

Interpretación de discursos del empleo para develar el significado de la salud ocupacional

Por Fermín Anguiano-Salazar, Wilfrido Isidro Aldana-Balderas y Cruz García-Lirios

Fermín Anguiano-Salazar. Universidad Autónoma de la Ciudad de México

Wilfrido Isidro Aldana-Balderas. Universidad Autónoma del Estado de México

Cruz García-Lirios. Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Introducción

Se estima que dos tercios de la población mundial está vinculada con los flujos migratorios. Una décima parte (115 millones) del total de la población de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) son hijos de migrantes. Uno de cada tres estudiantes es descendiente de migrantes, 32% de la matrícula estudiantil lo conforman hijos de migrantes, pero el 75% de los migrantes hombres está en desempleo frente al 57% de las mujeres desempleadas que son migrantes; sólo 4,3 millones de migrantes están legalmente estudiando o laborando y la inmigración crece un millón cada año (OCDE, 2010).

Durante el periodo que va de 2000 a 2012, Noruega lideró la recepción de migrantes, su tasa pasó del 0,6% al 1,4%; seguida de Alemania de 0,8% a 1,2% y de Australia de 0,5% a 1,1% (Carreón, Blanes y García, 2018).

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su informe correspondiente a 2010, durante el periodo que va de 2000 a 2009, estima que las muertes posteriores a los 30 días de ingreso al hospital pasaron de 8.3 a 4.1 en promedio por cada 100 casos para los países integrantes (Martínez, Anguiano y García, 2018).

En los casos relacionados con asma, el promedio de la OCDE es de 51 casos por cada 100 mil habitantes mayores de 15 años. México ocupa el penúltimo sitio con 19 casos (Elizarraráz, Molina, Quintero, Sánchez y García, 2018).

Por consiguiente, la problemática de salud ocupacional supone:

- 1) diferencias entre culturas dominantes y culturas migrantes;
- 2) el reflejo de tales diferencias en cuanto al servicio de salud en general y ocupacional en particular;
- 3) un sistema de adherencia al tratamiento que está en función de valores, creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de profesionistas de la salud y del auto-cuidado;
- 4) la respuesta de los adultos mayores con respecto a su entorno económico, político, social y cultural que se refleja en el soporte familiar, la calidad de su atención y las políticas de salud (Espinosa, Sánchez y García, 2018).

Modelos de salud ocupacional

La psicología de la salud en general, y la psicología ocupacional en particular, han establecido el Modelo de Demanda, Control y Soporte Social (MDCS) y el Modelo de Desbalance, Esfuerzo y Recompensa (MDER) para establecer los factores de riesgo cardiovascular, cerebro-vasculares y cardiopatía isquémica sobre los trastornos musculoesquelético, estrés, ausentismo, accidentes, conflictos, insomnio, depresión y ansiedad (García, 2018).

La psicología organizacional ha estudiado los efectos de las demandas laborales sobre la salud ocupacional de trabajadores. A partir del Modelo de Demanda, Control y Soporte Social (MDCS) y el Modelo de Desbalance, Esfuerzo y Recompensa (MDER) ha establecido las relaciones de dependencia entre los factores de riesgo laboral y enfermedades, accidentes, conflictos y trastornos relacionados con el deterioro de la salud (Luceño, García, Rubio y Díaz, 2004).

El MDCS explica la relación entre el surgimiento del estrés con las demandas de la organización que son asimiladas como tareas excesivas por parte del trabajo con un nulo criterio de control de sus capacidades y esfuerzo. Una intensificación del ritmo laboral, exigencia de productividad, políticas contradictorias, conflictos, interrupciones determinan el auto-control; capacidades, habilidades, conocimientos, negociación del trabajador, así como accidentes o enfermedades (Fernández, Fernández y Siegrist, 2005).

El MDER advierte una relación asimétrica entre demandas y auto-control al considerar que las recompensas –rol, estatus, salario, reconocimiento– están en función de su esfuerzo, dedicación y productividad. El estrés emerge cuando la demanda, el esfuerzo y la recompensa son asimétricas (Gómez y Llanos, 2014).

Estudios de la salud ocupacional

La Tabla 1 muestra los estudios psicológicos de la adherencia al tratamiento muestran que la condición minoritaria está asociada a una baja adherencia al tratamiento de enfermedades respiratorias en general y del asma en particular (Tao et al., 2008)

Tabla 1. Estudios de la salud ocupacional

<i>Año</i>	<i>Autor</i>	<i>Resultados</i>
1996	Salgado, et. al,	Asociaciones positivas y significativas entre las dimensiones del clima y las dimensiones de la satisfacción laboral.
1998	Glisson & Hemmelgard	Las variables sociodemográficas incidieron sobre el clima organizacional ($\beta = -.24$; $p .05$) El clima influyó negativamente sobre los resultados del servicio ($\beta = -.13$; $p .05$) y positivamente sobre la calidad del servicio ($\beta = .12$; $p = .05$).
1999	Wallace, et. al,	El clima de conflictos y tareas correlacionaron con la cultura organizacional (r respectivas de .31 y .34 con significancia menor a .010). Los climas de conflicto correlacionaron negativamente con los valores organizacionales; eficiencia, efectividad, elitismo, apertura, justicia, oportunidad, poder y endogrupos. El clima de cooperación correlacionó positivamente con cada

		uno de los valores.
2000	Neal, et. al,	L clima organizacional influyó en el clima de seguridad ($\beta = .54$), el clima de seguridad sobre el conocimiento de seguridad ($\beta = .58$), el conocimiento de seguridad sobre los procedimientos de seguridad ($\beta = .35$) y sobre la participación de seguridad ($\beta = .28$), el clima de seguridad sobre la motivación de seguridad ($\beta = .43$) y sobre la participación de seguridad ($\beta = .23$), la motivación de seguridad sobre los procedimientos de seguridad ($\beta = .57$) y sobre la participación de seguridad ($\beta = .29$).
2002	Nystrom, et. al,	El tamaño de la organización influyó en la innovación ($\beta = .65$),
2004	Cooper & Phillips	<p>Establecieron diferencias significativas pre post test entre experiencias de seguridad con respecto a manejo de actitudes ($F = 4.7$; $p = .01$), manejo de acciones ($F = 5.83$; $p = .01$), adiestramiento ($F = 2.66$; $p = .05$).</p> <p>Asimismo, establecieron diferencias entre los años de experiencia laboral con respecto a manejo de actitudes, nivel de riesgo, manejo de acciones, trabajo en equipo, adiestramiento y comisión (F respectivas de 5.37, 6.09, 2.97, 6.71, 3.85 y 2.85 con $p = .05$).</p> <p>Diferencias entre accidentes de trabajo con respecto a riesgo, plaza y adiestramiento (F respectivas de 8.51, 4.14 y 3.50 con $p = .05$).</p> <p>Finalmente, encontraron diferencias entre funcionamiento de departamentos con respecto a manejo, riesgo, acciones, plaza y adiestramiento (F respectivas de 7.36, 16.40, 3.62, 3.46 y 2.83 on $p = .01$)</p>
2006	Castro	Diferencias significativas entre civiles y militares con respecto a cada una de las cuatro dimensiones de liderazgo (t respectivas de 2.62, 5.12, 2.20 y 11.17 con $p = .05$). La cultura influye en el liderazgo ($\beta = .35$; $p = .05$)
2006	Hermosa	El factor de agotamiento y cinismo correlacionaron negativamente con la satisfacción laboral ($r = -.554$; $p = .05$ y $r = -.232$; $p = .05$)
2007	Amram & Kusbramayanti	El liderazgo autoritario determina la satisfacción laboral ($\beta = .40$; $p = .05$).
2007	Castro y Benatuil	Diferencias sinificativas entre liderazgo transformador, transaccional y libre (F respectivas de 16.56, 317.53, 54.03 con significancia menor a .010)
2007	Mañas, et. al,	El sexo, la satisfacción laboral y de vida son predictores del compromiso organizacional
2007	López, et. al,	Los factores intrínsecos en el trabajo, la identificación psicológica, el sentimiento de deber obligación y la interacción entre los logros con la identificación determinaron a la satisfacción ($\beta = -.391$, $F = 21.561$; $R^2 = .165$ primer modelo $\beta = .314$, $F = 40.009$; $R^2 = .33$ segundo modelo $\beta = -.229$ y $\beta = -.587$; $F = 16.887$; $R^2 = .337$ tercer modelo)
2008	Alonso	Estableció diferencias entre los sexos masculino y femenino ($t = (78) 2,259$; $P = .027$). y diferencias significativas entre rangos de edad ($F_{(2,27)} = 4,04$; $p = .021$) para condiciones físicas y ($F_{(2,77)} = 3,41$; $p = .018$)
2008	Saavedra y Vallata	Diferencias entre sexos masculino y femenino en torno a su nivelde resiliencia ($t = .73$)

2008	Paris y Omar	<p>La satisfacción correlacionó negativamente con estrés, desadaptación y resignación ($r = -.41$, $r = -.31$ y $r = -.24$ con significancia menor de .010 respectivamente. En contraste, correlacionó positivamente con resolución y distanciamiento ($r = .38$ y $r = .23$ con significancia menor a .05 para cada una).</p> <p>Las fuentes extrínsecas de insatisfacción determinaron negativamente a la satisfacción ($\beta = -.40$; $p = .010$). por el contrario, las horas y la intención de permanecer influyeron positivamente sobre la satisfacción laboral ($\beta = .40$ y $\beta = .26$; $p = .001$)</p>
2009	Castro & Martins	<p>La satisfacción laboral se relacionó positiva y significativamente con los factores de información tecnológica; inmediatez, transformación, diversidad, crecimiento, ajuste, bienestar y clima (r respectivas de .66, .54, .68, .48, .59 y .42 con significancia menor a .010)</p>
2009	León, et. al,	<p>La resiliencia correlacionó negativamente con el factor de agotamiento emocional y el factor de neuroticismo ($r = -.29$ y $-.49$; $p = .010$ respectivamente) y positivamente con extraversión, apertura, amigabilidad, conciencia y edad (r respectivas de .45, .49, .35, .50 y .17 con $p = .010$).</p>
2009	Peña	<p>Demostró diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto a tres dimensiones de resiliencia; fortalezas, apoyo y habilidades.</p>
2009	Tejero y Fernández	<p>Asociaciones positivas entre los factores de la satisfacción laboral. La dimensión de profesorado correlacionó con la familia ($r = .424$; $p = .010$).</p> <p>Establecieron el ajuste de la estructura factorial en cada una de las cuatro submuestras de directivos, primarias, públicas y privadas</p>
2009	Vecina, et. al,	<p>La satisfacción laboral incidió en el tiempo real de permanencia a través de la intención ($\beta = .423$ y $\beta = .288$ respectivamente) ajuste de 8.9; % grados de libertad; significancia de .151; GFI = .995; AGFI = .986; RMR = .055; RMSEA = .030; NFI = .978; IFI = .991; CFI = .991</p>
2009	Velázquez y Montgomery	<p>Demostraron diferencias significativas respecto a autoconfianza y optimismo (X^2 respectivas de 34,349 y 18.067 con significancia menor a .010)</p>
2010	Yáñez, et. al,	<p>Las relaciones interpersonales con los jefes de área inciden en la satisfacción laboral de los trabajadores</p>
2010	Molero, et. al,	<p>Encontraron cuatro dimensiones del MLQ; Liderazgo Transformacional, Desarrollador, Correctivo y Evitador. Todos correlacionan positivamente (r respectivas de .90, .99 y .87) entre sí excepto por el factor evitativo (r respectivas de -.87, -.83 y -.78)</p>
2010	Moreno, et. al,	<p>Establecieron diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al nivel de ruido en el trabajo ($F = 9.329$; nivel de significancia de .003). la satisfacción de ocio, falta de estabilidad, eficacia profesional y cinismo fueron determinantes de la satisfacción laboral ($\beta = .508$; $R^2 = .248$; $F = 27.416$; $\beta = -.335$; $R^2 = .351$; $F = 22.688$; $\beta = .286$; $R^2 = .422$; $F = 20.472$; $\beta = -.192$; $R^2 = .445$; $F = 17.042$ en hombre respectivamente). Agotamiento, falta de estabilidad, tiempo de ocio y control estricto ($\beta = -.550$; $R^2 = .293$; $F = 33.809$; $\beta = -.248$; $R^2 = .335$; $F = 20.871$; $\beta = .211$; $R^2 = .364$; $F = 16.080$; $\beta = -.187$; $R^2 = .391$; $F = 13.694$ en mujeres respectivamente)</p>

2010	Chiang, et. al,	Establecieron una asociación negativa y significativa entre la antigüedad laboral y la satisfacción con la remuneración ($r = -.83$; $p = .01$). Asimismo, encontraron una relación negativa y significativa entre la satisfacción con las oportunidades de desarrollo y la orientación al logro ($r = -.087$; $p = .05$). Finalmente, encontraron que la satisfacción con la forma de reconocimiento está vinculada negativa y significativamente con la orientación al cliente ($r = -.094$; $p = .05$)
2010	Méndoza, et. al,	El factor de compromiso correlacionó con la orientación al cliente, sugerencias, reconocimiento y formación ($r = .29$, $r = .29$; $r = .34$ y $r = .23$ todos con un nivel de significancia menor a $.05$)
2010	López, et. al,	La satisfacción laboral se relacionó negativamente con todas y cada una de las dimensiones del mobbing. Sólo el rol, liderazgo y apoyo correlacionaron positivamente con los tres factores de la satisfacción laboral. El Número Total de Estrategias de Acoso influyó directa, negativa y significativamente sobre la supervisión y las prestaciones ($\beta = -.56$; $R^2_{ajustada} = .31$; $p = .010$; $\beta = .63$, $R^2_{ajustada} = .40$, $p = .010$). El índice Global de Acoso Psicológico determinó negativa y significativamente al ambiente físico ($\beta = .64$, $R^2_{ajustada} = .41$; $p = .010$).
2010	Omar	Asociaciones significativas entre liderazgo, confianza y satisfacción laboral. El género, la antigüedad y el liderazgo afectaron a la satisfacción a través de la confianza ($\beta = -.136$; $\beta = .197$; $\beta = .421$ respectivamente y $\beta = .510$ para confianza; $R^2_{ajustada} = .447$; $F = 7146$; 7 grados de libertad y significancia menor a $.01$)
2011	Adenike	La satisfacción laboral se relacionó con el clima organizacional ($r = .66$; $p = .010$)
2011	Celik, et. al,	La confianza organizacional y el síndrome del exceso de trabajo afectaron indirectamente al desempeño organizacional a través del desvío interpersonal. ($\beta = -.25$ y $\beta = .29$; $p = .010$)
2011	Rodríguez, et. al,	La satisfacción laboral influyó en el desempeño organizacional ($\beta = .46$; $p = .000$) y en el rendimiento y la productividad ($\beta = .68$; $p = .000$)
2012	Anwar & Norulkamar	El compromiso laboral se relacionó positivamente con el liderazgo, el desempeño y la satisfacción (r respectiva de $.105$, $.433$, $.431$ y $.281$; $p = .05$). El compromiso determinó el desempeño laboral ($\beta = .105$; $p = .05$) y la satisfacción ($\beta = .43$; $p = .05$) El liderazgo transformacional y transaccional con el desempeño laboral ($\beta = .152$ y $\beta = .107$; $p = .05$), la satisfacción ($\beta = .603$ y $\beta = .305$; $p = .001$) y al compromiso ($\beta = .431$ y $\beta = .281$; $p = .001$).
2012	Figuereiro, et. al,	La satisfacción se relacionó negativa y significativamente con el agotamiento ($r = -.45$; $p = .01$) y positivamente con la despersonalización y la realización ($r = .29$; $p = .01$ y $r = .23$; $p = .01$ respectivamente). Finalmente, llevaron a cabo regresiones lineales jerárquicas en donde encontraron que la satisfacción determinaba al burnout ($\beta = .71$; $R^2 = .480$)
2012	Tayo y Adeyemi	Correlacionaron al compromiso organizacional con el desempeño laboral ($r = .075$; $p = .05$).

Fuente: Elaboración propia

Bartlett et al. (2004), encontraron que la depresión por cuestiones económicas, sociales o afectivas en las mamás de niños migrantes con asma está asociada negativamente y significativamente al uso del inhalador y la ingesta del medicamento contra la enfermedad. Si bien la relación entre depresión materna y adherencia al tratamiento del asma no fue establecida directamente sino sólo indirectamente a través de las creencias y actitudes, la condición de exclusión fue un factor determinante de la salud ocupacional que se diseminó en el uso del medicamento y dispositivo contra el asma.

La adherencia al tratamiento, al estar vinculada a estatus migratorios y depresiones emocionales, está mediada por la consulta médica. Una frecuencia mayor de consultas explica la adherencia al tratamiento (Corsico et al., 2007).

Es decir que el estatus migratorio explica el manejo de un idioma diferente al de la cultura de origen, un uso deficiente de la lectura y la escritura, así como una disposición negativa a los derechos de servicios de salud y la adopción de estilos de vida saludables que inhiben la consulta médica y repercuten en la continuidad del tratamiento (Hernández, Carreón, Bustos y García, 2018).

Kaptein et al. (2008) llevaron a cabo un meta análisis en torno a las percepciones de la enfermedad y encontraron que existe una tendencia desfavorable al uso de dispositivos - inhaladores- para el tratamiento del asma. Sugieren que las intervenciones biomédicas y psicológicas, al orientarse en el cambio de percepción de riesgo a utilidad de los medicamentos y dispositivos, incrementarán la adherencia al tratamiento.

En este sentido, la percepción de riesgo ha sido asociada al tipo de empleo que, en el caso de los migrantes, es más riesgoso que el de los oriundos. En consecuencia, la adherencia al tratamiento no sólo depende de la utilidad que la cultura dominante le atribuye a los medicamentos y dispositivos contra el asma, sino además a los atributos que la comunidad médica asocia con los valores y normas de migrantes.

Kardas, Lewel y Strzondala (2015) evidenciaron las diferencias culturales entre pacientes de asma al demostrar que la ignorancia y la desesperanza inciden sobre la adherencia al tratamiento. De este modo, el sistema de atención social, al estar diseñado para el servicio de una cultura de derechos a la salud, excluye a las comunidades migrantes.

Sin embargo, Melton et al., (2014) encontraron una relación espuria entre la alfabetización médica y la adherencia al tratamiento. Además, plantean que el efecto de la consulta médica sobre la adherencia se llevó a cabo a partir de tres diferencias: a) información deseada e información recibida; b) ensayos de aciertos frente a ensayos de error; c) expectativas de pacientes y expectativas de médicos.

Los determinantes de la adherencia al tratamiento serían: 1) virtudes y estilos de vida, 2) tradiciones y valores culturales, 3) creencias en torno a información biomédica; 4) conocimientos de medicamentos y dispositivos; 5) normas sociales de aculturación, multiculturalismo o interculturales; 6) actitudes o disposiciones hacia el tratamiento del asma, medicamentos, dispositivos y profesionistas; 7) motivación al logro del tratamiento exitoso y 8) adherencia al tratamiento (Sánchez, Hernández, Martínez, Villegas y García, 2018).

Sin embargo, la salud ocupacional también estaría influida por el entorno y el contexto político, ya que la contienda electoral está permeada de estímulos económicos relativos a la salud ocupacional mediante el otorgamiento de apoyos a los adultos mayores, becas a estudiantes, despensas a madres solteras, que se suman a las promesas de campaña vinculadas al bienestar de

los grupos vulnerables, marginados o excluidos.

En el caso de los adultos mayores, éstos han sido blanco de estrategias de captación de voto mediante el registro de casos en los que el Estado busca resarcir el pago de pensiones, fondos de retiro y ahorro. O bien, si se trata de casos de empleo informal, el apoyo económico mensual a la tercera edad es otro instrumento de proselitismo electoral que se intensifica conforme la contienda se desarrolla y los comicios se aproximan (García, Carreón y Bustos, 2017).

Es así como la salud ocupacional se distancia de la adhesión al tratamiento, el soporte social, la recompensa laboral, el esfuerzo personal, la demanda familiar, el autocuidado y el autocontrol para establecer la regulación de estrategias mediáticas de captación de adherentes, simpatizantes y votantes de los partidos y candidatos involucrados en los comicios locales, estatales y federales.

En este escenario, las demandas políticas generan una intensificación de mensajes a favor o en contra de candidatos a la alcaldía, la presidencia o el senado. Se trata del establecimiento de temas tales como la salud, el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores con la finalidad de incidir en sus preferencias y decisiones de voto.

Sin embargo, la psicología social ha estudiado el fenómeno de proselitismo electoral sobre las audiencias, encontrando que la recepción de mensajes genera disposiciones en contra y a favor de candidatos. Es decir que los medios de comunicación generan una agenda con base en temas relacionados con la salud de grupos vulnerados, incidiendo en sus intenciones a través de emociones y en sus acciones mediante la desesperanza que supone la exclusión de los adultos mayores. En ese sentido, un sentimiento de indefensión es reorientado por las campañas políticas como una esperanza de vida al ser tomados en cuenta por un candidato o partido político como simpatizante y votante potencial (Carreón, 2016)).

Tal fenómeno ha sido abordado desde el establecimiento de una agenda narrativa, posicionamiento evocativo y procesualismo simbólico como efectos de las campañas electorales en la soledad y desesperanza de adultos mayores con respecto a su salud personal y ocupacional (García, 2017).

El establecimiento de una agenda narrativa devela los temas de interés político que los medios de comunicación difunden con la intención de que los adultos mayores apoyen a un candidato político al opinar acerca de sus estrategias relativas a su bienestar personal, su salud y ocupación (García, Carreón y Hernández, 2017).

Una vez que se ha establecido la agenda de salud ocupacional, las campañas políticas generan posicionamientos discursivos que pueden ser observados en los discursos de los adultos mayores al recordar a las personas o grupos que les advertían sobre su empleo y ocupación en el futuro. En ese sentido, se trata de atribuciones de cuidado a personas, grupos e instituciones que los adultos mayores no sólo identifican y reconocen sino, además están dispuestos a apoyar.

Por último, el establecimiento de la agenda narrativa de salud ocupacional de los adultos mayores y el posicionamiento en contra o a favor de los mismos adultos mayores con respecto a quienes los cuidan, genera un procesualismo simbólico. Se trata de una serie de opiniones negativas o positivas respecto a estrategias, instrumentos y sucesos que determinaron su actual situación económica y ocupacional (Carreón et al., 2017).

Si el establecimiento de una agenda narrativa incluye a la salud ocupacional como tema central para que los adultos mayores opinen al respecto y asocien este tema con la ayuda o apoyo económico que reciben directa o indirectamente por parte de sus gobernantes, repercutiendo en sus

intenciones de voto, entonces el posicionamiento discursivo consistirá en atribuir soluciones a los candidatos, partidos o gobernantes que asocian con su situación ocupacional. De este modo, el procesualismo simbólico consistirá en cuestionar la relación entre las campañas políticas de salud ocupacional de candidatos con su situación económica y laboral.

El presente trabajo se propuso discutir los límites de los modelos psicológicos de salud ocupacional en la coyuntura electoral de una localidad del centro de México. Se realizó un estudio transversal, exploratorio y cualitativo con una selección no probabilística de 7 migrantes de la tercera edad que acudieron a centros de salud de agosto 2015 a abril de 2016 para consulta médica en las localidades de Huehuetoca, Teoloyucan y Coyotepec del Estado de México. Se encontró que las narrativas, los posicionamientos y los procesualismos giran en torno al Estado como administrador de fondos para el retiro.

Por consiguiente, la pregunta que guía la presente investigación es: ¿cuáles son las oraciones discursivas que reflejan el establecimiento de una agenda ocupacional, un posicionamiento evocativo y un procesualismo simbólico en adultos mayores de diferentes estratos sociales, situacionales y ocupacionales del centro de México?

Método

Se llevó a cabo un estudio no experimental, transversal, exploratorio y cualitativo.

Se realizó una selección no probabilística de 7 adultos mayores del Estado de México en las localidades de Huehuetoca, Teoloyucan y Coyotepec. Se consideró pertinente encuestar a quienes asistieron a los centros de salud durante el periodo que va de agosto de 2015 a abril de 2016 (véase Tabla 1).

Tabla 1. Descriptivos de la muestra

Participante	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Ingreso
Adulto mayor asilado	Femenino	68	Viudez	Preparatoria	Sin ingreso
Adulto mayor desocupado	Masculino	65	Separado	Secundaria	Sin ingreso
Adulto mayor abandonado	Masculino	66	Separado	Primaria	Sin ingreso

Fuente: Elaborada con los datos del estudio

Se construyó una guía de entrevista con base en la literatura consultada la cual incluyó preguntas relativas a:

1. *Agenda narrativa*. Refiere a la influencia de temas establecidos en los medios de comunicación y su repercusión sobre la opinión de personas de referencia o grupos de pertenencia.

2. *Posicionamiento evocativo*. Refiere a los recuerdos, anécdotas o artefactos asociados a la recepción de información y atribuidos a discursos de personas de referencia o grupos de pertenencia.
3. *Procesualismo simbólico*. Refiere a la necesidad, procesamiento, cuestionamiento y difusión de información relativa a la emancipación de o reivindicación de personas de referencias o grupos de pertenencia.

La guía de entrevistas incluyó preguntas tales como: ¿Cuál es el medio que utiliza para estar informado acerca de la salud, la juventud y la vejez? ¿Cuál es la información relacionada con la salud, la juventud y la vejez que más le llamo la atención en la última semana? ¿Cuál es el papel que los medios de comunicación le atribuyen al gobierno, los profesionistas –médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas–, su familia y a usted con respecto a la salud, la juventud y la vejez? ¿Cuáles son las estrategias que el gobierno debe seguir para que la salud de jóvenes y viejos mejore?

Se utilizaron matrices de análisis de contenido para vaciar y seleccionar extractos discursivos conforme a las categorías establecidas a fin de poder elaborar los esquemas discursivos.

Se utilizó la técnica Delphi para la homogenización de las palabras incluidas en los reactivos. Se garantizó el anonimato de las respuestas por escrito y se advirtió que los resultados del estudio no afectarían ni negativamente ni positivamente el estatus ambulatorio o a estancia de la persona entrevistada. Las entrevistas se realizaron en los centros de salud.

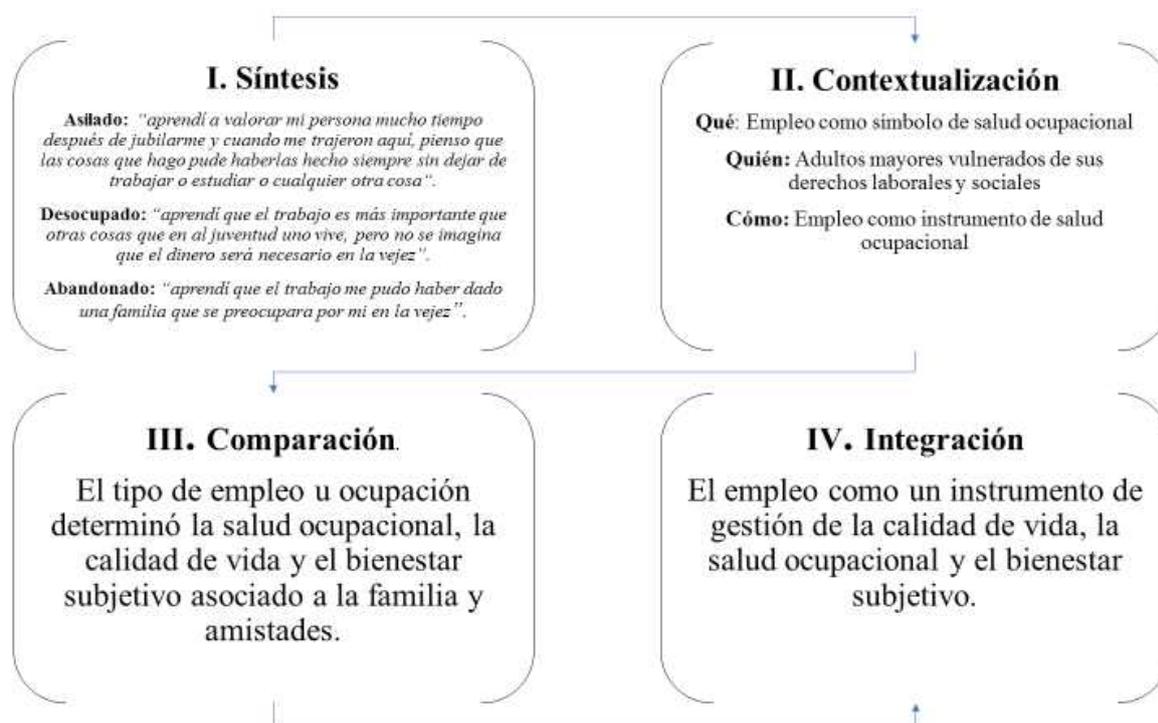
La información se procesó en el Paquete de Análisis Cualitativo (QDA por su acrónimo en inglés, versión 4,0).

A partir de las categorías de agenda narrativa, posicionamiento evocativo y procesualismo simbólico se analizaron los discursos de los entrevistados con respecto a la salud ocupacional y la contienda electoral. Se utilizó la técnica de síntomas para relacionar los extractos discursivos en torno a las tres categorías con la finalidad de inferir los significados de los extractos discursivos.

Resultados

La Figura 1 muestra que los discursos en torno al empleo y la salud ocupacional de la muestra de adultos mayores entrevistados parecen estar entrados en las categorías de agenda narrativa, posicionamiento evocativo y procesualismo simbólico. En cada una de las categorías se incluye temas tales como: pensión, afore, seguro popular, gobierno, Internet, jubilación, vejez, trabajo, accidente, familia, educación, administración y juventud.

Figura 1. Interpretación de discursos en torno al empleo y la salud ocupacional



Fuente: Elaborada con los datos del estudio

En el caso del establecimiento de la agenda narrativa, está centrada en las pensiones, seguro popular y administración de ahorro para el retiro, pero si se considera la fuente del establecimiento de la agenda narrativa, entonces la prensa y la televisión están vinculadas a las opiniones de adultos mayores con un mayor estatus económico respecto a quienes están desempleados o desocupados y que su fuente de información es Internet y la radio.

Es decir que el establecimiento de la agenda en televisión y la prensa supone una audiencia con ingresos económicos que le permiten estar informados y al tener una creciente necesidad de información, dependerían del establecimiento de una agenda centrada en las pensiones.

En el caso del posicionamiento evocativo, al centrarse en el trabajo durante la juventud como una antecedente de la pensión considerada una recompensa en la vejez, devela recuerdos y atribuciones de los entrevistados que estarían orientadas y dirigidas hacia la salud laboral en la juventud como antecedente de una salud ocupacional en la vejez.

El posicionamiento evocativo devela el vínculo estrecho entre la juventud y el trabajo y la vejez y la pensión, misma relación en la que el Estado jugaría un papel importante como administrador de los fondos de retiro, como compensador de quienes no tuvieron un empleo formal y como una fuente de ingreso para quienes están abandonados o no cuentan con un soporte familiar.

En el caso del procesualismo simbólico, las atribuciones de responsabilidad se dirigen hacia el

gobierno, pero a la vez existe un reconocimiento de que en la juventud los adultos mayores entrevistados definieron su situación económica actual. Esto es así porque asumen que el Estado es un administrador de fondos de ahorro para el retiro, o bien un gestor de apoyos a quienes no cuentan con el soporte familiar.

En síntesis, los extractos discursivos indican que existe un establecimiento de agenda centrada en la juventud y la vejez cuyas diferencias se observan en el trabajo formal que permite el otorgamiento de pensiones gracias a la administración del Estado. O bien, el otorgamiento de apoyos gracias a la beneficencia del gobierno. Llama la atención que quienes tuvieron, o cuentan con un empleo formal, apoyan la idea de que el Estado es un administrador de su dinero, pero en el caso de quienes han estado desempleados, desocupados o se sienten abandonados, el gobierno es el responsable de su incapacidad de aprendizaje de un oficio o incapacidad de ahorro.

Es posible observar que los medios de comunicación han establecido una agenda que legitima la desesperanza de los adultos mayores al no haber aprovechado las oportunidades en su juventud, pero también legitima el apoyo a quienes no tuvieron un empleo formal que les asegure un fondo de dinero para su vejez. En ambos casos, el Estado toma en cuenta a los adultos mayores que la sociedad excluye por el hecho de considerar que se trata de personas con capacidades, habilidades y conocimientos anacrónicos.

Discusión

La salud ocupacional, en tanto resultado del aprendizaje de capacidades para el aprovechamiento de oportunidades de empleo y ahorro para el retiro, es un tema central en la agenda de las personas entrevistadas. Esa es la principal contribución del presente trabajo a la literatura especializada.

Sin embargo, la psicología que estudio el fenómeno de exclusión económica, política y social de los adultos mayores a través de los modelos de salud ocupacional no ha explicado la prevención de enfermedades y accidentes, así como la adhesión al tratamiento o la rehabilitación de trabajadores accidentados o enfermos con respecto a su prospectiva de vejez, retiro y jubilación-pensión.

Los modelos que explican las asimetrías entre demandas y recursos, oportunidades y capacidades, requerimientos y esfuerzos, sanciones y recompensas en el ámbito ocupacional, no consideran ni toman en cuenta siquiera la situación futura de los jóvenes que no tienen un trabajo estable y por consiguiente no ahorrarán para su retiro y manutención de su vejez.

Conclusión

En ese sentido, el presente trabajo ha evidenciado:

- 1) la salud ocupacional más allá de la organización o institución laboral, la juventud y la prevención de enfermedades y accidentes;
- 2) la relación estrecha entre la salud ocupacional con el retiro laboral, la pensión económica o el soporte familiar en la vejez;
- 3) el vínculo entre salud ocupacional con el contexto político electoral.

No obstante, los resultados del presente trabajo sólo se limitan a los siete adultos mayores entrevistados y las temáticas abordadas a través de la guía de entrevista y la matriz de análisis

discursivo. Por consiguiente, se recomienda:

- a) profundizar en las representaciones sociales de los adultos mayores con respecto a los temas de salud que se difunden en los medios de comunicación;
- b) contrastar las representaciones sociales con sus experiencias de apoyo a la tercera edad, pensiones y demás ingresos o prestaciones que el gobierno otorgue o difunda en la contienda electoral;
- c) elaborar un instrumento para medir las representaciones sociales de la salud ocupacional;
- d) establecer la confiabilidad y la validez del instrumento;
- e) contrastar el modelo de trayectorias de relaciones entre las categorías y variables relativas al establecimiento de agenda, el posicionamiento evocativo y el procesualismo simbólico.

Referencias

Bartlett, S., Krishnan, J., Riekert, K., Butz, A., Malveaux, F. y Rand, C. (2004). Maternal depressive symptoms and adherence to therapy in inner city children with asthma. *Pediatrics*, 113 (2), 229-237 [DOI: 10.1542/peds.113.2.229]

Carreón, J. (2016). *Desarrollo Humano: Gobernanza y Emprendimiento Social*. México: UNAM-ENTS

Carreón, J., Blanes, A. V. y García, C. (2018). Confiabilidad y validez de un modelo de gobernanza de la seguridad pública. *Sin Frontera*, 11 (27), 1-43

Carreón, J., Blanes, A. V. y García, C. (2018). Redes de violencia en torno a la gobernanza de la seguridad pública. *Ciencias Sociales*, 4 (2), 60-65

Carreón, J., Hernández, J., Bustos, J. M. y García, C. (2017). Políticas de fomento empresarial y sus efectos sobre las percepciones de riesgo en caficultores de Xilitla, San Luis Potosí, centro de México. *Poiesis*, 32, 33-57

Corsico, A., Cazzoletti, L., Janson, R., Jarvis, D., Zola, M., Bugiani, M., Accordini, S., Villani, S., Marinoni, A., Gislason, D., Gulsvik, A., Pin, I., Vermeire, P. y Cerveri, I. (2007). Factors affecting adherence to asthma treatment in an international cohort of young and middle aged adults. *Respiratory Medicine*, 101, 1363-1367 [DOI: 10.1016/j.rmed.2006.11.012]

Elizarraráz, G., Molina, H. D., Quintero, M. L., Sánchez, R. y García, C. (2018). Discursos en torno a la lucidez organizacional en las alianzas estratégicas y las redes de conocimiento entre mipymes caficultoras del centro de México. *Margen*, 88, 1-11

Espinosa, F., Sánchez, A. y García, C. (2018). Modelo de gestión del conocimiento en caficultoras del centro de México. *Atlante*, 2, 1-13

Fernández, A., Fernández, E. y Siegrist, J. (2005). El trabajo y sus repercusiones en la salud. El modelo desequilibrio-esfuerzo-recompensa. *Calidad Asistencial*, 20 (3), 165-170

García, C. (2017). Los estudios psicológicos del establecimiento de agenda. Especificación y

discusión de un modelo de identidad conformista versus cooperativista. *Nomadas*, 50, 1-18

García, C. (2018). Contrastación de un modelo de cultura organizacional en universidades públicas del centro de México. *Nómadas*, 4, 1-17

García, C., Carreón, J. y Bustos, J. M. (2017). Los estudios de la migración laboral: estructura factorial exploratoria del estigma laboral. *Eureka*, 14 (1), 1-16

García, C., Carreón, J. y Hernández, J. (2017). Límites de los modelos de salud ocupacional. estudio de adhesión al tratamiento del asma en trabajadores migrantes adultos mayores del Estado de México. *Visión Gerencial*, 16 (1), 103-118

Gómez, V. y Llanos, A. (2014). Factores psicosociales del origen laboral, estrés y morbilidad, en el mundo. *Psicología desde el Caribe*, 31 (2) 354-385

Hernández, J., Carreón, J., Bustos, J. M. y García, C. (2018). Modelo de cibercultura organizacional en la innovación del conocimiento. *Visión Gerencial*, 18 (2), 1-20

Kaptein, A., Hughes, B., Sharloo, M., Fischer, M., Sinoel, L., Weiman, J. y Rabe, K. (2008). Illness perception about asthma are determinants of outcome. *Journal of Asthma*, 45, 459-464 [DOI: 10.1080/02770900802040043]

Kardas, P., Lewel, P. y Strzondala, M. (2015). Adherence to treatment in asthma and COPD patients in their doctor assessment. *Pneumologia I Alergia Polska*, 83 (6), 436-444 [DOI: : 10.5603/PiAP.2015.0072]

Luceño, L., García, J., Rubio, S. y Díaz, E. (2004). Factores psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. *Edupsyche*, 3 (1), 95-108

Martínez, E., Anguiano, F. y García, C. (2018). Governance of social work towards a network of violence. *Social Science Learning Educational Journal*, 3 (6), 1-3

Melton, C., Graff, C., Norlin, G., Brown, L. y Bailed, J. (2014). Health literacy an asthma management among African-American adults: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Asthma*, 51 (7), 703-713 [DOI: 10.3109/02770903.2014.906605]

Sánchez, A., Hernández, T. J., Martínez, E., Villegas, E. y García, C. (2018). Cultura organizacional en microempresas activadoras del desarrollo local. *Margen*, 89, 1-10

Tao, L., Bilderback, A., Bender, B., Wambolt, F., Turner, C., Rand, S. y Bartlett, S. (2008). Do asthma medication beliefs mediate the relationships between minority status and adherence to therapy? *Journal of Asthma*, 45, 33-37 [DOI: 10.1080/02770900701815552]