos, reflejará en el niño la sensación de que el problema resulta abordable, al menos parcialmente o bien en su totalidad (Saavedra, 2011).

Por su parte, hay un ecosistema familiar, político, económico, social y cultural que influye en nuestra capacidad para desarrollar conductas resilientes (Elbedour, 1993). La importancia de la redes al momento de enfrentar y superar las adversidades, generará un ambiente colectivo positivo, que atenuará el dolor y desarrollará en el sujeto una visión del problema como más abordable, gracias a la contención y apoyo recibido (Saavedra, 2013).

Hoy en día, el equipo investigador en resiliencia de la Universidad Católica del Maule – Chile, realiza estudios aplicando una matriz de resiliencia, que abarca varios de los elementos mencionados anteriormente, a saber:

	Condiciones de base	Visión de si mismo	Visión del problema	Respuesta resiliente
Yo soy, yo estoy	F1: Identidad.	F2: Autonomía.	F3: Satisfacción.	F4: Pragmatismo.
Yo tengo...	F5: Vínculos.	F6: Redes.	F7: Modelos.	F8: Metas.
Yo puedo	F9: Afectividad.	F10: Autoeficacia.	F11: Aprendizaje.	F12: Generatividad.

Figura 1. Matriz de resiliencia. (Saavedra, 2014).

Como definiciones operacionales de estos elementos, podemos señalar:

Identidad: autodefinición básica, auto concepto relativamente estable en el tiempo, caracterización personal.

Autonomía: sentimiento de competencia frente a los problemas, buena imagen de si mismo, independencia al actuar. Control interno.

Satisfacción: percepción de logro, autovaloración, adaptación efectiva a las condiciones ambientales, percepción de desarrollo.

Pragmatismo: sentido práctico para evaluar y enfrentar los problemas, orientación hacia la acción.

Vínculos: condiciones estructurales que sirven de base para la formación de la personalidad. Relaciones vinculares, apego. Sistema de creencias.

Redes: condiciones sociales y familiares que constituyen un apoyo para el sujeto. Sistemas de apoyo y referencia cercanos y disponibles.

Modelos: personas y situaciones que sirven de guía al sujeto para enfrentar sus problemas. Experiencias anteriores que sirven de referente frente a la resolución de problemas.

Metas: objetivos definidos, acciones encaminadas hacia un fin. Proyección a futuro.

Afectividad: auto reconocimiento de la vida emocional

del sujeto, valoración de lo emocional, características personales en torno a la vida emocional. Tono emocional, humor, empatía.

Auto eficacia: acción competente, efectividad, responsabilizarse por los actos, manejo de estrés frente a la tarea.

Aprendizaje: aprovechar la experiencia vivida, aprender de los errores, evaluar el propio actuar y corregir la acción.

Generatividad: capacidad de crear respuestas alternativas frente a los problemas, construir respuestas, planificar la acción (Saavedra, 2011).

Resiliencia Organizacional

Las organizaciones, al igual que las personas, están constantemente expuestas a riesgos debido a la alta complejidad, variabilidad e inestabilidad de los mercados y el entorno social (Robb, 2000; Lengnick-Hall, C., Beck, T., y Lengnick-Hall, M., 2011; Marcos, 2008; White, 2013), el desarrollo de nuevas tecnologías (Aleksic, A., Stefanovic, M., Arsovski, S., y Tadic, D. 2013), e incluso los cambios climáticos (Linnenluecke, M. y Griffiths, A., 2011). En estos escenarios no es suficiente que las organizaciones logren adaptarse, deben también cuestionar sus creencias y significados más básicos respecto de su propia existencia (Robb, 2000).

El concepto de resiliencia organizacional tiene múltiples definiciones, pero se pueden categorizar en dos grandes grupos. La primera definición, la más difundida, entiende la resiliencia como la capacidad del sistema de retornar o volver a un equilibrio previo luego de verse sometido a una presión (Brodkin, A. y Coleman, M., 1996; Aleksic, A., Stefanovic, M., Arsovski, S., y Tadic, D. 2013). Esta conceptualización mantiene la idea original del concepto proveniente de la física de materiales. La otra forma de conceptualizar la resiliencia organizacional, que incluye la idea anterior de poder volver a un estado anterior, agrega la idea de poder innovar, desarrollar nueva estructura y crecer (Robb, 2009). En este sentido, el concepto de resiliencia organizacional va más del mero hecho

que la organización pueda resolver un problema particular, sino más bien logre desarrollar nuevas capacidades, crear nuevas oportunidades, ir hacia adelante (Lengnick-Hall, C., Beck, T., y Lengnick-Hall, M., 2011). En suma, que la organización salga fortalecida con un mayor repertorio para actuar (Cotou, 2002; Lengnick-Hall, C., Beck, T., y Lengnick-Hall, M., 2011).

La resiliencia como foco estratégico al interior de la organización permite aumentar la productividad, el desempeño laboral, la retención, el engagement y el bienestar, minimizar costos y maximizar la efectividad de los procesos (White, 2013; Aleksic, A., Stefanovic, M., Arsovski, S., y Tadic, D. 2013).

Descripción del estudio

Como parte de un diagnóstico organizacional, se aplicó la Escala Res-Org (Yánquez & Saavedra, 2012) a dos equipos de una misma organización. Como parte de este diagnóstico, se realizaron una serie de focus group en los cuales se aplicaron las escalas una vez finalizadas estas instancias. Una vez obtenidos los resultados de la aplicación de la escala, se diseñó un programa de intervención de 10 meses de duración exclusivo para uno de los dos equipos evaluados denominado “Equipo Intervenido”. En el otro equipo de trabajo evaluado, denominado “Equipo Control”, no se realizó ningún tipo de intervención durante este período de tiempo.

La intervención a implementar en el Equipo Intervenido, se diseñó a partir de los resultados de la escala, considerando sobre todo, aquellas dimensiones que estaban más elevadas y aquellas más descendidas. El programa de intervención consistió en 12 sesiones de coaching individual para la jefatura del equipo, 2 talleres de una jornada cada uno para todo el equipo, incluida su jefatura, y 3 reuniones de trabajo con todos los miembros de éste. En las intervenciones tipo taller se utilizaron técnicas lúdicas participativas que facilitarían el aprendizaje experiencial y significativo. Las reuniones de trabajo, buscaban empoderar al equipo de trabajo para ir

diseñando e implementando sus propias intervenciones para promover, reforzar y fortalecer los cambios.

A los tres meses de finalizada la fase de intervención, se dio paso a la fase de seguimiento, en la cual se volvieron a realizar los *focus group* en donde se llevó a cabo el retest de la misma escala tanto al Equipo Intervenido como al Equipo Control.

Objetivo del estudio

Evaluar el impacto de un proceso de intervención en los niveles de resiliencia organizacional, diseñado a partir de los resultados arrojados por la Escala Res-Org.

Tipo de estudio

Estudio cuasi experimental, con un grupo intervenido y uno control.

Instrumentos

Se utilizó la Escala Res-Org (Yanquez & Saavedra, 2012). Validez 0,70 (Pearson). Consta de 36 ítems y los puntajes en cada ítem van de 1 a 5.

Resultados

De todas las escalas respondidas, se estableció previamente que se eliminarían aquellas que omitiesen más del 10% de respuestas, que tuviesen más de una respuesta para un mismo ítem, y aquellas que tuviesen una misma respuesta para toda la escala. En aquellos casos en los cuales sólo se omitiese una pregunta, se registraría el promedio de respuesta para toda la escala como respuesta a esa pregunta.

En la medición inicial durante la fase diagnóstica el universo del Equipo Intervenido era de 37 miembros. Se recibieron de este universo 36 escalas respondidas de las cuales se eliminó una por no cumplir con los criterios establecidos. De este modo quedaron 35 escalas válidas las que correspondían al 97,2% de la muestra del equipo. Por su parte en el equipo Control el universo inicial correspondía a 18 sujetos. De este equipo se recibió el 100% de las escalas eliminándose sólo una por no cumplir los criterios previamente establecidos, lo que corresponde a un 94,4% de la muestra obtenida. En esta me-

dición inicial el Equipo Intervenido tuvo un puntaje promedio en el nivel de resiliencia de acuerdo a la Escala Res-Org de 4,25. El Equipo Control obtuvo un puntaje promedio inicial de 4,04 en la Escala Res-Org. Los factores más elevados que arrojó la Escala para el Equipo Intervenido fueron, con sus puntajes: Pragmatismo 4,63, Identidad 4,51 y Generatividad 4,47. En el caso del Equipo Control los factores más elevados fueron: Identidad 4,40, Generatividad, 4,35 y Redes 4,26. Los puntajes más descendidos en el Equipo Intervenido eran: Afectividad 3,50, Modelos 3,83 y Vínculos 3,93. El Equipo Control obtuvo los siguientes factores más descendidos: Afectividad 3,54, Modelos 3,65 y Autonomía 3,83.

Ambos equipos presentaban perfiles altamente orientados a la tarea, mientras que los factores asociadas a las relaciones interpersonales eran significativamente más descendidas. De acuerdo a los focus group realizados los dos equipos presentaban graves dificultades con sus jefaturas. Faltaban canales de comunicación expeditos con éstas, existía en ambos equipos una tendencia a la “conversación de pasillo” y el rumor. Había miembros de ambos equipos de trabajo que simplemente no hablaban con sus jefaturas directas, ya fuese por conflictos previos no resueltos, por anticipar el no ser escuchado por su respectiva jefatura, o derechamente sentirse mal tratado por las respuestas de éstas. No existían instancias de reuniones de equipos. Si bien la organización explicitaba la posibilidad de escalar las dificultades y/o conflictos a instancias superiores, esto no se llevaba a cabo por ninguno de los dos equipos de trabajo.

La principal diferencia entre ambos equipos, al momento del diagnóstico inicial, era que en el Equipo Control existía entre sus miembros, excluyendo a la jefatura, conductas de apoyo, colaboración, se incluía la vida personal dentro de las conversaciones del equipo y había un fuerte sentido del humor, además de un fuerte sentido de confianza entre sus miembros. Por el contrario, en el Equipo Intervenido, había una profunda fragmentación entre sus integrantes, se apreciaban alianzas, desconfianza, falta de colaboración y un clima

conflictivo en donde muchos de sus miembros presentaban sintomatología asociada al estrés y a la tensión percibida al interior de su equipo de trabajo.

Al finalizar la intervención, ya en el retest de la fase de seguimiento, el universo en el Equipo Intervenido era de 38 personas. De éstas, algunas no pudieron asistir y no se consideró a la gente que se había incorporado a la organización durante el proceso de intervención. Esto dejó una muestra válida de 21 escalas, de las cuales se eliminaron 6 por no cumplir con los criterios establecidos, quedando el 71,4% de la muestra válido. En el caso del Equipo Control se realizó el mismo procedimiento, eliminando las escalas de aquellos que se habían incorporado dentro de la fase de intervención. En el caso de este equipo el universo había aumentado a 25 personas, de las cuales se obtuvo una muestra de 12. Al igual que en la fase de diagnóstico, sólo se eliminó una encuesta quedando el 91,6% de la muestra válida.

En esta fase de seguimiento el equipo control obtuvo un promedio de resiliencia de acuerdo a los resultados de la Escala Res-Org de 4,03, lo que no implica una reducción significativa desde la fase diagnóstica. Los factores con los puntajes más elevados fueron: Pragmatismo 4,27, Identidad y Autonomía, ambos con 4,15. Los puntajes más descendidos fueron: Modelos 3,81, Afectividad y Aprendizaje, ambos con 3,84.

Por su parte el Equipo Intervenido obtuvo un puntaje promedio en la escala de 4,6. Los puntajes más elevados en esta nueva medición fueron: Generatividad 4,84, Identidad y pragmatismo, ambos con 4,82. Los puntajes más descendidos fueron: Afectividad 4,2, Modelos 4,3 y Satisfacción 4,44.

Conclusiones

Luego de la intervención el Equipo Intervenido aumentó todos los resultados de los doce factores evaluados por la Escala de Res-Org, logrando en consecuencia, al aplicar la prueba de comparación de promedios, aumentar de manera estadísticamente significativa sus niveles globales de resiliencia.

cia organizacional, aunque la curva del perfil, mantuvo sus características. A diferencia de este equipo, el Equipo Control no modificó sus niveles de resiliencia organizacional, y si bien se presentan alzas en algunos factores, no se evidencia un cambio significativo.

Se concluye a partir del estudio que la intervención logró generar los cambios esperados en el Equipo Intervenido y que los resultados de la Escala Res-Org, sirvieron de guía para el diseño e implementación de un programa exitoso. Los resultados obtenidos reflejan la efectividad de la intervención para modificar los niveles de resiliencia en el Equipo Intervenido. También es posible concluir que no intervenir a tiempo, pareciera al menos tender a mantener estables los niveles de resiliencia de los equipos de trabajo.

Hemos observado de manera consistente en este estudio, a lo largo de la fase de validación de la Escala Res-Org y en otras aplicaciones de ésta con otros equipos, que se aprecia una tendencia en los resultados, en los cuales las variables vinculadas al ámbito interpersonal se encuentran más descendidas que aquellas variables vinculadas a la tarea, que persistentemente mantienen sus niveles más elevados en los distintos equipos que hemos evaluado. En este sentido, Generatividad y Pragmatismo tienden a ser las dimensiones más elevadas (perfil orientado a la tarea) de acuerdo a los resultados de la aplicación de la Escala Res-Org. Mientras que Afectividad, Modelos y Vínculos, tienden a ser las dimensiones más descendidas (perfil orientado a las relaciones interpersonales) de acuerdo a los resultados de la aplicación de la Escala Res-Org.

Para futuras investigaciones sería interesante comparar los resultados de equipos de organizaciones de otros países para evaluar y comparar los perfiles de los trabajadores y las organizaciones en relación a sus niveles de resiliencia organizacional. Es posible que los resultados obtenidos a la fecha describan un perfil de resiliencia organizacional propios de Chile o tal vez sean consistentes con otros países latinoamericanos.

Referencias

- Aleksic, A., Stefanovic, M., Arsovski, S., y Tadic, D. (2013). An assessment of organizational resilience potential in SMEs of the process industry, a fuzzy approach. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 26, 1238-1245.
- Brodkin, A. y Coleman, M. (1996). What makes a child resilient? *Instructor*, 105(8), 28-29.
- Coutu, D. (2002). How resilience works. *Harvard Business Review*, 1-8.
- Cyrulnik, B. (1999) *Un merveilleux malheur*. Paris, Odile Jacob.
- Edward, K. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, 142-148.
- Elbebour, S. (1993) Ecological integrated model of children of war: individual and social Psychology. *Child abuse and neglect*, 17 p. 805 – 819.
- Fortin, L. & Bigras, M. (2000) La resiliencia des enfants, facteur de risque, de protection et modeles theoriques. *Pratiques Psychologiques*. 1, p 49 – 63.
- Lengnick-Hall, C., Beck, T., y Lengnick-Hall, M. (2011). Developing a capacity for organizational resilience through strategic human resource management. *Human Resource Management Review*, 21, 243-255.
- Mamouni, E., Mazzarol, T., Ghadouani, A., Schilizzi, S. (2014). The resilience architecture framework: four organizational archetypes. *European Management Journal*, 32, 104-116.
- Manciaux, m. (2005) *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa, Barcelona.
- Masten, A. & Coastworth, J. (1998) The development of competence in favorable and unfavorable environments: lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 53, N° 2: 205 – 220.
- Pal, R., Torstensson, H. y Mattila, H. (2014). Antecedents of organizational resilience in economic crises – an empirical study of Swedish textile and clothing SMEs. *Int. J. Production Economics*, 147,410-428.
- Robb, D. (2000). Building resilient organizations. *OD Practi-*

- tioner, 32 (3), 27-32.
- Rutter, M. (1987) Psychosocial Resilience and Prospective Mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*. 57, n°3 p. 316 – 331.
- Saavedra, E. (2011) *La Resiliencia desde una mirada post racionalista: dos historias de vida*. Editorial Académica Española.
- Saavedra, E. (2012) Una aproximación al estado del arte de la investigación en Resiliencia. En *Catalán Investigación orientada al cambio en Psicología Educacional*. Editorial Universidad de la Serena, ISBN 978-956-7393-72-5, Chile.
- Saavedra, E. (2013) Resiliencia familiar y mundo rural. En Cornejo, Morales, Saavedra y Salas *Aproximaciones en Psicología Educacional*. Universidad Católica del Maule. ISBN 978-956-353-176-3. Chile.
- Saavedra, E. (2014) La construcción de la respuesta resiliente, un modelo y su evaluación. En Madariaga, J. *Nuevas miradas sobre la resiliencia* ISBN: 978-84-9784-862-6. Editorial GEDISA, Barcelona.
- Vaamonde, J. (2010). Valores y Sexismo en Adolescentes Argentinos. *Revista salud y sociedad*, 1(2), 113-124.
- Vanistendael, S. (1996) *La resilience ou le realism de l'esperance: blesse mais pas vaincu*. BICE, Ginebra.
- Vanistendael, S. (2002) *La felicidad es posible*. Gedisa, Barcelona.
- Werner, E. & Smith, R. (1992) *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Nueva York, Cornell University Press.
- White, M. (2013). *Building a resilient organizational culture*. UNC Executive Development, UNC Kenan-Flagler Business School, 1-13.
- Yánquez, M. & Saavedra, E. (2012) *Escala de resiliencia laboral, RES-ORG*. Documento de trabajo, Universidad Católica del Maule, Chile.

CAPÍTULO 13

MODELO DE GESTIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO EN ORGANIZACIONES SALUDABLES

M. Ángeles Carrión-García

Universitat Oberta de Catalunya.

Asociación de Expertos en Psicosociología Aplicada.

Francisco López Barón

Institut Universitari de Ciència i Tecnologia,

Universitat de Vic.

Asociación de Expertos en Psicosociología Aplicada.

La evolución y el desarrollo en la última década de la prevención de riesgos laborales, y más especialmente de la seguridad y salud en el trabajo ha generado un cambio hacia una concepción saludable y sostenible de las empresas y/u organizaciones. Si bien, algunas personas pueden considerarlo como una moda que además puede certificarse y diferenciarse de la competencia; otras creen que hacer campañas de promoción de la salud en la empresa los convierte en una empresa saludable. Ambas visiones suponen un reduccionismo simplista de lo que significa una organización saludable. Lo que sí es cierto, tal como indica Kirsten (2014), es el crecimiento que experimenta la promoción de la salud en todo el mundo, convirtiéndose para los empresarios de varios países en una estrategia de negocio consolidada, que proporciona un impulso de la imagen corporativa además de la contratación y retención de los empleados.

Para la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) el concepto de entorno de trabajo saludable va más allá del circunscrito a los propios empleados de la empresa o de sus familias, también considera a otros miembros de la comunidad (2010), ello conlleva no sólo a revertir recursos de las organizaciones en la sociedad sino también a hacer extensible a toda la cadena de suministro su corresponsabilidad con la se-

guridad y salud hacia ese modelo de empresa saludable (López Barón, 2014), siendo los gobiernos y especialmente salud pública quienes deben favorecer un marco de apoyo, refuerzo y de acción legal y político en esta línea.

La OMS consideró las evidencias científicas que hacen más saludables los entornos de trabajo, se basó en un reporte de revisiones sistemáticas realizadas por Cochrane y otros, compilando (OMS, 2010) algunas muestras de evaluaciones estimadas como efectivas, inefectivas, así como no conclusivas/inconsistentes de la evidencia de la efectividad de intervenciones en salud y seguridad ocupacional, de intervenciones psicosociales/cultura organizacional, de los recursos personales de salud en el espacio laboral y, finalmente, de la involucración de la empresa en la comunidad.

Desde 1996, la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) recoge modelos de buenas prácticas para promover una gestión integral de las empresas y afrontar los nuevos retos que plantea un mundo continuamente cambiante. En el año 2012 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (en adelante, INSHT), coincidiendo con la puesta a disposición del portal de Promoción de la salud en el trabajo (PST) inició el proyecto “Red de empresas saludables” (2015). Existen modelos para entornos laborales saludables, entre ellos, cabe destacar el de “Empresas, centros y puestos de trabajo saludables” de la Asociación de Expertos en Psicología Aplicada AEPA (en adelante, AEPA) (Carrión-García, 2007).

La gestión de la salud en el trabajo debe tener como objetivo básico la promoción de acciones dirigidas a fortalecer conductas saludables a través de canales efectivos de comunicación, información y formación, indispensables para promover un cambio de actitud, no solo en el ambiente laboral, sino también en el ámbito social y familiar. La empresa saludable debe fomentar estilos de vida y condiciones de trabajo saludables, así como disponer de una metodología adecuada para obtener, de forma sistematizada, información sobre condiciones de salud y de trabajo, que permita implementar medidas de

control apropiadas y un adecuado sistema de vigilancia epidemiológica en salud.

Un correcto modelo de gestión deberá contemplar las diferentes etapas para la detección, evaluación e intervención desde todas las áreas: seguridad, higiene, medicina del trabajo, ergonomía (acciones dirigidas a aumentar el confort y la calidad de vida en el entorno laboral); psicología aplicada (interrelación entre las acciones para la vigilancia de la salud, higiene, ergonomía, seguridad, la organización y los trabajadores).

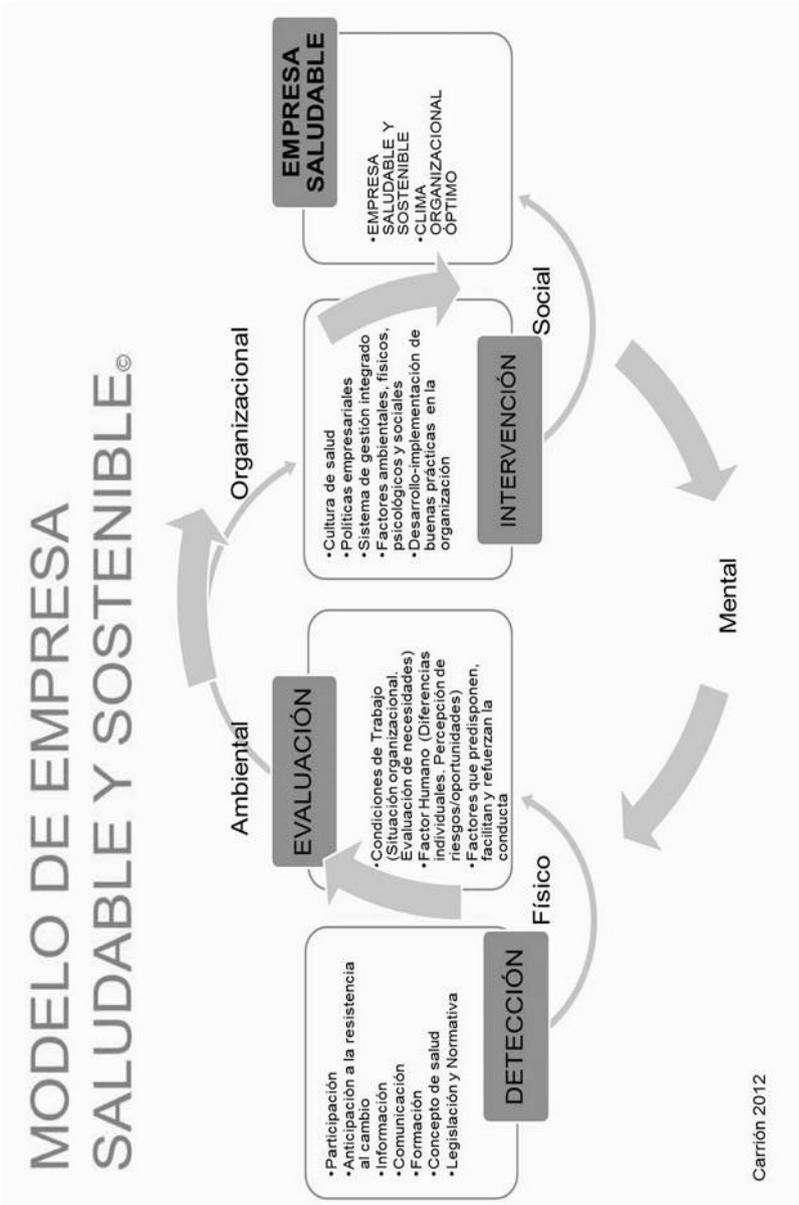
Asimismo, se debe proceder a la integración de todos los sistemas de gestión en la empresa en un sistema de gestión único. Una gestión eficaz es aquella que proporciona calidad, ejerce control medioambiental y realiza tareas de prevención de riesgos laborales, por medio de una gestión por procesos, que tiene en cuenta la mejora continua y la integración de la acción preventiva en toda y cada una de las políticas empresariales. Tal como señalan Riaño-Casallas & Molano Velandia (2012), es necesario crear herramientas para gestionar el cambio y establecer modelos de organización del trabajo que promuevan el bienestar, el aprendizaje y la eficiencia en el quehacer diario. Es importante recalcar que una organización saludable está basada en la cooperación multisectorial, y será eficaz si se comprometen todos los integrantes de la empresa (Llamas Jiménez, 2014).

El protocolo AEPA de intervención psicosocial (Carrión-García & López-Barón, 2014) y el modelo AEPA de Empresa saludable y sostenible (Carrión-García, 2012a) permiten el diseño de un programa planificado de iniciativas de salud, mediante prácticas saludables por parte de empleadores y empleados, que lleven a construir una realidad laboral basada en una cultura organizacional saludable, donde la calidad se extiende por todas las áreas de la actividad y el personal obtiene el más alto nivel de bienestar físico, mental y social mediante la participación y promoción de emociones positivas en todos los integrantes de la organización. Tal como postula Fredrickson (2013), la evidencia científica muestra que las principales

emociones positivas: alegría, gratitud, serenidad, interés, esperanza, orgullo, diversión, inspiración, admiración y amor, cuando las experimentamos nos ayudan a ser más resilientes, con mayores recursos y más conectados con nosotros mismos. La gente marca la diferencia, sobre todo cuando son autoeficaces, optimistas, esperanzados y resilientes (Bakker, Muñoz, & Derks, 2012).

Investigaciones recientes muestran la importancia que una buena cultura de organización y gestión, adecuado papel o rol en la organización y buenas relaciones interpersonales en el trabajo tienen en la consecución de una organización saludable, promotora de salud y bienestar en todos sus integrantes (Carrión-García, López-Barón, & Gutiérrez Strauss, 2015). Así mismo, aquellos trabajadores con una percepción nociva del contexto de trabajo (interrelación trabajo-vida familiar/personal, cultura de la organización, gestión de la empresa, etc.) y del contenido de trabajo (concepción tareas, carga y ritmo de trabajo, etc.) tienen mayor probabilidad de padecer desgaste psíquico; observando aspectos positivos de las condiciones de trabajo psicosocial y su influencia en los trabajadores y en las organizaciones (Carrión-García, Gutiérrez Strauss, & López-Barón, 2014). Los factores psicosociales referentes a las condiciones de trabajo, pueden ejercer una influencia positiva en los trabajadores ayudando a incrementar los sentimientos de pertenencia, control, autoestima y confianza a través del mantenimiento de redes sociales de apoyo, flexibilidad, adecuada organización de la jornada, participación, apropiada comunicación y manteniendo una visión proactiva de salud laboral (Carrión-García, 2014).

Se presenta a continuación una representación gráfica del Modelo AEPA de empresa saludable y sostenible (Carrión-García, 2012a).



“Las Organizaciones Saludables son aquellas que, desde un liderazgo óptimo y competente, tienen como objetivo prioritario la obtención del mayor nivel de excelencia en todas las áreas de la empresa, teniendo en cuenta los aspectos organizacionables así como los individuales, ambientales y sociales, logrando el mejor nivel de calidad, productividad y competencia a través de la promoción de la salud física, mental y social de todo el personal” (Carrión-García, 2012b: 1-2).

Debiendo impulsar el desarrollo de una cultura preventiva en las empresas, basada en un trabajo digno, valores éticos, seguridad, respeto mutuo, tolerancia, igualdad de oportunidades, cooperación y calidad del servicio, contemplando objetivos claros en la gestión de las empresas respecto de la importancia fundamental que revisten los recursos humanos para lograr calidad en el servicio. Se parte de una visión proactiva de la salud, esto significa que su meta final es la creación permanente de condiciones que permitan mejorar la calidad de vida de los trabajadores. Esa proactividad permite adelantarse y prever el futuro a medio y largo plazo de manera inmediata y flexible del marco social, económico y tecnológico, así, en estos tiempos, debe prever la aparición de nuevas potencialidades y efectos en la organización del trabajo derivados de las nuevas tecnologías en los campos de la información y comunicación, biotecnologías e ingeniería genética, robótica, nanotecnologías y nuevas energías que como indica Zimmermann (2016), prevén los expertos para el quinquenio 2015-2020.

No puede ignorarse la importancia que los factores individuales y los efectos que la interacción entre la percepción de la realidad, la personalidad, la historia familiar, etc., tienen sobre la persona y su forma de reaccionar ante las diferentes demandas del entorno, ya que todo ello puede proteger o predisponer a conductas de riesgo. Las modificaciones efectivas sobre la conducta individual y/o sobre el ambiente pueden reducir el riesgo de enfermedad, aliviar la sobrecarga producida por ella y promover la recuperación y rehabilitación. Los síntomas psicológicos son individuales, dependen de factores

culturales, constitucionales y ambientales, determinan el reflejo de los eventos diarios, en forma única e individual. Aquello que resulta ser agobiante para unos, puede ser placentero para otros. Se tendrán en cuenta los factores cognitivos, que van a determinar en cada persona su forma de analizar y vivir la realidad. Mediante la percepción, interpretación y evaluación, el sujeto valora tanto el medio o situación a la que ha de enfrentarse como a sí mismo.

Resalta la importancia del estilo cognitivo, puesto que está estrechamente vinculado a aspectos de carácter emocional, así como de la propia historia del individuo, y explica las diferencias en la forma de apreciar la realidad entre distintas personas. Los aspectos cognitivos: atención, percepción y memoria, están estrechamente vinculados a la captación, proceso y elaboración de estímulos, son vulnerables a los aspectos emocionales y pueden influir en el nivel de rendimiento de la persona.

Para que los sistemas preventivos funcionen y obtener el resultado esperado, si se quiere promover realmente la cultura preventiva dentro de las empresas, se ha de iniciar y promover un cambio de actitud hacia dicha conducta preventiva. Establecer los sistemas para vencer la resistencia al cambio y el inmovilismo por el recuerdo de experiencias negativas anteriores.

La falta de liderazgo y de capacitación, así como la carencia de un proceso de mejora continua en la organización y la resistencia al cambio se constituyen como los principales obstáculos que limitan a las empresas a ser productivas (García Rubiano, 2011).

Tener en cuenta todos los factores que hacen que una persona sea más o menos permeable a la adquisición de nuevos conocimientos mediante el modelo de análisis funcional de las conductas (Green & Kreuter, 1991). Debe cerciorarse que se da una interiorización en el sujeto de las pautas preventivas que asegure que éste será capaz de dar la respuesta adecuada en cualquier condición que se le presente, no sólo en su vida laboral sino también en la cotidiana.

Otro aspecto que se considera es el estudio de puestos de trabajo; éste permite obtener toda la información respecto al mismo y utilizarla tanto para la mejora de sus condiciones y, por tanto, consecución de los objetivos organizacionales al mínimo coste, como para la adecuación del personal a las funciones a realizar consiguiendo el mejor desempeño posible sin riesgo para el trabajador. Incluye el análisis de puestos: que implica descomponer los hechos de una tarea para determinar sus componentes y las cualidades que se requieren para realizarla. Así como el perfil de puesto: los objetivos de esta metodología son mejorar la seguridad, disminuir la carga de trabajo y reducir la presión del mismo, establece los factores en que se dividen las condiciones de trabajo. Aplicación del profesiograma (gráfica del puesto de trabajo): para la descripción del puesto de trabajo se valora la situación del mismo, buscando de forma sistemática los factores de riesgo y también los grupos de riesgo, es decir, personas cuyas características las hagan más susceptibles de sufrir determinados problemas; la elaboración del profesiograma se considera como una herramienta útil y de fácil manejo que permite identificar los factores de riesgo y establecer los criterios de valoración de los mismos.

Otro elemento a destacar es disponer de un buen proceso de reclutamiento y selección de personal ya que asegura que las condiciones de trabajo y los factores humanos estén ajustados y en equilibrio. El trabajo crea sentimientos de confianza en sí mismo, aumenta la motivación, la capacidad de trabajo, la satisfacción general y mejora la salud. La inclusión de un plan de acogida dirigido a todo el personal de nuevo ingreso, fijo o contratado temporal, facilita el establecimiento de redes de apoyo social e incluirá, en el apartado de información sobre prevención de riesgos laborales además de los riesgos en seguridad, higiene y ergonomía, una información específica sobre riesgos psicosociales y las instrucciones a seguir si se sufren conductas que pudieran calificarse como de violencia laboral.

Indudablemente, debe existir un firme compromiso de

difusión y formación, a todos los niveles de la organización, para que tanto directivos como trabajadores detecten y contribuyan a erradicar cualquier conducta que pueda generar riesgo para la salud. Potenciar la comunicación interna con todos los medios disponibles (folletos informativos, circulares, charlas, seminarios, cursos, web, intranet, portal del empleado, etc.), para divulgar los procedimientos a seguir. Comprometer a los trabajadores en la obtención de una mayor calidad mediante programas de formación profesional, comunicación y aprendizaje.

Una gestión óptima de la salud y la seguridad organizacional demanda un enfoque holístico e integral del tratamiento de la información, de forma que se potencie una intervención proactiva y el aprendizaje organizacional (Fernaud, 2016). Implementar los procedimientos para la gestión de conflictos, de manera *informal*: dónde en un primer momento, conviene resolver el problema informalmente explicando, ya sea por propia iniciativa o por medio de un intermediario, que el comportamiento en cuestión genera riesgo; si el comportamiento que ha dado lugar a la queja no desaparece, deberá presentarse una queja formal. Y de manera *formal*: busca la investigación del incumplimiento y, en caso necesario, la imposición final de las sanciones.

El protocolo respecto a esta gestión de conflictos debe garantizar, de forma expresa, el respeto a la intimidad, la confidencialidad, la objetividad y neutralidad en el abordaje de las denuncias. Designación de un “mediador” de confianza para ambas partes, la elección debe ser consensuada por parte de la Institución y de los representantes de los trabajadores.

Aquellos a quienes se asignen cometidos específicos en materia de resolución de conflictos habrán de recibir una formación especial para desempeñar con éxito sus funciones (información legal sobre las diversas materias, habilidades sociales para manejar conflictos, etc.). Con conocimiento profundo de la psicología, de los individuos y de la organización del trabajo (es posible que esta figura sea ejercida desde fuera de la Institución para garantizar la objetividad y neutralidad a

todas las partes implicadas). Hay que tener presente que el objetivo del mediador no solo es gestionar el conflicto sino ayudar a las personas a que se sientan bien en su trabajo, con sus equipos, consigo mismas y con el mundo que las rodea (Novel Martí, 2010).

La intervención debe ser una aproximación sistemática para la mejora continua y una intervención para cada problema concreto. No es un acontecimiento aislado, sino que forma parte de un proceso amplio con perspectivas de futuro para la organización y todos sus componentes. Se debe desarrollar las competencias de los directivos y todos los trabajadores de la organización, con el fin de crear una red natural de ayuda para el cambio deseado.

Los objetivos se basan en la promoción de estilos de vida y entornos socio laborales saludables, así como de entornos físicos y psicosociales seguros. Desarrollar la política de empresa, sus normas y procedimientos de gestión hacia una organización saludable. Promover el aumento de las competencias personales y de equipo para afrontar las nuevas demandas y asumir las funciones que vayan surgiendo. Facilitar los procesos que identifican soluciones, su puesta en marcha, la ejecución, evaluación y control de las mismas. Clarificar expectativas sobre conducta profesional y su ajuste en la organización. Planificar estratégicamente las actuaciones para corto, medio y largo plazo.

Deben existir políticas y actividades para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles a aumentar el control sobre su salud y mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas (OMS & OPS, 2000). Las políticas y prácticas en la gestión de la salud en el trabajo en las organizaciones saludables deberían incluir cuatro elementos principales, una declaración de criterios, un procedimiento de denuncia adaptado a la situación detectada, que respete la confidencialidad, sanciones disciplinarias progresivas y una estrategia de formación y comunicación.

El modelo AEPA de empresa saludable y sostenible (Carrión-García, 2012a), permite mantener una visión global e ir

elaborando las diferentes etapas de la intervención partiendo de la detección de necesidades presentes en la empresa; se debe tener presente que la situación en cada país, e incluso en cada lugar de trabajo, es muy diferente y, por ello, no se pueden promulgar acciones con validez universal, sino que se deberán establecer en consonancia a las necesidades que se detecten. La visión integral que promueve el modelo, optimiza los recursos promoviendo así un sistema de gestión único que contemple elementos clave como son: factores organizacionales y ambientales, salud física, salud mental, salud social, factores que refuerzan el comportamiento saludable, competitividad, excelencia, productividad, cumplimiento de normativa y todos aquellos elementos que proporcionan calidad, ejercen control medioambiental y facilitan la gestión de la prevención de riesgos laborales. Considera todo ello en un proceso continuo de investigación-acción, que avanza, incorpora e innova; destacando, entre otros, programas de ayuda y desarrollo al empleado (López Barón & Carrión-García, 2008), la gestión de la salud mental (Carrión-García & López Barón, 2009) (Gálvez Herrer & Solé Gómez, 2015), del retorno al trabajo tras una ausencia relacionada con problemática de salud mental (Solé Gómez, 2014) o para reducir el impacto emocional tras una ausencia de muy larga duración realizando una adaptación gradual y progresiva al puesto (López Barón, 2015), la gestión de los trabajadores de edad avanzada. Este modelo de empresa saludable es aplicable tanto para las grandes empresas como para las pequeñas y medianas.

Debe recordarse, que ya en el año 2001, se publicó el Plan Regional sobre la Salud de los Trabajadores, en el que se indicaba la necesidad de que los estados miembros emprendieran la gestión de los factores organizacionales, de los procesos de producción, factores químicos, físicos, biológicos y psicosociales, potenciales generadores de efectos nocivos sobre la salud del trabajador tanto en el sector formal como en el informal (Pan American Health Organization, 2001).

Referencias

- Bakker, A. B., Muñoz, A. R., & Derks, D. (2012). La emergencia de la psicología de la salud ocupacional positiva. *Psicothema*, 24(1), 66-72.
- Carrión-García, M. Á. (2007). Organizaciones saludables. En M. A. Carrión, F. López-Barón, & J. Tous, *Evaluación e intervención psicosocial* (págs. 287-288). Mollet del Vallès. Barcelona: Asociación de Expertos en Psicosociología Aplicada – AEPA.
- Carrión-García, M. Á. (2012a). Actualización del Modelo AEPA de Empresa saludable y sostenible. *1º Congreso internacional y 4º Foro de las Américas sobre factores psicosociales en el trabajo, estrés y salud*. Bogotá.
- Carrión-García, M. Á. (2012b). Organizaciones saludables en tiempo de crisis. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 2(1), Mar, 1-2.
- Carrión-García, M. Á. (2014). *CTCPS-MAC: Batería para el estudio de las condiciones de trabajo de carácter psicosocial*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Carrión-García, M. Á., & López Barón, F. (2009). Elementos para un programa de salud mental en la empresa. En W. Varrillas Vilches (Ed.), *Los trabajadores y la salud mental. El reto de la prevención y tratamiento en un mundo enfermo* (págs. 59-65). La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Carrión-García, M. Á., & López-Barón, F. (2014). Protocolo de intervención psicosocial de la Asociación de Expertos en Psicosociología Aplicada AEPA. *InfoAEPA (Ed. Digital)*, Enero; 15:11-14.
- Carrión-García, M. Á., Gutiérrez Strauss, A., & López-Barón, F. (2014). Condiciones de trabajo psicosociales y desgaste psíquico en trabajadores de diversos sectores empresariales de Centro Oriente, Suroccidente y Región Caribe en Colombia. *Revista Científica Salud UniNorte*, 30(3), 311-322.
- Carrión-García, M. Á., López-Barón, F., & Gutiérrez Strauss, A. (2015). Influencia de factores negativos del contexto de trabajo en desgaste psíquico de trabajadores en Colombia. *Hacia promoc. salud*, 20(1), 111-125.

- Fernaund, E. H. (2016). La promoción de la salud y la seguridad en el entorno laboral: ¿pueden ser útiles los sistemas de gestión del conocimiento? *RIDPSICLO*, 1(3), 24.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. *Advances in experimental social psychology*, 47, 1-53.
- Gálvez Herrero, M., & Solé Gómez, M. D. (2015). *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. Nota Técnica de Prevención 1.045. INSHT.
- García Rubiano, M. (2011). Liderazgo transformacional y la facilitación de la aceptación al cambio organizacional. *Pensamiento Psicológico*, 9(16), 41-54. Recuperado el 3 de Abril de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach (2nd ed.)*. Mayfield: Publishing Company.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015). Red de empresas saludables: reconocimiento de buenas prácticas. *Área de promoción de la salud en el Trabajo*. España. Recuperado el 8 de Abril de 2016, de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/CARTELES%20Y%20FOLLETOS/CARTELES/2015/Red%20de%20empresas%20saludables.pdf>
- Kirsten, W. (2014). La promoción de la salud en el trabajo: una tendencia mundial que viene a quedarse. *Revista monográfica de PRL. La Empresa Saludable*, 3-9.
- Llamas Jiménez, A. (2014). Promoción de hábitos saludables en el trabajo para el bienestar de la población trabajadora. *Revista Colombiana de Cardiología*, 21(4), 199-201. Recuperado el 3 de Abril de 2016, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_a
- López Barón, F. (Junio de 2014). Construcción de una cultura sostenible en la prevención de la cadena de suministro. *Curso Impartido. 47 Congreso de Seguridad, Salud y Ambiente*. Bogotá, Colombia: Consejo Colombiano de Seguridad.
- López Barón, F. (2015). Protocol d'adaptació gradual i progressiva al lloc de treball després d'un període de baixa de molt

- alta durada. Obtenido de http://riscoslaborals.diba.cat/sites/riscoslaborals.diba.cat/files/paco_lopez.mp4 (video)
- López Barón, F., & Carrión-García, M. Á. (2008). Más allá de los programas de ayuda al empleado (PAE). En Carrión-García, López, & Tous, *Promoción de la salud ocupacional*. Colección de Psicología de la Salud Ocupacional. Asociación de Expertos en Psicología Aplicada AEPA.
- Novel Martí, G. (2010). *Mediación organizacional: desarrollando un modelo de éxito compartido*. Madrid: Editorial Reus, S.A.
- OMS, & OPS. (2000). *Estrategia de Promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe*. Ginebra. (Swz): Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos laborales: Fundamentos y Modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Ginebra.
- Pan American Health Organization. (2001). *Regional Plan on Workers' Health*. Washington, D.C., United States. Obtenido de http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamregplan.pdf
- Riaño-Casallas, M. I., & Molano Velandia, J. (2012). Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en hospitales públicos bogotanos de alta complejidad: una perspectiva estratégica. En M. A. Lozada, & A. I. Muñoz Sánchez, *Experiencias de investigación en salud y seguridad en el trabajo* (págs. 58-87). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Solé Gómez, M. D. (2014). La vuelta al trabajo después de una ausencia relacionada con un problema de salud mental. *Revista monográfica de PRL. La Empresa Saludable*, 17-22. Foment del Treball Nacional.
- Zimmermann, M. (2016). La estrategia Española de seguridad y salud en el trabajo 2015-2020. *Arch. Prev. Riesgos Labor*, 19(2), 83-85.

CAPÍTULO 14

SALUD MENTAL POSITIVA EN EL TRABAJO

Manuel Pando Moreno
Universidad de Guadalajara, México

Epistemológicamente el concepto sobre *Salud* ha sufrido modificaciones según el tiempo del que se hable. Pasando por Descartes y su conceptualización *mecanicista*; por Kant y su concepto “ajeno al campo del saber objetivo”; por Canguilhem y su visión de concepto vulgar de “placer” como algo subjetivo; el de Dejours como la “posibilidad de caer enfermo y de recuperarse”; el de Kawamoto como el “relativo equilibrio de forma y función del organismo”, o nuevamente Georges Canguilhem, en el año de 1943, que se centra en la “oposición normal-patológico” y en la historia de las “ciencias bio-médicas” (Aranda, 2016: 10).

El concepto de salud no es único y universal, sino que es cambiante y depende de las personas y los contextos desde los cuales se conceptualiza; cada época y contexto ha realizado su aportación a la construcción de una definición de salud. Para lograr comprenderla han surgido diversas explicaciones, las cuales reflejan un momento histórico, así como el nivel de desarrollo de una cultura.

Es el mismo Canguilhem, en 1990, posterior al concepto surgido por la Organización Mundial de la Salud en 1946, quien intenta epistemológicamente explicar si el concepto sobre “Salud” se debe “a una concepción científica, vulgar o una cuestión filosófica” (Canguilhem, 2000).

El concepto salud mental, buscando los aspectos positivos, toma fuerza a mediados del siglo XX, como un aspecto de salud integral y se refiere no solo a la ausencia de enfermedad, sino al ejercicio de las potencialidades, para la vida personal y la interacción social, inherentes a la naturaleza del hombre y que producen bienestar.

Se busca alejarse de la idea de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad, promoviendo más allá de la atención y la prevención de la enfermedad, realizar la promoción o fomento a la salud. Desde esas fechas, organizaciones oficiales, como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial de Salud Mental, recogen estos principios en la Declaración de “prevención y promoción para todos en el año 2000”. Sin embargo, a la fecha, en nuestros países Latinoamericanos, predomina la inversión y el interés en el tratamiento y rehabilitación de los problemas mentales y en el mejor de los casos algo de prevención de las enfermedades, pero los programas de fomento a la salud mental con enfoque positivo son prácticamente inexistentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1952 conceptualiza a la “Salud Mental” como “la capacidad para tener relaciones armoniosas con otros, la participación constructiva en las modificaciones de su ambiente físico y social y también la capacidad de obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos”. Más tarde la definiría como “la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales sino como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007).

Unos pocos autores se aventuran a defender el concepto de la salud mental positiva, entre ellos Marie Jahoda realiza su libro por encargo de la *Joint Commission on Mental Illness and Health* norteamericana en 1955 y es quizá la primer obra completa sobre el tema de la salud mental.

El concepto de Jahoda, hace alusión a una característica estable de la personalidad, y no a una condición momentánea por situaciones puntuales, y una salud mental positiva no se caracterizaría por la ausencia de experiencias que generan afectos negativos, sino por la presencia de un mayor número de situaciones de afectos positivos (Amar, 2008).

Entre las características señaladas por Jahoda encontra-

mos: 1. Identificar las actitudes hacia sí mismo (cómo se ve la persona a sí misma), 2. Si se tiene una dirección de crecimiento y autoactualización (crecimiento y desarrollo hacia fines superiores), 3. Si se observa una integración entre el equilibrio psíquico, la filosofía personal sobre la vida y la resistencia al estrés, 4. Si se es autónomo (discriminación consciente de los factores ambientales que la persona desea admitir o rechazar), 5. Si se tiene una adecuada percepción de la realidad y 6. Si se tiene un dominio del entorno o en la adaptación al ambiente.

El presentar características o indicadores de salud mental positiva ha sido una práctica común, Nieto (2013) señala que la Psicología positiva se encarga del estudio de distintas áreas relacionadas entre sí, importantes para el bienestar y funcionamiento óptimo de las personas. Destacan: Felicidad, Creatividad, Fluir, Resiliencia, Optimismo, Humor, Inteligencia emocional y fortalezas personales.

En este nuevo campo, Seligman (2002) establece tres tipos de felicidad:

1. La *Vida Placentera* (exterior) nos aporta un bienestar momentáneo al disfrutar por ejemplo de una buena comida, bebida, una buena película, escuchar música... Este tipo de felicidad es de corta duración, y se consigue aumentando las emociones positivas y minimizando las negativas.

2. La *Vida comprometida* (interior) es aquella en la que las actividades que realizamos desarrollan nuestras fortalezas o talentos individuales. Por ejemplo, tocar un instrumento, practicar un deporte determinado... En este tipo de felicidad se necesita aprender una serie de habilidades y técnicas. Al potenciar nuestras fortalezas incrementamos esta felicidad, pudiendo llegar a un estado de *flow*.

3. La *Vida significativa* (sentido de la vida) consiste en realizar aquello que da sentido a nuestra vida, lo vocacional. Este tipo de felicidad es la más duradera y supone sentirse parte de las llamadas instituciones positivas (democracia, familia, educación...)

Oramas (2006) considera que el estudio del proceso de la salud mental en términos positivos nos remite a lo que se

ha nombrado en la literatura como Psicología Salutogénica o Positiva, y a lo que muchos investigadores denominan nuevo paradigma, y entre los indicadores que menciona están: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la capacidad de resistencia (resiliencia), los mecanismos de defensas maduros, el bienestar psicológico, el bienestar subjetivo, las estrategias de afrontamiento, los talentos y la creatividad.

Por su parte, la Oficina Internacional del Trabajo (OIT, 1986), también se ha preocupado por las variables relacionadas con las características asociadas a la salud mental positiva, y reconoce como indicadores de salud mental positiva: Ingeniosidad y creatividad, Aptitud para resolver los problemas, Fuerza del ego, Adaptabilidad, Sociabilidad, Amor propio, Introversión/ Extroversión, Actitud positiva / negativa respecto del futuro, Resistencia psicológica y Control interno.

“El concepto de trabajo en nuestra sociedad se encuentra centrado en contradicciones, puede ser considerado como una tortura, pues como señala Fernández (2008: XI) “... el trabajo hacía honor a su etimología al ser una palabra derivada de *tripálium*, palabra que significa “instrumento de tortura de tres palos”, aplicado a los esclavos o siervos que no se afanaban lo suficiente en su actividad”.

En la Biblia, en el pasaje del Génesis (3:17) Adán es condenado a trabajar la tierra con el sudor de su frente; de esta forma, en la cultura cristiana el trabajo queda establecido como el castigo divino. Señalándole a Adán: “Como le hiciste caso a tu mujer y comiste del fruto del árbol del que te dije que no comieras, ahora la tierra va a estar bajo maldición por tu culpa; con duro trabajo la harás producir tu alimento durante toda tu vida. La tierra te dará espinos y cardos, y tendrás que comer plantas silvestres. Te ganarás el pan con el sudor de tu frente, hasta que vuelvas a la misma tierra de la cual fuiste formado, pues tierra eres y en tierra te convertirás” (Pando, 2013).

Nosotros en un trabajo anterior (Pando, 2006) hemos señalado que “... el trabajo no cura ni enferma a nadie, son las

condiciones de éste las que pueden ser eugénicas o patogénicas, por lo mismo, las aspiraciones de un trabajador hoy en día, no deben limitarse a el hecho de no sufrir accidentes ni enfermedades laborales al final de nuestra jornada laboral, la organización del trabajo puede crear sentimientos de confianza en sí mismo, elevar la autoestima en el trabajador, mejorar las redes sociales de apoyo laborales y extra laborales, incrementar la satisfacción, y otros indicadores positivos de salud mental que desarrollaremos a lo largo de este libro” (Pando, 2013).

El trabajo puede ser un ambiente de gran influencia para la salud mental de las personas, tanto para aquellas que laboran ahí como para sus familiares directos, ya que se constituye en una de sus actividades más importantes al tratarse del medio principal por el cual el individuo obtiene recursos económicos para su subsistencia y la de su familia; además de que en nuestra economía globalizada y predominantemente neoliberal e industrializada, el trabajo ocupa un alto porcentaje de la vida, tanto en la cuestión de tiempo invertido en las horas que componen las jornadas ordinarias y extraordinarias dentro del centro de trabajo, así como para su traslado, capacitación, etc. Pero también debe considerarse el espacio que ocupa como significado en el individuo, al poder ser motivo de satisfacción y realización personal de manera positiva o totalmente absorbente hasta no dejar nada en la vida del individuo que no sea trabajo.

Como en otros espacios, en el ámbito laboral la salud mental ha estado dominada casi exclusivamente por un interés en la patología y con ello el estudio del ser humano se ha visto exento de rasgos positivos, por lo que Salanova y Schaufeli (2004) han argumentado que para poder sobrevivir y prosperar en un contexto de continuos cambios e innovaciones dentro de las organizaciones se necesita tener empleados motivados y psicológicamente comprometidos, enganchados con el trabajo, que se encuentren satisfechos en su trabajo y que no experimenten estrés laboral.

El trabajo puede ser agradable, incluso considerado

como la parte más agradable de la vida. En especial cuando el trabajo llevado a cabo de tal manera que nos permite quedar completamente absortos en la tarea que ejecutamos, lo que se asume como una fuente de gran dicha y permite realizar la tarea sin sensación de esfuerzo en lo que se denomina estado de flujo (Csikszentmihalyi, 2008).

El fenómeno de flujo estaba presente en los pensadores de culturas asiáticas desde hace muchísimos años, el concepto de *yu* apareció hace 2.300 años en las escrituras del erudito taoísta ChuangTzu. *Yu* es un sinónimo de la manera correcta de seguir el camino, o Tao: se ha traducido como “vagar”; como “caminar sin tocar el terreno”. Chuang Tzu creyó que *yu* era la manera apropiada para vivir, es decir, sin preocuparse por las gratificaciones externas, espontáneamente, con un compromiso total puesto en la tarea que se realiza (Pando, 2013).

Algunos indicadores de salud mental positiva han sido especialmente estudiados en los ambientes laborales, por ser estos ambientes condiciones potenciales para su desarrollo, así, son frecuentes los estudios que relacionan el desarrollo de la autoestima con los modos organizacionales.

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

Por otro lado, el concepto de WorkEngagement, ha nacido vinculado a la “psicología positiva”, trata de favorecer los aspectos positivos de la vida humana, relegando a un segundo plano o restando importancia a los avatares poco afortunados que presenta el ciclo vital (Seligman, 2000). El WorkEnga-

gement es visto así como un concepto motivacional positivo relacionado con el trabajo y la vida, que está enfatizado por el vigor, la dedicación y la absorción. Es una forma de ver los sucesos vitales del sujeto no siendo centralizado en un objeto o conducta (Pando, 2011).

El desarrollo de los indicadores de salud mental positiva en ambiente organizacional está fuertemente ligado al estudio de los Factores Psicosociales a los que se expone el trabajador con motivo de sus actividades laborales, ya que igual que se habla de Factores Psicosociales de Riesgo a la salud, podríamos también establecer el diagnóstico de factores psicosociales protectores de la salud.

El análisis de los Factores Psicosociales del trabajo, es uno de los temas que mayor atención y preocupación ha causado entre los involucrados en el tema de la salud, seguridad e higiene ocupacional, desde finales del siglo pasado. Las investigaciones realizadas en muchos países, tanto industrializados como no industrializado, han suministrado durante las últimas décadas, una gran cantidad de datos sobre las condiciones psicosociales en el trabajo que pueden afectar la salud de los trabajadores. Como en los casos anteriores ha tenido mucho mayor desarrollo el estudio de los Factores Psicosociales Negativos (aquellos que se consideran factor de riesgo para la salud) que los positivos que pueden jugar el papel de factores protectores y de desarrollo a la salud del trabajador (Pando, 2013).

Para el diseño de un puesto de trabajo eugenésico, deberemos promover la exposición del trabajador a los Factores Psicosociales protectores, considerando que para obtener efectos, ya sea positivos o negativos, la premisa de “exposición” a Factores Psicosociales Laborales debe de considerar algunas reglas para que actúen como “factor de protección” o “factor eugenésico”; entre ellos debemos mencionar al menos la duración o tiempo de exposición a la condición psicosocial que se percibe como protectora, la intensidad del factor; la frecuencia de presentación y, el potencial o grado en que un factor psicosocial es capaz de producir efectos en la salud y el bienestar.

Respecto de los factores psicosociales de riesgo o protectores, Muñoz (1993) los nombra factores de descontento y factores de contenido, y reflexiona sobre si realmente son más frecuentes los de descontento que los de contenido en la mayoría de las actividades laborales o si se trata simplemente de un asunto de percepción; “quizá el fenómeno sea más habitual de lo que pensamos: cuando una máquina funciona bien no sentimos satisfacción por su buen funcionamiento y ni siquiera reparamos en su existencia, pero sí somos negativamente conscientes de ella cuando sus engranajes chirrían. Esto no quiere decir que su buen funcionamiento no produzca satisfacción, sino que la habituación a una situación satisfactoria hace que el individuo no sea continuamente consciente de ella. Pero si se le pregunta al sujeto si experimenta satisfacción por tal situación, la respuesta será afirmativa. Para una mejor comprensión, bastaría considerar la satisfacción inevitable que supone pasar de una situación en la que el trabajo está mal organizado a otra en la que la organización es perfecta” (Muñoz, 1993:6).

En la actualidad, el interés en la Eugenesia Laboral para el fomento de Salud de los trabajadores, debería ser una meta para cualquier empresa o institución privada o del gobierno.

De igual modo, debiéramos acercarnos con una visión positiva a la salud mental en los trabajadores y a las condiciones de trabajo que promuevan esta salud mental; En México el Reglamento Federal de Seguridad y Salud en el Trabajo publicado el 13 de noviembre de 2014 en su artículo 55 señala como obligación patronal realizar “la promoción de un Entorno Organizacional Favorable”.

En la medida que hagamos promoción y potenciemos los recursos del ser humano, las tasas de prevalencia de trastornos disminuirá (Lluch, 1999); la promoción no sólo refuerza la salud mental positiva, sino que además contribuye a la reducción de conductas de riesgo, problemas sociales y económicos, así como índices de mortalidad y morbilidad (Moodie y Jenkins, 2005).

El fomento de la salud mental positiva en los ambien-

tes laborales, deberá desarrollar una situación diferente, que va más allá de la prevención o remedio de las enfermedades; el fomento a la salud debe ser un agente de cambio, que modifique eugenésicamente estilos de vida, condiciones sociales, económicas y ambientales.

Para lograr estos objetivos es importante que los sistemas de gestión de la salud ocupacional en las empresas incluyan la evaluación de los Factores Psicosociales no solo en su perspectiva negativa o de riesgo, sino también en su capacidad eugenésica, de la misma manera, se deberá llevar registro de los efectos no solo negativos como el estrés, burnout o trastornos del sueño; sino también de los indicadores positivos de salud mental como la auto estima, las buenas redes sociales de apoyo o el work engagement.

Pero como es evidente no bastará con llevar a cabo los diagnósticos, será indispensable la intervención, es decir, la ejecución de políticas y actividades que fomenten la salud mental positiva en los trabajadores e incluso en la familia de éstos.

Para la verificación de esta intervención, puede ser muy útil el enfoque de auditoría a la empresa en materia de eugenesia laboral. La auditoría es considerada una serie de métodos de investigación que pretenden la revisión y evaluación profunda de la gestión efectuada.

La auditoría no tiene como objetivo comprobar si las condiciones de trabajo existentes en la empresa en un momento determinado son las adecuadas, si cumplen o no la normativa que les sea aplicable. La auditoría se centra en evaluar lo evaluado, planeado y realizado por la empresa en materia de salud ocupacional.

Por ello, es normal iniciar con el análisis de la documentación sobre la evaluación de los riesgos y la planificación de las actividades preventivas que posee la empresa. Documentos en los que seguramente encontraremos ausencia de mención, evaluación, o actividades programadas en pro de la eugenesia laboral.

La auditoría de Eugenesia Laboral en salud mental tiene

como objetivo asegurarnos que la empresa promueva de manera activa la presencia de los factores psicosociales positivos y haga esfuerzos por el desarrollo de la salud mental de manera integral con los procesos de producción (Pando, 2013).

Sin embargo, si queremos dejar constancia de que el puesto de trabajo; la empresa eugenésica, es posible y factible; las actividades a desarrollar para el área de la salud mental y los factores psicosociales son en general sencillas y económicas; pero además no representan “un gasto” sino “una inversión”; pues ha quedado suficientemente sustentado que este bienestar psicológico del trabajador está íntimamente ligado a la calidad del trabajo, el nivel de producción y el control total de pérdidas en la empresa.

Referencias

- Amar José, Palacio Jorge, Linás Humberto, Puerta Laura, Sierra Eloisa, Pérez Ana María, Velásquez Bianca. Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Tolúviejo. *Rev. Suma Psicológica*, Vol. 15, N° 2. Septiembre 2008, 185-403.
- Aranda Beltrán C. y Ibarra Martínez A. J. (2016) Psicología de la Salud Ocupacional Positiva. En Pando Moreno M., Aranda Beltrán C. y Vázquez Colunga J.C. *Salud Mental Positiva en el Trabajo*. Capítulo 1, México, Ed. PIENSO A.C.
- Canguilhem, G. (2000). ¿Qué es la psicología? *Revista Colombiana de Psicología*, 7, 7-14.
- Csikszentmihalyi, M. (2008) *Aprender a Fluir*. España, Ed. Kairós.
- Jahoda, M. (1958). *Current concept of positive mental health*. Nueva York: Basic Book.
- Lluch, M. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Barcelona. España.
- Muñoz A. (1993) La importancia del contenido de la tarea para el buen funcionamiento de las empresas. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 9 (24): 7-15.
- OIT. (1984) *Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, in-*

- cidencia y prevención. Informe del Comité Mixto OIT / OMS.* Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.
- OIT. Organización Internacional del Trabajo. (1986). *Psychosocial Factors at Work: Recognition and Control.* Occupational Safety and Health Series n 56.OIT: Geneva.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- Pando Moreno M., Aranda Beltrán C., Zambrano Torres J. M., López Pérez I. (2011) Factores Psicosociales de Riesgo, Burnout y Work Engagement en Empleados de Pequeñas Tiendas Comerciales de Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 1(3): 21-27.
- Pando Moreno M., Aranda Beltrán C., Parra, L., Ruiz de Chávez D. (2013). *Eugenesia Laboral: Salud mental positiva en el trabajo.* Colombia. Editorial Universidad Libre Seccional Cali.
- Nieto Rodríguez M.P. (2013) *Psicología Positiva y Discapacidad.* Trabajo de fin de grado (Maestría). Facultad de Educación y Trabajo Social. España, Universidad de Valladolid.
- Salanova M, Schaufeli W. (2004). El Engagement de los empleados: Un reto emergente para la dirección de recursos humanos. *Estudios financieros*, 261 (62): 109-38.
- Schaufeli, W.& Bakker, A.B. (2004). Job demand, job resources and their relationship with burnout and engagement. A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25: 293-315.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002). *La auténtica felicidad.* Barcelona: Vergara.

RESEÑA DE LOS AUTORES

CAROLINA ARANDA BELTRÁN

Doctorada en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara. Investigadora, Docente y Presidenta de la Academia Salud Laboral en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Miembro del Cuerpo Académico Consolidado “Salud Mental en Grupos Poblacionales”. Miembro de la Red PIENSO en Latinoamérica del Instituto Iberoamericano de Investigación en Salud Ocupacional, Ambiente y Sociedad (INSOAS) y de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (ICOH). Email: caranda2000@yahoo.com.mx

THAIS ARAVENA VALDÉS

Psicóloga y Licenciada en Psicología, Universidad de Talca. Experiencia en área de recursos humanos y coaching en el área pública. Participación como voluntaria en organizaciones de servicio a la comunidad.

Email: thais.aravena.valdes@gmail.com

M. ÁNGELES CARRIÓN GARCÍA

Doctora Sobresaliente Cum Laude por Unanimidad por la Universidad Rovira i Virgili. Licenciada en Psicología. Presidenta de la Asociación de Expertos en Psicología Aplicada – AEPA. Directora del Instituto Técnico de Psicología y Formación ITPF-mac. Directora del Encuentro Internacional sobre Prevención y Salud Laboral-ENPYSAL. Vicepresidenta Ejecutiva del Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional - IIISASO. Profesora-Colaboradora para el Grado de Criminología de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC). Profesora y co-directora de tesis en el Doctorado Interinstitucional en Psicología (DIP) en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud CUCS de la Universidad de Guadalajara (México).

Email: siouxdak@gmail.com

PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ

Enfermera, Licenciada en Enfermería por la Universidad Católica del Maule (UCM) y Doctora en Enfermería por la Universidad de Concepción, Chile. Tiene estudios de postítulo en Gestión del Cuidado y Calidad en Enfermería. Actualmente es académica del Departamento de Enfermería de la UCM, donde desarrolla docencia de pre y postgrado. Lidera investigaciones referentes a riesgos psicosociales en diversos lugares de desempeño, y tiene numerosas publicaciones en revistas científicas. Es integrante del Centro del Cuidado UC del Maule, tributando a la línea de Salud Pública, específicamente en temáticas de Seguridad y salud en el trabajo.

Email: pceballos@ucm.cl

CARLOS CHAVERA BIANCHI

Médico especializado en Gastroenterología y en Medicina del Trabajo por la Universidad del Salvador (USAL) de Buenos Aires, Argentina. Posgrado en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestro en Administración de Servicios de Salud y estudiante del Doctorado de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires. Médico Frecuentatore en el Istituto Nazionale per lo Studio e la cura dei Tumori, Milano, Italia. Fellowship en el Fitzgerald Mercy Hospital, Philadelphia, USA (1991). Especialización en Factores de Riesgo Psicosocial Grupo PIENSO de la Universidad de Guadalajara, Curso OCRA Evaluación de gestos repetitivos, Universidad de Cataluña - Sede Santiago de Chile. Docente Universidad Carolina del Norte USA, enero 2011. Curso de Higiene y Seguridad en Nanotecnología UPC. Miembro del Comité Científico de Nanotecnología de ICOH.

E.mail: chavbi@yahoo.com

MARGARITA CISTERNA MORA

Psicóloga y licenciada en Psicología, Universidad de Talca. Analista de clima organizacional y coaching en el área pública y privada. Email: margarita.cisterna@hotmail.com

CARLOS N. CONCHA ALARCÓN

Enfermero por la Universidad de Chile y Licenciado en Enfermería, U. Católica del Maule. Magister © en Salud Pública con mención en Salud Ocupacional, Escuela de Salud Pública, U. de Chile. Fue director comunal de Salud de la Municipalidad de Maule y Jefe de la Unidad de Salud Ocupacional de la Dirección Regional de Salud de la Región del Maule. Actualmente es docente de la Universidad Católica del Maule y Universidad Autónoma de Chile (Salud Ocupacional para carrera de Enfermería) y de la Universidad Tecnológica de Chile –INACAP (Medicina del Trabajo, Ergonomía y guía de tesis en carrera Ingeniería de Prevención de Riesgos). Se desempeña como encargado de la Unidad de Salud Ocupacional de la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la región Maule y encargado Regional de REVEP (Red de Vigilancia Epidemiológica de Plaguicidas). Email carlos.concha@redsalud.gob.cl

NORA GRAY GARIAZZO

Licenciada en Psicología y Psicóloga, Universidad Católica de Chile, Doctora (c) en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Profesora Asistente Adjunta de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile. Docente del Magíster en Salud Pública y del Magíster en Psicología del Trabajo y las Organizaciones, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Docente del Diplomado de Calidad de Vida Laboral de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales. Miembro fundadora de la Sociedad Chilena de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones (SCHIPTO) y de la Red Latinoamericana de Estudios sobre Trabajo Docente (RED ESTRADO), la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), la Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales (RIPSOL), el Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional (IIISASO) y la Red Internacional de Investigación e Innovación en Salud Ambiental y Laboral (RISAL). E.mail: ngrayg@gmail.com

FRANCISCO LÓPEZ BARÓN

Doctor por la UAB (España) y en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad de Guadalajara (México). Máster en Clínica en Salud Mental (Les Heures-UB) y Licenciado en Psicología (UAB). Socio fundador y Vicepresidente 1º de la Asociación de Expertos en Psicología Aplicada - AEPA. Profesor de ergonomía y psicología aplicada del Máster Oficial Universitario en PRL en el IUCT. Responsable de Prevención y Salud Laboral Aj MdV. Consultor en PRL y RH y Técnico superior en PRL en todas las especialidades y Auditor en PRL. Presidente del Comité Científico Europeo del Encuentro Internacional sobre Prevención y Salud Laboral “ENPYSAL”. Miembro del Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional (IIISASO). Miembro Ordinario de la División de Psicología del Trabajo, de las Organizaciones y de los Recursos Humanos (PTORH) y de la División de Psicología Académica – SEP del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos de España.

Email: vicepresidencia.aepa@gmail.com

BORIS ANDRÉS LUCERO MONDACA

Psicólogo de la Universidad de La Serena, Magíster en Psicología mención Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctor en Psicología de la Universidad de Chile. Académico del Departamento de Psicología de la Universidad Católica del Maule y Coordinador del laboratorio de la Escuela de Psicología de esta universidad. Posee diversas publicaciones en el área de salud ambiental y percepción de riesgo y ha colaborado en diversos estudios del área. Actualmente desarrolla el proyecto de la Superintendencia de Seguridad Social denominado “Validación de una Batería de test para el monitoreo de efectos cognitivos ante la exposición ocupacional a plaguicidas inhibidores de la acetilcolinesterasa en trabajadores agrícolas” como investigador responsable.

Email: blucero@ucm.cl

FÁTIMA DANIELA MARES HERNÁNDEZ

Licenciada en Psicología. Asistente de Investigación en la línea de Salud Laboral en el Departamento de Salud Pública de Universidad de Guadalajara, apoyo logístico en eventos Binaccionales, coautora de artículos y capítulos de libros sobre apoyo social y Síndrome de Burnout.

Email: marfahegua1301@msn.com

MARÍA DORIS MÉNDEZ CAMPOS

Psicóloga y licenciada en psicología, Universidad de Chile. Magíster en Desarrollo de Habilidades y Competencias, Universidad Complutense de Madrid, España. Coach Integrativo, Certificado Capsis Chile-Grupo Palo Alto, California, USA. Directora académica del Diploma Psicología Aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales, U. de Talca. Docente de pre y post grado de la U. de Talca, Módulos Coaching, Tutoría y Mentoring en Organizaciones; Psicología del Trabajo I y II; Gestión de Personas y Desarrollo de Habilidades Sociales; Desarrollo Organizacional, Módulo de Desempeño Integrado de Competencias. Módulo Calidad de Vida, Salud y Trabajo del Magíster de Psicología Social. Miembro del Grupo de Investigación en Calidad de Vida y Ambientes Saludables (GICVAS). Ha desarrollado proyectos de investigación aplicada en Seguridad y Salud ocupacional financiados por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO). Email: dmendez@utalca.cl

MARÍA TERESA MUÑOZ QUEZADA

Psicóloga de la Universidad de La Serena, Magíster en Psicología mención Psicología Educacional de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile. Académica del Departamento de Psicología y Directora de Postgrado de la Universidad Católica del Maule. Posee una serie de publicaciones y proyectos de investigación de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) relacionados con exposición ambiental, plaguicidas organofosforados y sus efectos en la salud de las

personas. Actualmente desarrolla el FONDECYT de Iniciación 11150784 denominado *Educational intervention on exposure and effects of organophosphate pesticides in rural school communities. A cross-community trial*. Email: mtmunoz@ucm.cl

MANUEL PANDO MORENO

Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León, Maestro en Ciencias de la Salud Pública por la Universidad de Guadalajara y Doctor en Sociología y Metodología de la Ciencias Sociales por la Universidad de Rovira i Virgili. Profesor Investigador de la Universidad de Guadalajara, México. Presidente del Programa de Investigación en Salud Ocupacional (PIENSO) en Latinoamérica. Director de la Junta Directiva del Instituto Internacional de Investigaciones en Ciencias Sociales, Ambientales y Ocupacionales (IISASO). Fundador de la Maestría en Gestión de Riesgos Laborales. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores en México (SIN nivel 2). Profesor visitante de diversas universidades e instituciones vinculadas a la salud en el trabajo de Latinoamérica, España y Japón. Premio Nacional de Psicología, Mención Investigación, México 2016.

Email: manolop777@yahoo.com.mx

ANA CAROLINA REYNALDOS QUINTEROS

Psicóloga de la Universidad Católica de Chile. Maestra en Ciencias de la Salud en el Trabajo por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco (UAM-X México DF). Coordinadora nacional de RIPSOL (Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales) de 2006 a 2010 y del IISASO (Instituto Internacional de Investigación Social, Ambiental y de Salud Ocupacional) del 2011 a actualidad. Miembro del Comité Editorial de INFO-AEPA, Boletín informativo digital de la Asociación de Expertos en Psicología Aplicada (2012 a actualidad). Psicóloga clínica acreditada por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica desde 1995. Docente Adjunto de la U. Católica del Maule, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Coordinadora de Prácticas Profesionales de la Escuela de

Psicología y docente del Magister en Salud Mental Infanto-Juvenil de la Universidad Católica del Maule.

MARÍA ALEJANDRA RIVERA TOVAR

Licenciada en Psicología y Psicóloga, Universidad Católica Boliviana San Pablo. Magister (c) en Psicología Laboral-Organizacional de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Investiga la relación entre variables individuales y del contexto laboral que influyen en la relación del engagement con el conflicto trabajo-familia. Email: marivera2@uc.cl

CLAUDIO ROJAS JARA

Psicólogo, Licenciado en Psicología, Mención Psicología de la Salud, Universidad Católica del Maule. Magister en Drogodependencias, Universidad Central de Chile. Académico Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica del Maule, Chile. Director (s) del Magíster en Salud Mental Infanto Juvenil, UCM. Editor del libro *Drogas: conceptos, miradas y experiencias* (UCM, 2015) y *Drogas: interpretaciones y abordajes desde la psicología* (UCM, 2016). Email crojasj@ucm.cl

GLADYS ROLO GONZÁLEZ

Psicóloga, Licenciada en Psicología y Doctora en Psicología por la Universidad de La Laguna (ULL), Tenerife, España. Actualmente es profesora titular e investigadora en el Departamento de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional de la Facultad de Psicología, Universidad de la Laguna, Santa Cruz de Tenerife, impartiendo docencia de pre y postgrado en la Sección de Enfermería y en la Sección de Psicología. Es integrante del Grupo de Investigación Psicosocial en Seguridad y Salud Organizacional (IPSO), que ha liderado diversos proyectos de investigación europeos y españoles en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo. Tiene numerosas publicaciones en revistas científicas. Email: grolog@ull.edu.es

EUGENIO SAAVEDRA GUAJARDO

Licenciado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Magister en Investigación de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano - Chile, Doctor en Educación por la Universidad de Valladolid – España, Terapeuta Cognitivo (Inteco), Psicólogo Clínico Acreditado. Profesor Titular de la Universidad Católica del Maule (UCM), en donde ejerce como docente e investigador desde el año 1994 a la fecha. Investigador asociado de CEANIM (Centro de Atención del Niño y la Mujer) Chile. Autor de 25 libros y capítulos de libros y 40 artículos en revistas académicas, en las áreas de Resiliencia, Juventud y Psicología Educacional. Conferencista en el tema de resiliencia en Universidades e Instituciones Académicas de México, Perú, USA, Ecuador, Uruguay, Argentina, Cuba, Guatemala, Panamá, España, El Salvador, Colombia y Chile. Email: esaavedr@ucm.cl

NAHIR SILVEIRA RONDÁN

Licenciada en Psicología, Facultad de Psicología y Licenciada en Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Doctora en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Universidad de Guadalajara, México. Diplomada en Psicoterapia en Servicios de Salud, Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Trabajador de la Salud Mental, Especializado en Familia, Grupo e Instituciones por la Sociedad Uruguaya de Terapia Familiar. Autora de diversos libros y artículos sobre modelo de triangulación en estudios de salud laboral, estrés, burnout y salud mental en docentes y en trabajadores de la salud. Email: nahirsilveira@hotmail.com

VICENTE SISTO CAMPOS

Doctor en Psicología Social por la Universitat Autònoma de Barcelona. Profesor Titular de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Investigador responsable del Grupo de Estudios TRASAS (Trabajo, Sub-

jetividad y Articulación Social) de la misma escuela y co-editor de la *Revista Psicoperspectivas* (www.psicoperspectivas.cl). Miembro fundador de la Red Chilena de Estudios del Trabajo (RET-Chile), Co-coordinador de la sección chilena de la Red Latinoamericana de Estudios en Trabajo Docente (Red ESTRADO). Ha sido Profesor visitante en la Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil), la Universitat Autònoma de Barcelona (España), la Universidad del Valle (Cali, Colombia) y la Universidad de Buenos Aires (Argentina), entre otras. Actualmente es miembro del directorio del Centro de Estudios de la Mujer (CEM) y miembro del grupo de estudios en Sociología del Fondo Nacional para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Fondecyt). Email: vicente.sisto@pucv.cl

MARIELA VALDEBENITO SUAZO

Psicóloga y Licenciada en Psicología, Universidad de la Frontera, Chile. Terapeuta familiar y de parejas por el Instituto de Terapia Familiar de Santiago. MBA en Administración de Empresas, Universidad de Talca. Doctora en Psicología, Universidad de Chile. Ha dictado docencia de pre y posgrado así como capacitación a organismos públicos en la U. de Talca, en materias como Gestión de recursos humanos, Comunicación efectiva, Negociación, Técnicas de entrevista y selección de personal, Evaluación de proyectos, Aspectos relacionales de la organización. Actualmente es la Directora de la Escuela de Psicología de la U. Católica del Maule y ha dictado asignaturas como Teoría y técnica de grupos y Psicología organizacional y laboral. Email: mvaldeben@ucm.cl

VIVIAN VILCHEZ BARBOZA

Enfermera, Licenciada en Enfermería por la Universidad de Costa Rica (UCR), Maestría Académica en Ciencias de la Enfermería por la UCR y es Doctora en Enfermería por la Universidad de Concepción, Chile. Actualmente es académica e investigadora de la Escuela de Enfermería de la UCR, donde desarrolla docencia de pre y postgrado; además de Coordinar la Comisión de Investigación de esta Unidad Académica. Lide-

ra investigaciones referentes a salud cardiovascular y calidad de vida relacionada con salud en personas trabajadoras y tiene numerosas publicaciones en revistas científicas.

Email: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

MAURICIO YÁÑQUEZ LORCA

Psicólogo licenciado en la Universidad Central (Chile), cuenta con más de 16 años de experiencia trabajando en y con equipos de trabajo dentro del ámbito clínico, comunitario y organizacional. Psicoterapeuta Corporal en Biosíntesis, corriente Neoreichiana, certificado por IFB, Haydeen, Suiza. Destaca su experiencia en diagnóstico, diseño, implementación, ejecución, evaluación y seguimiento de programas de desarrollo de personas y equipos de trabajo. Más de 12 años trabajando como docente universitario. Desde el 2011 a la fecha se desempeña como Gerente General de la consultora NORTE3 y desde el 2013 a la fecha es consultor de Alumni de la Universidad Adolfo Ibáñez. Con participación en investigaciones en el ámbito de la educación, jóvenes infractores de ley, consumo de alcohol y drogas, y resiliencia organizacional.

Email: myanquez@norte3.cl



La salud en el trabajo es un aspecto de la vida productiva que sólo en los últimos años ha ido tomando importancia y capturando recursos en investigación y publicaciones. Esto porque, aunque la diversificación de tareas y ocupaciones es hoy en día máxima, no se ha logrado revertir suficientemente las cifras de accidentabilidad y morbilidad originada por el trabajo. Más aún, han ido apareciendo múltiples retos debido a la fragmentación del proceso productivo, la externalización de muchos servicios y el trabajo a distancia que hace que los límites entre lo público y lo privado se vayan difuminando.

Hoy han aumentado patologías originadas en aspectos organizacionales y de relaciones interpersonales del ambiente laboral y que culminan en graves trastornos de la salud mental, que afectan no sólo al individuo sino al grupo de trabajo y a su grupo familiar. Como sociedad no estamos preparados para hacernos cargo de toda la responsabilidad que implica el impacto de la vida productiva actual en las personas, de modo que resulte no sólo en salarios dignos para los trabajadores sino en ambientes de trabajo saludables y que estimulen el desarrollo humano.

Nuestro deber es estimular desde la academia el debate y aportar en conocimientos que alimenten a los actores públicos y privados que deben tomar decisiones en torno al trabajo y sus repercusiones en la salud.