

IMPLICACIONES POLÍTICAS DEL DESEMPLEO Y DEL EMPLEO PRECARIO SOBRE LA SALUD EN VENEZUELA, PERÍODO 2000-2007.

María A. Uzcátegui Moncada

Resumen

El objetivo consistió en estudiar la relación existente entre la situación laboral y la salud en una muestra de sujetos. El método fue el normativo y behaviorista de la ciencia política, de los métodos histórico, descriptivo y analítico-estadístico. Los resultados describen el comportamiento del individuo medio frente al fenómeno del desempleo, evaluando el avance que, en la calidad de vida de los venezolanos, han producido las estrategias políticas adoptadas por el gobierno en el plano de la salud pública. Se concluye, entre otras cosas, que existe una relación positiva entre empleo precario y deterioro de la salud física y mental; en particular, en la generación de enfermedades como depresión, estrés y ansiedad.

Palabras clave: Desempleo, empleo precario, empleo, calidad de vida laboral, salud, políticas de salud pública y políticas saludables.

Abstract

Political implications of unemployment and precarious employment on health in Venezuela.

The main objective was to study the relationship between labour situation and health in a sample of persons. This study follows the Political Sciences search tools like the normative method and the behaviourist. It also uses the history, descriptive and analytic-statistical methods. The results describe the behaviour of average persons facing unemployment and evaluate the results of the political strategies adopted by the government in relation to public health. The conclusions include that there is a positive relationship between precarious employment and physical and mental health deterioration, especially the generation of diseases such as stress, depression and anxiety.

Key words: Unemployment, peccary employment, employment, labour quality of life, health, public health policies and healthy policies.

INTRODUCCIÓN.

Una preocupación del hombre en la actualidad está referida a la búsqueda de estabilidad laboral, la obtención de recursos para cubrir sus necesidades básicas y el desarrollo pleno de sus habilidades físicas e intelectuales. Condiciones socio-económicas tales como el empleo, la estabilidad o la pauperización del patrimonio familiar, la posibilidad de acceder a la educación, a la vivienda, a la jubilación y la calidad de sus condiciones se asocian con aspectos de la salud física y mental del individuo. (Wilkinson y Marmot 2004, WHO 2006).

La inactividad laboral, la amenaza de pérdida o la pérdida de la ocupación, generan sentimientos negativos en el individuo, estrés, baja autoestima, culpabilidad y preocupación constante por los recursos necesarios para la subsistencia. (OMS 1987). El desempleo y empleo precario son fenómenos comúnmente asociados a las recesiones económicas y a la pobreza.

El tema ha sido ampliamente estudiado (Lieberman 2005; Huerta 2004; López 2004). Sin embargo, dichas investigaciones enfocan el problema desde un punto ya económico, ya clínico, descuidando la relación que existe entre las condiciones de vida laboral y los efectos que éstas pueden ocasionar sobre la salud del sujeto que se enfrenta a una situación de desempleo o empleo precario.

La investigación de este problema resulta primordial para las ciencias sociales y para el diseño de políticas de salud pública y de políticas públicas saludables. La política de salud debe apoyarse sobre aportes científicos objetivos que consideren las condiciones fundamentales de vida y de trabajo de la población. Ejercer una actividad laboral va más allá de la subsistencia económica y la desocupación supone el riesgo de aparición de enfermedades y la alteración de la salud mental. Existe además la posibilidad que el ejercicio de una actividad laboral bajo condiciones de estrés, desencadene cierta patología. (OMS 1987). Esta investigación pretende determinar el impacto de las condiciones laborales sobre la salud de la población, específicamente, en cuanto al desarrollo de estrés y depresión. ¿Cómo influyen las condiciones laborales en el desarrollo de conductas no saludables?, considerándose como conductas no saludables el aislamiento del individuo de su grupo social, el caso del desempleo; y el incremento de consumo de sustancias dañinas, en el caso del empleo precario. Se revisan los resultados de las distintas políticas implementadas por el Estado para combatir la desocupación y la pobreza, tales el cooperativismo, las misiones bolivarianas y aquellas relacionadas con la salud de los sectores más desposeídos de la población venezolana.

Las hipótesis formuladas en esta investigación fueron: Primera: Existe una relación positiva entre empleo precario y deterioro de la salud física. Segunda: Existe una relación positiva entre desempleo y deterioro de la salud mental, en particular, depresión y estrés. Tercera: La situación de inseguridad laboral no necesariamente implica un incremento en el consumo de sustancias dañinas, como alcohol y cigarrillos. Cuarta: En Venezuela, el desempleo no necesariamente se acompaña de aislamiento, por parte del individuo, del resto del grupo social.

INDIVIDUO, EMPLEO Y SOCIEDAD.

Estatus social.

El nivel económico del individuo influye en las actitudes que éste tome frente al desempleo. La reacción que se tenga no será la misma en tanto que se trate de clases sociales desfavorecidas o de clases sociales pudientes.

Little (cit. por Álvaro 1989) observó que las personas desocupadas que padecían de mayores dificultades económicas, eran más propensas a considerar el desempleo como un acontecimiento negativo; en cambio, las que declaraban estar en situación económica más holgada, tendían a percibir el desempleo en forma más positiva. Estas diferencias son aún más evidentes entre los jóvenes (Enguita, cit. por Torregrosa et al. 1989). Condiciones socioeconómicas pobres durante la infancia y bajo nivel de instrucción, se encuentran directamente asociados con un elevado riesgo al desempleo (Bynner 1997). Todo ello provoca el deterioro del estatus y del prestigio social, un sentimiento de incapacidad personal, auto culpabilidad y modificaciones de la autoestima. (Álvaro 1989).

La pobreza y el estatus de desempleo se asocian con la posibilidad de enfermar rápidamente (Zlotnick y Cassanego 1992). Gelberg et al. 1999, analizaron las características socio demográficas de una muestra de 974 mujeres sin hogar, en Los Ángeles, y hallaron pobreza y desempleo en 87% de la muestra, esta población presentaba altas posibilidades de morbilidad, de sufrir agresiones físicas o sexuales y un alto índice de embarazos cuyos nacimientos exhibían, a su vez, un deficiente estado de salud.

La indigencia se encuentra directamente asociada con la desocupación y con un deficiente estado de salud mental. El indigente carece de incentivos y medios para iniciar un proceso activo de búsqueda de empleo. (Gupta 1995, Wenzel 1992). Indigencia y desempleo a largo plazo, han sido identificados como un factor estresante crónico, que deteriora la salud del sujeto afectado y de sus familiares. (Weiss 1997).

Género.

La tendencia general subraya una mayor frecuencia de síntomas depresivos entre varones desempleados que entre mujeres. (Ytterdahl y Fugelli 2000, Saarento et al. 2000). En general, las mujeres consideran como más negativa la situación de empleo precario que la de desempleo. (Winefield et al. 1991). En relación con la búsqueda activa de empleo, las mujeres muestran menor eficacia que los hombres (Hauenstein y Boyd 1994). Esta situación se ve agravada en el caso de mujeres mayores de 50 años (Cerruti 2006; Stronks et al. 1995, Winefield et al. 1991). Las probabilidades de conseguir un nuevo empleo tanto para hombres como para mujeres, dependen de las características concretas de la personalidad, de sus habilidades para la búsqueda de empleo, de la capacidad de aceptación de puestos de trabajo con menor sueldo y estabilidad, así como de factores medioambientales y demográficos (Gilberto 1997). El impacto del desempleo en el padecimiento de dolor psicológico o emocional, no difiere significativamente entre hombres y mujeres y las diferencias existentes se basan en el papel tradicional de asignación de roles dentro del grupo social (Macho 1993; Cerruti 2006).

Relaciones interpersonales.

Las dificultades laborales repercuten también en el ámbito familiar y social. En estos entornos tienen lugar una serie de procesos psicosociales cuyas manifestaciones se expresan por medio de altos niveles de tensión, desesperanza, incertidumbre y disminución general de la calidad de vida. La reacción de cada persona frente a una situación de desempleo puede ser muy variada y depende de su vulnerabilidad. Mientras que en unos el desempleo generará una pérdida de la confianza en sí mismo (Ytterdahl 1999; Jackson 1999; Briggs et al. 1987), para otros supondrá una prueba en la que se debe mantener y salvar la autoestima como mecanismo defensivo. (Boas 1986; Creed 1999). Los sujetos empleados presentan un nivel más alto de calidad de vida que los desempleados (Eggleton et al. 1999), aspecto muy importante para el logro del bienestar físico y mental del trabajador. El grado de satisfacción dependerá de la estabilidad laboral y organizacional que se le ofrezca al individuo (Briggs et al. 1987), es decir, de la *calidad de vida laboral*. Las condiciones de trabajo estresantes están en estrecha relación con la aparición de enfermedades cardiovasculares (Cullen et al. 1987). La introducción de nuevas tecnologías acarrea impactos en la vida de los trabajadores, provocando, en unos casos su exclusión y afectando, en otros, su bienestar psicológico (Briggs et al. 1987).

Realizando una síntesis de la bibliografía existente, nos fue posible elaborar un cuadro general de las

etapas emocionales o anímicas que el individuo atraviesa al quedarse sin su puesto de empleo: negación y aislamiento, enojo o culpa y depresión. La evolución de este proceso estaría signada por una concentración en el presente y en su situación actual; el individuo entraría en la fase de aceptación y autoanálisis, seguida de ansiedad y pesimismo y posteriormente de desesperanza, surgen auto reproches y sus repercusiones psicosomáticas. La persona siente vergüenza de mostrarse y se aísla. A esto se añade el sentimiento de incertidumbre respecto de sus medios de subsistencia y los de su familia. Los conflictos internos del individuo se proyectan sobre los miembros del grupo familiar.

Por último sobreviene el sentimiento de humillación. Ciertamente, la situación de desempleo genera una situación de pobreza material. El sujeto debe enfrentarse a situaciones que van, desde verse obligado a desempeñar un empleo precario, hasta pedir dinero prestado y eludir los pagos; o peor aún, llegar a la mendicidad, indigencia o delincuencia.

De allí la importancia del apoyo social que el individuo pueda recibir de su entorno o red social, tal como es definido por Trassera (En Ortega y Monasterio 1993). El apoyo social representa un factor *amortiguante* frente al riesgo de padecer algún tipo de desequilibrio o trastorno mental en situaciones estresantes (Stanfeld et al. 1991). Si el desempleado cuenta con una red social amplia y sólida, presentará mayores oportunidades de inserción o reinserción laboral. Los efectos serán más positivos, si se ofrece inmediatamente después de producida la pérdida del empleo (Shams 1993; Viinamaeki et al. 1993).

Relaciones familiares.

Como resultado de la inestabilidad económica derivada de la situación laboral, aparecen sentimientos de incertidumbre que favorecen los llamados efectos de “reacción en cadena” dentro del seno familiar (Voydanoff y Majka 1988). La pérdida del ingreso económico implica una restricción material que puede dar pie a conflictos (Lobo y Watkins 1995, Wheelock 1990). Sin embargo, el aumento de las tensiones no siempre se debe directamente al desempleo. Éste es más bien un factor que acentúa el tipo de las relaciones familiares existentes (García Rodríguez 1992, Komarosky 1940). La tensión familiar producida tras la aparición del desempleo parece ser más acusada cuando afecta a personas de bajo estatus y sometidas a un período de desempleo superior a seis meses. Flanagan (1990) y Christoffersen (1998), describen el tipo de interacciones que se establecen entre la situación laboral de los padres, el grado de integración familiar y el adolescente, quien tiende a presentar altos

niveles de conflictividad cuando sus padres se encuentran desempleados.

SITUACIÓN LABORAL Y BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL

La manifestación de patologías puede ser muy variable. Todo depende del grado de vulnerabilidad y de la personalidad del sujeto; pero puede afirmarse que entre situación laboral y salud, existe una relación significativa. Se ha demostrado que el desempleo y la desestabilización laboral pueden acarrear un conjunto de trastornos en el bienestar físico y mental del individuo que van, desde enfermedades cardiovasculares y depresivas hasta el desarrollo de conductas violentas y suicidas (OMS 1987). Inclusive, el sólo uso verbal del término “desempleo” o “despido”, como forma de amenaza hacia un operario que se halla aún en actividad laboral o que repentinamente se ve enfrentado a una situación de desempleo, es capaz de generar en éste trastornos físicos y psíquicos (OMS 1987).

Enfermedades cardiovasculares.

La ansiedad crónica, no por sí misma, pero sí en conjunción con un conjunto de factores asociados, resulta ser determinante en el desarrollo de una enfermedad cardiovascular. (Frieman y Booth-Kewley 1987). Los síntomas de hipertensión aparecen con más frecuencia entre desempleados, aumentando progresivamente conforme a su edad y siendo más fuertes entre en los que pueblan las áreas urbanas. (Ibrahim 1996, Lakka et al. 1996). Cuando la situación de desempleo se torna crónica, pueden aparecer síntomas ansiosos, relacionados con el funcionamiento cardiológico. También, un menor rendimiento general para el desarrollo de las de las actividades cotidianas. (Weiss 1997).

Trastornos psiquiátricos.

Un gran número de admisiones psiquiátricas de pacientes con trastornos mentales, coinciden en observar que, para el momento de su ingreso, éstos presentaban una situación de desempleo por largo tiempo. (OMS 1987). También se subraya que, en su mayoría, estos pacientes acostumbraban a vivir aislados. (Mok y Walter 1995).

En otro sentido, se demuestra que los sujetos que fueron incapacitados para el desarrollo de su trabajo habitual, por causa de enfermedad física, presentaban en general, un estado de salud mental más pobre que la de los desempleados. (Van der Horst et al. 1993). Al analizar la frecuencia del uso de los servicios sanitarios psiquiátricos, en una muestra compuesta por 172 sujetos, se apreció que, después de un año de desocupación, los desempleados manifestaban un peor estado de salud psicológica que aquellos sujetos

que habían vuelto a trabajar (Studnicka et al. 1991). La relación, aun cuando no siempre es directa, sugiere los efectos que la desocupación puede desencadenar sobre la salud.

Desarrollo de conductas hostiles.

Una de las formas en que suele expresarse el estrés es a través de conductas agresivas y hostiles, bien sea contra sí mismo, contra otra persona o contra objetos. Existe una multiplicidad de factores de riesgo relacionados con la manifestación de conductas violentas; y, la situación de desempleo puede resultar ser uno de ellos. En efecto, se ha demostrado que, en parte, la expresión de violencia se encuentra asociada con el estatus socio-económico del sujeto. Las relaciones entre desempleo, psicopatología y conducta delictiva, pueden ser estrechas si existen condicionantes favorecedoras a su expresión. (Wright y Kariya 1997; Ortega-Monasterio 1993; Kokko y Pulkkinen 2000).

Kepecs-Schlussel (1995) estudió las relaciones existentes entre el nivel intelectual, la intencionalidad y el hecho delictivo; apreciando que la mayoría de los agresores no finalizaban los estudios académicos secundarios y se hallaban desempleados al momento del crimen. Estas relaciones no implican, por supuesto, causalidad (Fox 1984).

Desempleo y suicidio.

El desempleo supone una variable importante en el intento o consumación del acto suicida. La vivencia psicológica y la experiencia negativa de la situación de inactividad, aunada a otras variables sociales y personales, pueden influir o incrementar el riesgo de este tipo de conductas. Este exceso es interpretado como una consecuencia del estado de salud relativo, cuyo deterioro aumenta debido a la conexión tan estrecha entre estrés psicosocial y desempleo (Iversen et al. 1987, Buffat 2000; Fergursson et al. 2001). El suicidio es uno de los factores responsables de los aumentos en los índices de mortalidad registrados en la población de desempleados (Fox 1984). Existe una estrecha relación entre el desempleo en jóvenes y suicidio. Un conjunto de variables favorecen la precipitación del suicidio: familia desestructurada, falta de apoyo social, pérdida de estatus social reconocido o atribuido, ingesta y abuso de sustancias tóxicas, entre otros (Morrell et al. 1998).

EL CASO VENEZOLANO.

López y Lander (2000) aportan datos alarmantes relativos al desmejoramiento de la calidad de vida de los venezolanos para el período 1979 y 1998. Los mismos indican una elevada tendencia a la disminución del empleo formal público, el cual, en vez de ser subsanado por la creación de empleos en el

sector privado de la economía, tiende, más bien, a ser subsanado mediante un incremento exacerbado del empleo informal. En cuanto al comportamiento de los ingresos del venezolano estimados en dólares, se indicó una disminución del 42,95% durante el mismo período (mientras que el ingreso promedio anual del venezolano, para 1979, era de 5.345 dólares/USA; en 1997 fue de 3.094 dólares/USA). Toda esta situación de deterioro fue corroborada por las cifras de pobreza extrema que, para el año 1997, resultaron ser superiores a las cifras de pobreza que existían en Venezuela a principios de los 80.

La visión política fundamental del nuevo gobierno, consistió en argumentar que el sistema democrático se encontraba “secuestrado” por grupos que concentraban el poder, lo que conducía a que se tomaran decisiones que no representaban los intereses de la voluntad popular. Según declaraciones del presidente H. Chávez (2004), el nuevo planteamiento económico se asienta sobre un modelo “*humanista, autogestionario y competitivo*”.

La idea fundamental de este planteamiento consiste en garantizar a los venezolanos condiciones dignas de vida, posibilitándoles la satisfacción de sus necesidades básicas en correspondencia con su capacidad y esfuerzo. Así lo confirma el modelo propuesto en el plan de desarrollo económico y social propuesto para el período 2001-2007, el cual se fundamenta en el desarrollo de los fines esenciales del Estado (2001), consagrados en el artículo 3 de la Constitución de la República de Venezuela (1999).

En este sentido, se propone la creación de un Estado social fortalecido que, de conjunto con la participación del pueblo, ofrezca los mecanismos necesarios para el logro de tales fines. Según Mejía (2004), se trata de un Estado construido responsablemente y por todos, en contraposición al viejo esquema representativo, en el que sólo la cabeza era responsable: “*el empresario capitalista – si hablamos de la industria y el comercio – o el funcionario público – si hablamos de la gestión de estado*”. De acuerdo con estos lineamientos, el nuevo modelo de desarrollo estaría relacionado con un sistema productivo diversificado, competitivo, abierto hacia los mercados internacionales, basado en la iniciativa privada y protegido por el Estado; especialmente a través de la promoción de las cooperativas (Mejía 2001).

En Venezuela, el problema del desempleo alcanzó una magnitud tal, que las soluciones aportadas pretenden atacarlo en tanto que factor generador de pobreza, y olvidan que se trata además de una importante variable que incide en el desarrollo de enfermedades. En reiteradas oportunidades, el presidente H. Chávez ha declarado que su principal meta consiste en alcanzar un nivel cero de pobreza

para el 2021, reivindicando los valores de participación ciudadana y trabajo.

Políticas sociales.

Entre las políticas sociales propuestas por el nuevo gobierno para dar solución a los problemas relacionados con la calidad de vida, destacan las misiones bolivarianas, nacidas en el 2003. Cada una de ellas tiene un objetivo específico y demandan la participación directa de la comunidad para su correcta gestión y funcionamiento.

Es importante indicar que por primera vez, en nuestra historia constitucional, el derecho a la salud es promulgado a favor de la generalidad de la población y como una condición fundamental para la vida, asumiéndolo, el Estado, como una obligación, garantizando: el acceso a servicios de salud y el desarrollo de políticas orientadas hacia la calidad de vida y el bienestar colectivo. (Art. 83, Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999).

Sin embargo, dada su extensión, la evaluación del alcance real de las políticas sociales exige ser el único objeto de un estudio que se efectúe no sólo desde el plano teórico, mediante la comparación y enunciación de los avances introducidos por la moderna normativa prevista en la Constitución bolivariana, frente a la Constitución anterior. Una investigación científica exhaustiva presupondría la revisión de los archivos centrales de los organismos previstos por el Estado para atender a la salud y asistencia social.

Gestión del gobierno bolivariano.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE 2007), el desempleo se ubicaba, para julio del 2006, en un 9,6%; y, para abril de ese año, en un 8,8%. El informe de dicho Instituto estableció que entre abril del 2007 y abril del 2006, se crearon 469.576 empleos, pasando, la tasa de ocupación, de 89,8% a 91,2%. Siendo estimada la población total del país en 27 millones de personas, de los 11,39 millones que corresponden a la masa ocupada, un 55,4% pertenece a la economía formal. Según datos oficiales, este crecimiento económico, se debió al incremento de los precios del petróleo. Este indicador fue calculado mediante una encuesta realizada, entre el 2 y el 29 de abril 2007, a 18.175 personas mayores de 15 años, en 6.170 viviendas. (Reuters, América Latina, 15 /05/2007).

Esta disminución de la tasa de desocupación en Venezuela, entre los años 2002 y 2006, puede apreciarse en la figura 1, realizada por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV, 2005).

Los datos se indican en porcentajes. Para el año 2003, el desempleo alcanzó un índice tan elevado que

llegó a superar a países como Argentina (19,2%), debido a la desestabilización ocasionada por el golpe de Estado de del 2002 y el paro petrolero. A partir del año 2004 esta cifra experimentó un descenso importante, gracias a la neutralización de la crisis política alcanzada mediante el referéndum y el afianzamiento del plan de desarrollo propuesto. (Chávez 2004).

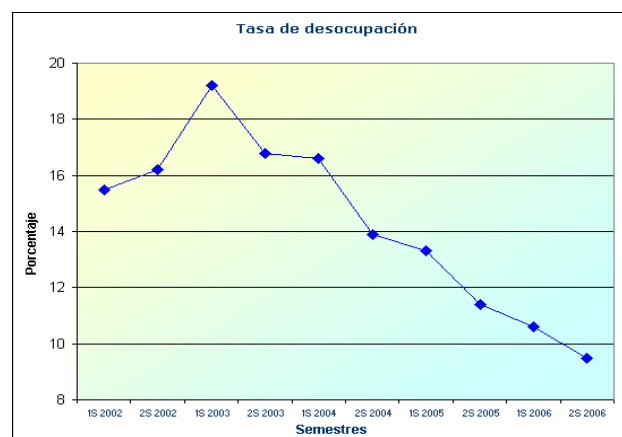


Fig. 1. Tasa de desocupación. Fuente: Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV 2005)



Fig. 2. Índice de Desarrollo Humano en Venezuela, 1998-2005. Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE 2007).

Según el INE (2007) en la figura 2, Índice de desarrollo humano, se observa una mejoría en la calidad de vida de los venezolanos. El rango de desarrollo humano oscila entre valores de 0 y 1. Estos valores se consideran altos cuando están comprendidos entre 0,800 y 1; mediano, si los valores van de 0,500 a 0,799; y bajo si los mismos están entre 0 y 0,499. Se nota una leve mejoría en el índice de desarrollo humano luego de la cifra alcanzada en el año 1998, pues la misma alcanza un valor de 0,7796 en el 2001. Esta cifra desciende en el 2003 a 0,7648, Sin embargo, para el 2005, el índice de desarrollo humano se ubica en 0,8144, incrementándose en un 0,1227. Según estos datos, Venezuela logró pasar, en los últimos años, a un desarrollo humano alto.

METODOLOGÍA

Características del estudio.

Se hizo un estudio de tipo transeccional, con una muestra de sujetos de la población del Municipio Libertador del Estado Mérida, entrevistada en horas de la tarde en las Plazas Bolívar y Milla de la ciudad, durante los fines de semana número 22 y 23 del año 2007. Se les informó acerca del objeto de estudio, del tipo de colaboración requerida y la confidencialidad de la información suministrada.

Instrumento de medición.

Los datos de la investigación fueron obtenidos mediante una batería especialmente conformada para medir calidad de vida, hábitos y estilos de vida, calidad de vida relacionada con la salud, y situación laboral, incluyendo:

Variables socioeconómicas: nivel de instrucción, ocupación, salario y estatus socioeconómico del individuo y su pareja.

Estado de salud: bienestar físico, mental y social del individuo. Evaluado a través del cuestionario SF-36 que contiene dos grandes componentes (físico y mental), así como lo relativo a problemas de salud aparecidos durante el último año, y al consumo de medicamentos en las últimas cuatro semanas.

Estilos de vida: Hábitos y conductas potenciales de riesgo que tienen las personas y que repercuten directamente en su salud. Se evaluaron a través del SF-36. Los indicadores aquí utilizados fueron: El tiempo y frecuencia de consumo de cigarros; el tiempo y frecuencia de consumo de chimó; la frecuencia, cantidad y tipo de bebida alcohólica; la regularidad del descanso (horas de sueño habitual); y, por último, el grado y regularidad con que practica ejercicios físico (correr, caminar...).

Actividades de ocio: Dimensión referida al empleo del tiempo libre por parte de la persona encuestada. Se midieron a través de la frecuencia con que la persona se dedica a tales actividades.

Selección de la muestra.

La muestra estuvo conformada por 50 sujetos de edades comprendidas entre 15 y 60 años, aparentemente exentos de impedimentos físicos o psicológicos para la ejecución de una actividad laboral. Para el cálculo de su tamaño se partió de los datos censales de población que fueron extraídos de la página web de la Gobernación del Estado Mérida, fundados en estudios llevados a cabo por el INE (2007). Según ellos, la población total del Municipio Libertador era de 204.879 personas (2007). La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{N \times E^2 + Z^2 \times p \times q}$$

$$E = 0,1$$

$$Z = 1,282$$

$$p = 0,5$$

$$q = 0,5$$

N = Población censada por comunidad.

n = Tamaño de la muestra.

Recolección y análisis de datos.

Para el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS® versión 10.0 para Windows®. Para la estadística descriptiva de las variables se emplearon: frecuencias y porcentajes, media, mediana, desviación estándar y recorrido escalar. Para determinar la fiabilidad de las escalas se empleó el alfa de Cronbach; para determinar la validez, se llevó a cabo la validez de constructo empleándose el análisis factorial exploratorio, correlaciones convergentes-divergentes entre escalas y correlaciones de las diferentes escalas con otras variables de interés. Todas las pruebas estadísticas fueron bilaterales con un error α de 0,05.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

En primer término, es importante referir la peculiaridad de las condiciones de vida que ofrece la ciudad.

A diferencia de las mediciones efectuadas sobre muestras pertenecientes a concentraciones urbanas obreras, Mérida es un foco importante de concentración tanto para estudiantes como para profesores y demás personal obrero-administrativo vinculado a la Universidad de Los Andes que, junto a la actividad comercial y agrícola, constituyen los principales motores económico-sociales de la región. Esto genera ciertas condiciones favorables al mejoramiento de la calidad de vida, sobre todo en cuanto a nutrición, transporte, salud y entretenimiento.

Todas las personas, sin importar el género o la edad, respondieron a la encuesta sin presentar problemas al completar los ítems. Ni el nivel educativo, ni la administración del cuestionario por un encuestador influyeron al responder la escala. El promedio de aplicación del instrumento fue de 10 minutos. Las personas se mostraron interesadas por las preguntas, comprendieron su significado y respondieron sin dificultad.

La muestra fue de 50 sujetos, siendo el número de mujeres entrevistadas ligeramente mayor ($n=26$) que el de los hombres ($n=24$). La media muestral de la edad fue de 33.3 años con una desviación estándar de 11,43 años y el rango de edad entre 19 a 60 años.

Evaluación general de la calidad de vida de la muestra

Recordemos acá que la precariedad o no del empleo viene definida por las condiciones de estabilidad laboral que fija el contrato de trabajo. Este es el fundamento en base al cual la OIT define el empleo precario (OIT 2006).

En cuanto al nivel de instrucción de la muestra estudiada, se destaca que el 100% de la población poseía cierto nivel, finalizado o no. La mayoría de los sujetos, un 32% (n=16) poseía instrucción universitaria incompleta; un 30% (n=15) había completado sus estudios universitarios y un 10% (n=5) poseía el nivel técnico superior. (tabla 1). Un 8% (n=4) tenía instrucción primaria completa y un 4% (n=2) no la había completado; un 6% (n=3) completo los estudios secundarios, mientras que un 8% (n=4) no. Un 2% (n=1) declaró poseer un nivel de técnico medio y sólo un 4% (n=2) manifestó no haber terminado la primaria.

Al considerar los resultados obtenidos en la tabla 2 sobre las características económico-laborales de la muestra, se observa que la masa registrada dentro de la población económicamente activa representaba un 64% (n=32).

Tabla 2: Situación ocupacional de los sujetos de la muestra.

| Característica | Media (DE) | Frecuencia (%) | Rango |
|---|-------------|----------------|-------|
| <i>Población Económicamente Inactiva (n=15)</i> | | | |
| Estudiante | – | 11 (22,0) | – |
| Ama de Casa | – | 1 (2,0) | – |
| Jubilado | – | 3 (6,0) | – |
| <i>Población Económicamente Activa (n=35)</i> | | | |
| Propia Formal | – | 3 (6,0) | – |
| Propia Informal | – | 9 (18,0) | – |
| Ajena Sector Público | – | 15 (30,0) | – |
| Ajena Sector Privado | – | 5 (10,0) | – |
| Desempleados | – | 3 (6,0) | – |
| <i>Tipo de Contratación (n=23)</i> | | | |
| A Destajo | – | 4 (8,0) | – |
| Horas Contratadas | – | 10 (20,0) | – |
| Dedicación Exclusiva | – | 6 (12,0) | – |
| Otros | – | 3 (6,0) | – |
| <i>Horas Laboradas (Semana) n=32</i> | | | |
| < 40 Hs. | 35,5 (11,2) | – | 8–50 |
| 40 Hs. | – | 12 (24,0) | – |
| > 40 Hs. | – | 12 (24,0) | – |
| <i>Causa de Desempleo (n=3)</i> | | | |
| Fue despedido y no consigue nuevo empleo | – | 3 (6,0) | – |
| <i>Tiempo de Desempleo (Meses)</i> | | | |
| | 23,0 (18,0) | – | 8–48 |

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra. (n=50)

| Educación | Frecuencia (%) |
|--------------------------|----------------|
| Primaria | 4 (8,0) |
| Primaria Incompleta | 2 (4,0) |
| Secundaria | 3 (6,0) |
| Secundaria Incompleta | 4 (8,0) |
| Técnica Media | 1 (2,0) |
| Téc. Sup. Universitaria | 5 (10,0) |
| Universitaria | 16 (32,0) |
| Universitaria Incompleta | 15 (30,0) |

Sin embargo, un 18% de la muestra estudiada (n= 9) afirmó desempeñar su actividad laboral dentro del sector informal. Sólo un 46% (n= 23) indicó disponer de un contrato de trabajo, mientras que, justamente un 18% (n= 9), se declaró desprovisto de un contrato de trabajo, indispensable para alcanzar la estabilidad laboral.

Es posible inferir que ese 18% (n= 9) se encontraba ejerciendo un empleo precario; lo que es motivo de alerta, más aún considerando que la mayoría de la población declaró poseer cierta formación. Es

importante recordar que la relevancia que implica el ejercicio de un empleo digno, a su vez, herramienta fundamental para alcanzar el desarrollo pleno de las capacidades del individuo.

Finalmente, es inquietante el alto porcentaje de personas que, según los resultados de la tabla 3, indicaron ganar menos del salario mínimo: un 50% de la población (n= 25).

El alto costo de la vida, sobre todo, en lo que respecta a los precios del sector inmobiliario, frente a un 40% (n= 20) que indicó poseer una vivienda arrendada, conducen a pensar que los ingresos mensuales de la población son insuficientes para atender a sus gastos.

En la tabla 3 se observa que un 64% de la población (n= 32) afirmó vivir de su sueldo. Sin embargo, existe un alto porcentaje de la población que obtiene sus recursos económicos mensuales gracias a la ayuda de un familiar -36% (n= 18)-, esto posiblemente viene dado por la gran cantidad de población estudiantil que existe y que se asienta, especialmente, en el Municipio Libertador. Según la tabla 3, el número de estudiantes asciende a un 22% (n= 11). Pese a ello, se observa que sólo un 6% de la población (n= 3) recibe una beca.

Tabla 3. Ingresos mensuales. (n=50)

| Características | Frecuencia (%) |
|------------------------------|----------------|
| Ingreso Mensual | – |
| Menor al Salario Mínimo | 25 (50,0) |
| Salario Mínimo | 9 (18,0) |
| Mayor al Salario Mínimo | 16 (32,0) |
| Origen de Ingreso | |
| <i>Sueldo</i> | 32 (64,0) |
| <i>Pensión de Jubilación</i> | 3 (6,0) |
| <i>Ayuda Familiar</i> | 12 (24,0) |
| Beca | 3 (6,0) |

Salario mínimo: Bs. 614.790. Decreto presidencial 5.318 publicado en Gaceta Oficial 38.674 del 2/05/2007. (285,95 \$USA al cambio oficial del BCV para el 31/07/2007).

Tabla 4. Situación ocupacional de las parejas de los sujetos de la muestra.

| Característica | Media (DE) | Frecuencia (%) | Rango |
|--|-------------|----------------|-------|
| <i>Población Económicamente Inactiva (n=6)</i> | | | |
| Ama de casa | – | 2 (4,0) | – |
| Estudiante | – | 3 (6,0) | – |
| Jubilado | – | 1 (2,0) | – |
| <i>Población Económicamente Activa (n=15)</i> | | | |
| <i>Propia Formal</i> | – | 4 (8,0) | – |
| <i>Propia Informal</i> | – | 5 (10,0) | – |
| Ajena Sector Público | – | 2 (4,0) | – |
| Ajena Sector Privado | – | 4 (8,0) | – |
| Desempleadas | – | 0 (0,0) | – |
| <i>Tipo de contratación (n=10)</i> | | | |
| A Destajo | | 1 (2,0) | |
| Por horas contratadas | | 4 (8,0) | |
| Dedicación exclusiva | | 4 (8,0) | |
| Otro | | 1 (2,0) | |
| <i>Horas Laboradas (Semana) (n=15)</i> | 38,3 (6,98) | – | 20–50 |
| > 40 | – | 3 (6,0) | – |
| 40 | – | 10 (20,0) | – |
| > 40 | – | 2 (4,0) | – |

Del 42% de la población (n= 21) que declaró vivir en pareja, se obtuvo que, un 30% (n= 15) dijo convivir con una pareja perteneciente a la población económicamente activa (Tabla 4); de allí se infiere que un 30% de la población comparte los gastos del hogar (tabla 5).

Relativo a la precariedad del empleo de las parejas de los sujetos, del 30% (n= 15) que declaró estar ejerciendo una actividad laboral, sólo un 20% (n= 10) afirmó disponer de un contrato laboral; un 10% (n= 5) indicó pertenecer al sector informal (Tabla 4).

Tabla 5. Ingresos de las parejas. (n=21)

| Característica | Frecuencia (%) |
|------------------------------|----------------|
| <i>Ingreso Mensual</i> | – |
| Menos del Salario Mínimo | 9 (18,0) |
| Salario Mínimo | 8 (16,0) |
| Más del Salario Mínimo | 4 (8,0) |
| <i>Origen de Ingreso</i> | – |
| <i>Sueldo</i> | 15 (30,0) |
| <i>Pensión de Jubilación</i> | 1 (2,0) |
| <i>Ayuda Familiar</i> | 5 (10,0) |
| Beca | 0 (0,0) |

La constatación de un alto índice poblacional que dentro del sector económico informal coincide con la afirmación de la autora argentina Marcela Cerruti (2006) acerca de la incapacidad del sector formal para la creación de puestos de trabajo. Todo lo cual implica inseguridad laboral, condiciones de trabajo estresantes, tareas laborales de calidad mediocre que contribuyen al aumento de la marginalidad y que, por lo general, carecen de estructuras de apoyo social y gubernamental. En este sentido también se pronuncian las conclusiones del informe de Baden; en efecto, el deseo de obtener un empleo puede ser, en ocasiones, tan fuerte, que la reglamentación de la vida profesional deja de ser prioritaria para las instituciones responsables de la misma (OMS, 1987). Al constatar los resultados relativos al estado de salud general de la población, expuestos en la tabla 6, se observa que la mayoría de la población emeritense declaró encontrarse en buen estado de salud. Sin embargo, 16% (n= 8) indicó tener una emeritense declaró encontrarse en buen estado de salud. Sin embargo, 16% (n= 8) indicó tener una salud regular y un 2% (n= 1) una salud mala, sumando un total de 18% (n= 9). Esta cifra coincide con el porcentaje de sujetos que dijeron pertenecer sector informal; sin embargo, se haría necesario un estudio longitudinal, mediante casos de control, que relacionen directamente las condiciones de empleo del sujeto y la evolución de su estado de salud a escala nacional.

La cuestión relativa a la evolución del estado de salud de los sujetos fue evaluada al pedirles que comparasen su salud actual con la del año anterior. Un 8% (n= 4) de la muestra afirmó sentirse *algo peor* y 2% (n= 1) *mucho peor*; mientras que un 12% (n=6) indicó que se sentía *mucho mejor*, un 14% (n= 7)

Uzcátegui. 2010. *Políticas del desempleo y empleo precario sobre la salud. MedULA 19: 36-49*
 algo mejor y un 64% (n= 32) más o menos igual.
 (tabla 6).

Tabla 6: Características referidas a la salud y bienestar. (n= 50)

| Estado de salud general | Frecuencia (%) |
|--|----------------|
| <i>Excelente</i> | 6 (12,0) |
| <i>Muy buena</i> | 17 (34,0) |
| <i>Buena</i> | 18 (36,0) |
| <i>Regular</i> | 8 (16,0) |
| <i>Mala</i> | 1 (2,0) |
| Salud actual comparada con hace un año | Frecuencia (%) |
| Mucho mejor | 6 (12,0) |
| Algo mejor | 7 (14,0) |
| Más o menos igual | 32 (64,0) |
| <i>Algo peor</i> | 4 (8,0) |
| <i>Mucho peor</i> | 1 (2,0) |

Los resultados de la Tabla 7 indican que un 36% de la población (n= 18) afirmó sufrir de tensión alta y un 10% (n= 5) de enfermedades del corazón.

Tabla 7: Enfermedades presentadas y recurso a los servicios de salud.

| Enfermedad | Frecuencia (%) | | |
|-----------------------|----------------|---------------------------|-------------------|
| | No ha tenido | Sí, pero no fue al médico | Sí, fue al médico |
| – | 32 | 5 (10,0) | 13 (26,0) |
| Tensión alta | (64,0) | | |
| Problemas del corazón | 45 (90,0) | – | 5 (10,0) |

En cuanto a la práctica de actividades saludables, un 64% (n= 32) declaró que dedicaba menos de tres horas semanales a la práctica de ejercicios físicos, cuando justamente, dentro de las prácticas saludables, este es el mínimo de horas recomendadas para mantener un estado físico y mental sano (tabla 8). Este índice coincide con el de la población económicamente activa.

A esto se agrega que un alto porcentaje (48%; n= 24) dijo no disponer de tiempo suficiente para el esparcimiento. Es trascendente que las actividades más frecuentes realizadas durante el tiempo libre, resultan ser *ir al mercado* y *realizar las labores del hogar*. Más de la mayoría –un 52% (n=26)– realizaban trabajos temporales (definidos como actividades realizadas sin mediación de contrato laboral). En los países industrializados, tales ocupaciones son consideradas como las faenas del hogar y no como esparcimiento, fundamental al

Tabla 8. Horas dedicadas al sueño y a la práctica de ejercicios físicos.

| Horas de actividad | Frecuencia (%) | | | |
|---|----------------|------------|-------------|-------------|
| | Menos de 6 h | De 7 a 8 h | De 9 a 12 h | Más de 12 h |
| Horas diarias de sueño | 9 (18,0) | 35 (70,0) | 6 (12,0) | 0 (0,0) |
| – | Menos de 3 h | De 3 a 5 h | De 4 a 5 h | Más de 5 h |
| Horas semanales para practicar ejercicios | 32 (64,0) | 13 (26,0) | 2 (4,0) | 3 (6,0) |

desarrollo del bienestar psicológico, más aún dentro de concentraciones urbanas. Sin embargo, un alto porcentaje de la población –64% (n= 32) consagra sus ratos de ocio a actividades artísticas y/o deportivas; lo que sin duda se debe a las posibilidades que Mérida ofrece en tanto que ciudad cultural.

Muy pocos fueron quienes indicaron salir de viaje o de paseo –1% (n=2) *siempre*; 7% (n=14) *casi siempre*; 52% (n=26) *a veces*–, realizar actividades de jardinería – 3% (n=6) *siempre*; 2% (n=4) *casi siempre*; 4% (n=8) *a veces*– por tanto, altamente recomendadas para la distracción. (tabla 9).

Relaciones interpersonales.

La tabla 11 muestra que la gran mayoría de la población: un 94% (n= 47) negó que sus problemas de salud hubiesen interferido con sus actividades sociales. Es necesario tomar en cuenta una serie de variables determinantes de estos resultados, relativas a las relaciones interpersonales de los sujetos encuestados, tales como el clima agradable de la ciudad de Mérida y las costumbres familiares latinoamericanas que, por lo general, tienden a ampliar el número de personas que incluyen núcleo familiar. De modo que la forma en que la persona desempleada en nuestra sociedad, asume su situación en relación con el grupo social que lo rodea y con el apoyo que recibe del mismo, es diferente a la situación de los desempleados de países desarrollados.

Esto se demuestra a partir de los resultados ofrecidos en la tabla 9, pues, a diferencia de las ocupaciones de los sujetos evaluados en la bibliografía extranjera (Briggs et al. 1987), entre las actividades que la mayoría de la población realiza durante el tiempo libre figuran: conversar con amigos, reunirse en casa de amigos o familiares, visitar amigos o familiares.

Tabla 9. Disponibilidad y utilización del tiempo libre.

Mérida 2007. (n=50)

| <i>Dispone de tiempo libre</i> | 26 (52,0) | | | | |
|------------------------------------|----------------|---------------------|----------------|-------------------|--------------|
| <i>No dispone de tiempo libre</i> | 24 (48,0) | | | | |
| - | Siempre | Casi siempre | A veces | Casi nunca | Nunca |
| Conversar con amigos | 34 (68,0) | 7 (14,0) | 9 (18,0) | - | - |
| Reunirse con amigos o familiares | 23 (46,0) | 8 (16,0) | 16 (32,0) | 2 (4,0) | 1 (2,0) |
| Visitar amigos o familiares | 20 (40,0) | 12 (24,0) | 13 (26,0) | 3 (6,0) | 2 (4,0) |
| Ver televisión | 24 (48,0) | 11 (22,0) | 12 (24,0) | 3 (6,0) | - |
| Escuchar música | 30 (60,0) | 11 (22,0) | 5 (10,0) | 4 (8,0) | - |
| Leer | 14 (28,0) | 8 (16,0) | 21 (42,0) | 6 (12,0) | 1 (2,0) |
| Ir de viaje o de paseo | 1 (2,0) | 7 (14,0) | 52 (26,0) | 12 (24,0) | 4 (8,0) |
| Caminar, trotar... | 6 (12,0) | 5 (10,0) | 16 (32,0) | 13 (26,0) | 10 (20,0) |
| Ir al gimnasio | 5 (10,0) | 1 (2,0) | 10 (20,0) | 9 (18,0) | 25 (50,0) |
| Jugar (video-juegos, dominó...) | 4 (8,0) | 2 (4,0) | 14 (28,0) | 8 (16,0) | 22 (44,0) |
| Asistir a actividades religiosas | 1 (2,0) | 5 (10,0) | 15 (30,0) | 10 (20,0) | 19 (38,0) |
| Cocina o manualidades | 13 (26,0) | 4 (8,0) | 20 (40,0) | 7 (14,0) | 6 (12,0) |
| Salir al club, bares o discotecas | 4 (8,0) | 5 (10,0) | 17 (34,0) | 9 (18,0) | 15 (30,0) |
| Ir al cine o al teatro | 2 (4,0) | 7 (14,0) | 13 (26,0) | 12 (24,0) | 16 (32,0) |
| Jardinería | 3 (6,0) | 2 (4,0) | 4 (8,0) | 7 (14,0) | 34 (68,0) |
| Mecánica | 1 (2,0) | - | 5 (10,0) | 1 (2,0) | 43 (86,0) |
| Disciplina artística y/o deportiva | 2 (4,0) | 5 (10,0) | 4 (8,0) | 7 (14,0) | 32 (64,0) |
| Realizar trabajos temporales | 3 (6,0) | 2 (4,0) | 17 (34,0) | 2 (4,0) | 26 (52,0) |
| Ir de compras o ver tiendas | 12 (24,0) | 11 (22,0) | 17 (34,0) | 6 (12,0) | 4 (8,0) |
| Ir al mercado | 25 (50,0) | 11 (22,0) | 10 (20,0) | 3 (6,0) | 1 (2,0) |
| Labores del hogar | 21 (42,0) | 12 (24,0) | 10 (20,0) | 5 (10,0) | 2 (4,0) |

Nota: Los datos entre paréntesis indican porcentaje.

Tabla 10. Consumo de sustancias tóxicas dañinas. (n = 50).

| | |
|--|-----------------------|
| Fuma o ha fumado... | Frecuencia (%) |
| <i>Sí, en la actualidad</i> | 14 (28,0) |
| <i>Actualmente no</i> | 12 (24,0) |
| <i>Nunca</i> | 24 (48,0) |
| Mastica o ha masticado chimó... | Frecuencia (%) |
| <i>Sí, en la actualidad</i> | 0 (0,0) |
| <i>Actualmente no</i> | 4 (8,0) |
| <i>Nunca</i> | 46 (92,0) |
| Frecuencia con la que consume chimó | - |
| Siempre | 0 (0,0) |
| Casi siempre | 1 (2,0) |
| A veces | 2 (4,0) |
| Casi nunca | 2 (4,0) |
| Nunca | 45 (90,0) |

Salud mental.

La OIT (2006), considera que una persona se encuentra en situación de desempleo por largo tiempo, si ésta se ha prolongado doce meses o más.

Según las cifras obtenidas (tabla 2) la media del tiempo de desempleo obtenida fue de 23,3 meses, con un rango que fue de 8 a 48 meses. Este tiempo de desempleo es considerable, pues excede largamente los doce meses (siendo que la media es equivalente a casi 2 años y que el tiempo de desempleo era de 4 años los sujetos que se ubicaron en el rango mayor). Sin embargo, el índice de desempleo observado resultó bastante bajo (tablas 2 y 4) un 6% (n= 3) para los sujetos de la muestra y nulo en el caso de las parejas. Por tal razón, es delicado establecer una relación certera entre desempleo y salud mental. Para ello, se haría imprescindible primero, recoger una muestra de sujetos desempleados y, en segundo, evaluarlos mediante un instrumento especialmente diseñado para medir la salud mental y el índice de depresión en los sujetos.

Por otra parte y de conformidad con los resultados expuestos en tabla 11, en las cuatro semanas anteriores al momento de la aplicación de la batería, un 16% (n= 8) había tenido que disminuir el tiempo

dedicado al trabajo y a las actividades diarias por sentirse triste, angustiado o nervioso; un 38% (n= 19) había hecho menos de lo que hubiese querido hacer y un 18% (n= 9) tuvo que dejar de hacer como de costumbre el trabajo o las tareas diarias.

Tabla 11. **Salud de los sujetos durante el último mes.** (n= 50)

| | Frecuencia (%) | |
|--|------------------|------------------|
| | Sí | No |
| Debido al estado de salud, fue necesario... | | |
| <i>Disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a las actividades diarias</i> | 10 (20,0) | 40 (80,0) |
| <i>Hacer menos de lo que se hubiese querido hacer</i> | 17 (34,0) | 33 (66,0) |
| <i>Dejar de hacer alguna de las tareas del trabajo o alguna actividad diaria</i> | 11 (22,0) | 39 (78,0) |
| <i>Realizar el trabajo o actividades diarias (costó más de lo normal)</i> | 11 (22,0) | 39 (78,0) |
| Debido a problemas personales, tristeza, angustia o nervios | - | - |
| Tuvo que disminuir el tiempo dedicado al trabajo o a actividades diarias | 8 (16,0) | 42 (84,0) |
| Hacer menos de lo que se hubiese querido hacer | 19 (38,0) | 31 (62,0) |
| <i>Dejar de hacer como de costumbre el trabajo o las tareas diarias</i> | 9 (18,0) | 41 (82,0) |
| Sus problemas de salud | - | - |
| ¿Han impedido la realización de actividades sociales? | 3 (6,0) | 47 (94,0) |
| ¿Han generado dolores fuertes en alguna parte del cuerpo? | 21 (42,0) | 24 (58,0) |

Consumo de sustancias dañinas.

Smith (1985), sostiene que es difícil establecer una relación entre consumo de alcohol, desempleo y empleo precario, aunque sí se puede establecer esta relación en lo que respecta al consumo de cigarrillos. De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 10, sobre el consumo de sustancias tóxicas en el Municipio Libertador, un 28%(n= 14) afirmó fumar en la actualidad.

Sin embargo, es importante destacar que, la población habita en una ciudad universitaria, es en su mayoría joven y, fumar cigarrillos constituye una práctica social reiterada entre ellos.

Sería interesante para una futura investigación, evaluar el impacto que en la opinión pública han producido las políticas públicas saludables de la OMS, adoptadas por la normativa legal venezolana, tales como aquellas referidas a los efectos nocivos en la actualidad.

Sería interesante para una futura investigación, evaluar el impacto que en la opinión pública han producido las políticas públicas saludables de la OMS, adoptadas por la normativa legal venezolana, tales como aquellas referidas a los efectos nocivos producidos por la ingesta de cigarrillos y su señalización a través de imágenes.

En todo caso, con base en lo descrito, es posible sugerir que, distintamente a la realidad europea o norteamericana, donde el Estado ofrece una prestación económica para aquella población que se encuentra en situación del desempleo a fin de que la

misma pueda subvenir a sus necesidades básicas, los venezolanos, al hallarse desamparados desde este punto de vista, se ven en la necesidad de “resolver” (vocablo altamente empleado por el común de la población para referirse a la búsqueda de soluciones que les permitan obtener ingresos) esta situación de carencia. De allí, el alto índice de individuos dedicados a la realización de actividades laborales

dentro del sector informal.

Resulta oportuno sugerir que, para una próxima investigación, se estudie hasta qué punto esta situación conviene a la salud del individuo y la economía de los países pues, este es, precisamente, uno de los puntos álgidos discutidos en los países que la ofrecen.

Por lo que se refiere a la ingesta de chimó, a pesar de que Mérida es una ciudad ubicada en un contexto con un alto índice de población rural, se obtuvo que la totalidad de la población: el 92% (n (n= 46) indicó que nunca lo había consumido y el 8% (n = 4) indicó que ya no lo hacía.

CONCLUSIONES.

Existe una relación positiva entre empleo precario y deterioro de la salud física y mental; en particular, en la generación de enfermedades como depresión, estrés y ansiedad.

En Venezuela, la situación de desempleo tiende a ser compensada por la creación de puestos de trabajo dentro del sector económico informal.

El consumo de alcohol y otro tipo de sustancias tóxicas no necesariamente está relacionado con el desempleo o el empleo precario.

El consumo de alcohol y otro tipo de sustancias tóxicas no necesariamente está relacionado con el desempleo o el empleo precario.

Entre la duración del desempleo y la intensidad de la depresión, existe una relación que puede dar lugar al fenómeno conocido como el *fenómeno del trabajador*

Uzcátegui. 2010. *Políticas del desempleo y empleo precario sobre la salud. MedULA 19: 36-49*

desalentado, a raíz de la cual el trabajador experimenta una disminución de sus aptitudes y facultades laborales, imprescindibles en la búsqueda de un nuevo trabajo o de mejores condiciones de calidad de vida laboral.

En Venezuela, se observa que no necesariamente la situación de desempleo se acompaña del aislamiento del grupo social.

REFERENCIAS.

Álvaro J. 1989. Desempleo y Bienestar Psicológico. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid.

Briggs J; Watkins S; Kenyon A et al. 1987. The effects of the recession upon the lives and health of the people in two underprivileged areas of Oldham: a cross sectional analysis. WOH Library.

http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_HSR_818_6.pdf. Consultado 3/09/2006.

Boas S. 1986. Self-esteem and the psychological impact of unemployment. *Social Psychology Quarterly*. N° 49. Londres.

Buffat J. 2000. Unemployment and health. *Revue Medicale de la Suisse Romande*. 120: 379-383.

Bynner J. 1997. Basic skills in adolescents occupational preparation. *Career Development Quarterly*. 45: 305-321.

Cerruti M. 2006. El problema del desempleo: el caso argentino. Buenos Aires. <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/vrp/cerrutti.pdf>. Consultado el 30/07/2006.

Chávez H. 2004. 2004: Año de Logros Bolivarianos. <http://gobiernoenlinea.ve> Consultado el 03/02/2007.

Christoffersen M. 1998. Growing up with dad: A comparison of children aged 3-5 years old living with their mothers or their fathers. *Childhood: A Global Journal of Child Research*. 5: 41-54.

Creed P. 1999. Predisposing factors and consequences of occupational status for long-term unemployed youth: a longitudinal examination. *Journal of Adolescence*. Vol. 22. N° 1: 81-93.

Cullen J; Ronayne T, Ryan G. 1987. Health effects of work and exclusion from work. approaches to understanding, monitoring and interventions. WHO Research Centre on Social Equity and Health. Dublin, Ireland. http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/ICP_HSR_818_12.pdf. Consultado el 26/09/2006

Eggleton I; Robertson S; Ryan J et al. 1999. The impact of employment on the quality of life of people with an intellectual disability. *Journal of Vocational Rehabilitation*. IOS Press. 13: 95-107.

Enguita M. 1989. Los efectos del desempleo juvenil sobre las transiciones a la vida adulta. En Torregrasa, et al., (1989). *Juventud, Trabajo y Desempleo: Un*

Análisis Psicológico. Centro de Publicaciones. Min. del Trabajo y Seguridad Social. Madrid.

Fegurson D; Horwood L, Woodward L. 2001. Unemployment and psychosocial adjustment in young adults: causation or selection? *Social Science & Medicine*. 53: 305-320.

Flanagan C. 1990. Change in family work status: effects on parent-adolescent decision making. *Child Development*. 61: 163-177.

Fox J. 1984. Jobless men "die earlier". Social Statists Research Unit. City University. Londres.

Friedman H, Booth-Kewlwy S. 1987. Disease-Prone personality. A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*. 42: 539-555.

Gelberg L; Andersen R.; Wenzel L et al. 1999. Homeless women's rise of birth control and women's health services. *Abstract Book/Association for Health Services Research*. N° 16: 150-151.

Gilberto L. 1997. Downsized expectations: Older women coping with job loss. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. Vol. 58. 5-A.

Gobernación del Estado Mérida. Municipio Libertador. <http://www.merida.gob.ve/merida/Municipios/libertador.php> Consultado el 15/04/2007

Gobierno Bolivariano en línea. República Bolivariana de Venezuela. <http://www.gobiernoenlinea.ve/misc-view/index.pag>. Consultado el 03/02/2007

Gupta G. 1995. Homelessness and mental disorder: Policy considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*. 4: 33-42.

Hauenstein E, Boyd M. 1994. Depressive symptoms in young women of the Piedmont: Prevalence in rural women. *Women and Health*. 21: 105-123.

Huerta PJ. 2004. El desempleo en Venezuela. <http://mipagina.cantv.net/jbhuerta/desempleo.htm>. Consultado el 15/08/2006

Ibrahim M. 1996. The Egyptian National Hypertension Project (NHP); preliminary results. *Journal of Human Hypertension*. Vol. 10. Suppl. 1. <http://www.nature.com/jhh/index.html> Consultado el 08/02/2007

INE. 2007. <http://www.ine.gob.ve/>. Consultado el 15/09/2007.

Iversen L; Andersen O; Andersen P et al. 1987. Unemployment and mortality in Denmark, 1970-1980. Instituto de Medicina Social de la Universidad de Copenhague. WHO Library. http://whqlibdoc.who.int/euro/993/ICP_HSR_818_27.pdf. Consultado el 25/09/2006.

Jackson T. 1999. Differences in psychosocial experiences of employed, unemployed and student samples of young adults. *Journal of Psychology*. 133: 49-60.

Uzcátegui. 2010. *Políticas del desempleo y empleo precario sobre la salud. MedULA 19: 36-49*

- Kepecs-Schlüssel L. 1995. The relations between intellectual ability, criminal intent, and type of offense. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences. Vol. 55. 11-A.
- Kokko K, Pulkkinen L. 2000. Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: A cycle of bad-adaptation and some protective factors. *Developmental Psychology*. Vol. 36. Nº 4.
- Komarosky M. 1940. *The unemployed man and his family*. Dryden Press. Nueva York.
- Lakka T; Kauhanen J, Salonen J. 1996. Conditioning leisure time physical activity and cardio-respiratory fitness in socio-demographic groups of middle-aged men in eastern Finland. *International Journal of Epidemiology*. 25: 86-93.
- Lieberman A. 2005. El desempleo como nueva categoría clínica. VITAE, Academia Biomédica Digital, Congreso Venezolano de Psicoanálisis. Nº 24. <http://caibco.ucv.ve/caibco/CAIBCO/Vitae/VitaeVeinticuatro/AVEPSI/ArchivosPDF/Lieberman>. Consultado 14/9/06
- Lobo F, Watkins G. 1995. Late career unemployment in the 1990's: Its impact on the family. *Journal of Family Studies*. 1: 103-113.
- López AH. 2004. El desempleo. http://www.saber.ula.ve/cgiwin/be_alex.exe?Acceso=T016300000266/0. Consultado el 29/07/2006
- López M, Lander L. 2000. Ajustes, costos sociales y la agenda de los pobres en Venezuela: 1984-1998. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. Vol. 6. Nº 3.
- Macho J. 1993. Aproximación a la Psicología Social, Rol y Estatus. *Relaciones Interpersonales. Estructura y dinámica de los grupos*. En Ortega-Monasterio, L. *Lecciones de psicología Médica*. PPU Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona. España.
- Mejía A (Ed.). 2001. *El desempleo y sus determinantes*. Reportes del Emisor. Investigación e Información Económica. Nº 22.
- Mejía A. 2004. *Cuestiones de la organización social: La participación ciudadana*. Consejo Nacional de la Cultura CONAC. Caracas.
- Mendoza N. 2007. *Efectos de un programa social sobre el desarrollo social, los estilos de vida y la calidad de vida relacionada con la salud en población rural venezolana, validación transcultural de la medida de salud SF-36 en población rural de Venezuela*. Tesis doctoral. Universidad de Alicante. España.
- Morrell S; Taylor R, Kerr C. 1998. Jobless, unemployment and young people's health. *Medical Journal of Australia*. Vol. 168. Nº 5.
- OMS. 198 Consultado en 20067. Organización Mundial de la Salud. *Le chômage, la pauvreté et la qualité de vie professionnelle – Innovations visant à lutter contre les effets dommageables pour la santé*. Badén 12-14/05/1987.. http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_HSR_818_fre.pdf. Consultado el 1/09/2006.
- OMS. 2006. Informe mundial de la salud. http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf.
- OIT. 2006. Organización Internacional del Trabajo. *Diccionario de Términos de la OIT*. <http://www.ilo.org/public/libdoc/ILO-Thesaurus/spanish/tr3161.htm>
- Ortega-Monasterio L. 1993. *Frustración, conflicto y estrés* en "Lecciones de Psicología Médica. PPU - Promociones y Publicaciones Universitarias. Barcelona. España.
- República Bolivariana de Venezuela. 1999. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Distribuidora Escolar. Caracas.
- República Bolivariana de Venezuela. 2001. *Líneas Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001-2007*. http://www.gobiernoenlinea.ve/gobierno_al_dia/plan_desarrollo1.html. Consultado el 4/05/2007.
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV). <http://www.sisov.mpd.gob.ve/home/index.php>. Consultado el 16/09/2007.
- Saarento O; Rasanen S; Nieminen P. 2000. Sex difference in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in northern Finland. *European Psychiatry: Journal of the Association of European Psychiatrists*. 15: 205-212.
- Shams M. 1993. Social support and psychological well-being among unemployed British Asian men. *Social Behaviour and Personality*. Vol. 21. Nº 3.
- Smith R. 1985. "Guisa Job": The Experience of Unemployment. *British Medical Journal*. 291: 1263-1266.
- Stansfeld S, Gallacher J; Sharp D et al. 1991. Social factors and minor psychiatric disorder in middle aged men: a validation study and a population survey. *Psychological Medicine*. 21: 157-167.
- Studnicka M; Studnicka B; Woegerbauer G. et al. 1991. Psychological health, self-reported physical health and health service use: Risk differential observed after one year of unemployment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 26: 86-91
- Stronks K; Van de Mheen H; Van den Bos, J et al. 1995. Smaller socio-economic inequalities in health among women: the role of employment status. *International Journal of Epidemiology*. 24: 559-568.
- Van der Horst F; Muris J, Nijhuis F. 1993. Morbidity among unemployed and work-incapacitated men in The Netherlands. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 19: 168-174.

Uzcátegui. 2010. *Políticas del desempleo y empleo precario sobre la salud. MedULA 19: 36-49*

Viinamaeki H; Koskela K; Niskanen L et al. 1993. Social support in relation to mental well-being among the Unemployed: A factory closure study in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*. 47: 195-201.

Voydanoff P, Majka L. 1988. Families and economic distress: Coping strategies and social policy. Thousand Oaks, C.A. Sage Publications. Londres.

Weiss L. 1997. Acute and chronic stress: The mediating effects of loss of control. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 58. N° 5-B: 2756.

Wenzel S. 1992. Length of time spent homeless: Implications for employment of homeless Persons. *Journal of Community Psychology*. 20: 57-71.

Wright J, Kariya A. 1997. Aetiology of assault with respect to alcohol, unemployment and social deprivation: a Scottish accident and emergency department case-control study. *Injury*. 58: 369-372.

Wilkinson R, Marmot M. (Dir). 2004. *Déterminants Sociaux de la Santé. Les Faits*. OMS. Copenhague.

WHO. 2006. World Health Organization. 2006. Social Determinants on Health. http://www.who.int/social_determinants/en/.

Consultado el 2/09/2006.

Winefield A; Winefield H; Tiggemann M et al. 1991. The psychological impact of unemployment and unsatisfactory employment in young men and women: Longitudinal and cross-sectional data. *British Journal of Psychology*. Vol 82. N° 4.

Ytterdahl T. 1999. Routine health check-ups of unemployed in Norway. *International Archives of Occupational & Environmental Health*. N° 72.

Ytterdahl T, Fugelli P. 2000. Health and quality of life among long-term unemployed. *Tidsskrift for Den Norske Laefeforening*. Vol. 120. N° 11.

Zlotnick C, Cassanego M. 1992. Unemployment and health. *Nursing & Health*.

Recibido: 16 marzo 2009. Aceptado: 25 nov 2009

Alarcón et al. 2010. *Actividades enzimáticas séricas en el carcinoma gástrico. MedULA 19: 49-56.*

ACTIVIDADES ENZIMÁTICAS SÉRICAS EN EL CARCINOMA GÁSTRICO.

O. M. Alarcón-Corredor¹, H. Concho-Lugo², F.A. López-León³

¹Departamento de Bioquímica. Facultad de Medicina y Laboratorio de Espectroscopia Molecular. Departamento de Química. Facultad de Ciencias. ULA. ²Servicio de Cirugía General y ³ Servicio de Oncología. Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes. Mérida. Venezuela

Resumen

El objetivo de este estudio fue valorar la actividad sérica de diversas enzimas en pacientes con carcinoma gástrico (CG), para utilizarse en el diagnóstico del cáncer y para seguir el curso de la enfermedad. La actividad sérica de las siguientes enzimas: fosfatasa alcalina (ALP), lactato deshidrogenasa (LDH), aspartato aminotransferasa (AST), alanina aminotransferasa (ALT), colinesterasa (CHE), fosfohexosaisomerasa (PHI), α -glucosidasa ácida (o maltasa ácida: AM), y proteasas ácidas (PAC) se determinó en 100 sujetos sanos (PS), en 80 pacientes con enfermedades benignas del estómago (EBE), en 50 pacientes con CG con metástasis (CGCM: estadios II-III) y en 40 pacientes con GC sin metástasis (CGSM: estadios I-II), hombres y mujeres, entre 32 y 60 años de edad. Las actividades enzimáticas fueron significativamente mayores ($p < 0,05$) en los pacientes con CG, con la excepción de la CHE que disminuyó, en comparación con PS y los EBE. Cuanto más avanzado es el estadio del CG, mayor es el nivel sérico de ALP, LDH, AST, PHI, AM y PAC. Después de la cirugía y/o el inicio del tratamiento, las enzimas séricas disminuyeron bruscamente durante las primeras semanas y se normalizaron entre los 25 a 30 días. Sin embargo, las actividades séricas persistentemente elevadas o los incrementos posteriores de ALP, LDH, PHI y PAC, con una marcada disminución de la actividad de la colinesterasa, según se observó en varios pacientes, parecen indicar una metástasis secundaria en el nivel del hígado o hueso o una extirpación incompleta del tumor primario. Conclusión: los niveles séricos de ALP, LDH, PHI, CHE y PAC pudieran ser un criterio valioso para la evaluación preoperatoria y, posiblemente, para el seguimiento postoperatorio de los pacientes con carcinoma gástrico. Estos resultados también muestran que los niveles séricos de LDH, PHI, CHE y PAC pueden ser un predictor útil del tiempo de supervivencia de los enfermos terminales de cáncer. Los niveles séricos de estas enzimas se incrementaron significativamente a medida que los pacientes se acercan a su muerte. Una marcada disminución en la actividad sérica de la CHE también parece ser un predictor útil del índice de supervivencia en pacientes con CG en estadio avanzado.

Palabras claves: Carcinoma gástrico, metástasis, enzimas séricas, seguimiento del cáncer, índice de supervivencia.