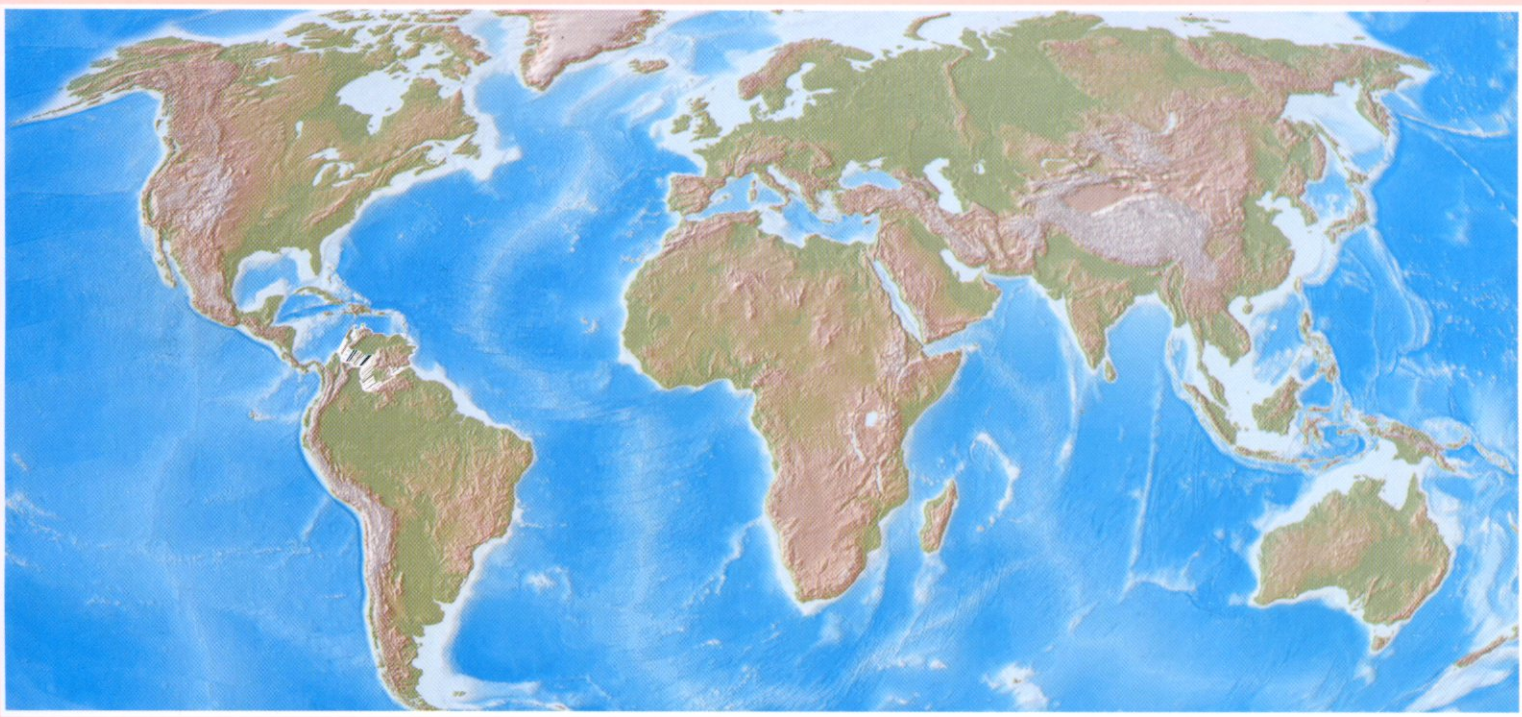
SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 15, Número 2
Julio-Diciembre 2007



ARTÍCULOS

Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos.

Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores de una Empresa de Construcción Civil.

Necesidades de Formación Profesional en Salud Ocupacional: La Percepción de los Profesores de Madrid, España.

La Investigación Participativa como Práctica Social y su Aportación al Mundo Laboral a través del Modelo Obrero.

NOTA Y REFLEXIÓN

Enfoque para Justificar la Promoción y Prevención como Medios en la Erradicación del Sedentarismo desde el Ámbito Laboral.

Universidad de Carabobo.
Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"
Postgrado en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral.
Av. Bermúdez Sur, AP 2171, 2113 y 2442, ZP 2101.
Maracay, estado Aragua, Venezuela.
Teléfono: 58-0243-2330111. Fax: 58-0243-2328440

ISSN: 13-15-0138
Depósito legal pp 199302AR125
Publicación semestral
www.iaesp.edu.ve

IAES "Dr. Arnoldo Gabaldon"
Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Volumen 15, Número 2
Julio-Diciembre 2007

SALUD DE LOS TRABAJADORES

CONTENIDO

EDITORIAL

ARTíCULOS

Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos
Occupational stress and burnout among Venezuelans teachers.
Arlene Oramas Viera, Pedro Almirall Hernandez & Ivis Fernández 71

Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores de una Empresa de Construcción Civil.
Musculoskeletal symptoms in civil construction workers.
Monika Bellorín, Yadira Sirit, Carina Rincón & Martha Amortegui 89

Necesidades de Formación Profesional en Salud Ocupacional: La Percepción de los Profesores de Madrid, España.
Vocational School Training in Occupational Health:
Perception of Teachers in Madrid, Spain.
David Cobos Sanchiz & Aitana Garí Pérez 99

La Investigación Participativa como Práctica Social y su Aportación al Mundo Laboral a través del Modelo Obrero.
Participatory Research as Social Practice, and Its Contribution
to the Workplace Through Worker Models.
Susana Martínez Alcántara 107

NOTAS Y REFLEXIONES

Enfoque para Justificar la Promoción y Prevención como Medios en la Erradicación del Sedentarismo desde el Ámbito Laboral.
An Approach to Justify Promotion and Prevention as means
of Reducing Sedentary Activity in the Workplace.
Mariely Ramos Piñero 119

EDITORIAL

Riesgos Laborales de los Trabajadores de la Salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2002, los trabajadores del sector salud representaban aproximadamente treinta y cinco (35) millones de personas a nivel mundial, lo que equivale a un 12 por ciento de la fuerza laboral. Aún cuando es indiscutible que es grupo numéricamente relevante, éste ha sido relegado de las actividades de la salud ocupacional, ya que ni los gobiernos ni las organizaciones de salud le han concedido la suficiente atención a los factores de riesgos laborales presentes en los centros dispensadores de salud que pueden ocasionar accidentes o enfermedades ocupacionales en este personal. Tal situación refleja una gran paradoja ya que mientras la comunidad acude a los centros asistenciales en busca de salud, los trabajadores de esas instituciones se ven expuestos (accidentan o enferman) debido a las deficientes condiciones de trabajo y aspectos organizacionales, evidenciándose así una gran injusticia social hacia este sector laboral.

Una de las posibles razones de tal "negligencia institucional" lo constituye la afirmación errónea de que la industria de la salud es "limpia y sin riesgos", argumento que carece de validez ya que este sector no puede estar exento de riesgo cuando la vida de un trabajador de la salud se ve amenazada continuamente por la posibilidad de infectarse o morir a causa de un accidente por pinchazo o cortadura con material contaminado por virus como Hepatitis B, Hepatitis C, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por nombrar sólo algunos de los riesgos de tipo biológico y en el entendido, que existen otros factores de riesgos tales como la lumbalgia y la violencia.

Los accidentes por pinchazos representan alrededor de dos (2) millones de exposiciones en el mundo cada año. Una cifra alarmante, que puede incrementarse considerablemente si se toma en cuenta que un número elevado de trabajadores no reportan dichos accidentes generando un subregistro, ubicado entre un 30-80 por ciento, según los Organismos Internacionales de Salud, lo cual demuestra que pese a la existencia de sistemas de notificación de accidentes, muchos de ellos no suelen ser reportados, dificultándose la obtención de una dimensión real del problema.

En los países en desarrollo, la principal causa de accidentes por pinchazos y contagio es la reinserción de la tapa plástica en la jeringa. Según el Centro de Control de Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos (2004), se registran más de 385.000 heridas por agujas y otros objetos punzo cortantes anualmente, en una población de más de ocho (8) millones de trabajadores que laboran en hospitales y otros establecimientos de salud.

Los datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (EPINet), arrojan que los trabajadores de salud en hospitales de docencia en USA, incurren aproximadamente en 26 heridas por agujas por cada 100 camas. Sin embargo, el Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Laboral en 1999, estimó un promedio anual entre 600-800 mil heridas por agujas y otras heridas punzo cortantes en establecimientos de salud. El reporte de la Organización Mundial de la Salud para el año 2002 indica que el porcentaje de casos de trabajadores de la salud a nivel mundial con exposición ocupacional a Hepatitis B, y Hepatitis C fue de 40 por ciento para ambas y de 2.5 por ciento para el VIH.

Así, los accidentes laborales por pinchazo en los centros de salud representan un gran riesgo para el personal que labora en estas instituciones, ya que a través de patógenos presentes en la sangre pueden verse afectados quienes han tenido el accidente, con los virus de la Hepatitis B, Hepatitis C y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Estos virus de transmisión sanguínea pueden producir enfermedades de curso agudo, crónicas, discapacitantes o, incluso provocar la muerte en el trabajador de la salud infectado.

Por citar un ejemplo, el virus de la Hepatitis B puede provocar la muerte prematura por cirrosis o por un hepatocarcinoma hepático en aquellas personas con infección crónica en un estimado del 15 al 25 por ciento. La infección por Hepatitis B además, suele ser la causa de hasta un 80 por ciento de los hepatocarcinomas a nivel mundial, seguido solamente por el tabaco entre los carcinógenos humanos conocidos.

Es importante resaltar que las heridas punzocortantes de los trabajadores de salud, no es tan solo un problema relacionado con la infección o la enfermedad, sino que contiene un impacto emocional significativo y prolongado, al verse éstos expuestos a una lesión por pinchazo, aún en ausencia de una infección grave. Este impacto es particularmente severo cuando la lesión causa exposición al VIH, pese a existir hoy en día excelentes tratamientos con drogas retrovirales, tanto el trabajador sanitario como compañeros (as) de trabajo y miembros de su familia se ven afectados emocionalmente.

En Venezuela, particularmente, el panorama no resulta alentador ya los trabajadores de la salud, se enfrentan al reto de prestar el mejor cuidado a sus pacientes, pero al mismo tiempo tienen el riesgo de exposición a agentes biológicos, particularmente Hepatitis B, C y el VIH, a través de heridas por agujas usadas o por objetos punzo cortantes en centros asistenciales. Pocos estudios se han realizado en hospitales venezolanos para determinar los factores de riesgos a los cuales el personal podría estar expuesto, por lo tanto, pocas medidas de intervención se han llevado a cabo para prevenir o para corregir factores de riesgos y así evitar problemas de salud en este personal sanitario.

De acuerdo a los datos suministrados por la Corporación de Salud del Estado Aragua (Corposalud), la frecuencia de heridas por agujas usadas o por objetos punzo cortantes en ese estado, durante el período 2002-2003, fue aproximadamente de ciento ochenta y seis (186) eventos, la mayoría provenientes del principal centro asistencial, con un promedio de cinco (5) eventos por semana. El personal lesionado fueron enfermeras, médicos y estudiantes de medicina; la Emergencia de Adulto y el Área Quirúrgica, resultaron los sitios donde se registraron el mayor número de accidentes y los instrumentos involucrados con dichos accidentes fueron las agujas y scalps.

Un estudio exploratorio realizado por Galíndez y Haiduven (2004), en un Hospital Público de la ciudad de Maracay, Venezuela; cuyo principal objetivo era indagar sobre las circunstancias relacionadas con los pinchazos por agujas usadas y material punzo cortante en trabajadores de la salud, se escogió al azar un número de trabajadores entre los cuales figuraban médicos, enfermeras, odontólogos, bionalistas, personal de laboratorio y de mantenimiento. De esos trabajadores que respondieron la encuesta, más de un tercio reportó haber sufrido un accidente laboral por pinchazos con agujas usadas o material punzo cortante y el 88 por ciento indicó que insertan la tapa plástica en las agujas usadas, de manera rutinaria. Las dos actividades con mayor frecuencia involucradas en la exposición resultaron la extracción de sangre y los aspectos relacionados con la disposición final de las agujas. Profesionales de la enfermería presentaron la mayoría de las heridas, seguido por médicos y asistentes de laboratorios. Laboratorios y Salas de Obstetricia fueron los sitios con la más alta frecuencia y porcentaje de heridas, seguido por el Servicio de Patología y el Área Quirúrgica. Las circunstancias más frecuentemente reportadas que contribuyeron a las heridas por pinchazos fueron la reinserción de la tapa plástica en agujas usadas y manipulación de agujas en el paciente. Por último, el 90 por ciento de los encuestados que tuvieron heridas por agujas, reportaron la reinserción de la tapa plástica como un procedimiento de uso rutinario.

Como se observa en los párrafos anteriores, la situación en Venezuela no difiere sustancialmente de la de otros países y lo que hace esta problemática mucho más grave es la ausencia, en el sistema asistencial venezolano, de una cultura de seguridad para la protección de los trabajadores y trabajadoras tal cual como existen en algunas empresas del estado venezolano y otras industrias de índole privado. Otro aspecto adicional es la falta de experiencia en el desarrollo de programas de vigilancia de los accidentes de trabajo y de las enfermedades de origen laboral.

Algunas de las medidas preventivas en los Estados Unidos, es la puesta en vigencia de la Ley Federal desde 1980 que prohíbe reinserción de la tapa plástica en las agujas (recapping), además de la incorporación de innovaciones tecnológicas en el deseño de equipos con agujas retractiles y equipos seguros para los desechos biológicos que reducen sustancialmente los accidentes por pinchazos con agujas contaminadas, así como la incorporación de medidas y normas de protección.

Por otro lado, Estudios epidemiológicos, demuestran que la lumbalgia es otro de los principales problemas de salud laboral del personal responsable del cuidado de los pacientes a nivel hospitalario, la misma, es causa de elevadas tasas de morbilidad ausentismo laboral y demandas por compensación de accidentes o enfermedad profesional a nivel mundial. De igual forma sucede con la violencia en centros de salud en USA donde más de 5 millones de trabajadores de hospitales están expuestos a muchos peligros para la salud y la seguridad incluyendo la violencia. Datos recientes indican que los trabajadores de hospital tienen un riesgo elevado de experimentar la violencia en el lugar de trabajo. Según los cálculos aproximados del Departamento de Estadísticas de Trabajo (BLS), los empleados de hospital sufrieron 2,637 agresiones no mortales en 1999, es decir, una tasa de 8.3 agresiones por cada 10,000 trabajadores. Este nivel es mucho más alto que el de las agresiones no mortales en todas las industrias del sector privado, que es de dos (2) por cada diez (10) mil trabajadores. La violencia en los hospitales generalmente es iniciada por los pacientes y de vez en cuando por los miembros de su familia que se sienten frustrados, vulnerables y fuera de control.

Sin embargo, en los países en desarrollo, la solución a esta problemática es compleja pero sin duda alguna debe comenzar con la toma de conciencia de los empleadores públicos o privados y de los empleados para que entiendan que la salud de los trabajadores no es una cuestión de costo económico sino de costo social (justicia social). Debe existir la voluntad política para mejorar las condiciones de trabajo y los aspectos organizacionales de los centros asistenciales de los diferentes países.

En este sentido, es imperativo que tanto las autoridades políticas como las de salud de los países desarrollados así como los en vías de desarrollo actúen con decisiones legales, administrativas y económicas que conlleve a mejorar la salud y seguridad de los trabajadores de la salud.

Luis Galíndez* & Yuraima Rodríguez**

* Magíster en Salud Ocupacional.
** Especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral

Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos

Occupational Stress and Burnout Among Venezuelan Teachers.

Arlene Oramas Viera [1], Pedro Almirall Hernandez [2] & Ivis Fernández [3]

Resumen

La finalidad de este estudio fue determinar la prevalencia del estrés laboral percibido por docentes, la afectación por el síndrome de Burnout y la presencia de síntomas de estrés, en esta población, así como las asociaciones existentes entre estas variables. Se realizó un estudio transversal con 885 maestros venezolanos de 53 centros escolares, de los niveles de enseñanza básica y diversificada, de los Estados de Lara, Mérida y Falcón. Fue utilizado el Cuestionario de Burnout de Maslach para Docentes (MBI-Ed) en una versión hispana; un Inventario de Estrés para Maestros con el propósito de determinar los estresores propios de esta labor y un Cuestionario de Síntomas de Estrés. El Agotamiento Emocional devino el componente del Burnout de mayor afectación. La edad y el estrés laboral percibido por el docente constituyen los mejores predictores del Agotamiento Emocional, para la Despersonalización lo es el estrés laboral percibido y el sexo del docente, siendo mayor en los maestros. Los factores laborales que provocan mayor estrés son: volumen de trabajo; factores relacionados con los alumnos; salario inadecuado y el déficit de recursos materiales y escasez de equipos y facilidades para el trabajo. Los síntomas de estrés a nivel conativo, afectivo, cognitivo y psicosomáticos están presentes en los tres componentes del Burnout. Los resultados nos confirman el carácter emocional del síndrome, su origen laboral y sus manifestaciones fisiológica.

Palabras claves: Estrés laboral, Síndrome de Burnout, Maestros.

Abstract

The goal of this study was to identify the prevalence of occupational stress and Burnout among teachers, as well as associated factors. This was a cross-sectional study of 885 Venezuelan teachers at 53 schools. Participants answered a Spanish language version of Maslach Burnout Inventory-Educator Survey (MBI-Ed), a Teachers' Stress Inventory for occupational stressors and a stress symptoms questionnaire. Emotional exhaustion was the most prevalent dimension of Burnout. The best predictors of emotional exhaustion were age and perceived occupational stress. For depersonalization the best predictors were perceived occupational stress and gender (male teachers). The occupational factors associated with increasing stress were workload, student-related factors, low salary, and inadequate resources (materials, equipment and facilities) to do their jobs. Stress-related symptoms were present in the three dimensions of Burnout. These results confirm the emotional character of Burnout, it´s occupational origins and physiological correlates.

Keywords: Occupational stress, Burnout syndrome, Teachers.

[1] Master en Psicología de la salud. Psicóloga. Investigadora.Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba, insatpsi@infomed.sld.cu, arlene.oramas@infomed.sld.cu
[2] Doctor en Ciencias Medicas. Psicólogo. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba, Insatinv@infoemd.sld.cu, monaped@infomed.sld.cu
[3] Master en salud Ocupacional. Especialista en Medicina General Integral. Investigadora. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores de Cuba.

Introducción

Es reconocido entre los docentes el carácter estresante de su profesión, creencia avalada científicamente por los especialistas en el tema de la salud del trabajador. Los maestros presentan perfiles epidemiológicos que los distinguen de otros profesionales, incluso de los servicios, como ellos. Las patologías más frecuentes son las alteraciones circulatorias, del aparato fonológico y los trastornos de la salud mental, en especial la ansiedad y la depresión. La idea de que la profesión docente constituye un riesgo para desarrollar trastornos psiquiátricos, es un tema de discusión.

En un estudio realizado entre 1997 y 1999, donde se revisaron todos los casos de jubilación temprana en 408 docentes, se detectó que las causas de las mismas eran los trastornos psicosomáticos y psiquiátricos para el 45%, la frecuencia fue mayor en las mujeres que en los hombres. Entre los trastornos psiquiátricos predominaron la depresión y el agotamiento emocional.(Weber, Weltle & Lederer, 2005). En un estudio donde se comparan 4 profesiones: docentes, oficinistas, profesionales de la salud y obreros de los servicios públicos, en relación con los trastornos mentales, los autores revisaron 3447 exámenes médicos, entre los años 1992 y 2003 y concluyen que el riesgo de que los maestros desarrollen trastornos psiquiátricos es 2 veces, 2.5 veces y 3 veces mayor que los oficinistas, profesionales de la salud y obreros de los servicios públicos respectivamente. (Lodolo, Pecori, Della Torre, Iossa, Vizzi, Fontani, Vitello, Cantoni, Pascale... *et al.* 2004).

Las causas de la vulnerabilidad del docente a las alteraciones mentales pueden ser amplias y de diversa naturaleza. La tarea impone demandas físicas, mentales, emocionales y relacionales que en interacción con los recursos individuales pueden impactar negativamente en su salud y bienestar. Esto unido a las condiciones organizacionales y sociales en las que se desempeñan va conformando una realidad que se torna compleja para poder abordar todos sus aspectos.

El trabajo, para todos, debe satisfacer la necesidad de sentirse útil. Cuando se desempeñan tareas valiosas, reconocidas y altamente valoradas por la sociedad, se fortalece la autoestima del trabajador. Debe existir una armonía entre las expectativas del sujeto, su ideal profesional internalizado y la realidad de lo que hace, la cual le llega por sus propias valoraciones cognitivas y el reconocimiento social. Cuando se rompe la armonía por una alteración de cualquiera de estos factores, las expectativas no se cumplen, el ideal no se alcanza, se lacera la autoestima y los sentimientos de frustración matizan el resultado.

Cuando comparamos esta profesión con la del personal de la salud, el cual lidia con el sufrimiento, el dolor y la muerte, encontramos que en la tarea médica el éxito es altamente reconocido y valorado por la sociedad, incluso, cuando el fracaso es el resultado, la labor esmerada y cuidadosa de estos profesionales es reafirmada en muchas ocasiones por los familiares y se considera el desenlace fatal como una realidad inevitable.

Sin embargo, el docente debe lidiar con una alta conflictividad por múltiples tareas y la desvalorización de su trabajo, a esto se une, frecuentemente, la incertidumbre sobre la permanencia en su trabajo, la inseguridad, la ambivalencia entre lo que desea y lo que puede hacer, la atención a las diferencias individuales ante un alumnado numeroso, las demandas emergentes y compulsivas de la escuela, la necesidad de autopreparación para dar respuesta a intereses de estudiantes cada vez mejor preparados e informados.

La necesidad de constatar logros tangibles en el comportamiento de los estudiantes de manera inmediata hace que el docente asuma soluciones simples a los problemas prácticos que se presentan y se ignore en ocasiones la complejidad creciente de la educación y el desarrollo estudiantil. (Fariñas & De la Torre, 2002).

El ser humano intercambia en varios espacios no solamente en su vida laboral, aunque esta absorbe la mayor parte de su tiempo, debe disponer de un tiempo para su vida extralaboral, entiéndanse los ámbitos familiares y personales. El condicionamiento de género también es una condición presente en esta profesión predominantemente femenina y que mediatiza en la internalización del rol. La función de "segunda mamá" trae consigo una imposición cultural de dedicación sin fronteras, siempre estar dispuesta para satisfacer las necesidades del otro y suplir las carencias afectivas.

Sobre los que hemos planteado, no intentamos dirigir la atención en limitar la labor educativa del docente sino comprender que involucrarse más de lo posible, tiene un alto precio para la salud y el bienestar.

Al inicio de esta introducción nos referimos brevemente a los perfiles patológicos de esta profesión, los mismos son el resultado final de un proceso de deterioro el cual tiene manifestaciones iniciales que se van instalando paulatinamente y se manifiestan en signos o síntomas que tienen un carácter inespecífico.

Cuando las expectativas de éxito no se cumplen, aparece una sensación de impotencia o frustración que inicialmente pueden compensarse con conductas reactivas tales como sobre exigencias, jornadas extenuantes, grandes sacrificios hasta el agotamiento final y que finalmente conducen al deterioro de la salud mental y la salida de la profesión ya sea por decisión propia del docente que no puede más o bajo prescripción facultativa.

Este proceso se ha descrito desde diferentes referentes teóricos. "Malestar docente", "Burnout", el "Síndrome de Desgaste", el "profesor quemado", "emergentes de sufrimiento docente", son todas denominaciones que aparecen en la literatura para identificar estas manifestaciones de alteraciones de la salud, algunas propias de los profesionales de la enseñanza y otras comunes también a las profesiones de servicios en general.

La insatisfacción con el trabajo, disminución de la implicación personal en el mismo, el traslado del centro, abandono de la profesión o deseos expresados de hacerlo, ausentismo laboral, agotamiento, cansancio físico, ansiedad, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, algunos tipos de neurosis y depresión son síntomas descritos como el malestar docente, desde referentes pedagógicos. (Esteve, 1987). Unido a estas ideas parece el término de un emergente del sufrimiento docente, identificado por indicadores como: insomnio, pérdida de memoria, dolor de espalda, angustia, y desinterés sexual. (Martínez, Valles & Cohen, 1997).

Sin embargo, los estudios desde los referentes de la psicología de la salud laboral y la Psicología Organizacional han explicado esta sintomatología como un Síndrome de desgaste profesional, de "quemarse por el trabajo" o "Burnout" -utilizando el término en inglés-, inicialmente acuñado y que no es privativo de los docentes.

Este síndrome no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico o estresores. Es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés laboral generado por la relación con la organización en su conjunto y con el cliente, usuario, paciente o alumno.

Se caracteriza por ser un estado de alteración emocional que afecta a trabajadores cuya profesión demanda de ellos ayuda continua a otras personas o contacto íntimo con exigencias emocionales en la relación, tales como: médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, policías, funcionarios de prisiones, asistentes sociales, abogados, jueces; en sentido general personal de servicios humanos. Su origen es ocupacional aunque intervienen diversos factores en su desarrollo y evolución por lo que aparentemente su etiología es multifactorial. Tiene mucha relación con el estrés laboral, pues éste es un predisponente esencial del síndrome, aunque no su causa.

Las primeras referencias a este síndrome no son en el área de la salud sino en la producción literaria. En 1922, Thomas Mann describe un caso en su obra ¨*Los Buddenbrooks*.¨ Posteriormente, en 1960, Graham Greene llega a predecir incluso el nombre del síndrome ¨*A Burn Out Case*¨. En ambas novelas se reflejan claramente los síntomas del Burnout. Sin embargo, no fue hasta 1974, que aparece enunciado el síndrome como tal por el psiquiatra Herbert Freudenberger (1974). el cual atendía a toxicómanos en un hospital de Nueva York, y observó cómo muchos de sus colegas jóvenes y con elevadas expectativas en su trabajo, al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión.

Existen tres componentes que definen el Síndrome. El primero de ellos es el Agotamiento Emocional el cual es descrito como una incapacidad para ser empático, para establecer contacto emocional con el otro, comunicarse afectivamente, "sentir desde la piel del otro", de comprensión, sufre un apatía emocional pero solamente en la vida laboral, con el cliente, paciente o alumno. Se produce por haber ejercido la empatía durante un tiempo y estar agotado para continuarla, al principio suele confundirse con un cansancio pero no se recupera con el descanso y se instala como un estado relativamente estable. La despersonalización constituye el otro componente del síndrome y consiste en una frialdad en el trato interpersonal, con desprecio y cinismo hacia el que recibe el servicio, se establece una relación impersonal con un distanciamiento afectivo.

La baja autoestima profesional está dada por una falta de realización en el trabajo, no está satisfecho con su imagen como profesional, se considera menos competente que el resto de los colegas y en muchas ocasiones la retroalimentación que recibe se interpreta como confirmación de esto. Son frecuentes los conflictos en el logro de los resultados y esto agudiza el sentimiento de frustración profesional.

El aislamiento profesional puede aparecer como una consecuencia. La situación se torna secreta por

lo vergonzosa que resulta para confiarla a los colegas, estos son tratados como extraños que no comprenden la situación y representan una amenaza.

Se tiene conciencia de un cansancio, agotamiento, estrés y desilusión y se acompaña de una emotividad patológica donde eventos intrascendentes disparan reacciones emocionales emergentes y desproporcionadas.

El Síndrome tiene una manera particular de expresarse según la profesión de servicio de que se trate. Para el docente, el agotamiento se manifiesta en una incapacidad para ponerse en el lugar del alumno, ser empático con él, comprenderlo y establecer una comunicación interpersonal con un matiz afectivo, esto puede extenderse seguidamente a los familiares de los estudiantes que también reclaman la atención del docente. La despersonalización, ocurre como un distanciamiento, consecuente de lo anterior, son frases típicas: *"estos chiquillos son insoportables", "me tienen loca", "estos padres son muy conflictivos", "este muchacho no aprende porque no atiende", "el pobre, su cabeza no da para más nada", "él es un conductual"* entre otras. La conducta despersonalizada y distanciada del maestro hacia el alumno provoca serias dificultades en el proceso docente-educativo: rechazo, indisciplina, falta de control de la clase, temores por parte del alumno, bloqueos, disminuye la seguridad del estudiante, su autoestima, esto a su vez trae consigo resultados deficientes que confirman la idea inicial "*no aprenden porque son incapaces*". Se justifica el fracaso proyectando la culpa hacia otros –los padres, el alumno- y se instala una baja autoestima profesional pues aunque muchas veces no hay conciencia de lo que sucede el no cumplir con las expectativas genera angustia y sentimientos de incapacidad.

Como puede apreciarse este síndrome tiene características especificas que lo distinguen de otros efectos negativos que puede tener el trabajo en el trabajador. Es conveniente precisar estas diferencias. Por ejemplo, el tedio producto de la monotonía, el aburrimiento y la falta de motivación por pérdida de expectativas personales, todos estos estados son relativamente pasajeros, pueden presentarse en situaciones concretas no mantenidas en el tiempo, en todas existe una falta de deseos de trabajar pero la empatía y la comunicación interpersonal afectiva se mantienen sin afectación, pueden establecerse sin dificultad. La solución para estos estados es buscar fuentes de motivaciones intrínsecas y nuevas expectativas de logro y autorrealización.

Existen diferencias también con la personalidad que tiene el cinismo como un rasgo, en estas personas ir al trabajo no constituye una fuente de angustia aunque sus esfuerzos en el mismo son limitados, la emotividad se mantiene conservada, aunque es baja; en el sujeto afectado por el Burnout está agotada. La despersonalización es una barrera racional para defenderse emocionalmente, se trata de una actitud supuestamente científica, para no implicarse afectivamente, se expresa con mucha claridad en el gremio médico pero también puede aparecer en los docentes aunque no es muy frecuente en éstos, en especial cuando los alumnos son pequeños y trasmiten mucho afecto. En ambos casos no se trata del Burnout.

En la vida laboral también pueden producirse conflictos que son causa de ansiedad, pero son localizados y cuando se solucionan los síntomas desaparecen, también cuando el trabajador se aleja de su trabajo por un tiempo o del conflicto, se atenúan los síntomas. Este es un trastorno serio y muy frecuente pero no debe confundirse con el Burnout, puede incluso el conflicto ser de origen familiar o personal y manifestarse el sujeto ansioso en su trabajo, o llegar peor al mismo al inicio de la jornada laboral o de la semana después de un tiempo fuera del trabajo. Los síntomas ansiosos acompañan al Burnout en una parte considerable del proceso por eso debe realizarse un diagnóstico diferencial muy cuidadoso. Lo mismo sucede con la depresión la cual es otro trastorno de alta morbilidad oculta con síntomas muchos de ellos comunes al Burnout, su anamnesis sobre el curso y el origen son las que aportan los elementos para distinguirlos.

En relación con el estrés, éste es una condición casi indispensable para el Burnout pero no su causa, como ya hemos planteado anteriormente. Los síntomas de ansiedad y psicosomáticos que los acompañan son muy similares, aunque en forma de episodios, ante situaciones demandantes que exceden los recursos del individuo. Pero la realidad se torna más complicada, pues el estrés puede evolucionar hacia una cronicidad, si se mantienen estas condiciones, en estos casos puede aparecer un agotamiento, un cansancio por no poder soportar más los niveles de tensión molestos. Cuando este agotamiento es de índole emocional, entonces la evolución es hacia el Burnout, pero, puede mantenerse conservada la capacidad empática y la comunicación afectiva y devenir una fatiga, o un agotamiento de tipo físico o mental solamente. Por eso, el Burnout ha sido utilizado como un concepto que operacionaliza un importante aspecto del estrés en los maestros y que son las consecuencias negativas de éste en la afectividad, los cuales se expresan en los tres componentes del sín-

drome: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional.

Existen múltiples modelos psicosociales para explicar el Síndrome de Burnout. Gil- Monte y Peiró ofrecen una alternativa de clasificación de éstos en tres grupos. (Gil-Monte & Peiró, 1999).

El primero incluye los modelos desarrollados en el marco de la *teoría sociocognitiva del yo*. Las creencias del sujeto en sus capacidades desempeñan un importante papel en este proceso, por lo que se otorga a las variables del self o del sí mismo (v.g., autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc.) un lugar central para explicar el desarrollo del síndrome. En este mismo sentido aparecen los modelos de Cherniss (1993) y de Pines (1993) en los cuales la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome. El Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993) reconoce la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo como la variable determinante para el desarrollo del síndrome.

Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las *teorías del intercambio social.* Consideran los principios de la teoría de la Equidad (Buunk & Schaufeli, 1993) o de la teoría de la Conservación de recursos (Hobfoll & Freedy, 1993). Estos modelos consideran que el Síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los estudios sobre el Burnout donde se emplea el modelo de esfuerzo-recompensa son una expresión actual de este grupo (Weyers, Peter, Boggild, Jeppesen & Siegrist, 2006). Los procesos de contagio del síndrome así como el papel del apoyo social en el desarrollo del mismo, son temas abordados desde esta perspectiva teórica.

El tercer grupo considera los modelos elaborados desde *la teoría organizacional*. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento empleadas ante el estrés laboral. Todos coinciden en incluir el Síndrome de Burnout como una respuesta ante el estrés laboral. (Golembiewski, Munzenrider & Carter, 1983; Cox, Kuk & Leiter, 1993; Winnubst, 1993). Los estudios actuales donde se utiliza el modelo demanda-control de Robert Karasek se incluyen en este grupo (Taris, Stoffelsen, Bakker, Schaufeli & van Dierendock, 2005).

En los docentes, este último Modelo ha sido el más empleado en investigaciones sobre el tema. Según las mismas se han identificado un conjunto de factores asociados al Burnout: el sexo, el estado civil, la antigüedad en la docencia, la seguridad en el empleo, la recompensa que reciben, el elevado número de estudiantes y la conducta agresiva de éstos, la sobrecarga de roles, la disfunción de rol, la calidad de la supervisión, el ambiente físico, el apoyo social, la recreación y el autocuidado. (Moreno-Jiménez, Garrosa & González, 2000; Yang, Wang, Lan & Wang, 2004; Bauer, Stamm, Virnich, Wissing, Müller, Wirsching & Schaarschmidt, 2006).

Como puede apreciarse cada modelo explicativo enfatiza en un aspecto de lo que consideramos es un proceso que incluye la interacción entre factores individuales de diversa naturaleza –sexo, edad, antigüedad en la ocupación, habilidades, motivación para el desempeño, autoestima y autoeficacia percibidas, expectativas- y organizacionales tales como: demandas de la tarea, definición y adecuación de roles, condiciones del ambiente laboral, relaciones interpersonales, gratificaciones y recompensas, entre otras.

Como ha podido apreciarse, estamos ante un síndrome que requiere ser revelado por el impacto que tiene en la salud del docente, su bienestar y su desempeño. Para esto es necesario poder valorarlo de forma objetiva, mensurable y comparable y explorar su trama causal.

En este aspecto existen múltiples limitaciones. Cuando se utilizan cuestionarios diagnósticos, es imposible tener en cuenta todas las variables que afectan la sinceridad de las respuestas, pero es la única vía que nos permite realizar comparaciones estadísticas que no se logran de manera individual, con un enfoque clínico y poder trabajar con una epidemiológica.

Existe un instrumento que ha invadido la mayoría de los estudios sobre el Burnout el Inventario de Burnout de Maslach & Jackson (1986), -MBI- aunque no es el único, es el más utilizado. Se ha adaptado a diversas profesiones, entre éstas la de la enseñanza. Aparece como el MBI-Ed, aunque esencialmente los cambios consisten en sustituir la palabra paciente por estudiante, en el original, en idioma inglés.

Material y Método

Objetivos

Los objetivos propuestos para la realización de este estudio fueron: explorar el estrés laboral percibido

por los docentes, precisar los factores presentes en el contexto laboral que devienen estresores más frecuentes para este grupo, distinguir la dinámica en que se expresan los componentes del Síndrome de Burnout: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Profesional, delimitar la prevalencia del Síndrome de Burnout y de algunos síntomas iniciales de deficiencia de la salud en dicha población así como esclarecer las relaciones existentes entre estas variables y otras que pueden estar presentes en este complejo proceso como la edad, el sexo y el tiempo de exposición a factores psicosociales laborales que potencialmente pueden constituir un riesgo.

Diseño

El estudio se realizó con un diseño Transversal, transeccional correlacional. Los objetivos son descriptivos y relacionales, basados en hipótesis correlacionales.

Muestra

Se utilizó una población de 885 docentes venezolanos de 53 Centros Escolares, de las enseñanzas Básica y Diversificada de los Estados de Lara, Mérida y Falcón. La muestra seleccionada es representativa para estos Estados, con un 95% de confiabilidad. Se utilizó el Plantel como unidad de muestreo, los mismos fueron seleccionados por un muestreo simple aleatorio y fue utilizada la población total de docentes de cada Plantel por un criterio práctico, tomando al docente como unidad de análisis.

Se controló la variable: antigüedad en la profesión, se excluyeron de la muestra aquellos sujetos con menos de un año de experiencia en la docencia.

Instrumentos

Escala Sintomática de Estrés: Cuestionario para la determinación de síntomas iniciales de deficiencia de la salud, los cuales se reconocen como síntomas de estrés. Explora un conjunto de síntomas inespecíficos, que se expresan en los diferentes sistemas funcionales: cognitivo, afectivo, conativo y psicosomático. Estos síntomas constituyen los 18 ítems que conforman el Cuestionario. Se destaca entre otros instrumentos que tienen este mismo objetivo por el respaldo estadístico que posee. (Oramas, Almirall & Rodríguez, 1998; Oramas, Almirall & Vergara, 2001). Posee cada ítem 4 opciones de respuesta según la frecuencia de aparición del síntoma. Permite establecer dos niveles de síntomas de estrés: sujeto con niveles no patológicos de estrés y sujeto con nivel patológico de estrés.

Cuestionario de Estrés para Maestros: Instrumento que tiene sus orígenes en el Teacher Stress Inventory (Petegrew & Wolf, 1982) el cual ha sido modificado por diversos autores. La versión utilizada (Boyle, Borg, Falzon & Baglioni, 1995) ha sido adaptada lingüística y culturalmente a nuestras condiciones y las de otros países de habla hispana. Esta compuesto por 20 reactivos que constituyen factores potencialmente estresantes para la labor docente. Se ha utilizado en diversos estudios (Oramas y otros, 1998, 2001, 2002, 2004) y se han extraído 5 factores los cuales exploran reconocimiento profesional, (a=.71) relaciones interpersonales (a=.68), conductas de los estudiantes (a=.81), volumen de trabajo (a=.61), y recursos materiales (a=.77). Su interpretación se refiere al estrés laboral que percibe el docente en relación con cada uno de estos factores y en general. Para cada factor presenta el sujeto 5 opciones de respuesta que se refieren a la intensidad del estrés que le provoca dicho factor, definido este para el sujeto como un estado de tensión molesta, irritante y desagradable. Permite establecer 4 niveles de Estrés Laboral Percibido: ningún estrés, estrés ligero, estrés moderado y estrés severo.

Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory –MBI-): Instrumento para la evaluación del Síndrome de Burnout, fue utilizado en su forma específica para docentes Educator Survey (ES) o MBI forma Ed (Maslach y Jackson, 1986) traducido y adaptado a la población venezolana. Esta prueba se caracteriza por explorar los tres factores básicos del Burnout, según el modelo teórico desarrollado por la autora: Agotamiento Emocional, -9 ítems- Despersonalización –5 ítems- y Realización Personal en el trabajo –8 ítems- los cuales son evaluados en su frecuencia, con 7 opciones de respuesta. Tradicionalmente, el síndrome es analizado en sus tres componentes por separado y se establecen tres niveles para cada uno: alto, medio y bajo. La combinación de estos resultados permite diagnosticar si el sujeto está en Burnout o no a partir de la combinación de éstos, se sugiere por la autora del instrumento, para diagnosticar en Burnout a un sujeto, debe tener bajo la Realización Personal en el Trabajo y alto los dos restantes componentes. Otros autores realizan combinaciones y establecen diferentes fases del proceso. (Golembiewski y otros, 1983). En

este estudio optamos por establecer los tres niveles de distribución de los sujetos: bajo, medio y alto, según la determinación de los tertiles, para cada componente del Síndrome por separado y utilizar la propuesta empleada por algunos autores actualmente (Moreno y otros, 2000; Pando, Bermúdez, Aranda, Pérez, Flores & Arellano, 2003) donde se interpretan los resultados de manera integral a partir del resultado de cada ítem con independencia de la escala a que corresponden. La escala de Realización Personal es convertida a puntajes inversos para ser consecuentes con el síndrome, es decir se interpreta como Falta de Realización Personal en esta variante. De este modo podemos establecer tres niveles de Burnout: alto, medio y bajo.

Procedimiento para la recogida de información y análisis de los resultados

Los docentes, de los 53 Planteles seleccionados para el estudio, fueron reunidos en áreas del propio plantel, las cuales tenían las condiciones requeridas para la evaluación, en el momento que el docente se encontraba disponible. La aplicación se realizó indistintamente de manera colectiva o individual, en dependencia de la disponibilidad de los docentes. Se respetó el principio de la voluntariedad para ser evaluados y se garantizó la confidencialidad de los resultados, aunque, se mantuvo el anonimato en las respuestas. Todos los instrumentos se aplicaron por el mismo equipo de profesionales, previamente entrenados.

Fue creada una Base de Datos. Con la utilización de los Programas Estadísticos SPSS 11.5 y Statisitica.6. se determinaron medidas de tendencia central de todas las variables y establecimiento de los rangos con la determinación de tertiles y cuartiles para el Síndrome de Burnout, sus tres componentes y el Estrés laboral Percibido. Se realizó análisis de correlaciones ($p=< 0,01$) y regresión múltiple ($p=< 0,05$) y se utilizó la Prueba de asociación Chi-Cuadrado y Análisis de Varianza con el propósito de precisar asociaciones y esclarecer las mismas.

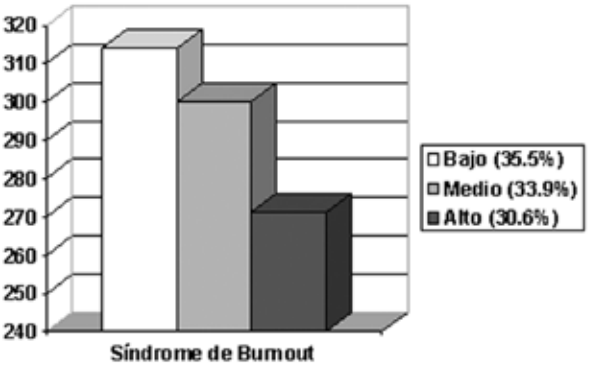
Resultados

En relación con las características de la muestra, existe un predominio de maestras en la muestra total (84.79%), en las submuestras de los tres Estados y en las diferentes enseñanzas, lo cual se corresponde con la creencia que tradicionalmente plantea la profesión de la educación como propiamente femenina, una extensión del rol reproductivo socialmente asignado a la mujer. En la muestra de docentes de la enseñanza diversificada el número de maestros es, en proporción, relativamente mayor (45,9%) lo cual está en concordancia con el requerimiento que existe en este nivel de enseñanza, medio superior y técnico, de una mayor calificación. Esta labor, muy vinculada con la técnica, se corresponde más con el rol productivo, socialmente asignado al hombre. El nivel de escolaridad de los docentes, que encontramos con más frecuencia, es el superior con un 75.5%, seguido del nivel medio con 13.41%.

En relación con la edad, predomina en la población total el mayor de 40 años y en todas las submuestras, excepto en el Estado Falcón (38.83). Existen diferencias significativas en la comparación de los valores medios de la edad entre los maestros y las maestras, para los sujetos masculinos es mayor la edad promedio (42.57 vs 40.15). En la comparación entre Estados, la muestra del Estado Falcón tiene una edad promedio significativamente menor que en la de los restantes. No existen diferencias en cuanto a la edad entre los docentes de enseñanza Básica y Diversificada. La edad promedio de la muestra total es de 40.5 años con una desviación típica de 7,3; el valor extremo mínimo es de 20 años y el máximo de 66.

Entre las variables que describen a esta población desde el punto de vista ocupacional encontramos un predominio de maestros de educación Básica (96.6%) lo cual incluye Pre-escolar, Primaria y Secundaria, el 3,37% es de Educación Media Superior. Las medidas de tendencia central del tiempo de permanencia en el nivel de enseñanza actual y en el sistema de educación en general, son de 10,99 años y 16,29 años respec-

Gráfico 1
Distribución de sujetos según Síndrome de Burnout (Baremos poblacionales)



Fuente: Datos de la Investigación, 2007.

Tabla 1
Distribución de sujetos según los componentes del Burnout

COMPONENTES	BAJO (%)(N=885)	MEDIO (%)(N=885)	ALTO (%)(N=885)
Agotamiento Emocional (AE)	(< 14) 31,1	(14-23)34	(>23)34,9
Despersonalización(D)	(<5) 55.8	(5-6)14.4	(>6) 29.8
Falta de realización profesional(FRP)	(> 54) 34.6	(54-47) 34.5	(<47) 31

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

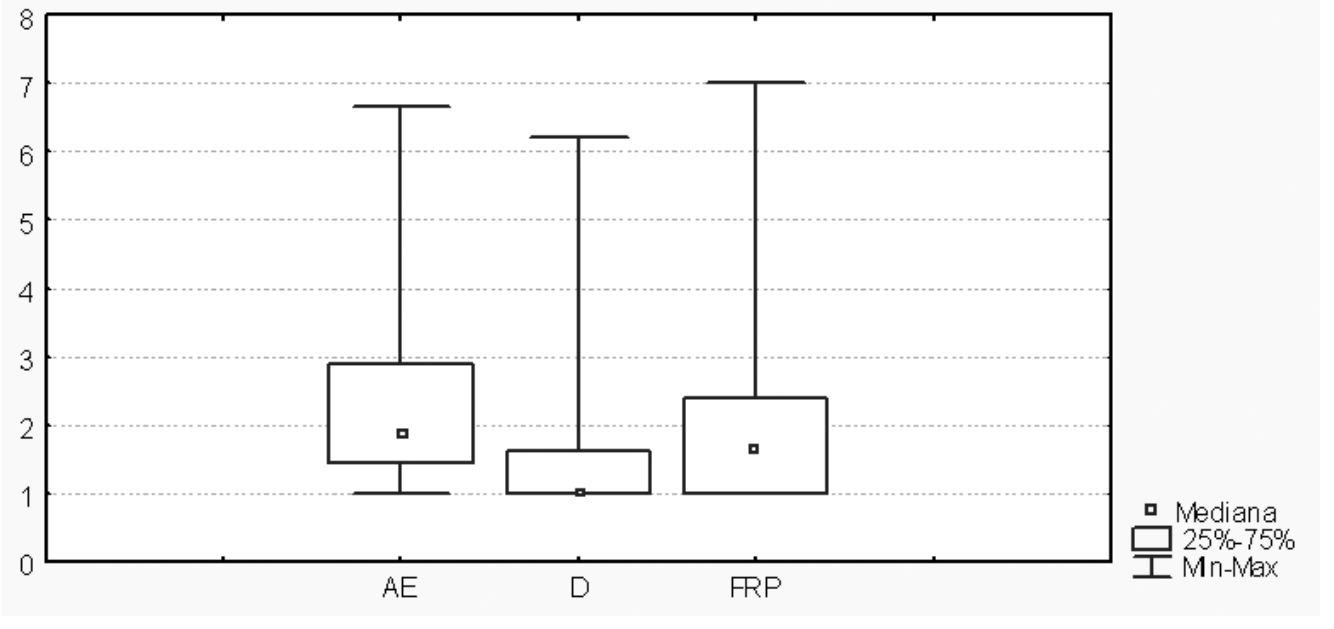
tivamente con una desviación típica de 7,76 y 7,78; respectivamente. Los valores medios de estas variables difieren en cuanto al sexo, de manera significativa. La antigüedad como docentes es mayor en los hombres (18,3 vs 15,9) y la antigüedad en la enseñanza actual, aunque no significativamente, también es algo mayor en este sexo (11,2 vs 10,8). La antigüedad como docentes en general y en el puesto de trabajo en que se encuentran desempeñando la docencia en la actualidad, constituyen indicadores temporales importantes de la experiencia en la profesión y de la exposición a las demandas que implica para el desempeño.

A continuación nos referiremos a la Prevalencia del Síndrome de Burnout y sus tres componentes. De inicio, se toma como referencia la alternativa de interpretación de este instrumento en general. Los resultados para esta población muestran una prevalencia del 30,6% de un nivel alto del Síndrome en su conjunto (Gráfico 1).

Los tres componentes del síndrome, al analizarlos independientemente, se comportan de manera diferente cada uno. La mayor prevalencia de los valores medios y altos está en el agotamiento emocional; en la realización profesional prevalecen los valores bajos y medios y en la despersonalización, con marcada diferencia, existe un desplazamiento hacia los valores bajos del componente.

Esto se ilustra mejor al detenernos en el análisis de la dinámica de los tres componentes (Gráfico 2). Los valores de afectación en sentido general son bajos, el Agotamiento Emocional, el cual reporta la mayor

Gráfico 2
Dinámica de los componentes del Burnout



Leyenda: los puntos representan el valor medio, las cajas la desviación con respecto a la media y los extremos de los bigotes los valores mínimos-abajo- y máximo-arriba-

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

afectación, su valor medio no es superior a 3 para el 75% de los sujetos, cuando el máximo posible es 7, se destaca la Despersonalización en la cual coincide la mediana con el valor mínimo.

En relación con los resultados en la Escala Sintomática de Estrés, se obtuvo que en la muestra de docentes estudiados la prevalencia de síntomas fue de 23.9%.

Tabla 2
Distribución de sujetos según el Estrés Laboral Percibido

ESTRÉS LABORAL PERCIBIDO	FRECUENCIA RELATIVA (%) N=885
Ninguno	25.3
Ligero	29.5
Moderado	21.9
Severo	23.3

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Para el análisis el Estrés Laboral Percibido, se establecieron 4 grupos de sujetos. Predominan los sujetos con un estrés ligero, aunque la distribución es bastante homogénea. (Tabla 2)

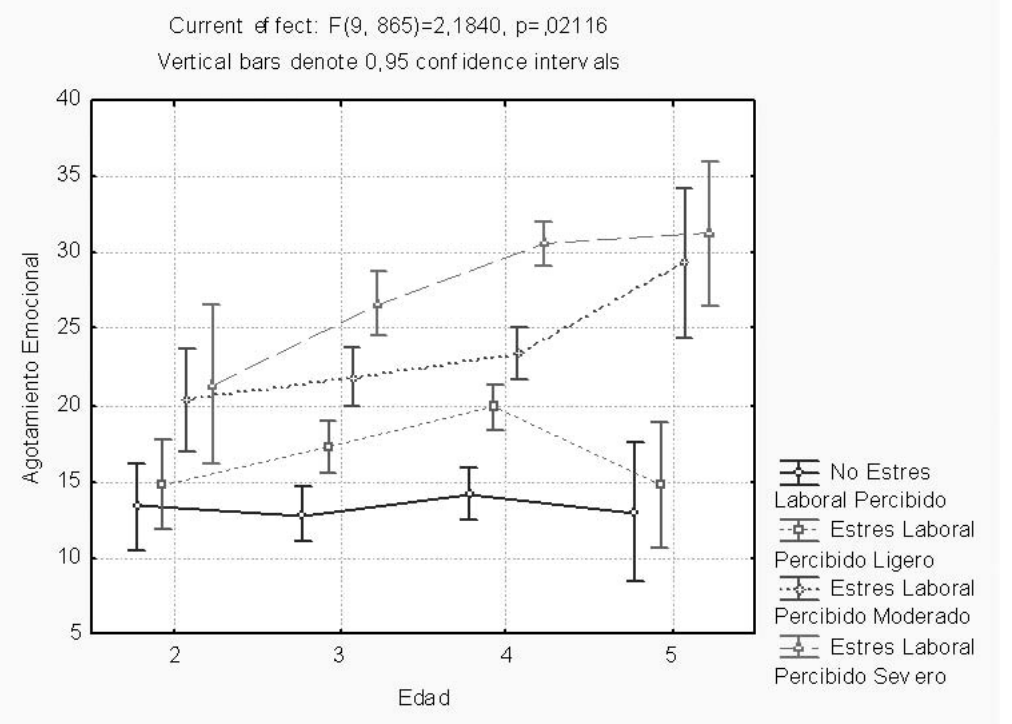
En el análisis de las correlaciones, para el nivel de significación fijado ($p < 0,01$) se destacan como correlaciones elevadas el Agotamiento Emocional con el Síndrome de Burnout en general (r=0,78), con el Estrés laboral Percibido (r=0,60) y con los Síntomas de Estrés (r=0,59). Este componente del Síndrome, con los restantes componentes, la despersonalización y la Realización Profesional, correlaciona más bajo, (r=0,39 y r=-0,22; respectivamente). El Síndrome de Burnout medido en su conjunto correlaciona moderadamente alto con el Estrés laboral Percibido (r=0,48) y con los Síntomas de estrés (r=0, 42), así como con la despersonalización y la realización profesional (r=0,43 y r=0,38 respectivamente). Estos dos componentes a su vez correlacionan bajo con el Estrés laboral percibido y los síntomas de estrés. (despersonalización y: r=0,27; despersonalización y síntomas de estrés: r=0,23; realización profesional y estrés laboral percibido: r=-0, 13

Tabla 3
Resumen del Análisis de Regresión

Variables independientes	Resultados					
	Beta	Error Standar	β	Error estándar β	t(877	Nivel de significación
Variable dependiente: Agotamiento Emocional R= .68963972 R^2= .47560294 Adjusted R^2= .47262002 F(5,879)=159.44 p<0.0000 Error Estimado: 7.4294						
Intercept			5.037389	1.665032	3.02540	0.002555
Edad	0.080985	0.038969	0.112192	0.053985	2.07819	0.037982
Tiempo en la labor actual	0.067622	0.032835	0.088822	0.043129	2.05945	0.039746
ESE	0.362329	0.029172	0.533465	0.042951	12.42029	0.000000
ELP	0.395025	0.028820	0.256008	0.018677	13.70686	0.000000
Variable dependiente: Despersonalización R= .30424839 R^2= .09256708 Adjusted R^2= .08740535 F(5,879)=17.933 p<.00000 Error Estimado: 3.3273						
Intercept			3.614075	0.745697	4.84657	0.000001
Edad	0.125896	0.051262	0.059378	0.024178	2.45592	0.014245
ESE	0.114082	0.038375	0.057185	0.019236	2.97282	0.003031
ELP	0.210425	0.037911	0.046429	0.008365	5.55053	0.000000
Variable dependiente: Falta de Realización profesional R= .22258522 R^2= .04954418 Adjusted R^2= .04413772 F(5,879)=9.1639 p<.00000 Error Estimado: 7.8092						
Intercept			54.91978	1.750155	31.37995	0.000000
Edad	-0.109333	0.052463	0.11826	0.11826	0.056745	-2.08398
ESE	-0,166937	0,039274	-0,19190	0,045147	-4,25055	0,000024

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

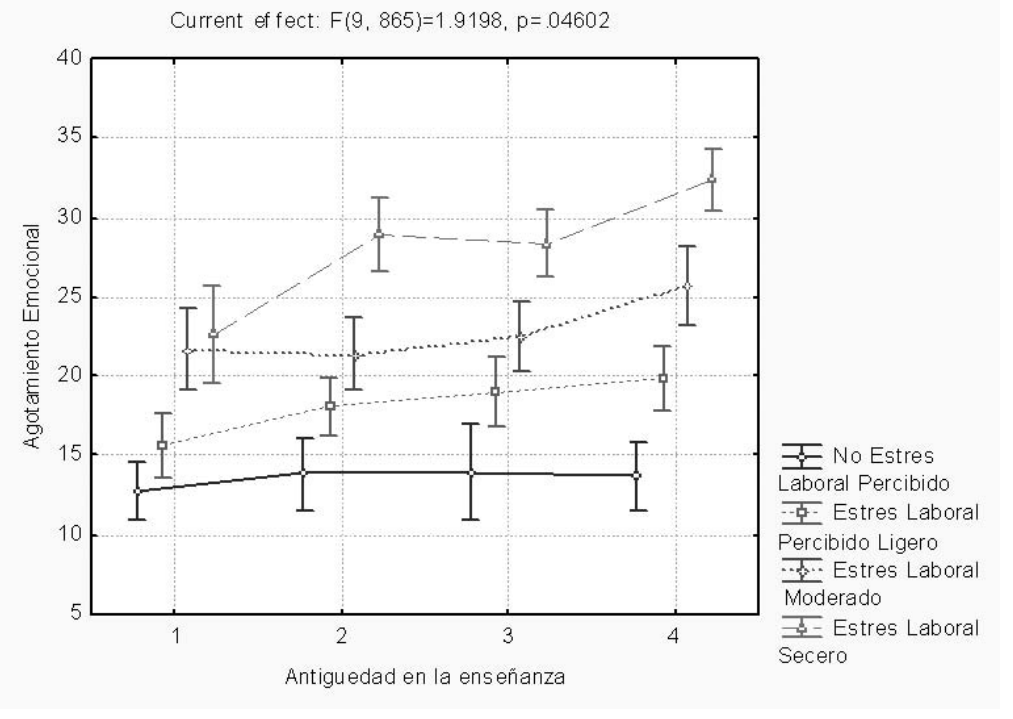
Gráfico 3
Distribución de los valores medios en la escala de Agotamiento Emocional en los diferentes rangos de edad según el Estrés laboral percibido por los docentes.



Nota: Rangos de edades. 1: <= 20 años], 2: [>= 21 hasta <30], 3: [>= 31 hasta <40], 4: [>= 41 hasta <50], 5: [>= 51 hasta <60], 6: [>= 61. No aparecen los rangos 1 y 6 por ser eliminados de este análisis n=2.

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

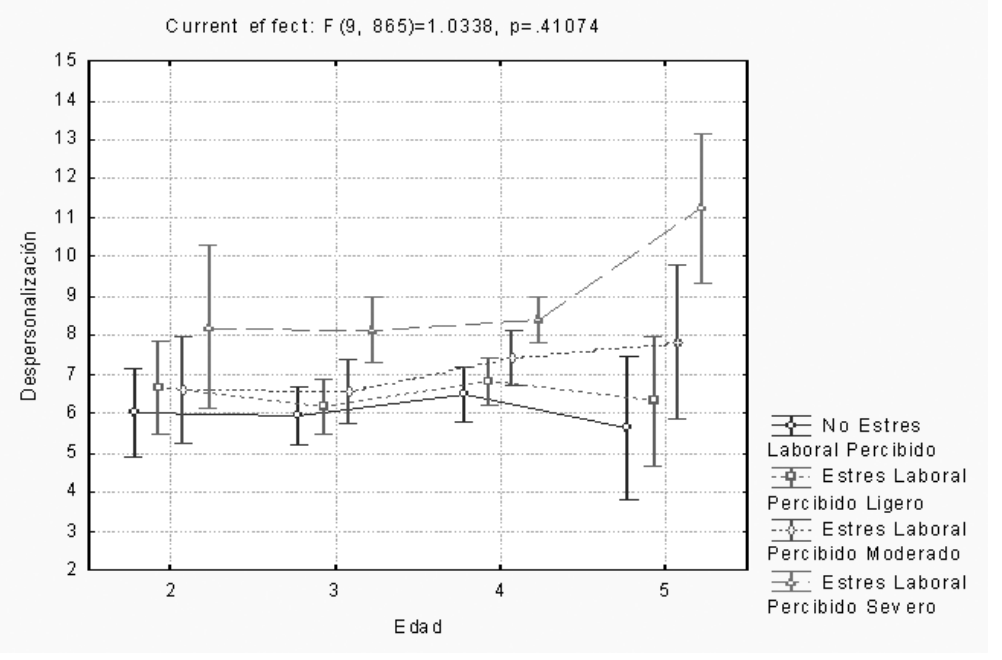
Gráfico 4
Distribución de los valores medios en la escala de Agotamiento Emocional en los diferentes rangos de antigüedad en la enseñanza según el Estrés laboral percibido por los docentes.



Nota: Rangos de Antiguedad. 1: <= 5 años], 2: [>= 6 hasta <15], 3: [>= 16 hasta <25], 4: [>= 25. De forma similar ocurre con la antigüedad, como puede apreciarse en el Gráfico 4.(Estrés Laboral Percibido: F(3)=107,331 p=0,000; antigüedad: F(3)=10,927 p=0,000; ambos: F(9)=134,5 p=0,046.)

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

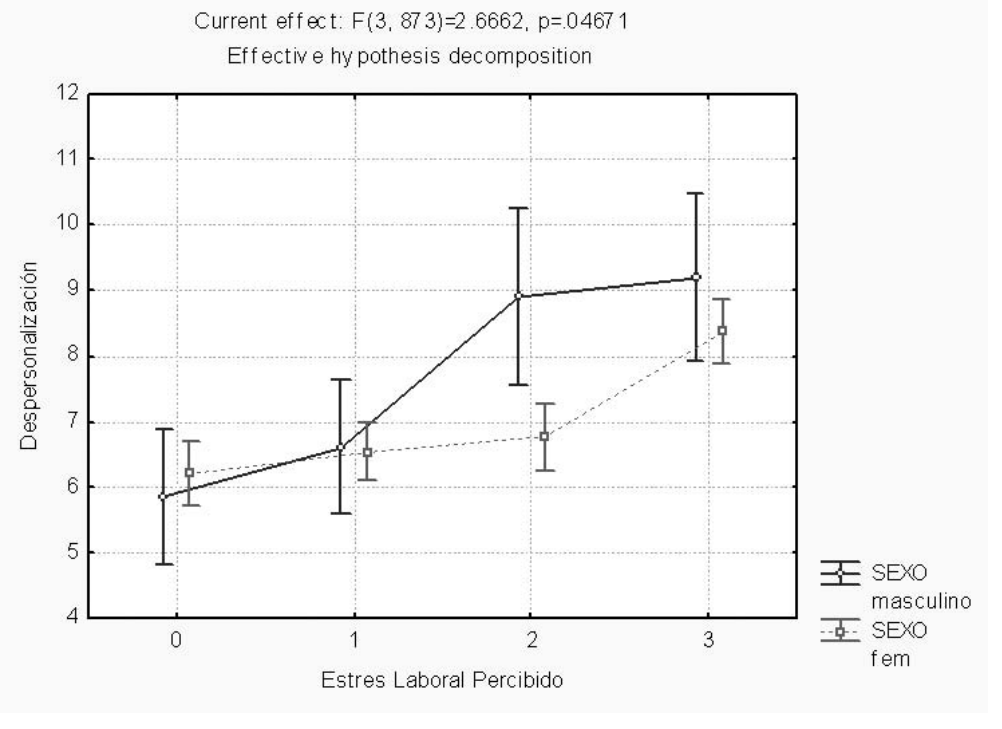
Gráfico 5
Distribución de los valores medios en la escala de Despersonalización en los diferentes rangos de edad según el Estrés laboral percibido por los docentes.



Nota: Rangos de edades. 1: <= 20 años], 2: [>= 21 hasta <30], 3: [>= 31 hasta <40], 4: [>= 41 hasta <50], 5: [>= 51 hasta <60], 6: [>= 61. No aparecen los rangos 1 y 6 por ser eliminados de este análisis n=2.

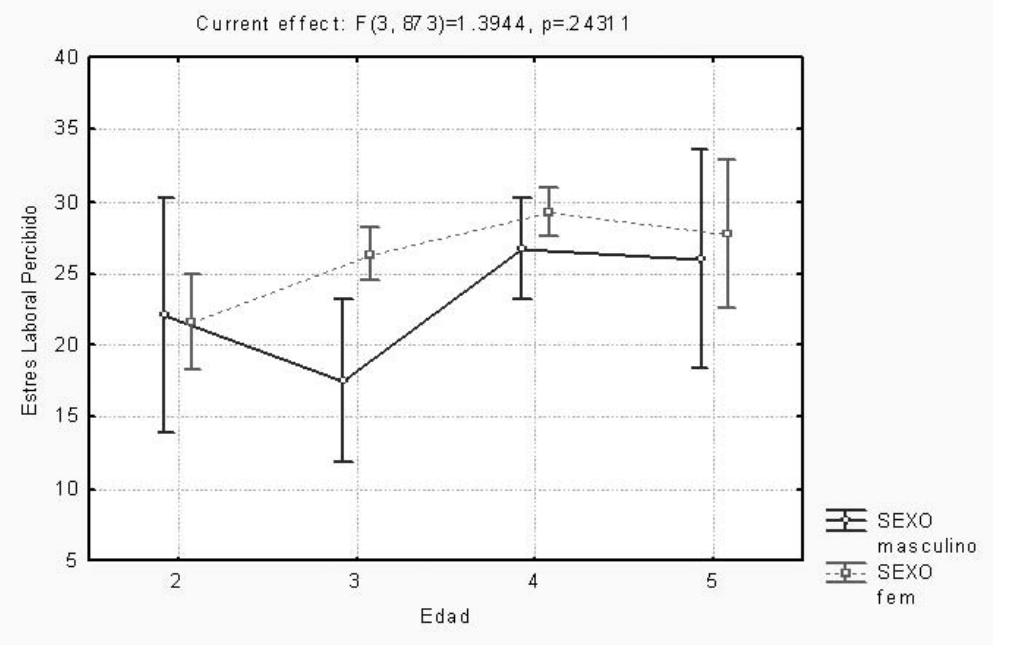
Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Gráfico 6
Distribución de los valores medios de la Despersonalización en para docentes masculinos y femeninos según el estrés laboral percibido.



Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Gráfico 7
Distribución de los valores medios del Estrés Laboral Percibido en los diferentes rangos de edad para docentes masculinos y femeninos.



Fuente: Datos de la investigación, 2007.

y realización profesional y síntomas de estrés: (r=-0,13) nótese el carácter negativo de estas correlaciones por el sentido inverso de la relación. La correlación entre el Estrés laboral Percibido y los síntomas de estrés es alta (r=0,53).

En relación con las variables temporales edad, antigüedad en la enseñanza y en la docencia que desempeña en la actualidad, encontramos correlaciones bajas con las variables del estudio, todas con r<=0,22; este último valor solo para el Agotamiento Emocional con la edad y la antigüedad en la docencia.

Para profundizar en estas relaciones se determinaron los predictores para cada uno de los componentes del Síndrome de Burnout. (Tabla 3)

En este análisis podemos apreciar que aunque las variables que se muestran para los tres componentes del Burnout devienen predictores de los mismos, en el caso del Agotamiento Emocional esta realidad tiene mayor fuerza. La edad, el tiempo en el desempeño actual de la docencia, el Estrés laboral Percibido y los Síntomas de estrés, constituyen estos predictores. La Despersonalización y la Falta de Realización Profesional si bien de forma significativa están determinados por las variables que se muestran nótese que el peso de esta determinación es muy bajo, no obstante no podemos descartarlo.

Tomando en consideración el valor del Estrés laboral Percibido como predictor del Agotamiento Emocional y la Despersonalización, nos centraremos en el análisis del contenido de esta variable.

Todos los ítems del Inventario de Estrés para Maestros correlacionan de forma elevada y significativa con el resultado final *(r>=0,57 y <= 0,77; p<0,05; n=885)*. A partir del análisis de estos resultados, los ítems que reflejan coeficientes de correlación más elevados con el estrés laboral percibido son los referidos al volumen de trabajo- mucho trabajo para hacer, tener un alumnado numeroso y falta de tiempo para atender a los alumnos individualmente *(Items: 9 y 15 r=0,76; 10, r=0,77 y 15)*; a los factores relacionados con los alumnos -alumnado difícil, bullicio de los alumnos, pobre disposición al trabajo por parte de los alumnos, mantener la disciplina en clases y comportamiento descortés e irrespetuoso de estos *(Items: 2, r=0,73; 5 y 7 r=0,75; 11y 18 r=0,74)*; el salario inadecuado *(8, r=0,70)* y el déficit de recursos materiales y escasez de equipos y facilidades para el trabajo *(16, r=0,72)*. Estos factores mencionados son los que más aportan al estrés laboral percibido por los docentes evaluados.

A partir de las relaciones directas entre el Estrés laboral Percibido y el Agotamiento Emocional decidimos centrarnos en este análisis concibiendo además las

otras variables cronológicas, edad y antigüedad en la labor docente. El análisis efectuado nos revela que existe un efecto conjunto de interés entre el Estrés laboral Percibido y la edad para el Agotamiento Emocional. De igual modo ocurre con la antigüedad desempeñando esta labor. Como puede apreciarse en el gráfico 3 cuando el estrés laboral percibido aumenta el efecto de le edad se hace mayor *(edad: F(3)=9,202 p=0,000; Estrés laboral Percibido: F(3)=59.268 p=0,000; ambos: F(9)=2,184 p=0,02.)*

Con la Despersonalización ocurre algo diferente, el efecto de la edad disminuye y el Estrés Laboral Percibido tiene un mayor impacto *(F(3)=13,562 p=0,000).*

En relación con la Realización Profesional encontramos que esta disminuye con la edad de los sujetos de una manera estadísticamente significativa *(F(3)=5,11 p=0,001)*, con la antigüedad en la docencia sucede de igual forma, van disminuyendo los valores medios de la Realización Profesional en la medida en que los docentes tienen más años en la tarea *(F(3)=4,038 p=0,007).* Aunque en el análisis de Regresión no aparece el Estrés laboral percibido como predictor, decidimos realizar una Prueba de asociación entre ambas variables, lo cual nos confirma de que existe una asociación entre ambas como podría esperarse, pues en el grupo de sujetos de estrés laboral percibido severo, predominan los docentes con falta de realización profesional y viceversa *(Chi-Cuadrado (6)=22,867 p=0,001 Coeficiente de contigencia:0,159 p=0,001).*

Con relación al sexo encontramos que solamente tiene asociación en relación con la Despersonalización, a pesar de las diferencias de muestra las varianzas son homogéneas y esto permitió obtener que los maestros cuando presentan estrés laboral percibido moderado o severo tienden a tener mayor despersonalización que sus colegas femeninas (Gráfico 6) *(Sexo: F(1)=4,244 p=0,039; Estrés Laboral percibido: F(3)=14,851 p=0,000; ambas: F(3)=2,666 p=0,046).*

En resumen, encontramos que las edades donde se concentran los valores medios más desfavorables son a partir de la década de los 40 años y este comportamiento es similar para ambos sexos excepto con la Despersonalización donde se hace mas acentuado en los docentes masculinos. Esta realidad nos hace centrar nuestro análisis en las relaciones entre la edad, el sexo y el estrés laboral percibido.

Observando el comportamiento del Estrés laboral percibido según la edad y el sexo encontramos que para las maestras este se mantiene ascendiendo ligeramente hasta los 40 años y se estabiliza en ese tiempo pero en realidad podemos plantear que no tiene cambios significativos (Gráfico 7). Los maestros reflejan cambios más acentuados, aunque también aumentan y se estabiliza alto alrededor de los 40 años, por lo que no puede decirse que exista un efecto del sexo sobre el estrés laboral percibido y si de la edad. *(Edad: F(3)=4,94 p=0,000; sexo: F(1)=2,94 p=0,086; Ambas: F(3)=1,39 p=0,243).*

Como planteamos anteriormente los síntomas de estrés están presentes en los tres componentes del Burnout, con correlaciones más elevadas en el Agotamiento Emocional. Los síntomas que más aportan al nivel de estrés son: fatiga o debilidad, falta de energía o depresión, nerviosismo o ansiedad, palpitaciones o latidos irregulares del corazón, dificultades para quedarse dormido o se despierta durante la noche, falta de aire sin haber realizado esfuerzo físico, mareos e irritabilidad o enfurecimientos *(items: 16, r=0,76; 15, r=0,75; 17, r=0,71; 11, r=0,65; 6y 14,r=0,63; 10 r=0,61; y 18, r=0,60; p<=0,05).* Los mismos expresan alteraciones en diferentes sistemas funcionales: conativo, afectivo y psicosomático.

Discusión

El análisis de la prevalencia del síndrome de Burnout coincide con datos de prevalencia en otros estudios (Bauer y otros, 2006; Weber, Weltle & Lederer, 2005). Como se muestra aunque predominan los sujetos con un nivel bajo de Burnout la afectación por éste está presente en el 30.6% dato no despreciable.

Sin embargo, en una muestra de trabajadores de la salud se encontró un amplio predominio de Burnout bajo (83.3%), Pando (2003). Los resultados en este sentido son muy amplios en correspondencia con la alta importancia de este tema y la cantidad de estudios dirigidos al diagnóstico. Esto nos puede sugerir que los docentes están más afectados por el síndrome que los profesionales de la salud. Aunque no es posible concluir en este sentido por el propio diseño utilizado esto coincide con otros hallazgos (Lodolo y otros, 2004).

El agotamiento emocional constituye el componente de mayor afectación, reporta incluso valores mejores de asociación con el resto de las variables. A pesar de que el síndrome se caracteriza por la presencia de los tres componentes, el agotamiento emocional expresa mejor en los docentes el impacto de su trabajo en la salud física y mental. Esto nos apunta a la idea de la necesidad de distinguir entre el Burnout propiamente y la fatiga la cual en este grupo profesional puede manifestarse en el plano emocional por las propias demandas relacionales y afectivas de la tarea.

En relación con la edad y los componentes del Burnout, algunos autores consideran que con la experiencia, se desarrollan un conjunto de recursos que le permitan afrontar de manera más adaptativa los retos y exigencias de la profesión, tener además expectativas más adecuadas y por lo tanto agotarse menos emocionalmente, no obstante las relaciones no tienen una tendencia franca, si habláramos en este sentido podríamos plantear que no aparecen relaciones precisas y se comportan de manera diferente en los diversos estudios (Moreno y otros, 2000; Kokinos, 2006).

Nuestros hallazgos nos permiten plantear que el período más desfavorable para los docentes es después de los 40 años, en esta etapa, es cuando los valores del Agotamiento Emocional, Despersonalización, la Falta de Realización Profesional y el Estrés Laboral Percibido son mayores, pero eso no debe conducir a la idea que la edad es la que determina estos resultados pues su efecto está mediatizado por el estrés laboral percibido, lo cual podríamos pensar que puede estar determinado también por la edad, es decir a mayor edad el docente percibe más estrés, pero no es así ya que aunque existe asociación entre ambos la relación es débil estadísticamente.

La edad constituye un indicador de un conjunto de factores de diversa naturaleza incluyéndose aquí los psicosociales extralaborales y los factores biológicos. En la etapa del comienzo de la adultez madura, después de los 40 años, aparecen toda una serie de acontecimientos en la vida del sujeto que dejan su impronta en la personalidad, se hacen frecuentes las reflexiones sobre el proyecto de vida y los logros que se han tenido constituyen elementos importantes que convocan a la persona a centrarse en sí misma y buscar fuentes de autorrealización que pueden ser muy diversas, el trabajo constituye una de ellas, movilizar recursos para afrontar sus demandas y cumplir las expectativas puede ser un mecanismo de compensación pero generalmente estas expectativas pueden no ser adecuadas o las condiciones tanto internas como externas para lograrlas no lo permiten y aparecen los síntomas del agotamiento, la falta de realización profesional y la Despersonalización como mecanismo adaptativo de afrontamiento. No se pueden obviar también los fenómenos biológicos relacionados con el climaterio que conducen a una mayor vulnerabilidad para afrontar las demandas del medio.

Si las condiciones del medio laboral son favorables, si el sujeto no percibe estas como amenazantes a su bienestar el trabajo deviene fuente de realización y no se desarrolla procesos mórbidos como a los que hacemos referencias aquí.

El medio laboral deviene como portador de los predictores más potentes del síndrome del Burnout (Moreno y otros, 2000; Leiter & Spence, 2006; Ozyurt, Hayran & Sur, 2006; Embriaco, Azoulay, Barrau, Kentish, Pochard, Moundou & Papazian, 2007) a diferencia de las variable sociodemográficas. Los factores laborales estresantes para los docentes coinciden a pesar de las diferencias en contextos geográficos y culturales, las disfunciones del rol producto de un exceso de volumen de trabajo y las relaciones con los estudiantes son las causas más relevantes. Este es un tema abordado con bastante frecuencia dentro del tema pues a pesar de los resultados que existen y las evidencias la realidad no ha sido transformada y se mantienen estos problemas (Esteve, 1987; Boyle, Borg y otros, 1995; Martínez y otros, 1997; Moreno y otros, 2000; Fariñas & De la Torre, 2002; Oramas, Rodríguez, Almirall, Huerta & Vergara, 2002; Taris y otros, 2005; Kokinos, 2006; Leiter & Spence, 2006).

Las implicaciones que para la prevención tienen estos resultados son evidentes, las estrategias de intervención centradas solo en los aspectos individuales y en los recursos psicológicos de los docentes al estilo de Programas para el Manejo del Estrés resultan insuficientes y se demandan cambios organizacionales que permitan al docente desempeñar su trabajo de forma más saludable. Establecer un regimen de trabajo adecuado que permita combinar el trabajo con descansos necesarios para la recuperación durante la jornada laboral y en el período semanal, es apremiante; equilibrar las exigencias del rol con las condiciones para su cumplimiento deviene también una necesidad pues los conflictos de roles contituyen fuentes de tensión para estos docentes, en este sentido proporcionar adecuados recursos materiales para el desempeño de la docencia adquiere singular importancia. Dotar al personal docente con recursos psicopedagógicos para el manejo de grupos y de conflictos interpersonales constituye otra de las estrategias para contribuir al bienestar del docente en su trabajo.

En relación con el sexo existen estudios que revelan que el agotamiento emocional es más característico de las féminas y la Despersonalizacion y la falta de realizacion profesional entre los hombres (Moreno y otros, 2000). En nuestro estudio pudimos apreciar que las diferencias se encuentran sólo en el componente de la Despersonalización, el cual en efecto muestra un com-

portamiento diferente para ambos grupos. La profesión docente tiene un marcado determinismo de género, se identifica con el cuidado y protección, propios del rol femenino. Para la mujer docente resulta dificil romper este condicionamiento con una actitud de distanciamiento afectivo, fría y Despersonalizada, lo que trae menos conflictos al parecer para sus colegas masculinos (Martínez y otros, 1997; Oramas y otros, 2002; Lodolo y otros, 2004). Las relaciones del Síndrome de Burnout con los síntomas de estrés son claras y directas, lo cual se corresponde teóricamente con el hecho de considerar este propio Síndrome como una operacionalización del estrés, especifico para algunas profesiones. Como se aclara en el método, la Escala Sintomática de Estrés utilizada, reúne un conjunto de síntomas inespecíficos de alteración de diversos sistemas funcionales los cuales reflejan un determinado grado de malestar del sujeto a nivel psicofisiológico, afectivo o cognitivo y que en este caso correlacionan con el Burnout y en especifico con sus componentes. En un estudio reciente se evalúan síntomas psicológicos y psicosomáticos en 407 docentes, los resultados muestran una correlación significativa entre el Burnout y los síntomas psicosomáticos (Bauer y otros, 2006; Borritz, Rugulies, Christensen, Villadsen & Kristensen, 2006). El Síndrome de Burnout al igual que la respuesta de estrés ha sido objeto de atención desde una perspectiva fisiológica tratando de buscar sus correlatos en este nivel de expresión. Los estudios generalmente siguen un diseño descriptivo y cuanto más exploratorio, no permiten establecer relaciones causales ni tampoco confirmar que los cambios a niveles bioquímicos sean específicos del Burnout y no una relación espuria mediatizada por el estrés. No obstante se han detectado cambios en la respuesta inmune, endocrina y metabólica en sujetos con Burnout, el sexo mediatiza estos cambios (Grossi, Perski, Evengard, Blomkvist & Orth-Gomer, 2003; Toker, Shirom, Shapira, Berliner & Melamed, 2005; Grossi, Perski, Ekstedt, Johansson, Lindstrom & Holm, 2005).

Este resultado se corresponde con la idea del carácter emocional del síndrome y su distinción del agotamiento físico o mental, nos permite explicar la diferencia esencial entre esta labor y otras cuyo contenido no es de ayuda y el impacto que tiene en la salud. Estos resultados nos confirman el origen laboral del síndrome, sus correlatos psicofisiológicos y el papel mediador de las variables individuales de las cuales la edad constituye un indicador. Si consideramos que en cada etapa del ciclo vital del individuo sus recursos psicológicos varían esto es un reflejo del papel de los mismos en el proceso del Burnout.

Conclusiones y Recomendaciones

A pesar de que este tema no es actual consideramos que aunque su abordaje es amplio, no está agotado. El Modelo utilizado para evaluar el Síndrome de Burnout no tiene sus orígenes en la profesión docente, ha sido adaptado a la misma con buenos resultados psicométricos pero esto no garantiza necesariamente que pueda explicar las particularidades que adopta este proceso en los maestros. Resulta relevante la afectación por agotamiento emocional y es muy baja la Despersonalización, esto nos plantea si en realidad estamos ante un síndrome diferente o si es una forma de manifestarse la fatiga a nivel emocional producto de las demandas relacionales de la tarea que desempeñan. No obstante, el papel que desempeñan los factores laborales en su trama causal queda evidente, confirmando la naturaleza laboral de su etiología, además del impacto que tiene, no sólo para la salud mental, sistema en el cual se expresa; sino también a nivel fisiológico.

Los resultados obtenidos en este estudio con relación los factores psicosociales laborales que deviene estresores para los docentes no son novedosos, coinciden con todos los reportados en la literatura, constituye un reto para la Salud Ocupacional desarrollar acciones que contribuyan a transformar esta realidad pues los hallazgos con relación a las afectaciones también coinciden con otras realidades en contextos diferentes y como vemos no son intrascendentes. La labor del docente tiene un impacto en la sociedad inmensurable, que rebasa el momento histórico en el que acontece y cualquier acción que se realice encaminada a que esta labor pueda desarrollarse adecuadamente y sin daño para el que la ejecuta debe ser estimulada.

Resulta pues necesario para continuar este tema científicamente desarrollar estudios que permitan con diseños retrospectivos y con un enfoque fenomenológico poder explicar mejor el proceso por el cual el docente desarrolla estos síntomas y las condiciones psicológicas internas, que actúan como mediadoras.

Referencias Bibliográficas

Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Müller, U., Wirsching, M. & Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *Int Arch Occup Environ Health. 79*(3),199-204.

Borritz, M., Rugulies, R., Christensen, K., Villadsen, E. & Kristensen, T. (2006). Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occup Environ Med. Feb,63*(2),98-106.

Boyle, G., Borg, M., Falzon, J. & Baglioni, A. Jr. (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. *Br J Educ Psychol., Mar,65* (Pt 1),49-67.

Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En: W. B. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología, 15(2), 261-8.

Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress, and organizational healthiness. En W. B. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología, 15*(2), 261-8.

Cherniss, C. (1993). The role of professinal self-efficacy in the etiology of burnout. En: W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor & Francis.

Esteve, J. (1987). *El Malestar Docente*. Barcelona: Paidós.

Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A, Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med., Apr, 175*(7), 686-92.

Fariñas,. G. & De la Torre, N. (2002). Los mecanismos psicológicos del Burnout y el desarrollo cultural en los maestros. R*evista Cubana de Psicología, 19*(3), 284-9.

Freudenberger, H. (1974) Staff Burnout. J*ournal of Social, 30*, 159-65.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología, 15*(2), 261-8.

Golembiewski, R., Munzenrider, R. & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. J*ournal of Applied Behavioral Science, 19*(4), 461-81.

Grossi, G., Perski, A., Evengard, B., Blomkvist, V. & Orth-Gomer, K. (2003). Physiological correlates of burnout among women. *Journal Psychosomatic Res., Oct, 55*(4), 309-16

Grossi, G., Perski, A., Ekstedt, M., Johansson, T., Lindstrom, M. & Holm, K. (2005).The morning salivary cortisol response in burnout. *Journal Psychosomatic Res. Aug,59*(2),103-11

Hobfoll, S. & Freedy, J. (1993). Conservation of resources:A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.

Kokinos, C. (2006). Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey among elementary and secondary school. Teachers in Cyprus. *Stress and Health, 22*(1), 25-33

Leiter, M. & Spence, H. (2006). Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nursing Research, Mar-Apr, 55*(2), 137-46.

Lodolo, V., Pecori, F., Della Torre, M., Iossa, A., Vizzi, F., Fontani, S., Vitello, A., Cantoni, S., Pascale, A. et al. (2004). Is there any correlation between psychiatric disease and the teaching profession?, *Med Lav., Sep-Oct, 95*(5):339-53.

Martínez, D., Valles, I. & Cohen, J. (1997). *Salud y trabajo docente. Tramas del Malestar en al Escuela.* Buenos Aires: Kapelusz.

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J. (2000). La evaluación del estrés y el Burnout del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones, 16*(1), 331-49.

Oramas, A., Almirall, P. & Rodríguez, R. (1998). *Estrés y Alteraciones de la Salud.* Informe final. Proyecto de Investigación del Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana: INSAT.

Oramas, A., Almirall, P. & Vergara, A. (2001). Estudio del estrés psicológico y sus efectos en la salud física y mental de maestros cubanos, *Rev Cubana Salud Trabajo, 2*(1-2).

Oramas, A., Fernández, I. (2004). Factores estresantes en el ambiente psicosocial laboral del maestro venezolano. Aceptado para publicar en la *Revista Cubana de Psicología*.

Oramas, A., Rodríguez, R., Almirall, P., Huerta, J. & Vergara, A. (2002.). Algunas causas de estrés psicológico en maestros. *Revista Cubana de Salud y Trabajo, 4*(1-2), 8-12.

Ozyurt, A., Hayran, O. & Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *QJM, Mar, 99*(3), 161-9.

Pando, M., Bermúdez, D., Aranda, B., Perez, C., Flores, S. & Arellano, P. (2003). Prevalencia del estrés y el Burnout en trabajadores de la salud en un Hospital ambulatorio. *Psicología y Salud, Ene-Jun, 13*(1), 47-52.

Petegrew, L. & Wolf, C. E. (1982). Validation Measures of Teacher Stress, *Am Educ Res J.Autumn, 19*(3),373-96.

Taris, T., Stoffelsen, J., Bakker, A., Schaufeli, W. & van Dierendock, D. (2005). Job control and Burnout across occupations. *Psychol Rep, Dec, 97*(93), 955-61.

Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S. & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women." *J. Occup. Health Psychol. Oct,10*(4),344-62.

Thompson, S., Page, L., & Cooper, C. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine, 9*, 221-35.

Weber, A., Weltle, D. & Lederer, P. (2005). Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. *Int Arch Occup Environ Health, May,78*(4),325-31.

Weyers, S., Peter, R., Boggild, H., Jeppesen, H. & Siegrist, J.(2006). Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses: a test of the effort-reward imbalance model. *Scand. J. Caring. Sci., Mar,20*(1),26-34.

Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support, and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 151-162). London: Taylor & Francis.

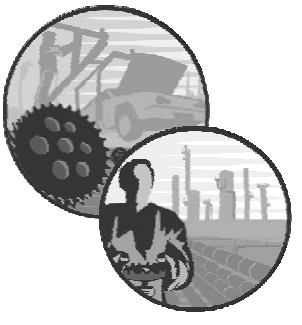
Yang, X., Wang, Z., Lan, Y. & Wang, M. (2004). Compare the occupational stress and work ability among the police-officers, doctors and teachers", *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban., Mar,35*(2):251-4.

Fecha de recepción: 17 de Julio del 2007.
Fecha de aceptación: 15 de Noviembre del 2007.

Centro de Atención al Trabajador Discapacitado por Accidentes de Trabajo y Enfermedades Ocupacionales "Dr. Pedro J. Ovalles"

Fundado en 1992

Objetivos



- Diseñar estrategias para la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales.
- Desarrollar actividades de promoción, prevención, servicios e investigación en el área de la salud ocupacional.
- Facilitar la reinserción de los trabajadores discapacitados a la vida social y laboral.
- Para el cumplimiento de estos objetivos, se cuenta con un equipo multidisciplinario, para la atención a los trabajadores discapacitados por accidentes de trabajo y/o enfermedades ocupacionales y sus familiares.

Actividades

1. Atención Integral

Se realizan evaluaciones individuales en cada área y una discusión colectiva del caso, con el fin de plantear estrategias de acción y seguimiento.

- Trabajo Social: Elaboración del diagnóstico relacionado con la problemática social. Orientación social y laboral a los trabajadores discapacitados y sus familias. Canalización interinstitucional de los casos que lo requieran.

- Psicología: Atención del trabajador y su familia a través de sesiones terapéuticas individuales y grupales.

- Medicina Ocupacional: Evaluación, diagnóstico y canalización médica de los casos.

- Terapia Ocupacional: Evaluación y diagnóstico ocupacional. Desarrollo del área de rehabilitación profesional (orientación, capacitación y ubicación laboral).

- Derecho Laboral: Información, orientación y asesoramiento legal del trabajador relación a sus derechos.



2. Prevención

- Diseño y ejecución de programas de divulgación y educación para la prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales

- Apoyo a los organismos oficiales que tienen responsabilidad con la Salud Ocupacional en el estado Aragua.

- Promover, motivar, incentivar y asesorar el funcionamiento de los Comités de Higiene y Seguridad Industrial en los diferentes centros de trabajo

.

3. Formación, Investigación Y Servicios

- Promoción y ejecución de cursos relacionados con la salud ocupacional y la legislación laboral en el área, dirigidos a trabajadores e integrantes de los Comités de Higiene y Seguridad Industrial.

- Formación de promotores y voluntarios en salud ocupacional que sirvan como agentes multiplicadores en centros de trabajo e instituciones educativas.

- Educación para la salud: Promoción y ejecución de cursos relacionados con la salud ocupacional, dirigidos a profesionales, técnicos y trabajadores integrantes de los Comités de Higiene y Seguridad.

- Proyectos de Vigilancia Epidemiológica en centros de trabajo: Cursos de Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica y Desarrollo de programas estadísticos.

- Medicina Ocupacional: Evaluaciones médicas de preempleo, periódicas, pre y post vacacionales.

- Exámenes de espirometrías, audiometrías, agudeza visual y evaluaciones psicológicas.

- Estudios de intervención en áreas específicas .

Dirección.-

Urb. "El Hipódromo", calle Junín, casa Nº 127.
A 50 metros del taller mecánico Pizzut.

Teléfonos: 0414-4516925 / 0243. 2463989 - 6281.

Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores de una Empresa de Construcción Civil

Musculoskeletal symptoms in civil construction workers.

Monika Bellorín [1], Yadira Sirit [1], Carina Rincón [2] & Martha Amortegui [1]

Resumen

Con el propósito de determinar la prevalencia de síntomas músculo esqueléticos y su relación con las características sociodemográficas y ocupacionales en trabajadores de una empresa de construcción civil, se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal en 89 trabajadores masculinos. A cada trabajador se le realizó una historia laboral y fue aplicado el Cuestionario Nórdico Estandarizado. El 67,4% de los participantes reportó síntomas musculoesqueléticos, la mayor prevalencia de síntomas se observó en el grupo de 36 a 40 años, siendo más afectados los ayudantes de albañil (23,3%) y obreros (13,33%). La prevalencia más elevada de síntomas fue reportada para la espalda baja (50,6%), seguida por los hombros (13,25%). No se encontró relación significativa entre las variables edad (X2 = 7,19) e IMC (X2 = 0,33) con la presencia de síntomas. Existe una elevada prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en los trabajadores de la empresa estudiada lo que orienta hacia la necesidad de realizar la evaluación ergonómica de los puestos de trabajo y desarrollar estrategias de reducción y prevención de riesgos a fin de minimizar el desarrollo de lesiones musculoesqueléticas incapacitantes en este grupo de trabajadores, así como, ampliar el estudio a los fines de conocer la problemática en esta actividad económica.

Palabras claves: trabajadores, construcción, síntomas musculoesqueléticos.

Abstract

With the aim of determining the prevalence of musculoskeletal symptoms and associations with employment and sociodemographic characteristics in civil construction workers, a cross-sectional descriptive study was conducted in 89 male workers. Each worker completed an occupational history and the Nordic Standardized Questionnaire. 67.4% of the participants reported musculoskeletal symptoms. The highest prevalence of symptoms was observed in the 36 to 40 year old age group. Bricklayer helpers (23.3%) and laborers (13.33%) were the most affected occupations. Low back was the most affected body part(50.6%), followed by the shoulders (13.25%). No statistically significant associations were found between symptoms and either age (X2 = 7,19) or BMI (X2 = 0,33). The observed high prevalence of musculoskeletal symptoms among workers in this economic sector indicates

Keywords: Workers, construction, musculoskeletal symptoms.

[1] Instituto de Medicina del Trabajo e Higiene Industrial. Universidad del Zulia / monikabellorín@hotmail.com
[2] Ministerio del Trabajo. Estado Zulia.

Introducción

Las lesiones músculo esqueléticas han sido reconocidas como una causa importante de ausentismo e incapacidad entre muchas poblaciones laborales; incluye un grupo de condiciones que involucran a los nervios, tendones, músculos y estructuras de soporte del aparato locomotor (Bernard, 1997). Las lesiones músculo esqueléticas relacionadas con el trabajo son aquellas causadas o empeoradas por el ambiente de trabajo, siendo su naturaleza multifactorial. Estas pueden ocasionar síntomas severos y debilitantes tales como dolor, entumecimiento, parestesia y molestia, en una o varias regiones corporales, así como pérdida de tiempo en el trabajo, incapacidad temporal o permanente, dificultad para realizar tareas laborales e incremento en los costos de compensación . (Bernard, 1997; Merlino, Rosecrane, Antón & Cook, 2003; Booth-Jones, Lemasters, Succop, Atterbury & Bhattacharya, 1998; Weil, 2001).

Estudios epidemiológicos han reportado factores de riesgo que pueden favorecer el desarrollo de problemas músculo esqueléticos. Entre estos se encuentran movimientos repetitivos, esfuerzos prolongados, levantamientos frecuentes o pesados, empujar, halar o trasladar objetos pesados, posturas inadecuadas y prolongadas, altas demandas de trabajo, puesto de trabajo con alcances inadecuados, el frío, las vibraciones, la presión local sobre la piel o tejido nervioso, la carga músculo esquelética, la carga estática, la monotonía y la exigencia cognoscitiva, los factores organizacionales y psicosociales asociados al trabajo, hábito tabáquico y ejercicio vigoroso (Bernard, 1997; Hales & Bernard, 1996; Kivimaki, Batear, Ferrie, Hemingway & Pentti, 2001; Robaina & León, 1999; Burdof & Van der Beek, 1999; Kuorinca & Forcier, 1995).

La edad, el índice de masa corporal y el tipo de actividad física pueden también jugar un rol en el desarrollo de lesiones músculo esqueléticas. Aún si las actividades en el tiempo libre extra labor son muy diferentes al trabajo, éstas pueden involucrar factores similares como movimientos repetitivos, estrés mecánico o posturas difíciles pudiendo ser causa de síntomas músculo esqueléticos (Bernard, 1997; Bohulav, 2005).

Existe evidencia creciente que los desórdenes músculo esqueléticos son los principales problemas en la industria de la construcción (Schneider, 1997), debido a que las actividades que se realizan en este tipo de industria comúnmente requieren elevada demanda física de trabajo, posturas forzadas, levantamiento de cargas, uso frecuente de herramientas manuales y otros esfuerzos enérgicos (Schneider & Susi, 1994). Se ha demostrado que los trabajadores de la construcción muestran elevado riesgo de desarrollar lesiones músculo esqueléticas relacionadas con el trabajo en espalda baja, hombros, manos, muñecas y rodillas, lo cual genera elevados costos para las empresas y la fuerza de trabajo (Bohuslav, 2005; Schneider & Susi, 1994; Lemasters, Atterbury, Booth-Jones, Bhattacharya, Ollila-Glen, Forrester & Forst, 1998; Spielholz, Wilker & Silverstein, 1998; Capio, 2001).

Los trabajadores de la construcción realizan sus tareas bajo condiciones ambientales adversas, tales como climas inclementes y humedad variable, entre otros, lo que hace difícil determinar la asociación entre las condiciones de trabajo y los desordenes músculo esqueléticos (Merlino, et al, 2003; Schneider & Susi, 1994; Lemasters, et al, 1998).

A diferencia de la mayoría de ambientes de oficina y de manufacturas, el ambiente de la industria de la construcción es tipificado por operaciones y tareas que tienen un alto grado de variabilidad, períodos de trabajo irregulares y/o no cíclicos y constante variación del sitio de trabajo. Adicionalmente, los trabajadores tienen alta movilidad, frecuentes cambios de empleadores y traslados de un sitio a otro, haciendo difícil definir y seguir una cohorte de trabajadores por un período prolongado de tiempo. (Moir, Paquet, Punnett, Buchholz & Wegman, 2003).

Holmstrom, Moritz & Engholm (1995) en un estudio realizado en trabajadores de la construcción encontraron que las patologías músculo esqueléticas mostraron una clara relación con exposición a trabajo pesado y vibración, frecuente uso de herramientas manuales, trabajo repetitivo y posturas inadecuadas. Por otro lado, factores de la organización laboral como trabajos que requieren alta demanda o estrés y pocos recursos también revelaron asociación con dolor de espalda baja. Estos autores sugirieron una influencia mayor de los factores físicos que los psicosociales sobre la ocurrencia de desordenes músculo esqueléticos en la construcción. Así mismo, observaron que la edad fue un fuerte factor de riesgo para los mismos.

En el Estado Zulia para el primer semestre del año 2004, los trabajadores de la industria de la construcción ocuparon el primer lugar de la población económicamente activa, representado por 172.557 individuos, de

los cuales se encontraban ocupados 115.354 (Instituto Nacional de Estadísticas).

A nivel regional y local no se llevan registros fidedignos de las enfermedades ocupacionales en este sector productivo. Es importante resaltar la magnitud incapacitante e invalidante producidas por lesiones músculo esqueléticas, las cuales generan una serie de problemas a la salud de la población trabajadora con la consiguiente repercusión económica y social, tanto para el trabajador, su familia, la empresa y el país; por el incremento de los costos sanitarios y pérdidas de productividad.

Siendo las lesiones músculo esqueléticas patologías prevenibles, el propósito principal de este trabajo fue determinar la prevalencia de síntomas músculos esqueléticos entre los trabajadores de una Empresa de Construcción Civil e investigar factores ocupacionales y personales que pudieran estar asociados a los síntomas para posteriormente sugerir las recomendaciones pertinentes.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal en una población constituida por 89 trabajadores masculinos, con antigüedad laboral mayor o igual a doce meses en una Empresa de Construcción Civil del Municipio Maracaibo, en el año 2005

Para la recolección de los datos se aplicó, previo consentimiento voluntario a cada uno de los trabajadores, un cuestionario dividido en 3 secciones: 1) Datos sociodemográficos y antropométricos: fecha de nacimiento, edad, talla, peso, Índice de Masa Corporal (IMC), nivel de educación y práctica de algún deporte.

2) Historia laboral: cargo que ocupa al momento del estudio, antigüedad en la empresa y en la ocupación, jornada de trabajo, turno de trabajo y tareas realizadas. Las variables referentes a posturas y carga de trabajo fueron: a) Sentado por largos periodos y totalmente por más de 4 horas en el día, b) Manejo de vehículos por más de 4 horas durante el día, c) De pie por más de 4 horas durante el día, d) Levantamiento o traslado de peso (más de 5 Kg. por al menos 10 veces/hora o más de 20 Kg. al menos una vez al día) y e) Otra posición (arrodillado, en cuclillas, flexión del tronco, torsión del tronco).

3) Ocurrencia de síntomas músculo esqueléticos: fueron identificados mediante la aplicación de una versión traducida al español y validada del Cuestionario Nórdico Estandarizado (Kuorinka, Jonsson, Kilbom, Vinterberg, Biering-Sorensen, Andersson & Jorgensen, 1987). La validez del instrumento se realizó mediante el cálculo del coeficiente de Kuder Richarson, obteniéndose una confiabilidad de rtt = 0,83.

El cuestionario permite evaluar la presencia de síntomas músculo esqueléticos, como dolor, entumecimiento, ardor, molestia u otro síntoma en cuello, hombros, codos, manos, espalda, cadera, piernas, rodillas o tobillos. La respuesta afirmativa generó futuras preguntas con respecto al impedimento en los 12 meses previos para realizar su trabajo normal por causa del síntoma y si éste ha estado presente en algún momento en los últimos 7 días. A los trabajadores se les suministró un diagrama corporal para facilitar la identificación de las regiones del cuerpo.

Las categorías del índice de masa corporal (IMC = peso/talla2) fueron seleccionadas de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), los trabajadores estudiados se clasificaron en dos categorías, no obesos aquellos individuos con IMC $\leq$ 25 Kg/m2; y obesos y con IMC $>$ 25 Kg/m2.

Los resultados se expresaron en valores absolutos y relativos, se calculó la media y desviación estándar a las variables sociodemográficas. Para relacionar la presencia de síntomas con las variables sociodemográficas y laborales se empleó la prueba Chi cuadrado y correlación de Spearman, considerándose estadísticamente significativos los resultados con una $p < 0,05$. Todos los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 10 para Windows.

Resultados

La media de edad de los trabajadores fue de 34,12 ± 10,57 años (rango de 18 a 62), con antigüedad laboral de 3,39 ± 2,72 años, jornada de trabajo de 45 horas a la semana y el Índice de Masa Corporal 27,54 ± 4,35 Kg/m2.

La presencia de síntomas según grupo de edad se aprecia en la tabla 1. La mayor prevalencia de síntomas se observa en trabajadores de 30 a 39 años (80,00%), y en el grupo de 40 a 49 años (73,68%). Al aplicar el Chi cuadrado no se obtuvo diferencia significativa entre la edad y la presencia de síntomas músculo esquelético. ($X2 = 7,19$ $p > 0,05$.

Tabla 1
Prevalencia de síntomas músculo esqueléticos en trabajadores una Empresa de Construcción estratificados por grupos de edad. Maracaibo, Estado Zulia. 2005

GRUPODE EDAD	N	%	Presencia de Síntomas			
			SI		NO	
			n	%	n	%
< 29	24	26,96	13	54,16	11	45,83
30-39	35	39,32	28	80,00	7	20,00
40-49	19	21,34	14	73,68	5	26,31
≥ 50	11	12,35	5	45,45	6	54,54

Fuente: Datos de la investigación, 2007.
$X^2 = 7,19$ $p > 0,05$

Al evaluar el Índice de Masa Corporal, se encontró que la mayoría de los trabajadores presentan valores superiores a 25 Kg/m2 (71,91%), de ellos el 65,62% (n = 42) manifestó síntomas, sin embargo el 72,00% (n = 18) de los trabajadores con IMC menor o igual a 25 Kg/m2 reportó la presencia de síntomas músculo esqueléticos. No se encontró asociación significativa entre el índice de masa corporal y la presencia de síntoma músculo esquelético. (X2 = 0,333 p > 0,05)

En relación a la escolaridad el 62,29% (n = 60) de los participantes refirió haber realizado educación primaria, 24,71% (n = 22), educación secundaria, 5,61% (n = 5), educación superior y solo el 2,24% (n = 2) eran analfabetas. En el grupo de educación primaria se ubicó el 60% (n = 37) de los participantes con síntomas músculo esqueléticos, los 5 trabajadores con educación superior manifestaron síntomas. No se obtuvo relación entre las variables al aplicar la correlación de Spearman (rs = - 0,230).

Con respecto a la variable práctica de algún deporte y la presencia de síntomas músculo esqueléticos, sólo 39 trabajadores (43,82%) refirieron realizar deporte y de ellos el 46,15% señaló algún tipo de síntoma, mientras que en el grupo de sedentarios (n = 50), el 84,00% registraron síntomas músculo esqueléticos. Al aplicar la prueba Chi cuadrado se obtuvo diferencia significativa entre la presencia de síntoma músculo esquelético y la práctica de deporte (X2 = 3,81 p < 0,05).

La Tabla 2 muestra la distribución de los síntomas músculo esqueléticos de acuerdo al cargo. El mayor grupo de los trabajadores estuvo representado por los ayudantes de albañil (19,10%), obreros (17,97%) y albañiles (14,60%). Del total de los trabajadores que participaron en el estudio, 60 (67,41%) refirieron síntomas músculo esqueléticos durante el año anterior al estudio, de ellos los más afectados fueron los ayudantes de albañil (n = 14), obreros (n = 8), albañiles y electricistas (n = 7).

De los trabajadores con síntomas, el 73,33% (n = 44) señaló la presencia de los mismos en una única región anatómica, mientras que el 26,66% (n = 16) en múltiples regiones, totalizándose 83 ubicaciones anatómicas de los síntomas.

Las regiones anatómicas más afectadas fueron espalda inferior (50,60%), hombros (13,25%), cuello y espalda superior (8,43% cada una) y rodillas (6,02%) (Fig.1). Los síntomas en espalda inferior fue referido principalmente por los ayudantes de albañilería, obreros y electricistas.

Al evaluar la variable ejecución de la tarea, el 40,44% (n = 36) refirió realizar sus labores diarias de manera variable utilizando la postura de pie por más de 4 horas, levantamiento de peso y otra posición (arrodillado, [a]en cuclillas y tronco flexionado, entre otras); en este grupo se ubica el 26,96% del total de trabajadores con síntomas. Los que realizan sus actividades de pie por más de 4 horas con levantamiento de peso (23,59%) constituyen el segundo grupo con mayor reporte de síntomas (19,10%), seguido por los que ejecutan sus labores de pie por más de 4 horas y en otra posición (22,47%), quienes refirieron el 13,48% de los síntomas. (Fig. 2)

En relación a los síntomas músculo esqueléticos que generaron limitación para realizar el trabajo y las actividades diarias en los últimos doce meses, 13,48%

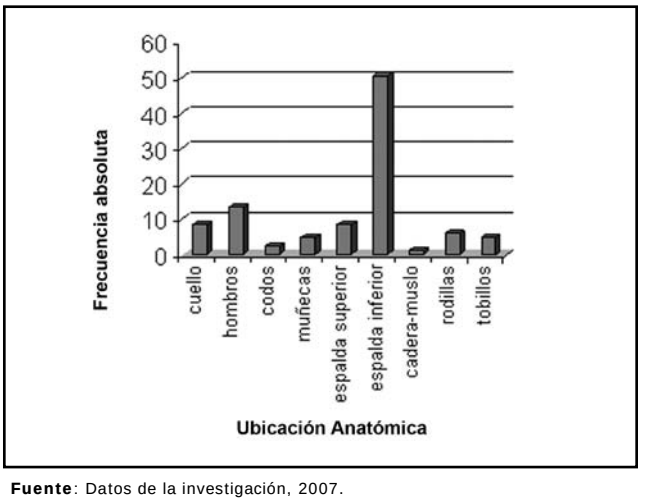
En cuclillas: modo de sentarse doblando el cuerpo de manera que los glúteos se acerquen al suelo o descansen en la parte posterior de los pies.

Tabla 2
Distribución de la prevalencia de síntomas músculo esqueléticos de los trabajadores según el cargo de una empresa de construcción civil. Maracaibo, Estado Zulia. 2005

Cargo	N	%	Presencia de síntoma			
			SI		NO	
			N	%	N	%
Albañil [a]	13	14,6	7	53,84	6	46,15
Ayudante de albañil	17	19,2	14	82,35	3	17,65
Carpintero	5	5,6	4	80,00	1	20,00
Ayudante de carpintero	5	5,6	4	80,00	1	20,00
Pintor	4	4,5	4	100,00	0	0,00
Cabillero [b]	5	5,6	1	20,00	4	80,00
Ayudante de cabilla	3	3,4	3	100,00	0	0,00
Electricista	9	10,1	7	77,77	2	22,22
Obrero	16	18,0	8	50,00	8	50,00
Plomero	6	6,7	3	50,00	3	50,00
Administrativo	4	4,5	3	75,00	1	25,00
Winchero [c]	1	1,1	1	100,00	0	0,00
Soldador	1	1,1	1	100,00	0	0,00
Total	**89**	**100**	**60**	**----**	**29**	**----**

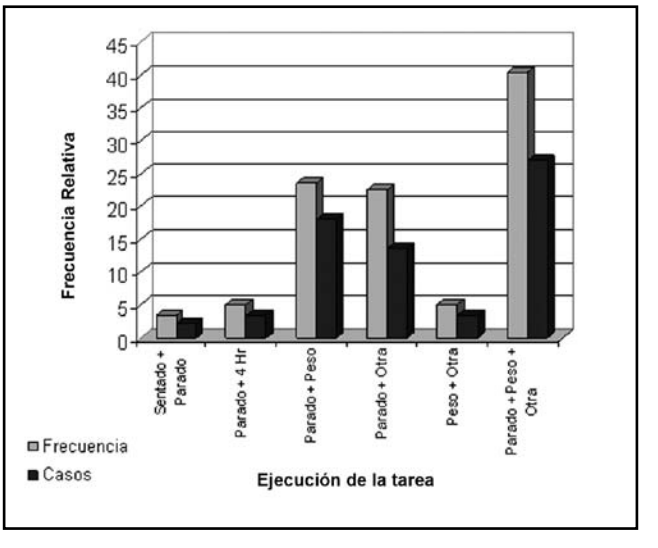
Fuente: Datos de la investigación, 2007.
a Albañil: persona que realiza indistintamente trabajos básicos de construcción.
b Cabillero: personal de la construcción que coloca barras de acero (cabillas) dentro del cemento para darle soporte adicional y hacerlo concreto.
c Winchero: Trabajador encargado de manejar la grúa con que se carga o descarga material.

Gráfico 1
Distribución de la frecuencia de síntomas músculo esqueléticos según ubicación anatómica en trabajadores de una empresa de construcción civil. Maracaibo. Estado Zulia, 2005



Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Gráfico 2
Prevalencia de síntomas músculo esqueléticos según ejecución de la tarea en Trabajadores de una Empresa de Construcción



Fuente: Datos de la investigación, 2007.
Frecuencia: porcentaje de trabajadores que ejecutan la tarea
Casos: porcentaje de trabajadores con síntomas

(n =12) de los individuos que respondieron este apartado, manifestó haber presentado sintomatología músculo esquelética, con un total 22 regiones afectadas, prevaleciendo la espalda inferior (54,54%), hombros (18,18%), espalda superior y cuello (9,09% cada uno). (Tabla 3) .

Del total de trabajadores, el 17,97% (n =16) respondió padecer en los últimos siete días síntomas limitantes en una o varias ubicaciones anatómicas, siendo la espalda inferior la región anatómica con más alta prevalencia (57,69%), seguida de espalda superior y rodillas (11,53% cada uno). El 3,37 % de los trabajadores no respondió esta sección. (Tabla 4).

Discusión

En la industria de la construcción los síntomas o desórdenes músculo esqueléticos están ampliamente distribuidos y se observan en trabajadores relativamente jóvenes. Constituyen la principal causa de incapacidad y pérdida de tiempo por enfermedad ocupacional para muchos grupos ocupacionales, afectando a la población trabajadora tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo.

Tabla 3
Presencia de impedimento en los últimos 12 meses por ubicación anatómica de síntomas en trabajadores de una empresa de construcción civil. Maracaibo, Estado Zulia, 2005.

Ubicación del síntoma	Impedido 12 meses			
	SI		NO	
	N	%	N	%
Cuello	2	9,09	5	8,33
Hombros	4	18,18	7	11,66
Codos	0	0	2	3,33
Muñecas	1	4,54	3	5,00
Espalda superior	2	9,09	5	8,33
Espalda inferior	12	54,54	30	50,00
Cadera - muslos	0	0	0	0,00
Rodillas	1	4,54	4	6,66
Tobillos	0	0	4	6,66
Total	**22**	**100**	**60**	**100**

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Tabla 4
Presencia de síntoma en los últimos 7 días por ubicación anatómica en trabajadores de una Empresa de Construcción. Maracaibo, Estado Zulia, 2005.

Ubicación del síntoma	Presencia de síntoma en 7 días			
	SI		NO	
	N	%	N	%
Cuello	1	3,84	6	10,00
Hombros	1	3,84	10	16,66
Codos	0	0	2	3,33
Muñecas	0	0	4	6,66
Espalda superior	3	11,53	7	11,66
Espalda inferior	15	57,69	27	45,00
Cadera - muslos	1	3,84	0	0,00
Rodillas	3	11,53	2	3,33
Tobillos	2	7,69	2	3,33
Total	**26**	**100**	**60**	**100**

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

No se encontró relación significativa entre los síntomas músculo esqueléticos y la edad; el mayor porcentaje de casos se ubicó en trabajadores jóvenes, destacando el grupo de 30 a 39 años, donde se encuentra la mayor frecuencia de trabajadores, así mismo, se observa un descenso de los mismos a partir de los 40 años de edad. Esto podría deberse a que los trabajadores que realizan una determinada labor, a través de los años aprenden y desarrollan estrategias para realizar sus tareas con menor riesgo, así mismo, la continuidad y antigüedad laboral los coloca en otros cargos que ameritan menor esfuerzo físico y cuentan con apoyo de otros trabajadores, disminuyendo de esta manera la posibilidad de presentar patologías músculo esqueléticas. Estos resultados de este estudio coinciden con otras investigaciones, donde el mayor número de casos fue reportado en trabajadores jóvenes, en los cuales no se encontró igualmente asociación entre la edad y la presencia de síntomas músculo esqueléticos al utilizar los estadísticos Chi cuadrado y razón de disparidad (Robaina & Leon, 1999; Rosecrance, Proszasz, Cook, Fekecs, Merlino & Anton, 2001; Welch, Hunting & Kellogg, 1995; Behrens, Seligman & Cameron, Mathias & Fine, 1994).

Contrariamente, Ulleval, (1991) reportó que el porcentaje de trabajadores con problemas músculo esqueléticos aumentó gradualmente con la edad, pero no en el caso del dolor de espalda.

Similar a la presente investigación, Merlino, et al, (2003) no hallaron asociación entre el Índice de Masa Corporal y la presencia de síntomas músculo esqueléticos.

En este estudio se evidenció que a pesar de no existir asociación estadística significativa entre el nivel de escolaridad y la presencia de síntomas; la mayor prevalencia se observó en los trabajadores que refirieron educación primaria. Esto podría deberse al hecho de que los individuos con bajo nivel de instrucción y sin capacitación tienen mayor posibilidad de optar por ocupaciones poco calificadas donde generalmente existen diversos factores de riesgo laboral, tales como manipulación de cargas, adopción de posturas inadecuadas y mantenidas, entre otros, que favorecen la aparición de patologías musculo esqueléticas. Contrariamente, en trabajadores de una fábrica de cemento, Robaina & León (1999) determinaron que el grupo con mayor número de casos de síntomas músculo esqueléticos correspondieron a los trabajadores que poseían estudios de secundaria y pre universitarios.

Las actividades extralaborales pueden tener influencia en la prevalencia de problemas músculo esqueléticos, siempre y cuando requieran fuerza física, sean estresantes y ameriten contracciones musculares frecuentes, posturas inadecuadas y/o movimientos repetitivos. La mayoría de los trabajos de construcción son físicamente demandantes y los trabajadores a menudo indican que quedan físicamente exhaustos al final del día para ejercitarse. (Welch, et al, 1995)

Los resultados de este estudio demuestran que en los trabajadores que refirieron ser sedentarios se registró una mayor frecuencia de síntomas músculo esqueléticos; igualmente (Hidldebrandt, Bongers, Dul, van Dijk & Kemper, 2000) mostraron asociación entre una alta tasa de prevalencia de síntomas de espalda baja y estilo de vida sedentaria.

Los ayudantes de albañil, obreros y albañiles constituyeron la principal fuerza laboral en este estudio y reportaron la mayor frecuencia de síntomas musculo esqueléticos, probablemente debido a las actividades físicas, posiciones incómodas e inadecuadas, posturas mantenidas, movimientos repetitivos, levantamiento y traslado de peso que demandan sus actividades laborales. Robaina & León (1999), reportaron que los trabajadores más afectados fueron los albañiles, estibadores y operadores de equipos debido a las tareas que deben realizar en su trabajo, mientras que (Stürmer, Luessenhoop, Neth, Soyka, Karmaus, Toussaint, Liebs & Rehder, 1997) observaron la más alta tasa de desordenes músculo esqueléticos en pintores, mezcladores de concreto y albañiles.

(Cameron, Behrens, Wild & Tanaka, 1993) compararon la prevalencia de síntomas músculo esqueléticos entre los trabajadores de la construcción y trabajadores de otras actividades económicas; observaron que los de la construcción mostraron tasas significativamente más elevadas de síntomas músculo esqueléticos y de ellos, los carpinteros y electricistas fueron los más afectados, hecho que contrasta con esta investigación ya que los albañiles y obreros fueron los que manifestaron mayores síntomas.

Las regiones anatómicas más frecuentemente afectadas en los trabajadores de este estudio, fueron espalda inferior, seguido de hombros, cuello, espalda superior y rodillas. Un trabajo similar realizado por Goldsheyder, et al, (2000) reportó prevalencias de dolor en espalda baja (65%), hombros (42%), cuello, manos y rodilla (41%). Igualmente en la investigación realizada con la mayor población, constituida por

94.000 trabajadores de la industria de la construcción Bygghalsan de Suecia, la mayor prevalencia de síntomas músculo esqueléticos estuvo reportada en espalda baja, seguida por hombros y rodillas. (Welch, et al, 1995). Así mismo, Spielholz et al. (1998) en su trabajo realizado en 82 trabajadores de concreto observaron que el 70% de los mismos padecían síntomas músculo esqueléticos, siendo la espalda baja el sitio principal de molestia, seguido por las manos, codos y hombros, similares resultados fueron reportados por Holmstrom, et al, (1993) y Merlino, et al, (2003).

Los resultados de esta investigación permitieron detectar que los trabajadores que ejecutan sus tareas diarias con posturas inadecuadas, levantamiento de peso y posiciones estáticas presentaron la mayor frecuencia de síntomas músculo esqueléticos. Igualmente, en aprendices de Hungría, las tareas laborales que requirieron de posturas inadecuadas y posiciones estáticas fueron los dos factores primordiales que contribuyeron a la mayoría de los síntomas músculo esqueléticos. (Rosecrance, et al, 2001)

En su estudio Merlino, et al, (2003), reportaron que el factor de trabajo "trabajando en la misma posición por largos períodos" fue el que obtuvo la más alta tasa de prevalencia como contribuyente de síntomas músculo esqueléticos. Así mismo, algunas actividades relacionadas con el trabajo tales como levantamiento de peso, flexión o torsión del tronco y movimientos forzados fueron identificadas como factores contribuyentes para problemas músculo esqueléticos, estos también fueron señalados por (Cook, Rosecrance & Zimmermam, 1996)

La identificación de trabajadores en riesgo y el reconocimiento de síntomas tempranos es esencial para la prevención de lesiones músculo esqueléticas. Especial atención se debe prestar a los nuevos trabajadores, así como a los que no se han acostumbrado a su trabajo lo cual parece incrementar el riesgo de estas lesiones.

Conclusiones

La población de trabajadores estudiada mostró una elevada prevalencia de síntomas músculo esqueléticos, particularmente en espalda baja, probablemente debido a que las actividades laborales que ellos deben realizar a menudo requieren asumir posturas no neutras, levantamiento de peso, ejecución de tareas manuales enérgicas y operación de herramientas que pueden incrementar el riesgo de desarrollar estos problemas.

No se encontró relación entre la edad, IMC y escolaridad con la presencia de síntomas músculo esqueléticos en los trabajadores estudiados.

Los ayudantes de albañil, obreros, albañiles y electricistas fueron los trabajadores que reportaron mayor sintomatología músculo esquelética. La espalda baja, hombros, cuello y espalda inferior fueron las regiones anatómicas donde el mayor porcentaje de trabajadores reportó síntomas músculo esqueléticos, por lo tanto se deben enfatizar medidas preventivas dirigidas a estas áreas corporales.

La industria de la construcción representa una de las áreas más riesgosas de los sectores económicos para el desarrollo de lesiones músculo esqueléticas. La implementación de intervenciones ergonómicas y educación de los trabajadores puede disminuir el número y severidad de las mismas, mediante la reducción de estrés físico y la identificación temprana de situaciones potencialmente peligrosas en el sitio de trabajo.

Es necesaria la implementación de programas de educación para el empleador y trabajadores, haciendo énfasis en los principios ergonómicos, así como sensibilizar a los empleadores sobre la importancia de llevar a cabo acciones dirigidas a prevenir y reducir el riesgo de desórdenes músculo esqueléticos y de esta manera garantizar trabajadores sanos y productivos.

Referencias Bibliográficas

1. Behrens, V., Seligman, P. & Cameron, L., Mathias, C. & Fine, L. (1994). The prevalence of back pain, hand discomfort and dermatitis in the U.S. working population. *Am J Public Health*, 84(11), 1780–5.

2. Bernard, B. (1997). A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back. En: National Institute for Occupational Safety and Health. *Musculoskeletal disorders and workplace factors* (NIOSH Publication. Nº 97-141). Cincinnati, U.S.: NIOSH. Extraído el 03 de Junio, 2005 de la siguiente dirección electrónica: http://www.cdc.gov/niosh/docs/97-141/

3. Bohuslav, Málek. (2007). Riegos para la salud en obras subterráneas. En: OIT. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Extraído el 28 de Julio, 2005 de la siguiente Dirección Electrónica: http://www.cdc.gov/elcosh/docs/d0200/d000279/d000279s.pdf

4. Booth–Jones, A., Lemasters, G., Succop, P., Atterbury, M. & Bhattacharya, A.(1998). Reliability of Questionnaire Information Measuring Musculoskeletal Symptoms and Work Histories. *Am Ind Hyg Assoc J.*, Jan, 59(1),20-4.

5. Burdof, A. & Van der Beek, A. (1999). Exposure assessment strategies for work-related factors for musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health*, 25, Suppl 4, 25-30.

6. Cameron, L., Behrens, V., Wild, D. & Tanaka, S. (1993). *Prevalence of Musculoskeletal Conditions in the Construction Occupational: Data from the National Health Interview Survey*. San Francisco, CA : American Public Health Association

7. Capio, C. (2001). Work-related musculoskeletal disorders and work organization in four subcontractors construction work site in the Philippines. En: Lulea University of Technology. MSc *Programmes in Engineering Industrial Ergonomics* (ISRN LTU-EX--01/104--SE / NR 2001:104).

8. Cook, T., Rosecrance, J. & Zimmermam, C. (1996). *The University of Iowa Construction Survey Report* E I-96. Washington D.C.: The Center to Protect Workers Rights.

9. Goldsheyder, D., Schecter-Weiner, S., Nordin, M. & Hiebert, R. (2000). Self reported Musculoskeletal Disorders Among Mason Tenders and Perceived Job-Related Characteristics. Proceeding of the IEA 2000/HFES Congress, 5, 636-640. Extraído el 20 de Mayo, 2005 de la siguiente Dirección Electrónica: http//:www.cdc.gov/eLCOSH/does/d0100/d000196/d000196.html.

10. Hales, T. & Bernard, B. (1996). Epidemiology of work related musculoskeletal disorders. *Orthop Clin North Am.*, Oct, 27(4),679-709.

11. Hidldebrandt, V., Bongers, P., Dul, J., van Dijk, F. & Kemper, H. (2000). The relationship between leisure time, physical activities and musculoskeletal symptoms and disability in worker population. *Int Arch Occup Environ Healt*h. Nov, 73(8), 507-18.

12. Holmstrom, E., Lindell, J. & Moritz, U. (1993). Healthy lower backs in the construction industry in Sweden. *Work and Stress*, 7(3), 259-71.

13. Holmstrom, E., Moritz, U. & Engholm G. (1995). Musculoskeletal Disorders in Construction Workers. *Occup Med*,. Apr-Jun, 10(2), 295-312.

14. Kivimaki, M., Batear, J., Ferrie, J., Hemingway, H. & Pentti, J. (2001).Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study. *Occup Environ Med*., 58, 811-17.

15. Kuorinka, I & Forcier, L. (1995). LATR - *Les Lésions attribuables au travail répétitif*. Québec, Canadá : Editions Maloine et Institut de Recherche en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST).

16. Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sorensen, F., Andersson, G. & Jorgensen, K. (1987). Standardized Nordic Questionnaires for the Analyses of

Musculoskeletal Symptoms. *Appl Ergon*,. Sep, 18(3), 233-7.

17. Lemasters, G., Aterrbury, M., Booth-Jones, A., Bhattacharya, A., Ollila-Glenn, N., Forrester, C. & Forst, L. (1998). Prevalence of work related musculoskeletal disorders in active union carpenters. *Occupational and Environmental Medicine*, 55(6), 421-7 .

18. Merlino, L., Rosecrance, J., Anton, D. & Cook, T. (2003). Symptoms of Musculoskeletal Disorders Among Apprentice Construction Workers. *Appl Occup Environ Hyg.*, Jan 18(1), 57-64.

19. Moir, S., Paquet, V., Punnett, L., Buchholz, B. & Wegman, D. (2003). Making sense of highway construction : A taxonomic framework for ergonomic exposure assessment and intervention research. *Appl Occup Environ Hyg.*, Apr, 18(4), 256-67.

20. Robaina, A. & León, I. (1999). Análisis epidemiológico de la incapacidad laboral por trastornos del sistema osteomioarticular. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 183, 65-72.

21. Rosecrance, J., Proszasz, J., Cook, T., Fekecs, E., Merlino, L. & Anton, D. (2001). Musculoskeletal disorders among construction apprentices in Hungrary. *Cent Eur J Public Health*. Nov, 9(4), 183-7.

22. Schneider, S. (1997). Musculoskeletal injuries in construction: Are they a problem? En: IEA, *Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association*, Vol.6, (pp.343-345). Tampere, Finland.

23. Schneider, S. & Susi, P. (1994). Ergonomics and Construction: A review of potential hazards in new constructions. *Am Ind Hyg Assoc J.*, 55(7), 635–59.

24. Spielholz, P., Wilker, S. & Silverstein, B. (1998). An Ergonomic Characterization of Work in Concrete Form Construction. A*m Ind Hyg Assoc J.*, 59, 629-35.

25. Stürmer, T., Luessenhoop, S., Neth, A., Soyka, M., Karmaus, W., Toussaint, R. Liebs, T. & Rehder, U. (1997). Construction work and low back disorder. Preliminary findings of the Hamburg construction worker study. *Spine, Nov 1*, 22(21), 2558-63.

26. Ulleval, O. (1.991). Musculoskeletal disorders among employees in building and construction industry. *Tidsskr Nor Laegeforen, Jan 30*, 111(3), 337-40.

27. Venezuela. Instituto Nacional de Estadísticas, 2004. *Indicadores de la Fuerza Laboral del Estado Zulia*. Caracas: INE.

28. Weil, D. (2001). Valuing the economic consequences of work injury and illness: a comparison of methods and findings. *Am J Ind Med., Oct, 40*(4), 418-37.

29. Welch, L., Hunting, K. & Kellogg, J. (1995). Work-related musculoskeletal symptoms among sheet metal workers. *Am J Ind Med., Jun, 27*(6), 783-91.

30. World Health Organization. (2.000). Obesity: *Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity*. (Technical Report Series 894). Geneva: Autor.

Fecha de recepción: 19 de Junio del 2007.
Fecha de aceptación: 09 de Septiembre del 2007.

Necesidades de Formación Profesional en Salud Ocupacional: La Percepción de los Profesores de Madrid, España

Vocational School Training in Occupational Health: Perception of Teachers in Madrid, Spain.

David Cobos Sanchiz [1] & Aitana Garí Pérez [2]

Resumen

En el abordaje de la problemática de la salud ocupacional, la Formación Profesional ha de significarse por su posicionamiento estratégico en el refuerzo de la cultura de la prevención que hoy es necesario desarrollar. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos legislativos en materia de formación, educación y salud ocupacional, éstos aún no han calado en la práctica cotidiana de los centros de Formación profesional de la Comunidad de Madrid (España). Los docentes constatan su propia falta de formación en esta materia y reclaman nuevos materiales didácticos y un mayor esfuerzo inversor en instalaciones, materiales y equipos. Como aspectos positivos se señalan el actual desarrollo curricular -que se considera adecuado y suficiente- y la Formación en Centros de Trabajo (prácticas) como una excelente oportunidad para consolidar buenas prácticas en materia de prevención de riesgos laborales.

Palabras clave: Educación. Docencia. Salud laboral. Prevención de accidentes.

Abstract

When addressing the problem of occupational health, vocational schools must be strategically positioned to reinforce a culture of prevention. However, although there have been legislative attempts in the areas of training, education and occupational health, these have not transcended into the daily practice of vocational schools in the Autonomous Community of Madrid (Spain). Teachers acknowledge their own lack of training in this field and demand new training materials as well as greater investment efforts in facilities, didactic materials and equipment. On the positive side, current curricular development, considered appropriate and satisfactory, and practical supervised workplace-based training provide an excellent opportunity to consolidate good occupational health and safety practices.

Keywords: Education, Teaching, Occupational health, Injury prevention.

[1,2] Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Madrid España. E-mail: dcobos@istas.ccoo.es

Introducción

Los accidentes y enfermedades producidos a consecuencia del trabajo son un problema de primer orden que hay que abordar desde diversos frentes. Es imprescindible el cumplimiento estricto de la normativa en prevención de riesgos laborales y fundamental la acción inspectora y sancionadora en los casos en que se requiera. Pero esto no basta, es necesario promover y tomar medidas concretas a favor de la creación de una cultura preventiva, que todos consideramos como una carencia básica y decisiva (Alonso, 2002). En ese camino, el papel de la escuela se muestra como un pilar fundamental porque la capacidad de enfrentar los riesgos profesionales depende en gran medida de la educación recibida en materia de prevención (Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2003). Crear una actitud preventiva en docentes y alumnado es la base primordial para una sociedad más segura y sana (Llacuna y Soriano, 2002).

Los componentes de formación en prevención de riesgos en los distintos niveles educativos se encuentran en la formación general, formación profesional de base, formación profesional específica y formación en el puesto de trabajo (Arbizu, 2002). Parece claro que, entre todos estos niveles, la formación profesional debería jugar un papel preponderante, por su posicionamiento estratégico, en el refuerzo de la cultura de la prevención que se pretende. Ya en 1992 la Comisión Europea establece que la formación profesional debe motivar al futuro trabajador a conocer los riesgos a los que puede estar expuesto y cómo prevenir los accidentes. Posteriormente la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo sigue trabajando en esta línea y apuesta por una integración de la formación preventiva en todos los niveles (OSHA, 2004). Así, la Estrategia Comunitaria Europea para el período 2007-2012, pone de manifiesto y resalta la importancia de desarrollar una cultura de la prevención en los programas de formación a todos los niveles del ciclo educativo y en todos los ámbitos, incluidos la Formación Profesional y la Universidad (Comisión Europea, 2007).

Si a la enseñanza primaria y secundaria pudieran asignarse ejes transversales que contribuyan a aumentar la sensibilización social frente a los riesgos laborales, la Formación Profesional -como modeladora de competencias profesionales específicas- ha de asumir el papel de desarrollar conocimientos, procedimientos, habilidades y actitudes que permitan al futuro trabajador desenvolverse con soltura en el ámbito laboral. Hay que tener en cuenta además, que al hablar de Formación Profesional no sólo se hace referencia a la necesidad de desarrollar la cultura preventiva de un modo más o menos general, sino también de incidir muy a corto plazo en las prácticas de profesionales que se incorporan al mercado laboral cuando aún son muy jóvenes. Conviene recordar, en este sentido, que son precisamente los jóvenes uno de los colectivos que pueden verse potencialmente más expuestos a los riesgos por carecer en muchos casos de experiencia, formación y conciencia acerca del peligro (OSHA, 2006). De hecho, para los jóvenes de entre 18 y 24 años, el riesgo de accidentes es 1,4 veces mayor que la media común (OSHA, 2004).

En este marco es preciso llegar a un acuerdo en los planteamientos generales y, a continuación, tratar de diseñar estrategias específicas, reales, realizables. ¿De qué situación se parte? ¿Qué necesidades concretas y específicas tienen nuestros alumnos? ¿Qué materiales y recursos son necesarios para conseguir estos fines? ¿En qué aspectos de formación del profesorado habría que incidir ahora y en el futuro? ¿Qué dificultades se encontrarán en el camino?.

Para tratar de entender las claves de este proceso y hacer una radiografía de la situación actual de este nivel educativo en la Comunidad de Madrid (España), se ha desarrollado un Panel de Expertos docentes mediante el cual se pretende abordar la discusión dibujando un estado de la situación real y actual. Se tratará además, de conocer la opinión de los profesores sobre la necesidad y posibilidad de introducir en los currículos formativos contenidos transversales de prevención de riesgos laborales y sobre la necesidad de formación del propio profesorado en esta materia.

Sujetos y métodos

Las relaciones que se establecen en las actividades docentes de cualquier enseñanza conforman, a la hora de su investigación, un objeto complejo que incluye las relaciones personales y la intersubjetividad de las personas implicadas en el proceso docente y discente. La complejidad de la estructura de dicho objeto justifica el empleo de la metodología cualitativa en el proceso de su investigación (Pérez, Alameda y Albéniz, 2002). Lo fundamental de ésta es que trabaja con el análisis e interpretación del lenguaje obtenido en condiciones de investigación. Se centra en los propios individuos y trata de explorar la riqueza personal de sus experiencias, conocimientos y perspectivas en sus propios términos, visiones y símbolos (García Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2004).

De acuerdo a esto, se llevó a cabo un estudio en octubre de 2005 con metodología cualitativa, obteniéndose la información mediante un panel de expertos de distintos centros, buscando siempre el equilibrio entre especialidades y procurando una distribución proporcionada en cuanto a sexos, pluralidad ideológica y sindical. Todos ellos son profesores experimentados y activos en las distintas especialidades que conforman la Formación Profesional. De igual manera, se intentó atender a la estructura sectorial del Producto Interno Bruto (PIB) de Madrid, con miras a que existiese preponderancia de especialidades de servicios, de la construcción y la industria, mientras que el sector agrario apenas se muestra significativo. Finalmente se obtuvo la distribución de participantes que se recoge en la Tabla 1.

Una vez selecionados los integrantes del panel de expertos, de acuerdo a los criterios señalados, y previamente a la reunión, se envió a todos los participantes un guión del seminario que recogía los antecedentes y una breve aproximación teórica a los contenidos a tratar. Paralelamente, se distribuyó un artículo técnico para facilitar el debate, junto con las instrucciones básicas para el desarrollo de la sesión, a fin de que los expertos pudieran preparar debidamente su posicionamiento inicial sobre la cuestión y llevar algunas notas para que el debate resultase lo más dinámicamente posible. La sesión se desarrolló el 5 de octubre de 2005, en la Sala de Juntas de la Facultad de Montes de la Universidad Politécnica de Madrid, con una duración aproximada de tres (03) horas, durante la cual el moderador hizo una breve introducción temática y refirió el estado de la cuestión para situar el debate. En la Tabla 2, se distingue el número de participantes según el centro docente donde labora, y la Tabla 3 muestra la relación de expertos por género.

Posteriormente, cada uno de los participantes dispuso de diez minutos para fijar su posición personal, específicamente sobre los tópicos de discusión referidos en la Tabla Nº 4. Se estableció un debate abierto con la participación de todos con ideas nuevas, reflexiones, discusiones o aportando y complementando las exposiciones de los demás participantes. El moderador sintetizó los aspectos fundamentales discutidos y planteó las conclusiones de consenso. Por último, se dio el derecho de palabra para recoger los comentarios finales o aporte de cada participante.

Tabla 2
Relación de Expertos de acuerdo al Centro Docente donde Laboran

Número de Expertos	Centro Docente
6	Instituto Virgen de la Paloma
5	Instituto Leonardo da Vinci
2	Instituto Alarnes
1	Instituto Santa Engracia
14	5

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Tabla 1
Características del panel de expertos

Área de conocimiento	Centro Educativo	Sexo
Química	Instituto Virgen de la Paloma	Mujer
Formación y Orientación Laboral (FOL)	Instituto Leonardo da Vinci	Hombre
Electricidad	Instituto Virgen de la Paloma	Hombre
Análisis de Química industrial	Instituto Virgen de la Paloma	Mujer
Sanidad	Instituto Leonardo da Vinci	Hombre
Mecánica	Instituto Virgen de la Paloma	Hombre
Construcción	Instituto Alarnes	Hombre
Construcción	Instituto Alarnes	Hombre
Textil	Instituto Leonardo da Vinci	Hombre
Administración	Instituto Leonardo da Vinci	Mujer
Formación y Orientación Laboral (FOL)	Instituto Virgen de la Paloma	Mujer
Electricidad	Instituto Virgen de la Paloma	Hombre
Imagen personal	Instituto Santa Engracia	Mujer
Informática	Instituto Leonardo da Vinci	Hombre

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Tabla 3
Relación de Expertos por Género

Mujeres	Hombres	**Total**
5	9	14

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Tabla 4
Tópicos de Discusión

¿Cómo habrían de articularse las enseñanzas de prevención de riesgos laborales en todos y cada uno de los niveles del sistema educativo? ¿Qué papel habría de jugar la escuela, el instituto, la Universidad... en la consecución de un clima favorable a la salud laboral. Y en concreto, ¿Qué papel específico habrían de jugar las enseñanzas de formación profesional en el desarrollo de unan cultura de la prevención a todos los niveles? ¿Qué dificultades pueden surgir en el camino?
¿Qué necesidades formativas tienen sus alumnos, a su juicio, en prevención de riesgos laborales? A nivel general, de valores, de comportamientos, de actitudes, de cultura de la prevención en sentido amplio.
¿Qué formación necesitaría como profesor para desempeñar una labor eficaz en el campo de la prevención de riesgos laborales? ¿Qué cursos le gustaría realizar? ¿A qué jornadas le gustaría asistir o piensa que habría que desarrollar? ¿Qué materiales y recursos demandaría para desarrollar esta labor? Temas específicos de profundización.

Fuente: Datos de la investigación, 2007.

Resultados

A continuación presentamos el análisis descriptivo del panel de expertos.

1. Curriculum diseñado y curriculum impartido

La enseñanza de la prevención de riesgos laborales está ya teóricamente integrada como materia curricular en la Formación Profesional específica mediante el FOL (Formación y Orientación Laboral) y el RET (Relaciones en el Entorno de Trabajo). De hecho, los contenidos formativos del bloque de salud laboral de FOL coinciden y completan los exigidos para el desempeño de funciones de nivel básico que contempla el Real Decreto 39/97 de Servicios de Prevención (España) y se ven ampliados respecto a los riesgos psicosociales mediante el aludido RET. En muchos ciclos el tema se trata como materia independiente y en todos los demás se prevé un bloque importante dentro de alguna materia. Los docentes, en general, opinan que es posible repensar el curriculum en determinadas áreas (así lo manifestaron por ejemplo algunos especialistas de electricidad o construcción) pero, en caso de hacerse modificaciones, éstas habrían de centrarse fundamentalmente en los currículos específicos y no en el FOL, que se considera adecuado y suficiente.

Si como parece, los planteamientos legislativos a nivel curricular no son malos, ¿con qué problemática nos encontramos a la hora de impartir esta formación? ¿Qué está fallando? En primer lugar, parece que al momento de impartir estos módulos generalmente carecen de aceptación por parte de los equipos directivos e incluso del conjunto de los docentes. En la práctica, se completan horarios con las horas de FOL por profesores de otras especialidades y ha existido siempre la idea de que las materias de seguridad e higiene pueden ser dictadas por cualquier docente independientemente de su especialidad. Muchos de esos contenidos *"se reservan a interinos (...) o a quien quiera impartirlos"*, circunstancia que supone muchas veces la percepción de que esta asignatura tiene menos importancia que otras o que, como mínimo, se trata de una manera menos formal y es vista, en todo caso, como poco atractiva y excesivamente teórica.

Por otra parte, lo que se explica como teoría a los alumnos se incumple en la práctica cotidiana de talleres y aulas. A menudo se trabaja con maquinaria que no reúne las normas de seguridad que actualmente se exige a las empresas. Las condiciones de iluminación, distribución de espacios y mobiliario tampoco suelen ser idóneas. Hay problemas de mantenimiento y de equipamiento básico. Además, los propios profesores de prácticas no siempre cumplen exhaustivamente con las normas que previamente se han explicado puesto que, a veces, no cuentan con la formación necesaria.

Este panorama evidencia una falla demasiado grande entre el contenido impartido y la vivencia cotidiana, entre la teoría y la práctica, entre lo que "se debe hacer" y lo que, de hecho, "se hace". Entramos de lleno en el terreno de lo que se ha dado en llamar curriculum oculto (Torres, 1991), es decir, todos aquellos acontecimientos, situaciones y vivencias que se producen en el centro escolar simultánea o paralelamente al hecho educativo formal y que proveen al alumno de enseñanzas encubiertas, no explícitas, latentes... y, a pesar, de todo, con un impacto generalmente más duradero y consistente en el modelado de su carácter que la disertación o la práctica académica normalizada.

2. La Ley de Prevención en el centro educativo

"Existe una falta de conocimientos no sólo sobre los contenidos en prevención de la materia a impartir, sino incluso como trabajador. El profesor desconoce los derechos y deberes que la Ley establece". Reafirmando lo expuesto antes, los docentes describen una situación de incumplimiento generalizado de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en los centros docentes. No existen planes de prevención, ellos no han sido informados ni formados con relación a los riesgos a que han de enfrentarse, desconocen la articulación de la prevención dispuesta por la Administración para su centro (técnicos, servicio de prevención o trabajadores designados...), no se llevan a cabo simulacros de evacuación, no hay señalización, salidas de emergencia cerradas, alarmas estropeadas y, como ya se ha afirmado, la existencia de material y equipos de trabajo sin un mantenimeinto adecuado.

En definitiva, se evidencia una realidad caracterizada por centros docentes dotados de condiciones inadmisibles y allí quizá radica una de las mayores incongruencias. Se habla de un centro educativo que, en el caso de la Formación Profesional, ha de reproducir en gran medida las condiciones de trabajo de un centro productivo. Si los alumnos aprenden a trabajar de manera deficiente, difícilmente desarrollarán posteriormente hábitos saludables en el puesto de trabajo.

3. Necesidades formativas de alumnos y profesores

3. 1 Alumnos: valores, actitudes y conocimientos profesionales

"Existe por parte del alumnado que ingresa en la Formación Profesional una carencia de formación inicial que se traduce en el desconocimiento de valores y actitudes básicas frente a las condiciones de seguridad y la prevención". Los alumnos -que no tienen modelos de referencia en esta materia- vienen por tanto al aula de Formación Profesional, con una visión de los riesgos laborales muy abstracta y, sobre todo, muy alejada de su propia realidad. No lo entienden como algo pertinente y necesario y a ello se suma *"programas de formación muy teóricos, poco adaptados a la realidad y, en la práctica, con una gran separación entre el modelo formativo y el productivo"*. Las necesidades formativas de los alumnos en este campo, a partir de este diagnóstico inicial se resumen en la búsqueda de modelos prácticos saludables en sus propios profesores. *"Los alumnos necesitan ver reflejado en el profesor* [y en las condiciones materiales del centro] *esas medidas que se le exigen a él"*.

La toma de conciencia por parte del alumnado se ha de abordar, según los docentes, mediante la oferta de modelos vivenciales reales, impartiendo el curriculum de una forma más práctica. También es demanda generalizada el desarrollo de medios didácticos de apoyo adecuados a este fin, los cuales hasta ahora se consideran escasos y no adaptados a los distintos niveles y especialidades.

3.2 Profesores: formación inicial y continua

Salvo los profesores que imparten módulos relacionados con seguridad, higiene y medio ambiente, el conjunto del profesorado carece de un conciencia expresa en cultura preventiva. El colectivo se forma en la medida en que se imparte el módulo que contenga esas materias, pero no hay una formación básica ni específica generalizada, aunado a una gran descoordinación entre los módulos teóricos y los prácticos. La Consejería de Educación ha de impartir un curso de formación básica una vez superado el proceso de oposición a todo aquel que acceda a la carrera docente. Como propuesta muy concreta se plantea la posibilidad de utilizar este camino para dotar de una formación básica inicial en prevención de riesgos laborales a todos los nuevos docentes. En todo caso, se demanda una formación básica inicial para todos y posteriormente una más específica dependiendo de la familia profesional (vía centros de profesores o planes de formación continua) adaptada a las novedades introducidas en los aspectos legislativos y técnicos y a la propia evolución del mercado de trabajo.

3.3 La Formación en Centros de Trabajo

Las prácticas en las empresas son el primer contacto real del alumno con el mundo laboral. La Formación en Centros de Trabajo (FCT) es una excelente oportunidad no sólo para entender las dinámicas propias del mercado de trabajo y desarrollar una práctica concreta en el proceso de producción o servicios para el que el alumno se ha estado formando, sino también para consolidar prácticas adecuadas en materia de prevención de riesgos laborales.

Se parte del hecho que muchas empresas, principalmente las medianas o microempresas, son más un impedimento que una ayuda en el desarrollo de la cultura de la prevención de sus alumnos. Muchos em-

presarios alientan a los alumnos en prácticas a no hacer caso de las recomendaciones desarrolladas en el aula para así *"trabajar mejor, más cómodo o más rápido"* o simplemente aluden a que estas cuestiones son sólo teóricas pero que en la práctica no se tienen en cuenta, lo que indirectamente pone de manifiesto la necesidad de actuar desde otras instancias en el desarrollo de la cultura preventiva de los empresarios y gerentes de muchas empresas del tejido productivo madrileño. Unos meses en un centro de trabajo así, y siendo ésta la primera experiencia laboral del alumno, pueden bastar para desarticular meses o años de discurso académico; por eso es vital tener en cuenta este aspecto a la hora de seleccionar las empresas donde hacer prácticas.

Ésta es una recomendación de los propios profesores quienes afirman que -aún siendo frecuente- no es la única existente en el medio laboral. Muchas otras experiencias ayudan a tener confianza en las posibilidades de este espacio formativo en las empresas. Algunos profesores exponen casos concretos donde, muy al contrario, las propias empresas agradecen muchísimo la formación previa de los alumnos en prácticas, puesto que son precisamente ellos quienes contribuyen a poner de manifiesto la necesidad de trabajar con seguridad a otros trabajadores a los que, por diversos motivos, cuesta hacer entrar en las dinámicas propias de un modelo de trabajo seguro. Los propios alumnos se pueden convertir en ejemplo de trabajo bien hecho, del trabajo seguro, al adquirir y desarrollar estos hábitos desde el buen hacer de algunas empresas. Es un claro ejemplo de las influencias mutuas que se pueden establecer entre el mundo académico y el laboral y que pueden acabar generando sinergias muy significativas en el proceso de desarrollo de la cultura de la prevención a nivel comunitario.

Discusión

Los resultados de la investigación arrojan que los contenidos en prevención de riesgos laborales a impartir, previstos por la legislación española para los estudios de Formación Profesional, se consideran suficientes por los propios docentes. Según éstos, no se trataría tanto de introducir nuevos contenidos ni más horas en prevención de riesgos laborales sino de repensar los currículos, dotar de una mayor especificidad a los contenidos del módulo de FOL en relación con la familia profesional del ciclo formativo en el que se imparte, transversalizar la prevención y hacerla visible en el trabajo cotidiano.

Por otro lado, los docentes constatan su propia falta de formación en esta materia. Los trabajadores de generaciones anteriores han pasado por el Sistema Educativo sin oír ni una sola palabra que aluda a la salud laboral. Los profesores adolecen actualmente de formación específica y la demandan. Se sugiere que inicialmente, esta formación pudiera ser ofrecida por el Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de Madrid para posteriormente integrarse en los canales habituales de formación del profesorado.

De igual manera, es innegable la carencia de materiales didácticos para abordar el tema de la prevención en las aulas. Apenas algún material del INSHT y de los sindicatos. Es necesario un mayor desarrollo de productos educativos que sirvan para ayudar a los docentes en el tratamiento transversal de la materia.

Además, se requiere de una inversión significativa en instalaciones, materiales y equipos. No es posible hablar teóricamente de prevención de riesgos y posteriormente incumplir muchas de estas premisas en la práctica cotidiana del taller o aula. El desarrollo de una auténtica cultura de la prevención empieza por su vivencia real y práctica. En este sentido, hay que empezar a cumplir con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en los propios centros docentes: evaluación de riesgos, plan de prevención, formación de los trabajadores (en este caso los propios docentes) y dotar a los centros con equipamiento adecuado. Es fundamental que todas las instalaciones cumplan estrictamente con las medidas de seguridad y salud laboral que plantea la legislación vigente.

Por último, una reflexión surgida en el grupo de expertos y que resulta muy interesante, la idea de que las prácticas en empresas se planifiquen como un elemento estratégico. La Formación en Centros de Trabajo (FCT) es el primer contacto real del alumno con el mundo laboral; de acuerdo a cómo se desarrolle esta experiencia dependerá la interiorización de muchos de los valores y actitudes en seguridad y salud laboral, de ahí la importancia de seleccionar empresas donde se desarrollen buenas prácticas en prevención de riesgos laborales o que, como mínimo, cumplan estrictamente con todas las disposiciones vigentes y gocen de una buena trayectoria en cuanto a escasa o nula siniestralidad.

De todas estas ideas se puede extraer como principal conclusión que, a pesar de los esfuerzos legislativos desarrollados en materia de formación y educación en prevención de riesgos laborales, éstos no han calado aún suficientemente en la práctica cotidiana de los centros de Formación Profesional de la Comunidad de

Madrid (España). Los docentes reclaman formación previa, materiales didácticos y una mayor inversión en instalaciones y equipos. Se puede intuir que la realidad circundante no es exclusiva de esta Comunidad sino que es perfectamente extrapolable al resto del Estado español, aunque lógicamente serían necesarias nuevas aproximaciones al campo para poder corroborar esta afirmación.

Agradecimientos

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio denominado "Promoción y desarrollo de la cultura preventiva en la Comunidad de Madrid", desarrollado por la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) a iniciativa del Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo de esta Comunidad. Por tanto, sin la financiación de la Comunidad de Madrid, el soporte técnico de la Cátedra Universidad, Empresa, Sindicato: Trabajo, Ambiente y Salud de la UPM y el apoyo de sus directores: Manuel López-Quero y Manuel Garí Ramos este estudio no hubiese sido posible. Queremos agradecer, asimismo, la eficaz colaboración de Ana Hermoso de FUCOVASA con todas las actividades de la Cátedra en general y de María López Jacob (médica y técnica de prevención de ISTAS) en el desarrollo de este panel de expertos. Agradecer finalmente a Agustín González su valiosa ayuda con las traducciones.

Referencias Bibliográficas

1. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2006). FACTS 64: *La protección de los jóvenes en el lugar de trabajo*. Bilbao, España: OSHA.

2. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2004). *Mainstreaming occupational safety and health into education: Good practice in school and vocational education*. Luxemburgo, England: OSHA.

3. Alonso, F. (2002, Septiembre 16 - 20). *La formación como variable estratégica para la prevención de riesgos laborales: el enfoque desde el INSHT*. Ponencia presentada a la Mesa Redonda "La calidad de la formación de los profesionales de la prevención". Santander, España: Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

4. Arbizu, F. (2002). Educación y formación profesional para la prevención de riesgos laborales. *Revista Zurich Prevención*, 2, 2-16.

5. Asociación Internacional de la Seguridad Social.(2003). *Protocolo de la Ciudad de Québec para la integración de competencias en salud y seguridad en el trabajo en la enseñanza y la formación profesionales y técnicas*. Québec: AISS.

6. Comisión Europea. (1992). *La formación en seguridad y salud en el lugar de trabajo*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las CCEE.

7. Comisión Europea. (2007). *Mejorar la calidad y la productividad en el trabajo: estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo* (2007-2012). Bruselas: CCEE.

8. García, F., Ruiz-Futos, C. y García, A. (Coords.). (2004). *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 2ª ed. Barcelona, España: Masson.

9. Llacuna, J. y Soriano, M. (Coords.). (2002). *La seguridad y la salud en el trabajo como materia de enseñanza transversal*. Madrid: INSHT y Junta de Andalucía.

10. Pérez, C., Alameda, A. y Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Rev Esp Salud Públic*a, 76(5), 517-30.

11. Torres, J. (1991). *El curriculum oculto*. Madrid: Morata.

Fecha de recepción: 24 de Agosto del 2007.
Fecha de Aceptación: 19 de Noviembre del 2007.

La Investigación Participativa como Práctica Social y su Aportación al Mundo Laboral a través del Modelo Obrero

Participatory Research as Social Practice, and Its Contribution to the Workplace Through Worker Models.

Susana Martínez Alcántara[1]

Resumen

La investigación participativa (IP), también llamada investigación-acción (IA) ha sido un aporte teórico-metodológico muy valioso para explorar y transformar diferentes contextos sociales: salud, educación, comunidades, procesos de comunicación y el sector laboral, entre otros. Sus principios implican la reflexión sobre diferentes prácticas por parte de los grupos sociales, la generación de nuevos conocimientos y la adquisición de un nuevo status tanto del investigador como del grupo "investigado", ya que se asume la capacidad de ambos para generar y compartir conocimiento, entraña la intencionalidad de modificar dichas prácticas en beneficio de las colectividades, como una forma de alcanzar objetivos inmediatos pero también satisfactores a largo plazo. La instrumentación de la investigación-acción atraviesa por recobrar su enorme riqueza epistemológica, política, ideológica y ética. Una modalidad de la investigación participante ha sido el Modelo Obrero Italiano, el cual se ha impulsado, en diferentes momentos históricos, al interior de diversos centros de trabajo y distintos contextos sociales. Su puesta en operación en algunos países lo perfila aún como viable, aunque las actuales condiciones sociales, políticas y económicas, señalan la necesidad de la generación de propuestas que permitan, bajo la lógica de la investigación participante, generar un nuevo modelo que de respuesta a las necesidades que la realidad plantea.

Palabras clave: Investigación participativa, investigación acción, práctica social, modelo obrero italiano, ética y epistemología.

Abstract

Participatory research, also known as "action-oriented research" has made valuable theoretical and methodological contributions that allow us to explore and transform different social contexts: in health, education, communities, communication processes and the labor sector, among others. Its underpinnings allow thoughtful reflection on different practices by social groups, the generation of new knowledge and the acquisition of a new status for both the researcher as well as the group being researched, since both contribute to the generation and sharing of knowledge, and it includes the intent of changing practices to the benefit of a collective, as a way of achieving both immediate and long-term objectives. The articulation of action-oriented research goes through a process of recovering its enormous epistemological, political, ideological and ethical value. One example of participatory research is the Italian Worker Model, which has been implemented, at different times in history, in diverse workplaces and in different social contexts. Its use in some countries makes it still viable, although current social, political and economic conditions indicate the need to develop new proposals that allow, under the framework of participatory research, the generation of a new model that is responsive to these new realities.

Keywords: Participatory research, action-oriented research, social practice, Italian Worker Model, ethics, epistemology.

[1] Profesora-investigadora de la Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores.
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. email: smartin@correo.xoc.uam.mx

Introducción

La investigación participativa (IP), también llamada investigación-acción (IA) ha sido un aporte teórico-metodológico muy valioso para explorar y transformar diferentes contextos sociales, con la finalidad de lograr mejores condiciones de vida, salud, trabajo, educación, etc. Es una herramienta que ha sido utilizada en distintos ámbitos, cuyos frutos se han puesto de manifiesto mediante diferentes reportes, pero sobre todo, a través de cambios importantes que los actores principales han logrado inducir en sus diversos medios.

Vizer (2002) señala que "la investigación-acción aborda los análisis sobre las prácticas sociales, y se fundamenta en una metodología inductiva (inducción analítica, de lo particular hacia lo general). Su supuesto central se basa en que la comprensión y la introducción de cambios en las prácticas son medios adecuados para producir el mejoramiento de las mismas; tanto sobre la propia situación en las que se realizan; como con respecto a la "racionalidad" de las mismas (prácticas), y la comprensión del proceso integral" (p.2).

Por otro lado, la investigación-acción se ha perfilado como una aproximación metodológica de diferentes disciplinas científicas, principalmente en el campo de las ciencias sociales: en la educación (García y Hernández, 1999), en las ciencias de la salud (Rodríguez, s/f), en la comunicación (Vizer, 2002), en el campo de la psicología (García, Balcázar y Balcázar, 2003), y en la salud en el trabajo (Oddone, 1974; Laurell, 1984; Noriega y Villegas, 1993, Martínez, 2000, Insapsel, 2005, Cárcoba, 2007), cuyos principios al interior de estas disciplinas están claramente identificados. Aunque no existe una definición universal, hay elementos que la homogeneizan, independientemente de los contextos donde ha sido puesta en marcha y, desde ese punto de vista, es posible identificar una tendencia hacia la recuperación universal de la investigación-acción como una forma de generar conocimiento, que puede triangularse con otras formas cualitativas y cuantitativas de aproximación al estudio de la realidad.

Vizer (2002), señala que, dada la riqueza contenida en la investigación participante, sus antecedentes se pueden rastrear desde los griegos, para quienes "…la praxis se constituye en la comprensión de los procesos de transformación social mediante las prácticas sociales, así como de las modalidades en que la reflexión y la investigación debe promover la construcción de teoría (conocimiento) sobre el propio proceso de transformación social. Es un proceso que asocia la acción con la reflexión (auto-reflexión) y la teoría con la práctica. El término praxis para los griegos se refería a la acción realizada a través de una práctica reflexiva y crítica, y la investigación-acción puede encontrar sus antecedentes en Aristóteles cuando propone la autorreflexión como un modo de adquirir conocimiento sobre las propias prácticas para su mejoramiento. La praxis requiere la reflexión sobre: a) La propia naturaleza de la acción, como es entendida por los autores, b) Las consecuencias de la propia acción, c) El contexto en que se le realiza. Esta reflexión debe transformar el núcleo de conocimientos del (o los) actor (es) para guiar acciones futuras" (p. 5).

El principio básico de la investigación participativa, que se puede colegir de los diferentes teóricos e investigadores sobre el tema, es "conocer para transformar". Este enunciado, que en un primer momento puede parecer pragmático, posee sin embargo, a su interior, una enorme riqueza epistemológica, política, ideológica y ética. Implica la reflexión sobre diferentes prácticas por parte de los grupos sociales, determina la generación de nuevos conocimientos y la adquisición de un nuevo status tanto del investigador como del grupo "investigado", ya que se asume la capacidad de ambos para generar y compartir conocimiento, entraña la intencionalidad de modificar dichas prácticas en beneficio de las colectividades, como una forma de alcanzar objetivos inmediatos con la finalidad de trascender hacia la búsqueda de satisfactores a largo plazo y con un sentido preventivo. Por este motivo quisiera centrar mi discurso sobre esta riqueza y sus problemáticas concomitantes, ya que es posible mostrar las potencialidades que la investigación-acción tiene para alcanzar su cometido principal o, en todo caso, para asumir los límites que ésta entraña, sobre todo al interior del mundo laboral.

Algunos aspectos esenciales de la Investigación Participante

Una de las aportaciones epistemológicas que la investigación-acción ha hecho al campo científico es replantear la relación que se establece entre el "sujeto" y el "objeto" de investigación. La incorporación de los colectivos humanos como elementos centrales para la generación de un nuevo conocimiento, cuestiona fuertemente la supuesta "objetividad" con que deberían conducirse los interesados en incursionar en el mundo científico. Más aún, como plantea Vizer (2002), es necesario partir de un reconocimiento explícito de que

en la investigación-acción hay una inclusión deliberada de la praxis, de la acción, del conocimiento y del tiempo como partes integrantes del proceso de investigación. Argumenta que en la IA, hay una negación "…a separar a priori el pensamiento de la acción y la producción de conocimiento de la comprensión sobre la propia acción de conocer (el insight, la comprensión, el proceso que los constructivistas radicales denominan el "conocimiento del conocimiento)" (Vizer, 2002, p.10).

El referente epistemológico se encuentra presente en todo el proceso que sigue la investigación participante, dado que los sujetos de investigación que tradicionalmente se asumen como objetos de conocimiento, se constituyen en el centro del accionar de esta metodología, como son los miembros de la comunidad, el grupo de trabajadores, los maestros, los colonos, las mujeres, etc. Es decir, en esta metodología, la problemática identificada surge desde la propia experiencia, percepción y creencias de los involucrados y se establecen una relación cercana entre los "investigadores" y los "investigados".

Pero la incorporación de los grupos humanos en el proceso de investigación debe trascender también lo que Justo y Villarreal (2002) denominan "la visión instrumental basada en la eficacia" para arribar a un tema fundamental que no puede dejar de ser tomado en consideración cuando de investigación participativa se trata: el de los derechos humanos: "…el agente debe ser incorporado al proceso de investigación porque tiene derecho a participar en él y no por meras razones instrumentales basadas en la eficacia".

Partir del concepto de derecho de participar implica también un fuerte cuestionamiento a las formas paternalistas y tradicionales bajo las cuales se ha impulsado la investigación participativa por muchas instituciones oficiales, las cuales pretenden resolver problemas que las colectividades plantean y a quienes a través de estas formas, no se les da "certificado de mayoría de edad".

Implica asimismo, un fuerte cuestionamiento al "manoseo" de las comunidades y de los grupos sociales que se constituyen en proveedores de información y en muchas ocasiones de "mano de obra" barata, para la solución de problemas, que de ser resueltos por parte de los diversos grupos en el poder, o bien por parte de las empresas cuando se trata de colectivos obreros o de trabajadores de distintos sectores, anularía probablemente la necesidad de la investigación acción, o le daría otro derrotero. Es evidente que este "manoseo" se corresponde con las "…razones instrumentales basadas en la eficacia", a las que nos referimos anteriormente.

Justo y Villarreal (2002) también ponen al descubierto la dimensión moral de toda investigación, la cual es imprescindible cuando se trabaja con individuos o grupos humanos, sólo que en muchas ocasiones la asunción ética en la investigación se limita a pedir el consentimiento informado –en el mejor de los casos, porque a veces ni siquiera eso sucede– . Se obtiene la información y no se retroalimenta a las comunidades. O bien, se les invita a participar pero sin la noción de derecho planteada aquí. No se concibe a los individuos, trabajadores, grupos sociales, con la capacidad de toma de decisión y su incorporación al proceso de investigación, se da con la finalidad de que avalen lo que la institución o el(a) investigador(a) lleva a cabo. Hay a final de cuentas la noción de que los grupos necesitan que se les "guíe", que se les diga lo que tienen que hacer.

Si mantenemos el principio de la incorporación de los colectivos al proceso de investigación, como un requisito fundamental para la solución de lo que ellos identifican como sus problemas, eso significa que estos problemas no necesariamente se corresponderán con los intereses de los investigadores. Esto es fundamental, ya que al asumirse los grupos como parte de la conducción de la investigación, pueden hacerse responsables de sus acciones futuras para transformar esa realidad que identifican como problemática. De igual manera, los investigadores también deberán ubicarse en condiciones de igualdad y despojarse de la pretensión de ser los únicos poseedores del conocimiento y que como tal, conducirán a grupos sociales receptivos. Partiendo de estos principios, es fundamental recuperar el siguiente planteamiento de Justo y Villarreal (2002, p. 2): "El modo de neutralizar a las concepciones ideológicas de diferentes cuños que avalan la instrumentalización del hombre por el hombre, es la generalización de una conciencia moral de respeto por los derechos que todo ser humano merece en cuanto tal".

Tener clara la dimensión de los derechos humanos obliga a un ejercicio de mayor respeto, de justicia social y de recuperación de la equidad, cuando se piensa en el desarrollo de la investigación como transformadora de la realidad, para beneficio del hombre y la mujer como tales. Es decir, es necesario tomar en consideración cuestionamientos como los siguientes: "…cómo afecta esa investigación a todos los implicados, la pertinencia de tal investigación en relación con las necesidades de la comunidad, la garantía del respeto de los derechos de

cada individuo real y potencial al que tal investigación puede afectar y la participación de los miembros de la comunidad en las deliberaciones que permitan llegar a consensos acerca de lo que es bueno para el individuo y para el bien común. Esta perspectiva supone una concepción del agente como miembro activo de la comunidad, como un ciudadano que genera opiniones y toma decisiones, y no como un mero consumidor de bienes y servicios" (Justo y Villarreal, 2002).

Asumir a la ciudadanía, a las comunidades, a los trabajadores como agentes que generan opiniones y poseen la capacidad de la toma de decisión, ubica a la investigación participante con un potencial político para la búsqueda de transformación de la realidad en función de un beneficio colectivo.

No es casual el auge que la investigación participativa tuvo, sobre todo en la década de los setenta a partir de los trabajos realizados por Freire en Brasil o bien, en Italia en el mismo período histórico, con la organización de amplios grupos de trabajadores que cuestionaron al modelo médico hegemónico (Berlinguer, 1981) e impulsaron una reforma sanitaria que alcanzó a la clase trabajadora, con el surgimiento del Modelo Obrero Italiano (Oddone, 1974). Existen diversos testimonios (Ricchi, 1974), que muestran la capacidad que la investigación participante tiene al reconocer lo lesivo que puede llegar a ser el trabajo y las alternativas de solución que colectivamente se pueden generar.

La IP como práctica esencialmente social

La investigación participativa surgió en el sector educativo y se popularizó con los aportes que en la década de los sesenta realizó Paulo Freire en Brasil, al impulsar la educación popular como una corriente de pensamiento y de resistencia cultural. "Para los movimientos sociales los aportes de Freire fueron decisivos a la hora de construir formas de acción y reflexión colectivas, que les permitieron adquirir autonomía de análisis y de comprensión de la realidad" (Zibechi, 2007).

Freire pugnaba por la incorporación de los participantes en todas las etapas del proceso de investigación, de tal suerte que se pudiera establecer una relación sujeto-sujeto. A final de cuentas, esta manera de concebir la investigación se perfiló como una opción política mediante la cual los sectores marginados podían resolver distintos problemas. Es evidente que desde sus orígenes hay implícita una concepción política y ética que garantiza la incorporación digna de los grupos humanos en la solución de los problemas que les conciernen.

En el campo de la psicología también se ha identificado el origen de la investigación-acción participante con las propuestas que Kurt Lewin hizo en 1946 (García, Balcázar y Suárez-Balcázar, 2003), quien resalta el papel del psicólogo social como agente de intervención y cambio, lo que coadyuvó a que se impulsara el desarrollo de la Psicología Comunitaria como una forma de aportar "…herramientas a los miembros de las comunidades y grupos oprimidos para llevar a cabo la transformación de su realidad social" (idem. p. 411). Lewin realizó investigación acerca de las prácticas sociales tales como la producción en la fábrica, la discriminación racial y hábitos en la compra de alimentos en la década de los cuarenta y habló acerca de los ciclos en espiral que implican la planeación, la acción, la observación y la reflexión, enfatizando el valor de involucrar a los participantes en cada etapa (Levenstein, 2005).

En el terreno de la comunicación también ha habido aportes interesantes relacionados con la investigación-acción participativa. Bajo la denominación de "comunicación comunitaria" se ha buscado participar en las temáticas relativas a los movimientos sociales, las expresiones de la sociedad civil y a las nuevas modalidades de asociación social, que han surgido como consecuencia de los cambios importantes que se han suscitado, sobre todo, en Latinoamérica, después del resurgimiento de las instituciones democráticas, una vez superado el período de dictadura en que estuvieron sumidos varios países de la región (Vizer, 2002).

Por supuesto, en el terreno de la salud pública la investigación participante ha tenido también un papel destacado, en la medida en que ha convocado a las comunidades a participar en el cuidado de la salud a través de la educación. Sin embargo, a mi juicio, este espacio es uno de los que mejor ilustran las formas en que se reproduce la dominación y mediatización de los grupos, a partir de una comprensión particular que tienen de la investigación participante o de la educación para la salud, ya que como señala Aída Rodríguez, especialista en el campo de la salud pública, su "…trabajo se vincula a la Educación para la Salud, como ésta se entiende y aplica en nuestros países; es decir, como **la transmisión de información** sobre padecimientos y riesgos a la salud con el objeto de que la población acepte, y realice conductas en beneficio de su salud. La

posibilidad de que **la población tenga alguna forma de participación diferente a ésta se considera lejana**…" (Rodríguez, s/f).

Es evidente que persiste la visión de la investigación participante como la recolección de información por parte de los investigadores de una comunidad pasiva, que participa en la medida en que la misma proporciona información. Asimismo mantiene la visión de que sólo los médicos, psicólogos o aquellos que poseen una formación profesional están capacitados para ofrecer soluciones que la población deberá aceptar pasivamente.

Existen también experiencias recientes desarrolladas a partir del uso de las nuevas tecnologías (Sarlé, 2005). La propuesta se estructura alrededor de aspectos metodológicos sobre cómo debería de generarse el conocimiento a partir de la investigación participativa que es susceptible de desarrollarse en la red, tomando en consideración la práctica cotidiana bajo la cual profesores de distintas ciudades de Latinoamérica desarrollan su actividad.

Desde este punto de vista aparece como novedosa esta forma de generar conocimientos, ya que involucra la reflexión individual que se colectiviza a través de los relatos de los maestros, toma en consideración las nuevas tecnologías y con ello se tiende a la transformación/ comprensión de la realidad estudiada. Particularmente la narración de los maestros es sumamente interesante dado que permite sistematizar la práctica cotidiana, sus saberes, sus supuestos, su quehacer profesional "…constituye una fuente válida de información sobre aquello que *efectivamente se hace, se enseña y se aprende* en las escuelas y una vía para la compresión de *lo que les sucede a los actores escolares* cuando lo hacen" (Suárez 2005, citado en Sarlé, 2005.

Esta forma de investigación se ubica "en línea" ya que la construcción de los relatos y su visibilidad en la WEB, abre la posibilidad de diseñar un dispositivo de investigación a través de este medio. Sin embargo, en los planteamientos realizados por Sarlé, no queda muy claro cómo se reconstruye todo el conocimiento que los diferentes maestros vierten en línea y cuál es el papel del investigador, así como cuáles son los resultados que han coadyuvado a la transformación de las prácticas cotidianas que puedan llegar a percibirse como problemáticas y susceptibles de cambio, en virtud de que éste es uno de los planteamientos fundamentales de la investigación participante.

También encontramos recientemente otras formas de desarrollo de la investigación participativa a través de la práctica educativa. La forma en que los municipios autónomos zapatistas han impulsado la educación recupera de manera fundamental los principios de la investigación participante o la intencionalidad liberadora de Paulo Freire, ya que para ellos "la educación sale del pensamiento de los pueblos, en que los niños van a consultar a los viejitos de los pueblos y junto con ellos van armando su propio material didáctico (…). A los que no saben no se les pone cero, sino que el grupo no avanza hasta que todos vayan parejo, a nadie se reprueba. A fin de curso los promotores indígenas –elegidos por sus comunidades- organizan actividades que son presenciadas por los padres de familia, quienes valoran el aprendizaje de los hijos, sin otorgarles ninguna calificación" (Zibechi, 2007).

En términos generales estas son algunas experiencias donde ha sido impulsada la investigación participante con la finalidad de generar un conocimiento novedoso, aunque en algunos casos, como en la salud pública, continúa presentándose un enfoque tradicional de la misma.

Una visión que nos permite recuperar la esencia de los planteamientos hechos hasta este momento la provee Sirvent (2005), a propósito de la manera cómo entiende a la investigación participativa: "…ha sido definida como un estilo o enfoque de la investigación social y educativa que procura la participación real de la población involucrada en el proceso de objetivación de la realidad en estudio, con el doble objeto de generar conocimiento colectivo y científico sobre dicha realidad y de promover la modificación de las condiciones que afectan la vida cotidiana de los sectores populares.

Esta manera de concebir el "hacer ciencia" en ciencias sociales, implica características fundamentales tales como: a) Su intencionalidad política referida a generar conocimiento científico, como instrumento para una transformación social en una sociedad caracterizada por la injusticia social y por un manejo perverso del poder social; b) Su opción epistemológica donde entre otros conceptos claves se define el conocimiento como un espacio de confrontación y lucha de clases; c) La incorporación de los sectores populares como actores de un proceso de producción de conocimiento y d) La articulación por tanto del trípode esencial de los procesos de investigación, participación y educación".

Estas características señaladas recientemente por Sirvent (2005) sintetizan los principios bajo los cuales se ha instrumentado la investigación participante no sólo en la sociedad en su conjunto, a través de diversas prácticas, desarrolladas en el sector educativo, popular, en el campo de la salud, sino que se han reproducido

de manera bastante fiel al interior del mundo laboral, ya que la investigación participante se ha encontrado en el centro de muchas acciones desarrolladas por grupos de trabajadores. Quizá una de las propuestas más acabadas que guardan una correspondencia muy estrecha con esta forma de concebir la generación de un nuevo conocimiento, con base en la participación de los grupos humanos interesados en la transformación de su realidad, está representada particularmente por el Modelo Obrero Italiano, que ha sido instrumentado originalmente en Italia, después en distintos países de Latinoamérica y recientemente en Estados Unidos, Venezuela y España.

El Modelo Obrero

En la década de los setenta surge el denominado Modelo Obrero Italiano (Oddone, 1974) en el ámbito laboral, que representó una visión diferente de hacer investigación en salud en el trabajo, dado que la participación de los trabajadores se constituye en un elemento fundamental. Este modelo reconceptualiza en términos teóricos, metodológicos pero sobre todo políticos la concepción que sobre la salud laboral privaba en ese momento, la cual estaba representada por las posturas más clásicas de la medicina del trabajo (Laurell, 1984) y de la psicología industrial (Martínez, 2000). Propone una forma diferente de generar conocimiento para transformar las condiciones en las cuales se lleva a cabo la actividad laboral. Parte de recuperar la experiencia que los trabajadores han acumulado a lo largo de toda una vida de trabajo y del conocimiento que logran adquirir sobre las actividades que cotidianamente realizan.

Entre sus principios básicos se encuentran: a) La no delegación de la salud que equivale a que los trabajadores se apropien de ella de manera responsable, para garantizar la atención de las problemáticas relacionadas con la misma, sin delegarla al médico de la empresa o al representante o líder sindical. b) La conformación de grupos homogéneos de exposición que participan en la aplicación de una encuesta sobre condiciones de trabajo y de salud, para discutir y tomar decisiones de manera colectiva sobre los principales problemas de exposición laboral que se identifican al interior del centro laboral y finalmente; c) El acuerdo consensuado al que llegan les permite crear una plataforma de demandas que en su momento estarán en condiciones de negociar como parte del contrato colectivo de trabajo. (Laurell, 1984). Con la información que se obtiene una vez aplicada la encuesta colectiva y los acuerdos alcanzados sobre las temáticas en cuestión, se nutre el mapa de riesgo, el cual permite dar un seguimiento a los avances que los trabajadores tienen sobre el control de la nocividad laboral y el mejoramiento de sus condiciones de salud.

El mapa de riesgo es particularmente importante porque permite visualizar el proceso en su conjunto o en partes, a través de una representación gráfica construida por los propios trabajadores. Es una especie de fotografía o dibujo que ilustra desde el inicio hasta el fin del proceso laboral. A su interior se identifican con colores o figuras geométricas los diferentes riesgos y exigencias a los que se encuentran sometidos los trabajadores, así como los sitios de mayor problemática. Se identifican también los principales daños a la salud asociados con éstos y las medidas que se han instrumentado para contrarrestar los efectos nocivos. Los trabajadores proponen alternativamente una serie de medidas que a su juicio podrían contrarrestar de manera más adecuada la problemática identificada. A través de los cambios que va sufriendo el mapa de riesgo a lo largo del tiempo, es posible ir verificando los avances o no que como grupo van obteniendo día con día.

Una cualidad del Modelo Obrero es su capacidad de ajustarse a cualquier ámbito, ya sea industrial, de los servicios o en cooperativas de trabajadores, con la condición de que la problemática sobre la cual se va a incidir realmente se perciba como una necesidad a resolver de manera colectiva **y que las condiciones de exposición puedan ser compartidas por diversos sectores, para garantizar la conformación del grupo homogéneo y que se pueda alcanzar, en su caso, la validación consensual sobre la realidad compartida y la posible problemática que deriva de la misma**. En su fase instrumental se requiere ajustar la encuesta colectiva para adecuarla a las necesidades del centro laboral en estudio. Desde ese punto de vista, se perfila con potencialidades de trasformar las condiciones laborales en cualquier centro de trabajo a reserva de que los trabajadores acepten participar y/o impulsen la participación. La participación de los trabajadores es fundamental, se encuentren o no sindicalizados, ya que uno de sus principios establece la necesidad de sistematizar el conocimiento que los mismos han adquirido a lo largo de su vida laboral, y con base en ello, ampliar las posibilidades de lograr cambios, que conlleven un beneficio colectivo.

Más temprano que tarde, los trabajadores adquieren conciencia de su situación como clase social e impulsan a través de sus diversas formas de organización, cambios que tienden hacia el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y de vida, es por ello, que

la investigación participante es susceptible de implementarse en cualquier ámbito, donde se encuentren presentes los grupos humanos ejerciendo una actividad determinada.

En el caso específico de México, este modelo se instrumentó en distintos centros de trabajo en la década de los ochenta y principios de los noventa, logrando identificar a través de la participación organizada de los trabajadores los diversos riesgos y exigencias a los que se hayan expuestos y los daños a la salud asociados con los mismos. Entre otros grupos de trabajadores se estudiaron las condiciones de trabajo y de salud de mineros siderúrgicos (Laurell y Noriega, 1987), de operarios del metro (Izco y Palacios, 1987), de operadores de transporte urbano (Tovalín, 1989) de autobuses foráneos de pasajeros (Fernández, 1991), de trabajadoras de la costura (Alvear, Ríos y Villegas, 1991); de una cooperativa de refrescos (López y Martínez, 1989) y de mujeres insertas en la maquila eléctrico-electrónica (Márquez y Romero 1988).

En Estados Unidos también se ha desarrollado la investigación participativa al interior de los centros de trabajo. Recientemente fue publicado un documento en honor a la Dra. June Fisher, quien ha trabajado durante muchos años de su vida en impulsar a la investigación-acción entre diversos grupos de trabajadores. Asimismo la Dra. Fisher ha hecho escuela entre diversos investigadores que consideran que este enfoque cualitativo permite una manera diferente de acercarse a la generación de un nuevo conocimiento con la participación de los directamente involucrados, en este caso, el sector laboral. Entre otros tópicos se analizan diferentes aproximaciones de la investigación participante en distintos contextos: Italia, Suecia y Japón, así como las experiencias tenidas con distintos grupos de trabajadores y algunas de las consecuencias y retos que la investigación participante plantea en el mundo actual. (Wigmore, 2005)

Una experiencia reciente en Latinoamérica de implementación del Modelo Obrero es la que se ha instrumentado en Venezuela bajo el gobierno Bolivariano, por parte del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales. Bajo la denominación Modelo Obrero Venezolano se ha impulsado un plan estratégico en las empresas de producción social (EPS), que son todas aquellas compañías recuperadas, de autogestión, cogestión y cooperativas. Este plan se rige bajo los principios del Modelo Italiano, y los describen de la siguiente manera: "la no monetarización de los riesgos, la participación protagónica, el reconocimiento del saber del trabajador y que los resultados sirvan para cambiar la realidad de los trabajadores. En otras palabras, que ante la presencia de un riesgo, como el trabajo con ruido o en alturas, no se debe pagar una prima por la exposición a un peligro, sino eliminarlo o minimizarlo. En segundo lugar, que los trabajadores deben ser partícipes en la decisión de las medidas que han de aplicarse en el centro de trabajo. En tercer lugar, que el modelo debe construirse con el conocimiento del trabajador, ya que es el único que conoce la realidad del puesto de trabajo; y finalmente, de nada sirve todo el conocimiento si no se aplica para mejorar las condiciones laborales" (Inpsasel, 2005, p. 1).

Es importante señalar que impulsar un trabajo de esta naturaleza como el realizado por este Instituto, sólo es posible bajo una mirada comprometida con la salud de los trabajadores, que tiene un claro tinte político y cuyo objetivo es la transformación de las condiciones laborales para la prevención de enfermedad y muerte.

La implementación de este modelo no quedó exenta de diversas críticas que al mismo se le hicieron desde la década de los noventa (y que se podrían extender a la investigación participante como tal), cuando se llevó a cabo un recuento de las potencialidades, de su aplicación concreta en distintos centros de trabajo y las principales problemáticas que se evidenciaron con su puesta en marcha, tal como lo señalan Villegas y Noriega (1993): "la real participación de los trabajadores en el proceso de selección del objeto de estudio, en el propio proceso de investigación y en las propuestas de solución, está a nuestro modo de ver cuestionada". También señalan que la falta de consideración de la cultura de los propios trabajadores ha llevado a tomar acciones al margen de los propios afectados. Asimismo resaltan que la investigación participante al interior de los centros de trabajo, a pesar del gran desarrollo teórico-metodológico y político no ha sido capaz de reflexionar colectivamente sobre las características de los propios afectados, es decir contextualizarlos en términos políticos y culturales que incluyan la conciencia, la movilización y la organización. Se requiere "…comprender y reflexionar sobre la participación de los sujetos de la investigación cuando a la vez son objeto de la misma; sobre lo que significa la experiencia de los trabajadores para la generación y para la socialización de ese conocimiento; sobre las formas de movilización y de participación de los trabajadores en la salud; sobre las diferencias entre la experiencia individual y colectiva; sobre los intereses por los cuales los trabajadores se agrupan". (Idem. p. 15)

No obstante que estas críticas se desarrollaron en función de la puesta en práctica del Modelo Obrero en el contexto latinoamericano, alcanzan con creces a la investigación participante y a los diversos ámbitos, sectores e impulsores donde la misma se ha tomado como referente para la generación de nuevos conocimientos y la transformación de la realidad en estudio.

Por otro lado, las críticas vertidas al Modelo Obrero han permitido reflexionar sobre el mismo, apuntalarlo y retomarlo en la actualidad como una aproximación teórica y metodológica vigente, tal como viene sucediendo en Venezuela, **donde al parecer aún es posible garantizar ciertas condiciones de estabilidad laboral en los centros de trabajo, de regulación laboral mediante contratos colectivos, de participación organizada de los trabajadores mediante la representación sindical. En estas condiciones se encuentran por lo menos, aquellas empresas recuperadas, de autogestión, cogestión y cooperativas donde está siendo puesto en marcha.**

En otros países como México, aun hay amplios sectores productivos donde los trabajadores tienen garantizadas las condiciones de estabilidad y de asociación sindical, por lo menos en términos formales y donde la viabilidad del Modelo Obrero aún sería posible. Sin embargo, cada vez son menos frecuentes los empleos estables y particularmente la Secretaría de Trabajo y Previsión Social está impulsando fuertemente los cambios en la legislación laboral, para legitimar en la ley lo que por la vía de los hechos se viene haciendo hace muchos años, con la anuencia de muchos sindicatos que no representan a los trabajadores: se han socavado las prestaciones laborales, la inestabilidad en el trabajo es cada vez más frecuente, la desregulación laboral existe en muchos centros de trabajo, el aumento de la productividad se viene dando por la intensificación del trabajo, las formas de contratación son vía la terciarización o outsourcing, quitándole a las empresas la responsabilidad que tienen para con los trabajadores, etc. (Gómez, 2007)

A nivel mundial y como consecuencia de la globalización, las cosas no son mejores para la clase trabajadora, tal como lo señala Ángel Cárcoba a propósito de la presentación de un libro que tituló con el lema del Modelo Obrero "La salud no se vende, ni se delega, se defiende" el cual hace un recuento de cómo el Modelo Obrero Italiano llegó a España. (Cárcoba, 2007)

De acuerdo con Cárcoba "La salud laboral es el proceso mediante el cual unos obtienen plusvalía y beneficios y otros enfermedad y muerte". Planteamiento que muestra la visión crítica que permea al Modelo Obrero. Denunció asimismo que cada año mueren en el mundo 2,200,000 trabajadores y se interroga "¿Qué otra causa, ni guerras tan siquiera, ocasionan tanto sufrimiento y tanta muerte? Es donde la lucha de clase se muestra de la forma más brutal. Nos pueden quitar salarios, nos pueden deslocalizar, pero ocasionarnos la enfermedad y la muerte a más de 2.000.000 de trabajadores al año en el mundo, es lo más brutal de la lucha de clase". Considera que estas muertes responden a un tipo de delincuencia "fría, calculada y aceptada socialmente", los italianos los denominan "homicidios blancos", los ingleses "asesinatos de corporación". En México se les llama riesgos de trabajo, lo que equivale a que enfermar o morir a consecuencia del trabajo que se realiza es un riesgo como tal, ¿lo podríamos ubicar bajo las mismas consideraciones que hace Cárcoba en el sentido de que es un tipo de delincuencia "fría, calculada y aceptada socialmente"?

Parte de las reflexiones que Cárcoba realiza a propósito de los cambios que se han venido dando en la actualidad señalan que "El modelo obrero italiano tenía como escenario de actuación un lugar de trabajo estable, fijo, con trabajadores predeterminados (hombres, no extranjeros, de gran empresa…) y unas relaciones jurídicas ligadas a un contrato de trabajo. El empleo se correspondía con un trabajo remunerado y el trabajo remunerado equivalía a un trabajo regulado. Todo esto ha cambiado. La desregulación se ha impuesto. Si el empleo ya no es fijo, ni estable, ni presencial, ni a tiempo completo, sometido a una permanente alternancia de exposición a riesgos, con colectivos de inmigrantes invisibilizados socialmente, es indudable que habrá que diseñar una nueva estrategia capaz de construir contrapoderes frentes a estas nuevas realidades" (Cárcoba, 2007).

Sin lugar a dudas el Modelo Obrero en su versión original es viable en aquellos espacios que no han sido alcanzados por la globalización, pero éstos son cada vez los menos. No obstante los principios que vertebran al Modelo Obrero, tales como la recuperación de la subjetividad o experiencia obrera y la no delegación, son potencialmente transformadores, independientemente de que los trabajadores cuenten o no con un centro laboral establecido y formalizado. Estos principios se corresponden de manera estrecha con los que sustentan a la investigación participante, de hecho, el Modelo Obrero entra a formar parte de ésta. Por tanto es necesario, tener en consideración este potencial transformador que poseen los trabajadores,

al momento de replantearse, de acuerdo con lo que señala Cárcoba, la generación de modelos alternativos que puedan dar respuesta a "…las nuevas realidades sociales, económicas, jurídicas, ideológicas y políticas de principios del siglo XXI".

En su convocatoria hecha a trabajadores, activistas de la salud, sindicalistas y expertos, hace énfasis en la necesidad de discutir los distintos conceptos relacionados con la salud de los trabajadores que a lo largo de la historia obrera han estado en el centro del debate, con la finalidad de continuar avanzando desde la visión más tradicional de la medicina del trabajo y de la seguridad laboral, hasta alcanzar un consenso sobre los elementos que den cuenta de la esencia contenida en el concepto "salud de los trabajadores", para que, en determinado momento, realmente éstos puedan llegar a ser protagonistas de su historia, con capacidad de decidir de qué no quieren enfermar y de qué no quieren morir.

Conclusiones

Las potencialidades de la investigación participativa son muchísimas, tantas como actores sociales podamos identificar, o para decirlo más claramente, depende del ser humano puesto en movimiento como ser social para resolver la problemática que la vida misma le imprime en cada día de su existencia. Su disposición para participar implica asumirse como sujeto activo de transformación y del espacio concreto que aparezca como problemático.

De esta manera podemos identificar a la investigación participante desplegándose en diferentes contextos por distintas disciplinas, que entienden que los cambios y transformaciones sólo serán posibles con el trabajo organizado y voluntario de los distintos actores sociales que conforman nuestra realidad.

El impulso a la investigación participante, responde también a una estrategia centrada en la lucha de clases por lograr hegemonizar los espacios que permiten la reproducción cotidiana de los grupos sociales y por tanto, alcanza a todos aquellos espacios donde se encuentre presente el ser humano.

A pesar de no haberse identificado trabajos recientes –salvo el venezolano y el dedicado a la Dra. Fisher- que reporten la puesta en marcha del modelo obrero como una forma de investigación participante al interior de los centros de trabajo, las condiciones actuales por las que atraviesa la sociedad, permeadas por el neoliberalismo galopante y los Estados en decadencia, que han tenido serias repercusiones sobre las poblaciones, ha hecho que la investigación participante se recupere como una forma de organización y de lucha para impulsar las transformaciones que amplios sectores de la sociedad están demandando a distintos niveles, tal como está sucediendo con el trabajo organizado en Venezuela o con los indígenas zapatistas que han venido a darnos muestras de dignidad y de sabiduría.

La tendencia que se perfila a nivel mundial sobre la presencia de enfermedades diversas incluidos los trastornos mentales, psicosomáticos, el distrés y la fatiga, así como el número alarmante de accidentes y muertes ocurridas al interior del mundo laboral, obliga a los estudiosos de este campo comprometidos con la salud de los trabajadores, a estudiar las condiciones laborales en coordinación con los trabajadores, de tal suerte que de manera conjunta se puedan delinear acciones a emprender para disminuir esta problemática y hacer más dignas las condiciones de trabajo.

La embestida del capital es artera, sin embargo, en este momento histórico el capital mismo, está sentando las bases, aún sin proponérselo, para que amplios sectores de la vida social tiendan hacia formas específicas de organización, que permitan contrarrestar los diversos efectos que sobre los trabajadores tiene el avance del neoliberalismo y de la globalización en sus formas más recientes: pérdida de estabilidad laboral, eliminación de cláusulas contractuales que garantizan condiciones de trabajo y prestaciones sociales históricamente ganadas, pérdida de regulación en materia laboral, eliminación de sindicatos y despido de dirigentes, bajos salarios, intensificación del ritmo de trabajo para quienes aún conservan el empleo, etcétera. El modelo obrero con su esencia política, nos ha dejado un gran legado que muestra la potencialidad que la clase trabajadora puede tener cuando se encuentra en lucha por la defensa de sus derechos. **Ahora es necesario innovar formas diferentes, acordes con la nueva situación económica, política y social que la globalización ha venido definiendo para los distintos países que conforman el orbe. La innovación tendrá que partir de los propios involucrados, se encuentren laborando en un empleo estable o no, en el sector informal, en el de los servicios, en el campo o en la ciudad. Mientras haya trabajadores laborando en condiciones de explotación y de alienación estarán dadas las condiciones para el desarrollo de formas diferentes de lucha por sus derechos, donde la lucha por la salud es incuestionable.**

De la misma forma, la investigación participante ha venido ocupando diversos espacios que permiten que

los actores sociales se incorporen en la búsqueda de solución de los grandes problemas que los aquejan. En su momento, la sociedad organizada bajo la modalidad de colonos, estudiantes, trabajadores, campesinos, mujeres, burócratas, indígenas, etc, tendrá que dar una respuesta. Seguramente la investigación participante bajo las distintas modalidades que asuma, será una buena opción para que amplios sectores de esta sociedad se involucren, participen y logren, con todas las contradicciones que implica la convivencia humana, mejores condiciones de salud, de trabajo y de vida.

Referencias Bibliográficas

1. Alvear, G., Ríos, V. y Villegas, J. (1991). El sector informal. El caso de las costureras. En: *Salud y crisis en México. Más textos para el Debate*. (Cuadernos del CIIH, UNAM, 325-343).
2. Berlinguer, G. (1981). *Salud, Ciencia y Sociedad.* México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.
3. Cano, M. (1997). Investigación Participativa: Inicios y desarrollos. *Ciencia Administrativa. Nueva Época, 1*, 86-91. Extraído el 29 de Agosto, 2006 de la siguiente dirección electrónica: http://www.uv.mx/iiesca/revista 2/mili2.html
4. Cárcoba, A. (2007). *La salud no se vende, ni se delega. Se defiende*. El modelo obrero. Madrid: Ediciones GPS-Madrid. Extraído el 25 de Mayo, 2007 de la siguiente dirección electrónica: http://www.redsegsoc.org.uy/070830varios1.pdf.
5. Fernández, J. (1991). Trabajo y salud: operadores de autobuses foráneos de pasajeros. *Revista Salud Problema*, *21*, 25-32.
6. García, J. y Hernández, M. (Agosto,1999). Paulo Freire. Semblanza biográfica. Acción Educativa. *Revista Electrónica del Centro de Investigaciones y Servicios Educativos*. Universidad Autónoma de Sinaloa, I(0). Extraído el 29 de Septiembre, 2006 de la siguiente dirección electrónica: http://www.uasnet.mx/cise/rev/Cero/freire.htm
7. García, M., Balcázar, F. y Suárez-Balcázar, Y. (2003). Introducción al monográfico. Investigación-acción participativa en psicología comunitaria: una herramienta para entender la diversidad humana. *Apuntes de Psicología,21*(3),409-17.
8. Gómez, C. (2007, Noviembre 18). La reforma laboral legalizará la terciarización, afirma el FSM. *La Jornada*, Sección Política. Disponible en la siguiente Dirección electrónica: http://www.jornada.unam.mx/2007/11/18/index.php?section=politica
9. Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (Inpsasel). (2005). *Inpsasel arranca plan de seguridad y salud en las empresas de producción social*. Caracas: Inpsasel. Extraído el 25 de Mayo, 2007 de la siguiente dirección electrónica: www.inpsasel.gov.ve/paginas/noticia_141.htm
10. Izco, N. y Palacios, M. (1987). *Trabajo, salud y experiencia obrera en el metro*, Tesis de Maestría. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.
11. Justo, L., Erazun, F. y Villarreal, J. (2002, Octubre). *La investigación participativa como derecho: ¿posibilidad o utopía?*. Trabajo presentado en la 1era Conferencia Internacional sobre Buenas prácticas de Investigación en Salud, Brasilia, Brasil. Disponible en la siguiente dirección electrónica: http://e-ms.cilea.it/archive/00000001/01/ep_4.doc
12. Laurell, C. (1984). Ciencia y experiencia obrera; la lucha por la salud en Italia. *Cuadernos Políticos, 41*, 63-83.
13. Laurell, C. y Noriega, M. (1987). *Trabajo y Salud en Sicartsa, México, D.F.*: , Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.
14. Levenstein, C. (2005). *June Fisher and participatory action research.* En: Wigmore Dorothy (Guest editor). In Honor of June Fisher. New Solutions.

A Journal of Environmental an Occupational Health Policy, 15(1),1-101.

15. López, O. y Martínez, S. (1989). *La relación salud-trabajo. El caso de los trabajadores de la Cooperativa Pascual*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco. Colección Modular.

16. Márquez, M. y Romero, J. (1988). El desgaste en las obreras de la máquina eléctrico-electrónica. *Revista Salud Problema, 14*, 9-24.

17. Martínez, S. (2000). *El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo*. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

18. Noriega, M. y Villegas, J. (1993). La investigación participante en la salud laboral. *Revista Salud Problema, 23*, 11-9.

19. Oddone, I. (1974). *L`Ambiente di lavoro: la fabbrica nel territorio.* Roma: Ed. Sindicale Italiana.

20. Ricchi, R. (1981). *La muerte obrera. Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo.* México, D.F.: Nueva Imagen.

21. Rodríguez, A. (s/f). Investigación participativa en el campo de la salud pública" En: Vejarano, G. (Comp) *La investigación participativa en América Latina.* Biblioteca Digital CREFAL. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: http://www.crefal.edu.mx/bibliotecadigital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/retablos%20de%20papel/RP10/aida.pdf.

22. Sarlé, P., Angelis, S. y Sáenz I. (2005). *Margarita, una investigación con vocación participativa.* www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/pdf/003.pdf. Agosto 2005

23 Sirvent, M. T. (2005). *Problemática actual de la investigación educativa en Proyecto Margarita*. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: www.infanciaenred.org.ar/margarita/etapa2/PDP/013.PDF.

24. Tovalín, H. (1989). *Condiciones de salud en operadores de ruta 100*. Tesis de Maestría. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco.

25. Vizer, E. (2002). Metodología de intervención en la práctica comunitaria: investigación-acción, capital y cultivo social. *Ciberlegenda, 10.*

26. Wigmore, D. (2005). (Guest editor). In Honor of June Fisher. New Solutions. *A Journal of Environmental an Occupational Health Policy*, *15*(1),1-101.

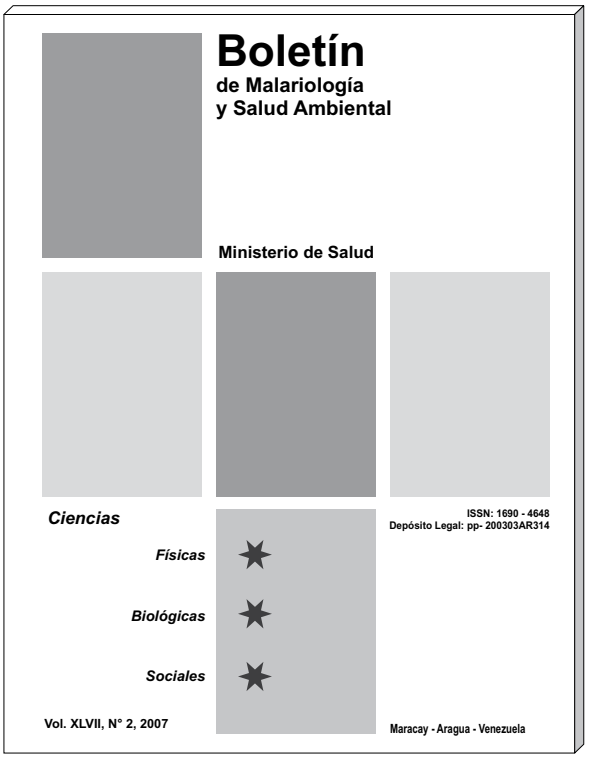
27. Zibechi, R. (2007, Mayo 5). Diez años sin Paulo Freire. *La Jornada.* Sección Opinión. Disponible en la siguiente Dirección electrónica: http://www.jornada.unam.mx/2007/05/05/

Fecha de recepción: 14 de Julio del 2007.
Fecha de aceptación: 12 de Octubre del 2007.

IAES
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon"

Boletín
de Malariología y Salud Ambiental

Vol. XLVII, N° 2, 2007



CONTENIDO:

Brote de malaria inducida en Sala de Pediatría del Hospital José G. Hernández, Trujillo, Venezuela 2006. *Mayira Sojo-Milano, et al.*

Evaluación de la prueba NOW® ICT Pf/Pv para el diagnóstico de Malaria en Venezuela. *Rosalba Pabón, et al.*

Evaluación semanal de la relación malaria, precipitación y temperatura del aire en la Península de Paria, estado Sucre, Venezuela. *Vidal Sáez-Sáez, et al.*

Recuperación de huevos de Ascaris lumbricoides del follaje de hortalizas intencionalmente contaminadas. *José V. Scorza, et al.*

Calidad sanitaria parasitológica de hortalizas cultivadas en La Puerta, municipio Valera, estado Trujillo, Venezuela. *Migdalys Vilchez, et al.*

La vivienda urbana como ambiente de transmisión de algunas helmintiasis caninas de importancia zoonótica en el Nordeste Argentino. *Alicia María Francisca Milano, et al.*

Evaluación de conocimientos sobre el dengue en escolares de primera etapa de la Parroquia Coche, Caracas, Venezuela. *Blanca Zulay Márquez Gutiérrez, et al.*

Migración de Rhodnius robustus (Hemiptera: Triatominae) desde Acrocomia aculeata (Palmae) hacia domicilios rurales en Venezuela. *Ana Longa, et al.*

Culicidae (Diptera) de la Reserva Provincial Iberá, Corrientes, Argentina. *Elena Beatriz Oscherov, et al.*

Morfometría geométrica de Triatoma maculata (Erichson, 1848) de ambientes doméstico y peridoméstico, estado Lara, Venezuela. *Ana Soto Vivas, et al.*

Toxicidad de insecticidas organofosforados en Musca domestica Linnaeus, 1758, (Diptera: Muscidae), cepa "El Limón", estado Aragua, Venezuela. *Gianna Martiradonna, et al.*

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud

Venezuela AHORA ES DE TODOS

Enfoque para Justificar la Promoción y Prevención como Medios en la Erradicación del Sedentarismo desde el Ámbito Laboral

An Approach to Justify Promotion and Prevention as means of Reducing Sedentary Activity in the Workplace

Mariely Ramos Piñero [1]

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), definió el sedentarismo como la ausencia de la actividad física necesaria para que el organismo humano se mantenga en un estado, saludable y lo ubica como un factor de riesgo y causa del incremento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad en el mundo actual.

Como se sabe, el sedentarismo es un factor de riesgo independiente que puede ser estudiado en su esencia como un fenómeno de la vida contemporánea que tiende a arraigarse en los individuos como actores sociales, condicionados por factores de índole social, cultural, económicos y laborales, que causan efectos directos e indirectos en el ámbito fisiológico, psicológico y social de las personas y, representan por su magnitud y trascendencia un problema de salud social al condicionar y agravar enfermedades no trasmisibles como las afecciones cardiovasculares (reconocidas a nivel mundial como la primera causa de mortalidad) las patologías osteomusculares, el cáncer, la diabetes y la obesidad, entre otras.

Venezuela no escapa de tener una incidencia alta en enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades osteomusculares son la principal causa de morbilidad en el medio laboral, así lo reporta el Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral (INPSASEL), para los años 2005 al 2007, y la obesidad es otro fenómeno evidente con una incidencia alta en toda la población. Existe un paralelismo creciente entre obesidad y tasa de sedentarismo de la población (Bensimhon, Krraus & Donahue, 2006) y el sedentarismo o falta de actividad física casi siempre está presente acompañando a todas las enfermedades crónicas.

En la realidad que nos circunda como país Latinoamericano, se habla que Venezuela es una región señalada por ser injusta o inequitativa en lo que respecta a la eficiencia de la distribución de los ingresos, las oportunidades de trabajo en la población y por otro lado, se advierte una gran deficiencia en las estrategias de llevar el conocimiento a todos y cada uno de los actores sociales. En el ámbito de salud este fenómeno se hace incuestionable en todos sus contextos, trayendo como consecuencia que no sea posible alcanzar uno de los derechos fundamentales de todo ser humano como es “el disfrute del máximo nivel de salud posible...” (OMS, 2007).

Al enfocar la problemática de la salud en el medio laboral según la definición dada por The Hastings Center (1996), como una experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en su contexto social y laboral habitual, donde el trabajo es un aspecto fundamental, nos damos cuenta que aún cuando los trabajadores cuentan con un empleo, la mayoría de ellos tienen condiciones de salud determinadas por una realidad precaria, expresada en jornadas de trabajo extensivas, bajos salarios, exposición a riesgos que atentan contra su salud y bienestar, además de tener limitadas las acciones de prevención y protección de la salud laboral y general.

Al visualizar esos trabajadores en su contexto familiar, se detecta que su núcleo familiar se encuentra por debajo de mínimos aceptables en seguridad, alimentación, educación, vivienda, condiciones ambientales y hábitos. Por tanto, es imperativo establecer prioridades, reflexionar y establecer el diálogo entre distintas disciplinas, emitir juicios de valor, revisión crítica permanente y sentido moral profundo a través de un proceso cultural basado en la educación, que tienda

[1] Médica especialista en Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Centro de Investigaciones Ergológicas. Unidad de Investigación Calidad de Vida. E-mail: ramosmariely@yahoo.es

a capacitar a las personas para desenvolverse en su medio, otorgándoles herramientas para: la gestión de su realidad, la convivencia y la participación activa en los distintos escenarios sociales (Fracapani, 2005).

Se concibe a la empresa como un medio y fin en si misma, con capacidad de crear una cultura organizacional y con influencia directa en la calidad de vida de sus empleados y de la sociedad en general, la cual aportaría avances significativos en la promoción y prevención de factores de riesgos que deterioran la salud, siendo uno de ellos el punto focal de este ensayo: el sedentarismo.

En esta investigación se parte de la premisa que los sistemas sanitarios y las prácticas de salud en los niveles de atención pública y privada han tenido tradicionalmente casi como único objetivo la enfermedad y han dirigido sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías establecidas, prestando poca o nula atención a la prevención, la conservación y promoción de la salud y quedando desasistida la atención al sedentarismo o inactividad física; situación ésta a la que no escapa la atención que se ha venido fomentado en los servicios de salud del medio laboral. En tal sentido, resulta preciso contextualizar desde la bioética el problema del sedentarismo y después justificar el contenido legal que sirve de apoyo para sustentar algunas estrategias organizacionales con respecto a este problema. El objetivo general de este ensayo se basa en justificar a través de un enfoque sanistarista, bioeticista y legal la promoción y prevención como argumento para erradicar el sedentarismo en el ámbito laboral.

El punto de vista Sanitarista y de la Salud Pública

A partir de la década de los setenta, sobre todo a raíz de la conferencia de la OMS de Alma-Ata en 1978, se difundió la necesidad de reorientar la atención de la salud apoyados en múltiples evidencias científicas que han demostrado que el incremento de la complejidad y de los costos de los sistemas sanitarios tradicionales no se ha visto reflejado de manera positiva en la salud de la población y que diversas enfermedades que inicialmente podrían ser atribuidas a las acciones del sistema sanitario están primordialmente en relación con otros factores medioambientales y de condiciones de vida, lo que ha hecho reflexionar sobre tres puntos esenciales (Martín y Cano, 1999): a) La eficacia y la eficiencia de un sistema sanitario dirigido exclusivamente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, b) Una determinada situación de salud no es un problema que resuelven los profesionales sanitarios y sus tecnologías; también desempeñan un papel fundamental otros sectores de la actividad social y económica relacionados con la calidad de vida general, y c) Las medidas de prevención y promoción de la salud pueden contribuir de forma efectiva a modificar los hábitos de vida que están en la base causal de enfermedades crónicas, de importancia creciente en la sociedad en general.

En esta conferencia se hizo hincapié en el fomento de la atención primaria entendida ésta como las acciones dirigidas hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de cada comunidad, que deben ser abordados a partir de actividades coordinadas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando al mismo tiempo la auto-responsabilidad y la participación comunitaria.

En este orden de ideas, se reconoce al sedentarismo como uno de los fenómenos contemporáneos que se arraiga cada día más en todos los contextos sociales y que influye categóricamente en la salud y bienestar de toda la población, siendo incluido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) dentro de los riesgos no trasmisibles más importantes para la salud humana, catalogándolo como problema de salud pública al estimar que más del 60 por ciento de la población adulta del mundo no realiza suficiente actividad física para tener una vida saludable.

Al plantear el sedentarismo como problema de salud pública, se podría pensar que solo es competencia del Estado, porque la responsabilidad de la salud pública suele apuntalarse en esa dirección; pero sin restarle importancia a esa concepción que debe persistir como eje central, necesariamente tienen que incluirse a los actores sociales: la comunidad, las instituciones de atención de salud, las educativas, los medios de comunicación y las empresas.

Todo problema de salud tiene repercusión para y desde el medio laboral, abarcando la salud integral del trabajador y también su producción y productividad. Desde el contexto sanitarista, se hace necesario adentrarse en cómo han sido las relaciones de la atención de la salud-trabajo-trabajador, ya que esa trilogía se ha visto influenciada por el matiz de concepciones y visiones sociales, culturales, filosóficas, científicas, económicas y laborales en diferentes épocas (Ramos, 2005), demarcándose en tres tendencias, partiendo de las que tradicionalmente fueron destinadas para aumentar y mejorar la producción en el área laboral, hasta la propuesta más contemporánea.

La primera disciplina que se abocó a la atención de la salud en el medio laboral fue la Medicina del Trabajo, orientándose a mantener al trabajador sano "sin enfermedades", con el objeto de sustentar la productividad, ajustándose a los acontecimientos propios de la época al configurarse como una relación lineal y positivista, donde el trabajador era visto solo para producir.

Surge luego la Salud Ocupacional, orientación que varió el pensamiento hacia la salud, más que hacia la enfermedad, admitiendo la atención de manera multidisciplinaria caracterizada por la intervención de los riesgos laborales, pero que siguió ajustada al positivismo de una manera fragmentaria para seguir sustentando la productividad, donde los alcances de los conocimientos técnico-científicos proporcionados por las distintas disciplinas no eran usados para promover el progreso social, por estar prendado de la concepción mecanicista-positivista o maquinocéntrica "que valora al trabajador como un elemento más del sistema hombre-máquina" como lo clasifica Almirall y León (1997), y donde la salud en el trabajo ...parafraseando a Capra (1996), se sustenta bajo la lupa de la medicina moderna y suele perderse de vista la humanidad del trabajador y reducir la salud a una función mecánica.

Estas posturas de atención a la salud en el medio laboral, hoy día persisten y han tenido dos tipos de acciones sanitarias: las actividades cuidadoras que se dirigen al mantenimiento de la salud y las sanadoras enfocadas al diagnóstico y tratamiento (Frias, 2000).

En el contexto general de la atención en salud dentro de las actividades cuidadoras se encuentra la medicina preventiva, la cual se ha transformado en el tiempo, como lo refleja Laín (1975) al señalar que la prevención se limitaba en una primera etapa a reglamentar la vida humana para evitar las enfermedades; luego se tuvo la convicción que los factores sociales tienen la génesis de las enfermedades por lo que se pasa a tomar en cuenta la higiene social o pública. No obstante, para formalizar esa convicción sobre los factores sociales se hace imprescindible que se realicen cambios de la estructura del sistema de salud como lo acota Zas (2005), haciendo énfasis en la necesidad de cambios de los modos de pensar, de los modelos teóricos de partida y hasta de los sistemas de creencias tan fuertemente arraigados en los profesionales que laboran en el campo de la salud y en las distintas disciplinas científicas que basan sus acciones en un modo de hacer y de pensar paternalista y cientificista.

El comentario anterior alude directamente a la manera como se afronta la salud en el trabajo desde la medicina y la salud ocupacional, puesto que la prevención en una primera instancia era evitar la enfermedad y la segunda se limitaba solo a la prevención de riesgos laborales sin la participación de los trabajadores y la desinformación de los empleadores.

Hoy día, un nuevo panorama invita a dinamizar el concepto de salud ocupacional, cónsono con los objetivo de la OMS de "Salud para todos en el año 2000" (Alma-Ata 1978), el cual ha contribuido de forma decisiva a la puesta en práctica de nuevas estrategias que giran alrededor de la Atención Primaria, con énfasis en la promoción de la salud, con instrumentos que deben permitir la reorientación de los servicios sanitarios y se evidencia una tercera tendencia, "la contemporánea", donde la salud en el ámbito laboral se promueve y canaliza de forma integral, como un sistema complejo, que amerita el apoyo de profesionales de diferentes disciplinas, con una gerencia comprometida y donde el actor principal sea el trabajador, conductor de las actividades en beneficio de la salud individual y colectiva.

Sin embargo, resulta paradójico enfrentarse a la realidad de reconocer que la salud de los trabajadores se sigue concibiendo en la prevención y promoción con respecto a los riesgos laborales típicos (físicos, químicos, mecánicos, biológicos, disergonómicos – músculo esqueléticos) descuidando los psicosociales y la salud general-integral del trabajador, sin hacer énfasis en los determinantes de la salud. Ante la referencia de reconocer que la población adulta no realiza actividades físicas suficientes para que su salud pueda beneficiarse, que una cantidad considerable de esa población está representada por el sector económicamente activo y que la problemática del sedentarismo acompaña a casi todas las enfermedades crónicas; las empresas venezolanas deberían canalizar este factor de riesgo como una amenaza para la salud de los trabajadores y de la productividad, visualizando al sedentarismo o falta de actividad física como una problemática para atacar y erradicar desde el ámbito laboral.

El diagnóstico sobre el problema del sedentarismo está dado, y científicamente se ha demostrado que las personas que no son sedentarias , porque realizan actividad física de forma regula,r tienen menor mortalidad que las personas sedentarias, especialmente en el caso de las enfermedades cardiovasculares (Wannamethee, Shaper, Walker y Ebrahim, 1998 y Paffenbarger, Hyde, Wing y Hsieh, 1986). Por otro lado también se ha demostrado que la realización de actividad física

de manera habitual conlleva importantes beneficios para la salud a nivel cardiovascular (Leon, Connett, Jacobs y Rauramaa, 1987 y Helmert, Herman y Shea, 1994), metabólico (Manson, Nathan, Stampfer, Willett y Hennekens, 1992 y Fung, Hu, Yu, Chu, Spiegelman, Tofler, et al. 2000), osteomuscular (Wolf, Croonenborg, Kemper, costéense y Twisk, 1999) y mental (Taylor, Sallis, Leedle, 1985).

Estudios científicos han sugerido que la actividad física que protege frente al riesgo coronario es la que se realiza de forma aeróbica, periódica e intensa, implicando movimientos de músculos largos y produciendo un cierto nivel de cansancio físico (Blair, Kohl, Gordon y Paffenbarger, 1992). Está comprobado además que la actividad física, independientemente de sus efectos sobre el sobrepeso, ejerce efectos favorables sobre la presión arterial, la resistencia a la insulina, el perfil lipídico, apnea del sueño, cáncer de colon y de mama, artrosis, osteoporosis al provocar un aumento o mantenimiento de la amplitud del movimiento articular, la disminución de la ansiedad y de la depresión e incremento de la sensación de bienestar y esperanza de vida. (Martín y Ortega, 2002).

Son muchas las investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional en el medio laboral hechas sobre el comportamiento de la salud y bienestar y su relación con la capacidad física. Entre los investigadores nacionales se encuentran Manero (2000), quien orienta sobre la tendencia que tienen los seres humanos a la inactividad después de alcanzar la pubertad, enfatizando que si no se hace actividad física extralaboral y sé está sometido a un puesto de trabajo poco exigente, el organismo va creando una serie de modificaciones que inciden directamente en el metabolismo celular, en el aparato cardiovascular, el aparato locomotor y en el sistema nervioso.

Dichas referencias estimulan a repensar cuales son las exigencias laborales a las que se expone el trabajador y cuales son las actividades intra y extralaborales que podrían beneficiar su salud. Por todos es conocido que cada puesto de trabajo demanda diferentes exigencias, existiendo puestos donde predomina el esfuerzo física – dinámico, y otros donde prevalecen las exigencias mentales. Actualmente, la tendencia es a la automatización de los procesos laborales determinando menor exigencia física, en puestos que pudieran catalogarse como monótonos y estresantes, lo que se traduciría en habituar al trabajador a un modo de vida más sedentario, convirtiéndose así el trabajo en un "riesgo latente" para el trabajador.

Ante este panorama, es imprescindible reflexionar sobre la promoción y la prevención en salud en el medio laboral y encausarnos en un compromiso con la vida misma, como lo diría el maestro Martín Fiorino (2004) "… repensemos sobre la necesidad de revalorizar la vida, las ciencias, la tecnología y el trabajo" para que afrontemos la salud en el ámbito laboral y al sedentarismo en particular, como un fenómeno complejo, que trasciende a lo extralaboral".

Lo expuesto sirve de base para fundamentar una propuesta de cambios de metodología de los profesionales de la salud laboral, donde se reclama un nuevo perfil de los egresados de las diferentes áreas relacionadas directamente o indirectamente con la atención de la salud laboral; una posición distinta del sentido de compromiso del empresario y de los trabajadores, una gestión de prevención que incluye múltiples aspectos.

En las empresas venezolanas la gestión de salud está bajo la responsabilidad de los Servicios de Seguridad y Salud Laboral, los cuales tienen como objetivo "la promoción, prevención y vigilancia en materia de seguridad, salud, condiciones y medio ambiente de trabajo, para proteger los derechos humanos a la vida, a la salud e integridad personal de los trabajadores y trabajadores" (Reglamento Parcial de la LOPCYMAT, 2007, Art. 20). Dichos servicios deben estar conformados por profesionales de distintas disciplinas en el área de seguridad y salud. El componente de salud se enfoca dentro de los parámetros establecidos desde la salud pública por el deber de fomentar y atender la salud en el medio laboral, a través del estudio de la relación salud - trabajo – trabajador, siendo una de sus funciones primordiales crear condiciones para la salud de sus empleados, gestión que se facilita por tratarse de una comunidad que puede y debe compartir valores que a su vez forjan la promoción de comportamientos y modos de vida los cuales proporcionan directa e indirectamente las bases de redes sociales saludables.

Ante la pregunta ¿Dónde se debe gestar la acción sanitaria en el medio laboral para erradicar el sedentarismo? Emerge la respuesta que es a través de la cultura organizacional empresarial, con un enfoque más sociocultural y multidimensional, donde se atienda la construcción social de la salud y de los riesgos no solo intralaboral sino extralaboral, tal y como lo expone Puy (1995) "impulsar la erradicación del sedentarismo como riesgo independiente". De acuerdo a esto, el reto que plantea este ensayo, es erradicar el sedentarismo como riesgo no transmisible, modificable, que cada día se torna más visible en el mundo laboral, acentuado por los

gratísimos avances de la tecnología que han eliminado la necesidad de realizar ciertas actividades físicas en nuestra vida cotidiana, al proporcionar más confort, además de una actitud poco consciente del trabajador sobre la importancia de evitar la inactividad física para mantener o mejorar su calidad de vida.

Para ello, existen dos enfoques prácticos para atender la salud (Málaga, 2005), el enfoque de riesgo, que determina la probabilidad de la ocurrencia de un problema en un individuo (muy usado en la atención de la seguridad y salud en el medio laboral) y el enfoque de oportunidad de vida.

Los dos enfoques son susceptibles de incorporarlos en el medio laboral, al plantearse por un lado, al sedentarismo como factor de riesgo, palpable en aquellos trabajadores cuyos puestos de trabajo tienen una exigencia física mínima, además del antecedente de la inactividad física intra o extralaboral como elemento que afecta la capacidad física para mantenerse saludable y por el otro, al identificar comunidades con más riesgo, a través de indicadores indirectos con capacidad de predecirlo. El enfoque de oportunidad puede ser usado en el medio laboral para abordar al problema del sedentarismo de grupos de trabajadores, englobando el riesgo de la exposición ocupacional y la protección de la salud, de manera integral.

Para poder priorizar la intervención del sedentarismo desde el ámbito laboral, se pueden seguir los criterios de Gostin (2002) que toman en cuenta: el riesgo demostrado, la incidencia y severidad, la complejidad del problema, la relación costo-efecto, intensidad o disminución de perdidas, satisfacción de receptores, costo-beneficio, entre otros.

El riesgo demostrado en el Sedentarismo está explícito en párrafos anteriores, debido a su alta incidencia en la población en general. Por otro lado, su complejidad queda manifiesta al tener la inactividad física, factores condicionantes, determinantes y causales que afectan al individuo, su medio de trabajo y su calidad de vida, provocando bajo rendimiento, ausentismo laboral y pérdida de mano de obra calificada.

El abordaje de la inactividad física en el medio laboral, requiere de políticas de salud integrales, que no solo garantizan una mejor calidad de vida y satisfacción de los trabajadores, sino de producción y de costos- efecto-beneficio. De acuerdo a esto, los programas de seguridad y salud en el trabajo deben estar orientados a impulsar, desarrollar y fortalecer actividades tendientes a modificar los hábitos de vida, mediante estrategias de información, comunicación y educación que contemplen y respeten la existencia de la diversidad poblacional: étnica, religiosa, cultural (Ascurra y Rosales, 2005).

Juega entonces, la educación para la salud un papel preponderante por involucrar comportamientos individuales, colectivos e institucionales que le confiere una connotación de sistema de construcción, basado en acciones personales y comunitarias de información y formación, con capacidad de orientar la problemática desde sus causas, consecuencias y maneras de afrontarlo y facilita la participación activa y responsable de directivos, técnicos y trabajadores.

El punto de vista desde la Bioética

Al considerar la bioética como un eje estratégico para abordar la problemática del sedentarismo desde el medio laboral, cabe tener presente la reflexión sobre Atención Primaria en Salud de Vuöri (1984), al referirse a ésta no solo como "un conjunto de actividades, para un nivel de asistencia sino una filosofía, la cual implica responder en todo momento a criterios de justicia e igualdad en el acceso y disfrute del derecho a la salud por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor" y en la cual está inmersa la participación de los actores sociales, como se ha hecho referencia en párrafos anteriores.

De acuerdo a Vüori (1984), al tratar el sedentarismo como un modo de vida que nos perjudica, la participación debe estar encaminada a crear conciencia de la problemática, puesto que no bastan las estrategias de regímenes normativos de carácter obligatorio impuesta por otros, sino una formación filosófica – ética por tratarse de una actividad que requiere de la voluntad libre del participante. Se concibe así un abordaje multidimensional del problema al incorporar a la visión científica, la bioética como una disciplina que pone de relieve los valores éticos, el respeto profundo por la vida y su preservación, la dignidad humana y la protección de la sociedad (Garza, 2000).

La bioética tiene como propósito la educación y transformación del hombre para el ejercicio del bien como resultado de una acción reflexiva, consciente y responsable (Código de Bioética y Bioseguridad, 2002). Por tanto, aun cuando la noción de "valor" no suele reflejarse junto a principios y reglas, es preciso su reivindicación por dos razones: la significación y la orientación a la acción; los que son del orden del Bien

y los que indican atributos del Ser ya que los principios designan una orientación fundamental, inspiradora de acción, fijan actitudes y reglas que determinan la acción y enmarcan las decisiones (Durand, 1986).

Este término fue usado por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter, para titular su libro "Bioética: un puente hacia el futuro" en 1971, en el cual invita a repensar la construcción de un mundo diferente donde se combine el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Muchos han sido los aportes a este planteamiento, no obstante las ciencias médicas fue una de las disciplina donde más auge tuvo, al punto que surgió una nueva disciplina, la "Bioética Médica", que da respuesta a los cambios de las últimas décadas en esta práctica originados por el avance de las ciencias y de la tecnología.

En el caso estudiado, la bioética servirá para favorecer el proceso de socialización de la salud, ante la necesidad de una convicción ética compartida que permita la pluralidad desde los distintos ángulos comprometidos en el problema del sedentarismo en el ámbito laboral que involucra a trabajadores, empleadores, profesionales de la salud en el trabajo y a la sociedad en general, con miras a fomentar la actividad física como hábito saludable que ayude a extender la vida de la persona. Para el abordaje de problemas bajo el enfoque bioético existe una diversidad de metodologías: Casuística, Ética del Cuidado, Ética de la Resonsabilidad y el Principialismo (Garzón, 2000).

La Bioética Principialista, desarrollada por los bioeticista T. Beauchamp y Childress, en 1979, de acuerdo a cuatro principios éticos básicos: No Maleficiencia, Justicia, Autonomía y Beneficiencia, sirve de sustento para el estudio del modo de vida sedentario en el ámbito laboral de manera holística y compleja, teniendo en cuenta que este fenómeno no está dentro del listado de prioridades de la gestión de salud y seguridad de las empresas, ni se ha afrontado en las políticas de salud del Estado Venezolano. Sin embargo, debido a todas las consecuencias que implica para el trabajador directamente y para la empresa indirectamente como factor de riesgo, puede y debe incluirse como parte de los programas de salud en el trabajo, para fortalecer la salud integral de los trabajadores de manera individual y colectiva.

Uno de los aspectos significativos que aporta la bioética, como estrategia y fundamentación de tipo moral y ética es la exigencia del **Consentimiento Informado**, derecho importante que tienen los individuos, cuyo valor se inserta en el principio de autonomía, al tomar en cuenta la libertad y creencias de las personas en el proceso de toma de decisiones y exige que los actores sociales tengan una comprensión amplia del propósito, procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones, para que puedan tomar decisiones libres relacionadas con su participación.

La bioética se basa en el principio ético de "respeto a las personas" (Bartlett, 2005), derecho que tiene raíces históricas en el Consentimiento Informado, el Código de Nuremberg de 1948, la Declaración de Helsinki en 1964 y el Informe Belmont en 1979 (Castillo, 2006) y cuya premisa sustenta el abordaje del sedentarismo en el medio laboral porque demanda realizar una excelente "Capacitación" sobre el tema, los beneficios de la actividad física y las oportunidades que la empresa proporcionaría a todos los trabajadores y empleadores y donde la complejidad variará de acuerdo a las acciones de los participantes en la toma de decisiones voluntarias y significativas.

El respeto a la autonomía de las personas cuando se trata de colectivos, como es el caso del medio laboral, representa en sí mismo un problema complejo que requiere una acabada reflexión (Kottow, 2005) sobre los valores involucrados y, la manera más adecuada de respetar y formular esos valores, es mediante el conocimiento pleno de los criterios señalados por Gostin (2002), acompañados de una conjuntos de principios y valores resultado del consenso y la participación de los trabajadores y empleadores involucrados.

El principio de no maleficencia tiene como norma moral no causar sufrimientos ni incapacidades evitables; por tal razón se justifica llevar a cabo un análisis de riesgo-beneficio ante toda decisión, acompañado del Principio de Beneficencia o deber de los profesionales de asistir a los semejantes, apoyando con los medios científicos, tecnológicos, humanísticos y humanitarios a su alcance, promoviendo siempre el bien y comprometidos para ofrecer una atención respetuosa y de alta calidad. También se encuentran implícitos como estrategias al abordar el sedentarismo, dado que se promoverían acciones científicas, técnicas y educativas para analizar los riesgos del sedentarismo en los trabajadores de manera individual, encaminados a alcanzar los beneficios de la actividad física en cualquiera de sus formas (deporte, capacitación física, actividad física) para la preservación de la salud y la vida, revalorizando el principio de la justicia al tratar que llegue a todos y cada uno de los trabajadores y empleadores y suministrando las recomendaciones adecuadas a quienes lo necesiten de manera especial.

El principio de no maleficencia también refleja el compromiso que deben afrontar las empresas para evaluar cada puesto de trabajo, valorando las exigencias físicas de gasto energético, identificando aquellos puestos de trabajos que pueden ser catalogados como sedentarios, teniendo presente la relación individual de cada trabajador con su puesto y la formulación o puesta en práctica de estrategias orientadas a incentivar a los trabajadores que no contemplan dentro de sus hábitos extralaborales actividades físicas suficientes para que su salud pueda beneficiarse.

Lo expuesto anteriormente, puede ser considerado parte del principio de justicia, al tener que ver con dar a cada quien lo que necesita y le pertenece (Castillo, 1990), teniendo como norma y obligación moral brindar un apropiado nivel de atención, administrar los recursos con equidad al mayor número de personas, sin discriminación, con eficiencia y eficacia de todos y cada uno de los procesos que se emprendan.

Al tratar de usar a la bioética como estrategia para abordar el modo de vida sedentario, este principio deberá respetarse en todas las acciones ejecutadas por la empresa, las cuales estarán ajustadas a las circunstancias particulares y colectivas, a fin de lograr un mejor aprovechamiento de recursos y la modificación de estos hábitos en los trabajadores y su familia para contribuir en la formación extramuros de una cultura social integral que permita la erradicación del sedentarismo en el hogar.

El Punto de Vista Legal y de Responsabilidad Social

Se hace indispensable enfatizar acerca de la relevancia ética, moral y jurídica que tienen los Profesionales de la Salud de los Trabajadores, como equipo multidisciplinario responsable de promover y mantener el nivel más elevado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores y trabajadoras al ejercer las funciones dirigidas a desarrollar programas de promoción de la seguridad y salud en el trabajo, de prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales, de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social.

El contexto legal de Venezuela desde el año 2005, en la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (LOPCYMAT), específicamente en los artículos referidos a los deberes de los empleadores, los deberes y derechos de los trabajadores, el compromiso de la participación y control social, la eminente necesidad del cumplimiento cabal de los programas de seguridad y salud en el trabajo, por mencionar algunos, pueden ser la fuente de justificación de las acciones que se emprendan desde las empresas para luchar contra el sedentarismo.

Por ende, es significativo acotar, que uno de los medios a utilizar para dar cumplimiento al Numeral 11 del artículo 40 de la LOPCYMAT al referirse a "Desarrollar programas de recreación y utilización del tiempo libre…" puede ser perfectamente la definición y puesta en práctica de estrategias para la promoción de actividades físicas y así minorizar o erradicar el sedentarismo, mejorar o mantener la capacidad física de los trabajadores, promover el trabajo en equipo, además servir de plataforma para el cumplimiento del Numeral 12 del artículo 40 de esta Ley, el cual indica "Promover planes para la construcción, dotación, mantenimiento y protección de infraestructura destinada a los programas de recreación, utilización del tiempo libre, descanso y turismo social"

Las empresas pudieran realizar una inversión social en su compromiso con la sociedad, cumpliendo así con la Responsabilidad Social Empresarial interna y externa, al proyectarse a través del abordaje del sedentarismo e impulsar la actividad física sobre sus grupos de interés: accionistas, empleados, clientes, proveedores, comunidad, entre otros, fomentando así una cultura solidaria y brindando la oportunidad de superar ciertas barreras que fungen como determinantes de esos actores sociales para mejorar su calidad de vida y bienestar, entendiendo ésta como oportunidad y la posibilidad cierta que tiene la empresa de incidir en la realidad y hacer un aporte trascendente: "hacer un mejor futuro a partir de construir un nuevo presente" (Rodríguez, 2005)

Al emprender estrategias de responsabilidad social empresarial basada en la promoción de actividad física y erradicación de sedentarismo, se promovería un proceso resiliente en los actores sociales, sobre todo en los trabajadores participantes, definiendo resiliencia como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad" (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). La adversidad está presente en el sedentarismo por ser factor de riesgo para la salud, el bienestar y el desempeño laboral, por el desconocimiento de sus consecuencias, por la cultura intra o extralaboral de favorecer el confort con la inactividad física, por los pocos o nulos recursos de contar con espacios y tiempo para realizar ejercicios,

por estar este hábito veces relacionado con otros factores de riesgo como la obesidad, tabaquismo, drogas, malos hábitos alimenticios, etc.

A manera de conclusión

Lo que queda claro es, que cualquier medida de promoción y prevención, emprendida desde el medio laboral, para luchar contra el sedentarismo y fomentar la actividad física, intralaboral o extarlaboral, debe ser visto como una oportunidad por los múltiples beneficios que brindaría, al convertir en saludable la vida de los trabajadores, de la comunidad y por ende de la empresa.

Independientemente de los fines propiciados por la empresa para ajustarse a la normativa legal, al deber ser sanistarista o a cumplir con parte la responsabilidad social empresarial, amerita logar transformación de los actores sociales, para que pueda ser perdurable y convertirse en una parte de la cultura cotidiana. Dicha transformación debería ser resultado de una acción reflexiva, consciente y responsable que puede conducirse a través de la bioética.

Referencias Bibliográficas

1. Almirall. P., León E. (1997). Una estrategia de Especialización en Salud y Trabajo. *Revista Salud de los Trabajadores, 5*(2),75-87. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica http://www.bvsde.paho.org/bvsast/e/fulltext/estrate/estrate.pdf
2. Bartlett, E. (2005). *Normas Sobre el Consentimiento Informado por las Américas*. Oficina para la Protección de los Seres Humanos en la Investigación (OPSHI). Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe 12 agosto del 2005.
3. Beauchamp, T. & Childress, J. (1979). Principles of Biomedical Ethics. Oxford: University Press.
4. Bensimhon, D., Krraus W. & Donahue, M. (2006) Obesity and physical activity: A review. *Am Heart* J, *151*(3): 598-603.
5. Blair, S., Kohl, H., Gordon, N. & Paffenbarger, R. Jr. (1992). How much physical activity is good for health? *Annu Rev Public Health*,*13*, 99-126.
6. Capra, F. (1996). *El Punto Crucial*. Buenos Aires: Ediciones. Estaciones.
7. Castillo, A. (2006). *Bioética*. Caracas: Editorial Disinlimed.
8. Castillo, A. (1990). Principios, Normas y Obligaciones del Médico. En: A. Castillo. *Crisis vital, muerte cerebral y ética médica.* (pp.11-25). Caracas: Disinlimed, 1992.
9. Durand, G. (1986). *La Bioética*. Bilbao: Ediciones Desclée de Bouwer.
10. Escurra, M., Rosales C., (2005.) Análisis y perfil bioético de la investigación en salud pública. En: H. Málaga. *Salud Pública enfoque bioético* (pp. 207-219). Caracas: Editorial Disinlimed.
11. Fracapani, M. (2005, Agosto 11). *La Bioética como Instancia de Promoción y Fomento de Ambientes Saludables.* Ponencia presentada en el IV Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Panamá.
12. Frías, A.(2000). *Salud Pública y Educación para la Salud.* Barcelona, España: Editorial Masson.
13. Fung, T., Hu, F., Yu, J., Chu, N., Spiegelman, D., Tofler, G., Willet, W. & Rimm, E. (2000). Leisure-time physical activity, television watching, and plasma biomarkers of obesity and cardiovascular risk. *Am J Epidemiol;152*(12),1171-8.
14. Garza, R. (2000). Bioética: *La toma de decisiones en situaciones difíciles.* México, D.F.: Editorial Trillas.
15. Garzón, F. (2000). *Bioética, Manual Interactivo*. Santafé de Bogotá: 3R Editores.
16. Gostin, L. (2002.) Tradition, profession and values in public health. En: L. Gostin, *Public Health Law and Ethics*: A Reader (pp. 1-8). Berkeley: University of California.

17. The Hastings Center (1996). The Goals of Medicine. Setting New Priorities. *Hastings Center Report, 26*(6): S1-S27. Special Supplement.

18. Helmert, U., Hermam, B. & Shea, S. (1994). Moderate and vigorous leisure-time physical activity and cardiovascular disease risk factors in West Germany, 1984-1991. *Int J Epidemiol, 23*(2), 285-92.

19. Kottow, M. (2005). *Bioética en Salud Pública*. Santiago de Chile: Editorial Puerto de Palos.

20. Laín, P. (1975). *Salud y Enfermedad.* (Vol. 93). Barcelona-España: Biblioteca Salvat Grandes Temas.

21. Leon, S., Connett, J., Jacobs, D. Jr & Rauramaa, R. (1987). Leisure-time physical activity levels and risk of coronary heart disease and death. The Multiple Risk Factor Intervention Trial. *JAMA, 258*(17), 2388-95.

22. Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The Construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev., May-Jun, 71*(3), 543-62.

23. Málaga, H. (2005). ¿Es ético focalizar y/o priorizar en Salud Pública? En: H. Málaga. *Salud Pública enfoque bioético* (pp. 70-81). Caracas: Editorial Disinlimed.

24. Manero, R. (2000). Una modalidad de Entrenamiento físico y sus efectos en trabajadores con hipertensión esencial. *MAPFRE Medicina, 11*(1), 13-21.

25. Manson, J., Nathan, D., Krolewski, A., Stampfer, M., Willett, W. & Hennekens, C. (1992). A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physicians. *JAMA, 268*(1), 63-7.

26. Martín, A y Cano, J. (1999). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. 4th ed. Madrid: Harcourt Brace.

27. Martín, V. (2004). *Paradigmas en las Ciencias Médicas.* Ponencia Magistral presentada en el Doctorado en Ciencias Médicas. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. Abril del 2004.

28. Martín, P. y Ortega, S. (2002). Actividad física y salud. En: Guillen, M. y Linares, D. *Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano* (401-410). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

29. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa (2007). *Derecho a la Salud. Nota descriptiva Nº 323.* Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html

30. Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo. Ginebra: OMS.* Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf

31. Organización Mundial de la Salud.(1978). *Salud para todos en el año 2000. Declaración de Alma-ATA 1978.* En: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. (1978, Septiembre 12, Kazajstán, URSS

32. Organización Mundial de la Salud.(1978). *Salud para todos. Declaración de Alma-ATA 1978.* En: Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. (1978, Septiembre 12, Kazajstán, URSS

33. Paffenbarger, S Jr., Hyde, T., Wing, L. & Hsieh, C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med, 314*(10), 605-13.

34. Potter, R. (1971). *Bioethics. Bridge to the future.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

35. Puy, A.(1995). *Percepción social de los riesgos.* Madrid. Editorial MAPFRE.

36. Ramos P, M. (2005). Abordaje epistemológico sobre la atención de la salud en el medio laboral. *Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Ene-Dic, 54*(1-2). Serie Histórica 88.

37. Rodríguez, A, (2005). *Cómo hacer responsabilidad social empresarial para la gente*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello; Fundación Honrad Adenauer.

38. Taylor, C., Sallis, J. & Needle, R. (1985). *The relationship of physical and exercise to mental health. Public Health Rep,* 100,195-201.

39. Venezuela. Asamblea Nacional. (2005). *Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo.* Publicada en Gaceta Oficial Nº 38.236 de fecha 26 de julio del 2005. Caracas: Imprenta Nacional. Disponible en la siguiente Dirección Electrónica: http://www.leyesvenezolanas.com/lopcymat.htm

40. Venezuela. Asamblea Nacional. (2007). *Reglamento Parcial de la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Publicada en Gaceta Oficial Nº 38.596 de fecha 03 de enero del 2007. Caracas: Imprenta Nacional.

41. Venezuela. Ministerio de Ciencia y Tecnología, Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología. (2002). *Código de Bioética y Bioseguridad.* 2 ed. Caracas: Disinlimed.

42. Vuöri, H. (1984). ¿Qué es la Atención Primaria de Salud?, *Atención Primaria,1,* 3-4.

43. Wannamethee,G., Shaper, G., Walker, M. & Ebrahim, S. (1998). Lifestyle and 15-year survival free of heart attack, stroke, and diabetes in middle-aged British men. *Arch Intern Med*, *158*(22), 2433-40.

44. Wolff, I., van Croonenborg, J., Kemper, H., Kostense, P. & Twisk, J. (1999). The effect of exercise training programs on bone mass: a meta-analysis of published controlled trials in pre and postmenopausal women. *Osteoporos Int, 9*,1-12.

45. Zas, B.(2005). *La Prevención en Salud. Algunos referentes conceptuales.* Extraído el 18 de Abril, 2005 de la siguiente Dirección electrónica: http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.html

Fecha de recepción: 5 de Octubre del 2007.
Fecha de aceptación: 29 de Noviembre del 2007.

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 15, Número 1 & 2
Año 2007

ÍNDICE ACUMULADO POR MATERIA

ERGONOMÍA

Estrategias participativas en la identificación de la carga de trabajo y problemas de salud en docentes de escuelas primarias.
Participative strategy in work load and health disorders identification in teachers of primary school.
Evelin Escalona, Ligia Sánchez Tovar & Mery González de Medina **17**

Trabajo, ergonomía y calidad de vida. Una aproximación conceptual e integradora.
Work, Ergonomy and Quality of Life. An integrational and conceptual vision.
Joyce Esser Díaz, Nora Vásquez Antúnez, María Dolores Couto & Mariana Rojas **51**

Síntomas Músculo Esqueléticos en Trabajadores de una Empresa de Construcción Civil.
Musculoskeletal symptoms in civil construction workers.
Monika Bellorín, Yadira Sirit, Carina Rincón & Martha Amortegui **89**

Enfoque para Justificar la Promoción y Prevención como Medios en la Erradicación del Sedentarismo desde el Ámbito Laboral.
An Approach to Justify Promotion and Prevention as means of Reducing Sedentary Activity in the Workplace.
Mariely Ramos Piñero **119**

GERENCIA EN SALUD

Necesidades de Formación Profesional en Salud Ocupacional: La Percepción de los Profesores de Madrid, España.
Vocational School Training in Occupational Health: Perception of Teachers in Madrid, Spain.
David Cobos Sanchiz & Aitana Garí Pérez **99**

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 15, Número 1 & 2
Año 2007

ÍNDICE ACUMULADO POR MATERIA

HIGIENE OCUPACIONAL

Una mirada a las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de una pequeña empresa procesadora de alimentos.
A look to the work conditions and the worker's of a small company of food health.
Clara Guerrero Zárraga & Cecilia Cruz Flores **37**

SALUD MENTAL

Estrés en docentes de educación básica: estudio de caso en Guanajuato, México.
Stress in the teachers oj basic education: Guanajuato, Mexico.
Lucía Rodríguez, Arlene Oramas & Elizabeth Rodríguez **05**

Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos
Occupational stress and burnout among Venezuelans teachers.
Arlene Oramas Viera, Pedro Almirall Hernandez & Ivis Fernández **71**

SOCIOLOGÍA DEL TRABAJO

La Investigación Participativa como Práctica Social y su Aportación al Mundo Laboral a través del Modelo Obrero.
Participatory Research as Social Practice, and Its Contribution to the Workplace Through Worker Models.
Susana Martínez Alcántara **107**

NOTICIAS

Informe sobre Encuentro Interdisciplinario Trabajo - Tiempo Libre ocio y Salud en el marco del Congreso Iberoamericano Salud Seguridad y Trabajo 2006 ..... **59**

Informe del II Congreso Internacional sobre Salud y Trabajo. La Habana-Cuba.
Dr. Jorge Román **61**

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 15, Número 1 & 2
Año 2007

ÍNDICE ACUMULADO POR AUTORES

Almirall, P.	71
Amortegui, M.	89
Cobos, D.	99
Couto, M.	51
Cruz, C.	37
Escalona, E.	17
Fernández, I.	71
González, M.	17
Guerrero, C.	37
Martínez, S.	107
Oramas, A.	05, 71
Pérez, A.	99
Ramos, M.	119
Rincón, C.	89
Rodríguez, E.	05
Rodríguez, L.	05
Rojas, M.	51
Román, J.	6
Sánchez, L.	17
Sirit, Y.	89
Vellorí, M.	89

SALUD DE LOS TRABAJADORES

Volumen 15, Número 1 & 2
Año 2007

AGRADECIMIENTOS

El Comité Editor de la revista Salud de los Trabajadores, da gracias por el valioso apoyo en el arbitraje de los manuscritos publicados en Volumen 15 del año 2007 a:

Apellido, Nombre	Afiliación
Betancourt, Oscar	Fundación Salud, Ambiente y Desarrollo, Ecuador.
Briceño, Doris	Universidad de Carabobo, Campus La Morita, Estado Aragua, Venezuela.
Coronado, Antonia	Universidad Pablo de Olavides, España.
D`Pool, Janice	Universidad del Zulia, Venezuela.
Del Clos, George	Universidad de Houston, Texas.
Del Pino, María	Universidad Pablo de Olavides, España.
Escalona, Evelin	Universidad de Carabobo, Campus La Morita, Estado Aragua, Venezuela.
Estrada, María	Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Estado Aragua, Venezuela.
Franco, Gabriel	Universidad Autónoma Metropolitana –Xochilmilco, México.
Gómez, Wuilman	Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Estado Aragua, Venezuela.
Guevara, Milady	Universidad de Carabobo, Campus La Morita, Estado Aragua, Venezuela.
Mago, Gladys	Centro de Estudio de Salud de los Trabajadores (CEST). Universidad de Carabobo. Campus La Morita, Estado Aragua, Venezuela.
Manero, Rogelio	Universidad de Carabobo, Valencia, Estado Carabobo, Venezuela.
Martínez, Susana	Universidad Autónoma Metropolitana – Xochilmilco, México.
Noriega, Mariano	Universidad Autónoma Metropolitana – Xochilmilco, México.
Ruiz, María	Universidad de Carabobo, Campus La Morita, Estado Aragua, Venezuela.
Sánchez, Ligia	Universidad de Carabobo, Campus La Morita, Estado Aragua, Venezuela.
Séifer, Ana María	Centro de Estudios de la Interacciones Biológicas entre la Salud y el Medio Ambiente, Universidad de Québec, Canadá.
Súnico, Marcos	Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon”, Maracay, Estado Aragua, Venezuela.