

Psicología de la Salud Laboral

Primera parte:

Análisis psicosocial en el contexto histórico en Guatemala.



Por: Dr. Juan Cristóbal Aldana Alfaro

Miembro del colectivo de investigaciones sociales y laborales de Guatemala - COISOLA -
Consejero por Guatemala de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología ULAPSI
Psicólogo. Colegiado Activo No. 2784

Resumen: Esta propuesta aborda la necesidad de realizar una profunda reflexión del rol de la psicología social del trabajo en Guatemala, su compromiso ético con la salud laboral y la búsqueda de soluciones a los conflictos laborales derivados de la ausencia de Políticas Públicas en la clase trabajadora. Esta es la primera parte de cuatro en donde se enfoca el problema desde una psicología que aborda el tema con dinámicas y metodologías que interpreten las relaciones laborales en un contexto histórico, desde ópticas múltiples como, las metodologías de historizar las relaciones de trabajadores-trabajo-empleadores, el acceso a derechos y retrocesos en materia de la salud laboral.

Palabras clave: Psicología de la Salud Ocupacional, Psicología Social y Psicología latinoamericanana.

Abstract: This proposal addresses the need for profound reflection on the role of the social psychology of work in Guatemala, its ethical commitment to occupational health and finding solutions to disputes arising from the absence of public policies on the working class. This is the first part of four where they understand the problem from a psychology that approaches the subject with dynamic and methodologies to understand and interpret labor relations in a historical context, since multiple lenses such as historicizing methodologies relations among workers-work-employers, access to rights and setbacks in occupational health.

Key word: Occupational Health Psychology, Social Psychology and Latin-American Psychology

Psicología de la Salud Laboral: aproximaciones introductorias.

La incorporación de conocimientos psicológicos para comprender la salud dentro del ambiente laboral es un esfuerzo por romper con los inmovilismos de la psicología tradicional. Actualmente, existe poca flexibilidad, limitaciones y la constante insatisfacción de

los psicólogos/as que ejercen su profesión desde los marcos de la psicología de los Recursos Humanos o la tradicional Psicología Industrial, que por lo general suele ser contrapuesta a los intereses de los grupos organizados de trabajadores, que forman parte de la cultura organizacional de las empresas, instituciones, fábricas o el trabajo en la agroindustria.

En la actualidad la Psicología de la Salud Laboral está facilitando la incorporación de tratados internacionales y políticas públicas en materia de salud y derechos sociales de la clase trabajadora. Desde los años 90, la Psicología de la Salud Ocupacional emerge como una disciplina diferenciada de la

Psicología Organizacional y su finalidad sería la mejora de la calidad de vida laboral, proteger y promover la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores (Salanova, 2009).

Los primeros trabajos de la Psicología de la Salud Ocupacional incursionan en problemáticas derivadas del estrés, el agotamiento psicológico en los ambientes de trabajo conocido como burnout, absentismo, abuso de drogas, adicción al trabajo, alcoholismo en el lugar de trabajo, conducta anti-cívica, conducta anti-social, conflicto interpersonal, conflicto trabajo-familia, acoso laboral o *mobbing*, problemas del sueño, quejas psicosomáticas, rotación de puestos, síndrome de estrés post-traumático, síndrome de fatiga crónica, tabaquismo, trastornos cardiovasculares, trastornos músculo-esqueléticos, y violencia en el lugar de trabajo.

Asimismo, dentro de la Psicología de la Salud Ocupacional podemos hablar de una Psicología Positiva que se centrará en conceptos como la satisfacción laboral, motivación intrínseca, apoyo social y autoestima relacionada con el trabajo (Salanova, 2009). Otra Psicología de la Salud Ocupacional se centra en la falta de salud, y una tercera que trabaja ambas desde un análisis crítico, para ir hacia la inserción de políticas de protección para los trabajadores.

De las tres nos ocuparemos en la segunda

entrega de este ensayo para delimitar cuál de ellas es la que más se aplica al contexto de Guatemala.

El abordaje de esta primera parte es una Psicología Social que entiende que las relaciones sociales están impregnadas por un pasado, que la acción social de la Psicología Laboral puede partir desde la fundación de una epistemología que tome en cuenta los puntos de vista, los intereses, las circunstancias y el dolor de los afectados para sí dotar de sentido los derechos y superar el individualismo retórico (Gaborit, 2001).

Lo esencial podría ser partir de un inconformismo sistémico (análisis de cómo afectan o se pueden mejorar todas las esferas de la vida) en el cual se rechazan las estructuras de poder, se buscan nuevas psicologías, que consideran al mundo como un mundo pensado (objetivo) relacionado con la conciencia del que lo piensa y que busca distanciarse de la Psicología Hegemónica.

Análisis psicosocial del problema desde el Contexto histórico

“Ser trabajador en Guatemala” es hablar de exclusión permanente a lo largo de su historia; en este contexto, además de el empobrecimiento, la humillación de la condición humana, degradación del trabajo asalariado y de una constante represión de los/las

trabajadores/as (desaparición, torturas, muertes etc.) hay que hablar de un acelerado proceso y permanente deterioro de las condiciones de salud en el marco del medio ambiente laboral.

Todas estas contraposiciones a la condición de una vida humana digna, están estrechamente relacionadas y es difícil separarlas; por ello, sin dispersarse en lo que han sido la marginación de las clases trabajadoras en Guatemala, habrá que centrarse **en establecer una relación de la salud y la fuerza de trabajo asalariado en su contexto histórico.**

La llamada época del liberalismo (1871) es cuando la fuerza de trabajo es trasformada en lo que se que hoy llama mercado laboral. **“Momento histórico de Guatemala”** ya que entra en el mercado mundial capitalista a través de la industria agroexportadora del café. Este hecho en la historia del país supone la expropiación de la tierra a sus dueños ancestrales, la pérdida del trabajo comunal, convirtiendo a muchos guatemaltecos/as en asalariados de la producción del café. La clase trabajadora y campesina pasaron a convertirse en mozos y colonos de las haciendas, dos figuras que consolidaban la industria agrícola guatemalteca.

La salud en el Estado guatemalteco estuvo marcada por una tradición conservadora, iniciada durante la Colonia, que se tradujo en una atención

caritativa o asistencial para los pobres, rurales e indígenas mientras la población con capacidad de pago era atendida por médicos particulares. En ocasiones, también tuvo una combinación centralizada y autoritaria, claramente reflejada durante la dictadura de Jorge Ubico (Ceron, 2005).

El deterioro de las condiciones de acceso a la salud es una variable que se correlaciona con el modelo de producción capitalista desde hace más 200 años; las clases trabajadoras campesinas, obreras y más recientemente los técnicos cualificados se enfrentan a una lucha constante por su supervivencia y a pesar de las bondades ilusorias del capitalismo, éste afecta severamente la salud de millones de personas, a consecuencia del desgaste físico y psicológico a las que les somete (Banach, J y Mantener, 2006).

En el caso de Guatemala, en la última década del siglo XIX y las tres primeras décadas del XX, se da comienzo el inicio de formas organizadas para luchar por derechos a condiciones de vida digna como clase trabajadora. En el libro *Breve historia del movimiento sindical*, de Mario López Larrave (1976), el autor describe que son los pequeños artesanos, trabajadores de oficios como el de albañilería, sastrería y barberos, entre otros, los que se organizarían a través de asociaciones de carácter mutualista, y que, en principio, lo primero que defendían se

limitaba al socorro y auxilio mutuo o al estudio.

No perseguían fines reivindicativos, ni se planteaban la lucha de clases, pero sí un sentimiento elemental de ayudarse mutuamente como gente pobre y nada más, (López, 1976) un marco que no era ajeno a lo que pasaba en otras partes de las sociedades capitalistas nacies que ante la ausencia de las negaciones colectivas en el XIX, estaban las sociedades obreras, las asociaciones de socorro, las mutualidades dependientes de los sindicatos de oficio y las sociedades benefactoras, encargadas de asumir la escasa protección social, la atención sanitaria y en muchos casos la educación de la clase trabajadora (García, 2001). Era tarea propia de la clase trabajadora la protección social, la salud y la educación.

Sin embargo, se abrieron paso, poco a poco en las sociedades industriales más ricas, los acuerdos en la negociación colectiva (Inglaterra, Alemania, Suecia, etc.) y la participación conjunta del Estado y los sindicatos reformistas en la protección social, (García, 2001).

En Guatemala, este tipo de organización y aunque no aparece explícitamente lo relacionado con salud es el realizado por Fernando Mollinedo publicado en el periódico

La hora con el título "Movimiento obrero en

Guatemala 1877-1990" donde describe que "en 1877 se fundó en la ciudad de Guatemala la Sociedad Central de Artesanos, y cinco años después la Sociedad de Artesanos de Quetzaltenango. Una y otra contaron con el apoyo del gobierno de Justo Rufino Barrios y dependieron en mucho de la voluntad política del gobernante. Sus fines eran, en ambos casos, mejorar la producción y las condiciones de la clase obrera." (pág. 15). En 1894 nace el Porvenir de los Obreros, que incluye explícitamente lo referente a la maternidad obrera.

En el inicio del siglo XX en Guatemala los movimientos obreros, campesinos y algunos grupos intelectuales, van conformado formas más estructuradas de lucha por los derechos y siempre en contraposición a las élites económicas y del poder político.

La libertad de organización, la luchas contra las dictaduras de esos años y, la oposición a las leyes represivas que limitaban los derechos a organizarse y criminalizaban a la clase obrera, incidieron en la creación de leyes como la de régimen de seguridad social: *decreto gubernativo 669 del 21 de noviembre de 1906* (Ceron, 2005). (esto no tenía sentido)

Cerón (2005) en su estudio sobre el derecho a la salud: situación en países de América Latina, titulado: *Guatemala salud: ¿gasto o inversión?*, apunta que las formas organizadas de lucha

social, es donde realmente se han alcanzado las reivindicaciones de la dignificación de las condiciones humana de las clases trabajadoras, donde se contraponen los intereses de grupos.

La constitución de un Estado dentro del marco de capitalismo mundial se da a partir de "en el establecimiento del llamado Estado moderno y la industrialización, aparecen los presupuestos y las prioridades estatales, los gobiernos que los administran, y los grupos de interés y de presión hacia aquellos (Ceron, 2005) y pone como ejemplo que cuando se crea el instituto guatemalteco de seguridad social -IGSS- surge también la creación del colegio de médicos. Ante estas situaciones, "los avances y retrocesos en diferentes sistemas de salud han tenido menos que ver con debates técnicos, y más con luchas, movilizaciones o presiones sociales, económicas y políticas. Como ejemplos, están las luchas políticas protagonizadas por los trabajadores europeos durante buena parte del siglo pasado con las que se lograron muchos beneficios relacionados con la seguridad social y la atención en salud (Ceron, 2005, págs. 84-85).

García (2001) en su ensayo El sindicalismo alternativo del siglo XXI describe lo siguiente "El sindicalismo revolucionario trató de crear todo un movimiento autogestionario, de asociaciones, ateneos y sociedades para asumir como

tarea propia y alternativa, la protección social, la salud y la educación. Sin embargo, lo que se abrió paso, poco a poco en las sociedades industriales más ricas fueron los acuerdos en la negociación colectiva (Inglaterra, Alemania, Suecia, etc.) y la participación conjunta del Estado y los sindicatos reformistas en la protección social". (Pag. 11)

La presión de los movimientos de trabajadores en Guatemala, ha dado respuesta en el contexto de la las luchas internacionales ante las características específicas del bloque dominante nacional, caracterizado por "una cultura que se pueden identificar como invasora y dominadora, poseedora de una verdad universal, legitimada a base de sangre y hostigamiento, que pasa a ser parte de un orden natural, dibujando una imagen maldita y despreciable del otro: el indígena, el trabajador/a campesino/a., obrero/a, mestizo etc."(Aldana, Vásquez y Calderón, 2001. Pág. 22).

Es así como se legitimó la impunidad que ha caracterizado por actuar en todos los ámbitos de la sociedad guatemalteca y la salud no ha sido la excepción. Por lo mismo, ante estas premisas, se generaron desde comienzos del siglo XX, proyectos de oposición nacidos de las clases trabajadoras, campesinas y urbanas que se han contrapuesto a estos grupos. "El racismo y la exclusión han sido parte de la visión de las políticas impulsadas desde el

Estado. Las élites de poder han preferido utilizar la coerción y no las políticas sociales como mecanismo para mantener su dominio. Las causas, y por supuesto las soluciones, no tienen que ver con deficiencias técnicas ni limitaciones económicas, sino con posiciones políticas que enmascaran intereses económicos"(Aldana, et al, 2001).

Las organizaciones de trabajadores en las primeras tres décadas del siglo XX han aportado a la historia de la salud, una lenta mejora que se ha entrelazado entre una lucha por los principios de libertad y organización con guerras internas, epidemias y desastres. En este contexto, la revolución de 1944 fue una experiencia de cambio político y social, que aspiraba responder a lo que sucedía tras el final de la segunda guerra mundial; al menos hacer una aproximación a un estado que asumiera la prestación de servicios públicos y la protección social a la población en general y a la clase trabajadora en particular. Es decir, de cierta forma había influencia de crear un estado de bienestar entendido éste como sistemas nacionales de educación, salud y seguridad social (pensiones de jubilación e invalidez, prestaciones por enfermedad y accidentes de trabajo, y seguro de desempleo).

En las décadas del desarrollo de 1950 al 1970, todos países de Europa, Japón, Australia y Canadá ya habían consolidado este sistema de

protección. Con el paso del tiempo, se puede afirmar que lo que se buscaba era la creación de un vínculo de los derechos y responsabilidades entre todos. "Así al promulgarse la constitución del periodo revolucionario, se establece por vez primera el seguro social obligatorio en su artículo 63, y el 30 de octubre se emite la ley orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, una institución con autonomía, pública y cuya finalidad es ser de beneficio a la clase trabajadora en un régimen de carácter nacional, unitario y obligatorio (Ceron, 2005 pág. 85)".

Cuando se dice que la seguridad social es de régimen nacional, unitario y obligatorio, significa que "debe cubrir todo el territorio de la República, debe ser único para evitar la duplicación de esfuerzos y de cargas tributarias de los patronos y trabajadores de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes, no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social (IGSS 2009). Oscar Barahona, de Costa Rica, y Walter Dintel, de Chile serán quienes hacen el estudio para que se dé forma a la creación del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS en su estudio Bases de la seguridad social en Guatemala" (IGSS 2009).

Por las características históricas y políticas de Guatemala, en ese debate es

la primera vez en que participan los sectores sociales. Y de ahí nace en Guatemala la primera y única experiencia en 50 años en protección pública de salud, lo que supuso la creación del Instituto de Seguridad Social y el Ministerio de Salud Pública; cabe observar que fue uno de los últimos países en Latinoamérica en abordar la sanidad desde una perspectiva de política de Estado.

La estructura del Estado guatemalteco no ha tenido a la salud como prioridad: el gasto público en salud y la población cubierta con servicios siguen siendo muy bajos y desde finales de los 90 la estructura social ha sido desmantelada. Los grupos dominantes y el Estado en Guatemala han funcionado lo que en términos grotescos se puede decir "sin bozal", entendido éste como a su libre actuación, según sus propias leyes que lo han conducido a la oligarquización, los monopolios y a acentuar las desigualdades con nuevas formas de exclusión como lo son la privatización de la salud y de la educación.

Las consecuencias del derrocamiento del segundo presidente de la Revolución, Jacobo Árbenz (1951-1954), siguen pesando después de casi 60 años, por lo que Guatemala ocupa los últimos lugares en materia de salud con respecto América Latina exceptuando algunos países del istmo y a Haití. Los más de 30 años de conflicto armado interno

suponen un estancamiento crónico en materia de derechos sociolaborales, lo que supone que las leyes en materia de seguridad y salud laboral suenen a una extraña nota musical.

En el trabajo sobre la participación del sindicalismo en materia de salud laboral, y la elaboración de los perfiles sobre salud laboral hay escaso aporte de las organizaciones sindicales, lo cual evidencia poco interés en contribuir al proceso de creación de políticas públicas de la salud ocupacional (Pop, 2004).

En la primera década del siglo XXI sigue si haber una claridad y no hay apropiación de este tema o hay fragilidad de los sindicatos en cuanto a resultados o información sistematizada respecto de la salud y seguridad en el trabajo y la participación sindical y de los trabajadores (Pop, 2004).

Esta respuesta sindical hay que entenderla en su marco histórico de los años de la guerra en Guatemala y en Centroamérica (exceptuando a Costa Rica y Belice) cuando todos los dispositivos jurídicos del Estado, quedaron supeditados el poderes fácticos, donde la lucha contra el "comunismo" no debía estar sujeta a consideraciones morales (ausencia de derechos). Se refuerza así, la impunidad del crimen organizado y violación de derechos humanos, quedando institucionalizada esta práctica hasta nuestros días.

Las consecuencias del conflicto armado son *“la existencia de una amenaza permanente y una respuesta de miedo crónico”*. El concepto de miedo crónico constituye en sí mismo una contradicción, ya que tanto el miedo como la angustia son respuestas específicas ante una amenaza interna o externa percibida por el sujeto. El miedo crónico deja de ser una reacción específica a situaciones concretas y se transforma prácticamente en un estado permanente en la vida cotidiana, no solo de los afectados directamente por la represión sino de cualquiera que pueda percibirse amenazado (Lira, 1991). Después de 17 años de finalizado el conflicto aún sigue existiendo miedo y amenaza, alteraciones significativas en el ejercicio del derecho y sobre todo en la capacidad para incidir de forma organizada en la consolidación de la paz o la ampliación de derechos.

El sentimiento de amenaza o de miedo dado el carácter mismo de la coerción vivida, se encuentra interiorizado y así las exigencias sociales impuestas requieran la sumisión de las personas a “un orden opresivo que los enajena y deshumaniza, en esa medida el proceso de socialización constituye un mecanismo de violencia institucional (Lira, 1991). Estos procesos son reforzados por una violencia organizada por grupos criminales establecidos en los años del conflicto.

Desde la perspectiva psicosocial puede decirse que la salud laboral está percibida como un fatalismo en la clase trabajadora que a pesar de su carácter reivindicativo, la salud es aceptada como un destino personal (mi responsabilidad) y que se puede reflejar en la popular expresión *“que se le va ser, usted; hay que aguantar, no le queda otra uno de pobre; qué le vamos hacer”* esto es una clara causa psicosocial de una violencia y represión ejercidas a través de nuestra la historia.

Como ya se expuso anteriormente, las consecuencias de más de 30 años han supuesto un considerable retraso en materia de salud, educación, derechos sociales y económicos. En América Latina y el Caribe, Guatemala es el segundo país que invierte menos porcentaje de sus ingresos en salud, está situado dentro del grupo de países de ingresos medios a nivel mundial y se encuentra entre el 5% con un menor gasto total en salud en proporción del PIB.

Cuando se analiza el gasto público per-cápita en salud, la clasificación de Guatemala es aún peor, ya que sólo cerca de la cuarta parte del gasto total en salud es gasto público. Es decir, además de que el gasto total es muy bajo, la mitad de éste proviene del bolsillo de las personas en el momento en que requieren atención (por ejemplo, cuando van a la farmacia a comprar medicinas, o cuando

acuden a un curandero o médico). Guatemala, responde a la descripción de gasto deficiente en donde se privilegian las acciones curativas sobre las preventivas y promocionales, que impiden el desarrollo de las funciones de la salud pública.

Conclusiones

La represión política vivida en Guatemala tiene factores de carácter estructural que han impregnado la subjetividad de la población guatemalteca y han provocado miedo en el ejercicio del derecho. La jurisprudencia laboral es escasa y casi nula en materia de salud laboral, a esto se une la creciente cultura de la pobreza que para ejemplificar, un trabajador con lesiones severas por accidentes o enfermedades acepta el dinero (que es válido) antes que ir a juicio (los cuales son largos y entrapados).

El empoderamiento para transformar estructuras a través de políticas públicas en materia de salud, está lejos de ser realizadas pues las causas desde un análisis psicosocial están correlacionadas con factores comportamentales como el miedo, la confusión histórica de lo vivido, una difusa forma de entender la violencia, aceptación de las relaciones del poder establecidas; la paz y los derechos humanos son percibidos externamente-ajenos y no como inherentes-internos.

La consolidación de los derechos humanos es vista como una ayuda al delincuente

común, al violador, al secuestrador etc. Y no es percibida como un eje fundamental en el desarrollo integral de la ciudadanía. Otros factores psicosociales que han incidido en la deficiencia de una seguridad laboral son los siguientes:

La no participación en sectores de clases populares organizados y en movimientos sociales, está determinada por el factor psicosocial expuesto la cultura del miedo que se traduce en que organizarse, participar y ejercer el derecho es "pérdida de tiempo", "es meterse en problemas" "que son cosas de revoltosos, haraganes y que no respetan a la clase trabajadora que cree en Dios y en el trabajo honrado".

Las estrategias de violencia extrema aplicada en 30 años de conflicto se ha extendido y se traducen en alto porcentaje de muertes violentas diarias (promedio de 8 a 10 muertos por día). Esto hace que se perciba un comportamiento colectivo orientado a aceptar el autoritarismo e inhibe la participación de sectores no organizados de la sociedad, sobre todo los más empobrecidos.

Esto hace que los problemas sociales y de salud pasen a un segundo orden y sea prioritario abordar la inseguridad ciudadana a partir de la limitación de derechos.

Estos comportamientos colectivos, han sido y siguen siendo, estrategias para contener, de cierta forma, el desarrollo de una cultura participativa, de conciencia histórica y de dignificación de la vida. Durante el conflicto armado se estableció la mayoría de estos tipos de control, se reforzaron los heredados de la cultura oligárquica imperial y se modificaron otros.

Así, el racismo sigue siendo una forma cotidiana del guatemalteco mestizo, y en consecuencia, percibe lejano las secuelas del conflicto armado sobre la población maya.

Otro factor a tener en cuenta dentro del avance en materia de derechos son las sectas religiosas procedentes de Estados Unidos, de carácter fundamentalista-adventista con la finalidad de someter a la población a un control social-espiritual, en detrimento de las libertades. Esta estrategia ha tenido como resultados que hoy exista aproximadamente un 50 % de población inserta en estas sectas. Este control social ha roto el concepto colectivo, de cohesión social de comunidad y ha mutado a un concepto de individualismo que a su vez, ha atrofiado la capacidad de memoria histórica. Según estas sectas, la salvación está por venir en el reino de los cielos; el final del mundo está cerca y para lograrlo hay seguir los preceptos del antiguo testamento.

Con estos antecedentes comportamentales se hace difícil que los movimientos organizados puedan articular la importancia de sus derechos sociales y en los que nos ocupa, la salud laboral.

En la segunda parte se abordará la propuesta psicosocial para la salud en el trabajo, en la cual se definirán los tres paradigmas de la psicología de la salud ocupacional y se determinará cuál de ellas es la propuesta para la clase trabajadora guatemalteca. Ψ

Bibliografía

- Aldana, J. Vázquez, J. y Calderón, M. (2009). El antirracismo, un compromiso del psicólogo. *Revista Topodrilo* No.9 pág 20-25. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa Mexico DF.
- Banach, J. y Mantener, C. (2006). *Aprender a mirar la salud: como la desigualdad social daña nuestra salud*. ED. Viejo Topo. España.
- Cerón, A. (2005). *La salud en Guatemala ¿gasto o inversión? Derecho a la salud: situación de los países en América Latina*. ED. Plataforma interamericana de derechos humanos, democracia y desarrollo y As. De medicina Latinoamérica. Colombia.

García, P. (2001) *El sindicalismo alternativo del siglo XXI*. ED. Confederación General del Trabajo –CGT-. España.

Gaborit, M. (2001) *Primeras Jornadas Martín Baró*. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

IGSS. (2009) *Historia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*. En www.igssgt.org.gt

López, M. (1976). *Breve historia del Movimiento Sindical*. ED. Universidad San Carlos. Guatemala.

Lira, I. (1991). *Psicología de la amenaza política y del miedo*. ED. Psicosocial virtual. España.

Mollinedo, F. (2003). *El movimiento obrero en Guatemala 1877-1990*. ED. Diario la hora.

Pop, E. (2004). *Perfil regional sobre la participación de los sindicatos en temas de salud y seguridad en el trabajo: perspectiva centroamericana y del Caribe en el contexto de la globalización*. Organización Internacional del Trabajo - OIT. Guatemala.

Salanova, M. (2009) *Psicología de la Salud Ocupacional*. ED. Síntesis. Madrid España.

Acerca del autor:

Licenciado en Psicología por la Universidad Rafael Landívar Guatemala y Doctor en Psicología Social por la Universidad de Valencia España, ha desarrollado su actividad académica como miembro del equipo de investigaciones de psicología de familia y comunitaria en la facultad de psicología de la Universidad de Valencia, España-1990/1992. Coordinador del proyecto maestría en psicología social y profesor de psicología social en la Universidad Landívar 2000/2001, Profesor interino de tiempo completo en la Escuela Psicología de la Universidad de San Carlos en los cursos de Psicología Social, Psicología del Trabajo y Ejercicio Profesional Supervisado 2003. Profesor invitado en la Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa en el área de Investigación *Procesos Psicosociales de los Fenómenos Colectivos* y profesor de la licenciatura en psicología social 2007/2009, Profesor del área de Salud Comunitaria de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México 2009/2010. Ha sido invitado a dar cursos de psicología latinoamericana en la Universidad de Valencia programa créditos a la carta 2007 y en el programa de Doctorado de Sociología de la Universidad de Zaragoza 2006.

Líneas de Investigación y publicaciones en salud y enfermedad en trabajo. Violencias y derechos humanos y conocimiento y metodologías de la Psicología Latinoamericana.

Su actividad profesional: coordinador del área de acción social, formación e inserción de refugiados de la Asociación de Refugiados en la Comunidad Valenciana España 1993/1997, Coordinador del Programa de Vivir Aquí para refugiados de Unió Polbels Solidaris 1997/1998. Investigador y coordinador de programas del Colectivo de Investigaciones Sociales y Laborales y es Consejero de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología –ULAPSI-.