

# Dificultades y logros en la investigación de los efectos del trabajo sobre los trastornos del ciclo menstrual en el personal de enfermería de dos hospitales de la ciudad de Maracay, Venezuela

Aismara Borges <sup>1</sup>

## Introducción

El desarrollo de un estudio de prevalencia sobre los efectos del trabajo en los trastornos del ciclo menstrual de una muestra del personal de enfermería (302 trabajadoras) de dos hospitales de la ciudad de Maracay, Venezuela; primera en nuestro país sobre esta temática y con una muestra representativa de la población seleccionada, nos ha permitido realizar una serie de reflexiones sobre las dificultades confrontadas y los logros obtenidos, al investigar con el rigor científico establecido por el paradigma de la ciencia positivista y los principios metodológicos de la epidemiología, dentro del contexto de un país como Venezuela –y más aún en una ciudad de provincia como Maracay– el cual enfrenta graves problemas económicos y sociales que conllevan a que las políticas gubernamentales no den prioridad a la investigación científica, lo cual no ocurre, con tanto impacto, en países de Norteamérica y Europa.

El confrontar múltiples obstáculos para el desarrollo del estudio, tales como: las dificultades para acceder a la información bibliográfica actualizada, la carencia de canales de comunicación eficaces en las líneas de dirección de nuestros hospitales, la falta de acuerdos y coordinaciones inter-institucionales necesarias para el cumplimiento de las diferentes etapas de la investigación, los obstáculos para el acceso a registros confiables y automatizados, y la condición del redoble laboral (el hecho de trabajar 18 horas o más por semana, bien sea en el mismo hospital o en otro centro asistencial, además de su jornada habitual en el hospital donde se le realizó la encuesta) como una realidad laboral de las trabajadoras, que introdujo el reto de un análisis complejo del estudio de la exposición

laboral, fueron algunas de las dificultades vividas que queremos discutir en este papel de trabajo, así como las estrategias desarrolladas para sortear estos problemas que retrasaron la investigación y los logros obtenidos en un proceso donde, finalmente la necesidad de las trabajadoras de ser tomadas en cuenta, de poder hablar sobre sus condiciones de trabajo y el interés principal de la investigadora de conocer tal realidad, permitió la obtención de resultados que son necesarios divulgar y discutir para el avance de la experticia colectiva de los(as) que hacemos investigación en salud ocupacional de las mujeres en el país, para beneficio de las trabajadoras necesitadas de soporte científico sobre sus condiciones de trabajo que las enferman y luego poder exigir mejores condiciones laborales y en última instancia para el avance del conocimiento científico, en este caso de la temática específica estudiada: Los trastornos menstruales y su relación con el trabajo, temática relativamente reciente, polémica y poco priorizada por los estudios epidemiológicos en el campo de la salud ocupacional.

## **1. Falta de apoyo a la Investigación Científica y obstáculos para acceder a la información bibliográfica actualizada**

Hacer investigación científica en un país como Venezuela, tiene entre las múltiples dificultades que confrontar, el escaso apoyo a la investigación, dada la carencia en el país de políticas públicas y recursos para avalar este tipo de actividad, así como el poco desarrollo de una cultura que le dé importancia a la investigación. Esto se traduce entre otras cosas, en la falta de soporte económico para las instituciones que realizan investigación. En la mayoría de los casos, las

<sup>1</sup> Magister en Salud Ocupacional

Universidades y Centros de Investigaciones autónomos, sólo consiguen pequeñas subvenciones de algunos organismos nacionales o regionales para el desarrollo de la ciencia y contradictoriamente en muchos casos el soporte financiero mayor viene dado por organismos internacionales a través de convenios de cooperación.

De manera concreta, la ausencia de recursos conlleva a dificultades para la estructuración de equipos de trabajo, con asistentes de investigación financiados por los propios proyectos o instituciones, la carencia de presupuestos para costear los gastos de traslado a los lugares donde se realiza el terreno del estudio, el poco acceso a los recursos tecnológicos necesarios para el desarrollo de los proyectos y a la información bibliográfica, completa y actualizada del sujeto de investigación, etc. Este conjunto de condiciones limita la ejecución y progreso de las investigaciones, el tipo de diseño de estudio que podría realizarse (p.ej.: estudios longitudinales) e inclusive el nivel de profundidad de análisis que las mismas pudieran alcanzar si se contara con toda la infraestructura necesaria.

En el caso específico de nuestra investigación, no escapamos a la realidad descrita anteriormente. En principio la misma se dio en el marco de un Convenio de Cooperación Internacional llamado: “Mujer, Trabajo, Salud”, entre un Centro de Investigación de la Universidad de Québec de Montreal y nuestro Centro de Investigación de Salud y Trabajo de la Universidad de Carabobo Núcleo Aragua, financiado por un organismo de cooperación internacional del Canadá. Luego la investigadora responsable del estudio confrontó la ausencia de un equipo de trabajo directo, entrenado y financiado para realizar el trabajo de investigación. Por otra parte, el acceso a la bibliografía pertinente al sujeto de estudio sólo fue posible obtenerla para el inicio de la investigación, gracias a que el Convenio contempló la estadía de la investigadora en la ciudad de Montreal, accediendo a las bibliotecas y centros de documentación de las principales Universidades y Centros de Investigación en el área de salud y trabajo, donde se encontraba la información actualizada. De no haberse contado con la posibilidad de realizar la revisión bibliográfica del tema en Canadá, con los recursos existentes en las bibliotecas venezolanas para ese momento, años 95-96, no hubiese sido posible realizar una exhaustiva puesta al día del conocimiento del tema para delimitar el problema de estudio, a fin de que esta investigación pudiese contribuir a avanzar en esta área del saber que estudia los

trastornos menstruales y su posible relación con las condiciones de trabajo. Afortunadamente en los últimos cuatro años (1999-2002) encontramos a nivel de internet mayor información bibliográfica actualizada, a la cual es posible acceder, de esta manera la información digitalizada viene a llenar un vacío en materia de actualización bibliográfica de nosotros los investigadores (as) venezolanos (as) y latinoamericanos (as).

## **2. Canales de comunicación ineficaces en las líneas de dirección de nuestros hospitales.**

En la primera etapa de la investigación fue necesario el contacto con las autoridades, direcciones y jefaturas de los centros hospitalarios donde habría de realizarse el estudio: El Hospital de la Salud Pública (HSP) y el Hospital de la Seguridad Social (HSS), así como con los representantes gremiales y sindicales de las trabajadoras de enfermería, a fin de informarles sobre los objetivos del proyecto de investigación, sensibilizarlas sobre su importancia, solicitar la debida autorización y apoyo institucional para la ejecución del estudio así como para recaudar la información preliminar disponible sobre la población de interés. Este proceso se efectuó a través de un primer envío de un número de comunicaciones escritas a las autoridades pertinentes (Dirección de Enfermería de la Corporación de Salud del Estado Aragua, Direcciones de los Hospitales, Direcciones y Jefaturas de Enfermería, Jefatura de los Colegios de Enfermería y de la Seccional Regional del Sindicato de Empleados y Obreros del Ministerio de Salud), de las cuales se obtuvieron escasas respuestas, por lo cual realizamos un segundo envío de comunicaciones y añadimos visitas y conversaciones personales con algunas de esas autoridades, donde constatamos que la información, en algunos casos, no había llegado a sus destinatarios oportunamente, mientras que en otros, simplemente había sido ignorada.

Muchas de las autoridades contactadas personalmente, manifestaron de forma verbal un gran interés por la investigación, pero en la práctica y con el paso del tiempo, tal interés no llegó a concretarse en un compromiso activo, es decir no hubo hechos tangibles que fueran más allá de un mero permiso escrito que permitiera nuestra entrada como investigadores a los centros hospitalarios.

Además de los retrasos mencionados, se sumó la falta de continuidad administrativa de algunas autoridades, con remociones de algunos jefes(as), reestructuración administrativa de la Corporación de

Salud (principal ente gubernamental regional de la salud) con la desaparición de la Dirección Regional de Enfermería, etcétera; lo cual ameritó la reinversión de una gran cantidad de tiempo en la difusión de la información a las nuevas autoridades. Es importante señalar que, en cada etapa del desarrollo de la investigación fue necesario volver a notificar y recordar a las autoridades mencionadas el objetivo de la investigación, los objetivos de la etapa del trabajo en la que nos encontrábamos y también informar que contábamos con autorizaciones de los jefes(as) anteriores. Todo esto ilustra la ineficacia en el funcionamiento de los canales regulares de información y de dirección, lo cual fue uno de los principales factores que retrasó la fluidez de la investigación en sus diferentes etapas.

Si bien la investigación en el campo de la salud ocupacional confronta dificultades para el acceso a los centros de trabajo y la recolección de la información de fuente directa en la gran mayoría de los países del mundo, dado los controversiales intereses que la salud en el trabajo plantea (intereses opuestos entre trabajadores y empleadores), resulta muy contrastante la situación de esta dinámica de información y coordinación en nuestra investigación, con algunas de las experiencias reportadas en la literatura de investigaciones similares en el campo de la salud ocupacional en otros países como Canadá, Estados Unidos, Francia, y los países escandinavos donde, en estos casos, los investigadores trabajaron en un marco de acuerdos interinstitucionales, por ejemplo: En el estudio de Mergler y Vézina (1985) sobre trastornos menstruales y condiciones de trabajo en mataderos de pollo y fabricas de conservas en el Québec, la investigación se condujo en estrecha cooperación con los representantes sindicales locales, que en ese momento discutían su contratación colectiva y requerían introducir cláusulas referentes a la salud y la seguridad en el trabajo. El sindicato local contactó a los representantes de Salud y Seguridad de la confederación a la cual pertenece y éstos, a su vez, se comunicaron con el Centro de Investigaciones para el Estudio de la Salud y el Medio Ambiente (CINBIOSE) de la Universidad de Québec de Montreal (UQAM), institución que desde hace muchos años mantiene un acuerdo de servicio con la Central Sindical Nacional (CSN) y la Federación de Trabajadores del Québec (FTQ) en el contexto de la estructura de Servicio a la Colectividad (“Service a la Collectivité”) de dicha Universidad (Mergler, 1987). Es necesario destacar que este convenio específico entre el grupo de investigación canadiense CINBIOSE, la CSN y la FTQ, es único en

América del Norte y sorteando múltiples obstáculos durante sus años de desarrollo, ha generado importantes avances en materia de reivindicaciones sindicales de mejores condiciones de trabajo en diferentes grupos de trabajadores y trabajadoras afiliados a dichas centrales sindicales. Asimismo, en algunos de los países mencionados, es posible contar con permisología oficial consecuencia de una obligación legal para la evaluación de la salud de los(as) trabajadores(as), por ejemplo: en Francia, en una investigación similar a la mencionada anteriormente, el estudio se realizó en el contexto del examen médico anual obligatorio de los(as) trabajadores(as), con la cooperación activa de los servicios médicos ocupacionales de las empresas (Messing et al. 1992). Si bien es cierto, que estos ejemplos pudieran no ser la norma de la dinámica de investigación en salud ocupacional de los países industrializados, son ejemplos muy lejanos a la realidad común de nuestra incipiente actividad investigativa en este campo.

En nuestro caso, a pesar de todas las dificultades para contactar a las autoridades y acceder a la información, dentro de un contexto organizacional anárquico, nos planteamos como estrategia para vencer dichos inconvenientes, establecer relación persona a persona con algunas enfermeras (informantes claves) que por diferentes razones (trabajadoras con conocimiento previo en Salud Ocupacional, por razones académicas, sensibilizadas por sufrir los síntomas que íbamos a investigar, etcétera), cooperaron en gran medida para permitirnos el enlace no sólo con las jefaturas más inmediatas a las trabajadoras de base, sino también con las trabajadoras mismas; relación que finalmente facilitó el desarrollo del proyecto. Además, estas informantes claves se convirtieron en un grupo de apoyo operativo que suministró información sobre el sector, sobre la dinámica organizacional con la que se realiza el trabajo de enfermería en sus hospitales y que promovió la convocatoria y ejecución de los talleres de información con las trabajadoras. No obstante, el apoyo y el entusiasmo de estas trabajadoras, para la ejecución de los talleres, también enfrentamos dificultades de comunicación y organización, tales como: falta de tiempo por parte de las trabajadoras para asistir a los talleres, planificados inicialmente para ocho horas, lo que nos obligó a reducir su duración a cuatro horas; además de la ausencia de permisos formales y la planificación respectiva de parte de las direcciones de enfermería de ambos hospitales para seleccionar y autorizar la asistencia a los talleres de las trabajadoras interesadas en participar.

### 3. Talleres de información y sensibilización

Como investigadores asumimos el principio ético que considera a los sujetos en estudio, con derecho a poseer una información básica sobre el tema que se va a investigar, ¿Para qué le sirve al investigador(a) el estudio que realiza? ¿Para qué puede servirles el estudio a ellos(as) como trabajadores(as)?, por lo cual decidimos realizar talleres de información y sensibilización, como espacios de encuentro para escuchar sus opiniones y conciliar en el estudio, de ser posible, los intereses de investigadores y trabajadores.

Asimismo, estos talleres fueron nuestra primera estrategia de contacto directo con las trabajadoras a objeto de: 1) Informar sobre el tema de la investigación. 2) Explorar su interés frente al mismo. 3) Explorar la percepción sobre sus condiciones de trabajo y problemas de salud. 4) Acercamiento preliminar a las condiciones de trabajo particulares de estas trabajadoras.

Se realizaron dos talleres, uno en cada hospital seleccionado, con grupos de 20 trabajadoras del personal de enfermería, en los cuales se explicaron los objetivos del trabajo y sus alcances. Luego, escuchamos las inquietudes y opiniones de las trabajadoras. A través de esto, pudimos darnos cuenta del poco interés que en un principio tenía este grupo de mujeres por los trastornos menstruales y su posible relación con las condiciones de trabajo como tema de investigación. Escuchamos expresiones como éstas: *“Como cultura general, me parece muy interesante conocer sobre la dismenorrea pero, para nosotras, el estrés que nos produce trabajar con tantos pacientes y con pocos recursos, es un problema más importante”*. Otra trabajadora comentó *“Los dolores de espalda son muy frecuentes en nosotras las enfermeras, yo por ejemplo sufro de la columna y, muchas veces, cuando termino mi guardia, no aguanto el dolor...”* y otra mujer dijo, *“También sufrimos mucho de dolores en las piernas, yo creo que se debe a que pasamos muchas horas de pie...”*

Constatar que los trastornos menstruales, en primera instancia no resultó ser un problema de salud sentido por las trabajadoras, nos planteó un problema ético como investigadores en términos de cómo conciliar nuestro interés científico sobre este tema con los intereses de las trabajadoras, razón por la cual surgió el compromiso de incorporar en la investigación el tema

de la lumbalgia, referido por ellas como un problema de salud más relevante. No fue difícil concretar este acuerdo pues en la revisión bibliográfica, particularmente del tema de la lumbalgia, nos encontramos con un vacío sobre la contribución real de la menstruación a la frecuencia de aparición e intensidad de la lumbalgia, por lo cual explorar la frecuencia de la lumbalgia con y sin la menstruación, nos brindó la oportunidad de profundizar en esta discusión. La necesidad ética de la conciliación de intereses entre investigadores y trabajadores también ha sido reportada por otros estudios, por ejemplo el trabajo de Tissot y Messing (1995) con trabajadoras hospitalarias del Québec, donde en el marco de una investigación diseñada inicialmente para estudiar los efectos de las radiaciones ionizantes sobre el producto del embarazo, se incorporó el estudio de otros factores de riesgo y sus efectos a la salud, entre ellos los síntomas perimenstruales, producto de las discusiones con los representantes sindicales.

En cuanto a la percepción de las trabajadoras sobre sus condiciones de trabajo, surgieron dos problemas particulares. El primero, la percepción de laborar con un alto ritmo de trabajo, específicamente en las trabajadoras del hospital de la salud pública, a través de comentarios como: *“Yo trabajo en el servicio de emergencia de adultos, y tengo tantos pacientes que atender, porque hay muy poco personal, por lo que normalmente debo hacer dos o más tareas al mismo tiempo...”* Otra trabajadora expresó, *“Yo trabajo en emergencia pediátrica, en planta baja y en mi servicio frecuentemente no contamos con todos los recursos ni medicamentos para atender a los pacientes. A veces, tengo que subir hasta el piso ocho, al servicio de hospitalización de medicina interna, para conseguir un antibiótico que alguna colega me facilita como un favor, para poder cumplir el tratamiento a un paciente pobre cuya familia no tiene dinero para comprarlo”*.

El segundo problema fue la condición del *redoble laboral*, es decir, las enfermeras manifestaron que a consecuencia de los bajos salarios que perciben, los niveles de inflación, y en general la crisis económica de nuestro país Venezuela, se ven obligadas a emplearse en otro centro asistencial, o como suplentes de alguna compañera en el mismo hospital donde trabajan, con el fin de aumentar sus ingresos, condición de trabajo que genera mayor tiempo de exposición a los riesgos

laborales, sensación de fatiga y una importante disminución del tiempo para el descanso, la recreación y la atención de sus responsabilidades familiares. Producto de esta realidad, como investigadores, nos pareció importante construir indicadores sobre la intensidad del ritmo de trabajo y tomar en cuenta el redoble laboral al momento de la elaboración del cuestionario, como instrumento esencial de recolección de información del estudio.

A pesar de las dificultades y retrasos antes mencionados para el desarrollo de los talleres, podemos concluir que se lograron sus objetivos principales.

#### ***Talleres de Sensibilización ¿Fuente de Sesgos?***

La realización de este tipo de talleres, previos a la etapa de recolección de datos de una investigación, puede interpretarse como una fuente de sesgo para el estudio, pero en nuestro caso, pensamos que éstos se constituyeron en una herramienta importante para informar a las trabajadoras y garantizar su participación en el mismo. Por una parte, es necesario señalar que los talleres se realizaron en una etapa inicial de la investigación, sólo con un grupo pequeño de trabajadoras (40 de una población de 440) y el tiempo transcurrido (más de un año) entre los talleres y la aplicación del cuestionario fue lo suficientemente amplio como para descartar que la información discutida en dichos talleres influyese sensiblemente en las respuestas a las preguntas del cuestionario y en consecuencia en los resultados de la investigación. Por otro lado, en las investigaciones de salud se ha señalado a la memoria selectiva como una fuente de sesgo de la información pues se ha establecido que un sujeto frecuentemente afectado por un síntoma, está más interesado en participar en un estudio que investigue dicho problema que un sujeto que no lo esté (Bryant H, 1992), por lo cual podría pensarse que los talleres de sensibilización estimulan la participación de éstos sujetos. En nuestro estudio podemos sostener que este tipo de sesgo no influyó sobre los resultados dada la estrategia de selección de la muestra con el uso de listados aleatorios y a la alta tasa de participación que obtuvimos (84%). Además en nuestro caso, pensamos que el estudio de la dismenorrea, principal trastorno menstrual de la investigación, no pudo ser fuente del sesgo de memoria selectiva ya que, como lo mencionamos anteriormente, este síntoma y los otros trastornos menstruales investigados, no fueron el centro de interés del personal de enfermería.

#### **4. Obstáculos para el acceso, confiabilidad y automatización de los registros.**

Otro de los obstáculos confrontados en el desarrollo de la investigación fue la falta de automatización de los registros, así como su desactualización, la dificultad para acceder a ellos, y la falta de datos completos en la mayoría de los mismos.

Para llevar a cabo nuestro estudio necesitábamos disponer de información preliminar sobre el sector de trabajadoras de la enfermería de los dos hospitales seleccionados, para conocer mejor las características de los y las trabajadores(as) y del trabajo que realizaban, datos como número total de los trabajadores en cada centro de trabajo, su distribución por sexo para seleccionar sólo a las mujeres, su distribución por departamentos y turnos de trabajo, fecha de nacimiento, antigüedad laboral, etc. No fue fácil obtener esta información debido, por ejemplo, al hecho de que en el Hospital de la Seguridad Social (HSS) toda la información de nómina existía en registros manuales, desactualizados, que en el caso específico de las listas del personal de enfermería incluía al personal jubilado y al personal de limpieza. Por su parte en el Hospital de la Salud Pública (HSP), aunque los listados del personal fueron suministrados de manera automatizada, éstos pertenecían a nóminas de dos años anteriores. En ambos hospitales, los listados del personal a los cuales accedimos estaban incompletos. No existía una distribución por sexo (de manera anecdótica podemos señalar que la selección de hombres y mujeres la hicimos manualmente, identificando el género de los trabajadores por la asociación empírica con sus nombres), afortunadamente este ejercicio no fue complicado dado la escasez de personal masculino dentro del sector de enfermería (<10% de la fuerza de trabajo) y al hecho de que las enfermeras informantes claves nos ratificaron quiénes de sus compañeros eran hombres o mujeres. De igual forma, una proporción importante de los listados no poseían las fechas de nacimiento, lo cual era indispensable en nuestro estudio para conocer la edad de las trabajadoras, pues era un criterio de inclusión de la investigación tener una edad <45 años. Por otra parte, algunos de los departamentos listados, en la realidad no existían, por ejemplo la Unidad de Quemados del HSP y las trabajadoras pertenecientes, en teoría a dicha Unidad, laboraban en otros departamentos. Igualmente, la mayor parte de las trabajadoras aparecían adscritas al Departamento de Enfermería pero el listado no indicaba el departamento de trabajo específico en el que laboraban,

llámese pediatría, obstetricia, etc., y tampoco existía el dato correspondiente al turno de trabajo. Siendo éstos datos, vitales para localizar a las trabajadoras.

Frente a este caos en la fuente primaria para listar la población, tomamos la decisión de conseguir los datos directamente de las jefas de enfermería quienes nos suministraron los listados de las trabajadoras a su cargo, hechos también en forma manual pero más actualizados. Con estas múltiples listas, creando una base de datos en DBASE, cruzamos la información, obteniendo listados más limpios y completos que luego fueron enriquecidos y/o corroborados por la información proveniente de la experiencia de las mismas jefas departamentales quienes conocían “casi de memoria”, la distribución del personal a su cargo por servicios y por turnos, y fueron capaces de indicar quiénes estaban de reposo, de permiso, quiénes estaban embarazadas o en fase de lactancia, etc. Después de todo este proceso, finalmente obtuvimos los listados definitivos de las trabajadoras de cada hospital.

La reflexión acerca del acceso a los registros confiables y actualizados representa un punto de partida crucial, en toda investigación. A diferencia de nuestra experiencia aquí en Venezuela, donde la información poblacional automatizada y confiable es escasa, observamos en la literatura que en algunas investigaciones de países industrializados, como por ejemplo en el estudio de Sundell et al., (1990), en Suecia sobre factores que influenciaron la prevalencia y severidad de la dismenorrea en mujeres jóvenes, los autores accedieron a los registros para la selección de la población y muestra a partir de la base de datos del Registro de Población Nacional de la ciudad de Goteborg, donde encontraron los datos de edad y dirección de residencia, importantes para la fase de selección y contacto con la muestra de interés. Es importante resaltar que dichos autores realizaron un primer estudio sobre la prevalencia de la dismenorrea en una muestra representativa de las mujeres residentes de la ciudad de Goteborg en el año 1982 y cinco años después en una segunda fase tipo estudio longitudinal, a través de la misma base de datos pudieron contactar al 91% de las participantes del primer estudio.

### **5. Imposibilidad de trabajar con cuestionarios auto-administrados**

Al revisar la literatura internacional sobre estudios de corte transversal en salud ocupacional,

notamos que la mayoría de las investigaciones que emplean el cuestionario autoadministrado como principal herramienta de recolección de datos, el mismo es enviado a las participantes a través del correo o bien, a través de redes organizacionales del trabajo comprometidas con la investigación (jefes inmediatos o representantes sindicales) (Sundell et al. 1990; Tissot y Messing, 1995). Los cuestionarios son llenados por los(as) participantes y reenviados a los(as) responsables de la investigación a través de los mismos mecanismos; reportándose en muchos casos, buenas tasas de participación.

Para nuestra percepción, estos procedimientos no sólo reflejan la eficiencia de los canales de comunicación y de dirección organizacional de los casos comentados, sino que además son expresiones de la cultura de países donde existe, entre otros valores, la confianza en el funcionamiento de sus servicios públicos (p.ej.: el correo) y el hábito de la comunicación escrita, producto de un alto nivel educativo de la población general y una elevada calidad de vida. Por el contrario, en nuestro país, la realidad cultural y organizacional es muy distinta. Por un lado, los servicios públicos en muy pocos casos funcionan de manera eficaz por lo que, en lo que concierne al sistema de correos, se corre el riesgo de que una encomienda pueda tardar semanas y hasta meses en llegar a su destinatario, razón por la cual la gran mayoría de los venezolanos hemos rechazado rutinariamente, el uso de este servicio como recurso de comunicación. Por otro lado, como lo mostramos anteriormente, no existe una cultura organizacional que ejecute canales de comunicación eficientes, ocasionando que las comunicaciones escritas (cartas, memos, permisos) no lleguen a su destino o no sean leídas ni respondidas oportunamente en muchos casos. Asimismo, los niveles de escolaridad y particularmente los hábitos de lectura y escritura nos son precisamente características determinantes de nuestra cultura como pueblo, aunque si son hábitos y valores exclusivos de ciertas elites sociales. Por el contrario, la comunicación oral si es un rasgo peculiar de nuestra idiosincrasia, que se traduce en hablar abiertamente de ciertos temas que en otros países se reservan a la privacidad.

Por otro lado, experiencias previas de nuestro equipo de investigación han arrojado tasas de participación muy bajas cuando empleamos el método de los cuestionarios auto-administrados. En cambio cuando realizamos los cuestionarios con el método de la entrevista persona a persona, las tasas de

participación son más elevadas; creemos que esto se debe precisamente a esa cultura oral que nos caracteriza.

En nuestro estudio sobre trastornos menstruales y condiciones de trabajo, a pesar de que la menstruación pareciera entrar en la esfera de lo privado, las enfermeras, en su mayoría no se sintieron inhibidas de hablar sobre el tema. La disposición a participar aportando la información requerida, se brindó casi totalmente con una gran espontaneidad; sólo se presentaron dos exigencias: la primera, la necesidad de conocer nuestra identificación como investigadores, para verificar que no veníamos en representación del empleador con función supervisora, debido al temor ocasionado por la posibilidad de perder su trabajo, y la segunda exigencia fue el estricto respeto al anonimato, con el compromiso de la confidencialidad de la información suministrada por las trabajadoras. Respetar estas dos exigencias planteadas por las participantes, resultaron ser estrategias para ganar su confianza, elemento que también contribuyó a obtener una alta tasa de participación de las mismas. Es por ello, que en este trabajo, la fase de aplicación del cuestionario se realizó con un formato anónimo, solicitando únicamente el consentimiento verbal de las trabajadoras. Sabemos que el temor de los(as) trabajadores(as) a perder su empleo por participar en una investigación donde se le demanda su opinión sobre sus condiciones de trabajo, es un problema general con el que nos enfrentamos los(as) investigadores(as) en salud ocupacional, en todos los países del mundo.

Aunque el uso de cuestionarios autoadministrados para la recolección de información en los estudios transversales es una práctica común en los países industrializados, la validez de su información ha sido cuestionada en diversos artículos científicos (Bernard et al., 1993; Torgen et al., 1999; Trinkoff et al., 2001), debido a que es posible que los(as) encuestados(as) podrían sobreestimar sus respuestas, contribuyendo al problema de la clasificación errónea de la exposición (específicamente en el campo de la salud ocupacional) y por lo tanto aumentar la posibilidad de introducir sesgo a los resultados. De este modo, la imposibilidad de aplicar cuestionarios autoadministrados, que en primera instancia se presentó como una dificultad para nuestra investigación, tuvo la potencialidad de convertirse en una fortaleza metodológica, dado que la aplicación del cuestionario persona a persona, con entrevistadoras entrenadas, aunado a las al clima de cooperación establecido entre

los investigadores y los sujetos, trajeron como beneficio una alta tasa de participación y un aumento de la confiabilidad de las respuestas obtenidas en el cuestionario. Hecho comprobado cuando se observó la concordancia de las respuestas con las informaciones dadas por las trabajadoras en los talleres previos y los datos obtenidos en las fase de las observaciones ergonómicas preliminares de los puestos de trabajo.

## **6. Toma de conciencia sobre las cargas laborales y domésticas ¿Una ganancia inesperada de esta investigación?**

Durante la aplicación del cuestionario mediante la técnica de entrevista, las trabajadoras expresaron que por primera vez se sentían “tomadas en cuenta”, que sus preocupaciones por las condiciones de trabajo, eran escuchadas. Percibimos que de alguna manera, el hecho de cuantificar el número de pacientes que atendían, los que debían bañar o darles comida; el número de veces que realizaban actividades de manipulación de los pacientes, y reflexionar sobre la intensidad de su ritmo de trabajo, les permitió tomar conciencia real de la carga física y mental que representan estas actividades y exigencias de su trabajo como enfermeras hospitalarias.

Por otra parte, incluimos en el cuestionario, una serie de preguntas sobre las horas que ellas invertían en el trabajo doméstico, frente a lo cual manifestaron que nunca antes habían sido interrogadas sobre este aspecto de sus vidas. Igualmente, al responder a estas preguntas del cuestionario, las trabajadoras tuvieron que considerar por ejemplo, ¿Cuánto tiempo empleaban en la realización de los quehaceres del hogar tales como: planchar, cocinar, limpiar, etc.? ¿Para estas actividades contaban o no con ayuda? De cierta forma la toma de conciencia de su carga de trabajo tanto en el hospital como en el hogar, se puede apreciar como una ganancia no esperada de esta investigación.

El hecho de que las trabajadoras se percatasen por sí mismas del significado del trabajo en la casa y reportasen la información sobre su carga de trabajo doméstico, contribuyó a alcanzar uno de los objetivos, emanado del enfoque de género planteado inicialmente en el proyecto general de la investigación, el cual fue: Determinar la posible asociación entre el trabajo doméstico y los trastornos menstruales.

Al cruzar los datos del trabajo doméstico con otras variables que formaban parte del análisis,

sorpresivamente encontramos una asociación entre la dismenorrea y horas de trabajo doméstico, dando como resultado que a mayor número de horas de trabajo doméstico, mayor es el riesgo de padecer dismenorrea [OR=1,2 (IC 95% = 1.00-1.04) por cada hora de trabajo doméstico] Ante a este resultado nos preguntamos ¿Será el trabajo en el hogar una de las causas de la dismenorrea?. No hay hasta ahora una explicación fisiológica que los relacione, pero no deja de tener importancia la aparición de tal hallazgo epidemiológico, al punto de llegar a asumir las horas de trabajo doméstico como una covariable significativa a incluir en el modelo final explicativo de regresión logística del estudio, porque estuvo siempre presente en los análisis univariados de cada uno de los factores de riesgo; siendo el único trabajo de investigación hasta la actualidad, que reporta esta asociación (Borges et al., 2002a)

### **7. El redoble laboral ¿Una realidad de trabajo en nuestro país?**

Como lo señalamos anteriormente, durante el desarrollo de los talleres de información surgió como una condición particular de trabajo del personal de enfermería, el redoble laboral. En consecuencia, creímos necesario introducir en el cuestionario preguntas referentes a esta condición. Para ello contemplamos en una primera parte del instrumento, preguntas referentes a la historia y la exposición a los factores de riesgo laborales del primer centro hospitalario, y una segunda parte que repetía las preguntas pero con respecto al segundo centro de trabajo. Posteriormente, a partir de la información de todas estas variables sobre actividades y operaciones, así como los indicadores de percepción de intensidad de ritmo de trabajo, construimos variables derivadas que dieron cuenta de la carga total de exposición a los diferentes riesgo de trabajo explorados; ya que consideramos que de alguna manera era necesario mostrar esta complejidad laboral, puesto que si únicamente dábamos a conocer la exposición de las trabajadoras en un solo centro de trabajo, no estaríamos reflejando su exposición laboral total.

Efectivamente, en el ejercicio de nuestro campo de salud ocupacional, el hecho de que el redoble laboral se presente como una situación de trabajo cada vez más frecuente en diferentes grupos de trabajadores(as), introduce varios problemas, por un lado ¿Cuál es la mejor manera, metodológicamente hablando, de explicar esta situación? ¿Cómo considerar el efecto de los

riesgos en la salud, en el caso de los(as) trabajadores(as) que se redoblan? ¿Acaso los riesgos actúan de manera sumatoria, sinérgica o exponencial? Por otro lado, ¿A quién responsabilizar de la salud en el trabajo cuando existe más de un empleador? Por el momento, no tenemos las respuestas definitivas a estas interrogantes, no obstante pensamos que nuestra primera responsabilidad como investigadores es mostrar esta complicada realidad laboral y su potencial impacto en la salud de los(as) trabajadores(as). Hasta hoy, no conocemos otras investigaciones en el campo de la salud ocupacional que den cuenta de este fenómeno del redoble laboral.

### **Conclusión**

Estas reflexiones a partir de las vivencias de nuestra investigación, nos enfrenta a una compleja realidad nada fácil de abordar bajo los principios metodológicos de la investigación científica dentro el marco rígido del positivismo.

De manera empírica, sabemos que estas dificultades no son exclusivas del campo de la salud ocupacional sino que son extensivas a otras áreas de la investigación, tanto en las ciencias fácticas, como en las ciencias sociales. De igual manera sabemos, que con ciertos matices, son problemas inherentes a la realidad latinoamericana. Asimismo, cuando citamos ejemplos concernientes a investigaciones provenientes de países industrializados de Norteamérica y Europa, no queremos de ningún modo generalizar o afirmar estos países no se tropiezan con las mismas u otras dificultades, ya que la investigación en salud ocupacional es un terreno de complejas confrontaciones ideológicas y de intereses, que intervienen en la dinámica de avances y retrocesos de la investigación que procura generar conocimiento para el mejoramiento y/o transformación de las condiciones de trabajo para hombres y mujeres.

En Venezuela, el científico(a) que tome la decisión de llevar a cabo cualquier tipo de investigación con el nivel de rigurosidad que el mismo amerite, tiene la necesidad de planificar las diferentes fases del proyecto, así como los recursos necesarios para su ejecución y el cronograma de trabajo, de manera flexible y creativa, a fin de poder lograr sus objetivos con éxito en el marco de un contexto desorganizado como el de nuestro país. La flexibilidad y creatividad son herramientas que se deben tener presentes para evitar las dificultades en el manejo de las estrategias

de investigación, y llegar incluso a planificar los inconvenientes potenciales, en el abordaje de la población y muestra, en la búsqueda de la información confiable, etc.

En una sociedad que no da prioridad a la investigación científica, entre otras razones por poseer una cultura de la inmediatez para dar respuesta a las necesidades básicas de alimentación, vivienda y trabajo; los científicos conscientes de la importancia de investigar para conocer la realidad y transformarla, debemos asumir un liderazgo con iniciativas que tiendan a convocar el apoyo de la sociedad civil y -en nuestro caso particular, a trabajadores y empleadores- así como a los entes gubernamentales y privados, a fin de impulsar cambios a corto y mediano plazo, como la automatización de registros más confiables de los datos de la población, creación de centros de documentación académica y científica, dotación de los mismos con bibliografía actualizada, mayor apoyo financiero y su distribución justa a los diferentes centros de investigación del país, y un marco legal que proteja y

fomente la investigación, entre otros. Asimismo, impulsar cambios a largo plazo que generen la convicción dentro de la población general de que priorizar el conocimiento y la educación son motores del desarrollo de un país.

### Agradecimiento

A la Asociación de Universidades y Colegios Canadienses (AUCC) y a la Agencia de Cooperación Internacional (ACDI) del Canadá, quienes financiaron la formación doctoral y la investigación a partir de la cual se hacen estas notas y reflexiones, en el marco del Proyecto de Cooperación Internacional “Mujer, Trabajo y Salud” entre el Centro de Estudios de las Interacciones entre la salud y el Medio ambiente (CINBIOSE) de la universidad de Québec en Montreal y el Centro de estudios en Salud de los Trabajadores (CEST) de la Universidad de Carabobo, así como a la Fundación para el Desarrollo de la ciencia y Tecnología (FUNDACITE) – Aragua por el co-financiamiento otorgado.

---

### Referencias bibliográficas

- Bernard B., Sauter S., Petersen M., Fine L., Hales T. (1993). NIOSH Health hazards evaluation reports: Los Angeles Times. *Atlanta, GA: Centers for Disease Controls, National Institute of Occupational Safety and Health*. HETA 90-013-2277
- Borges, A. (2002)a. Trastornos menstruales y condiciones de trabajo en Personal de Enfermería hospitalario en Venezuela. Artículo científico N° 1. Parte de la Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias del Medio Ambiente, de la Universidad de Québec a Montréal. Canadá.
- Borges, A. (2002)b. Lumbalgia con y sin la menstruación. Artículo científico N° 2. Parte de la Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias del Medio Ambiente, de la Universidad de Québec a Montréal. Canadá.
- Bryant, H. (1992). L'exposition professionnelle et la fonction de reproduction. *Table ronde de recherche sur la santé des femmes en milieu du travail. compte rendu*. du 22 au 23 juin 1992. Ottawa, Canada. Publication du bureau de la conseillère principales, situation de la femme, santé et bien-être social Canada. 113-116.
- Mergler, D. (1987). Worker participation in occupational health research: Theory and practice. *International Journal of Health Services*. 17, (1):151-67.
- Messing K., Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M., & Bourguine M. (1992). Menstrual cycle characteristics and work conditions of workers in poultry slaughterhouses and canneries. *Scandinavian Journal Work Environ Health*. 18: 302-9.
- Sundell G., Milson I. & Andersch B. (1990). Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 97: 588-594.

Tissot F. & Messing K., (1995). Premenstrual symptoms and working conditions among hospital workers in Québec. *American Journal of Industrial Medicine*. Vol. 27: 511-522.

Torgen M., Winkel J., Alfredsson L. & Kilbom A. (1999). Evaluation of questionnaire-based information on previous physical work load. Stockholm MUSIC 1 Study Group. Musculoskeletal Intervention Center. *Scand J Work Environ Health*. 25:246-254.

Trinkoff A., Storr C. & Lipscomb J. (2001). Physically demanding work and inadequate sleep, pain medication use, and absenteeism in registered nurses. *Journal Occupational Environ Medicine*. Vol. 43(4):355-363.