

31479



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

001
31921
F2
1986-2

Un Estudio acerca de los Factores de Riesgo que
Deterioran la Salud de la Mujer, que Labora en
un Centro Docente: un Punto de Vista Psicológico.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

T E S I S

Para Obtener el Título de:

001
31921
F2
1986-2

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

Ana Victoria Flores Grimaldo
Esther Rodríguez López
Blanca Emma Varela Santín



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Todo el mundo sabe la tragedia que confronta la mujer y la que confronta el negro. Nos encontramos que son los dos sectores, discriminados. Se habla, por ejemplo, de la discriminación racial, que es una verdad. Pero no se habla de la discriminación del sexo

Fidel Castro

Semivictimas, semicómplices, como todo el mundo.

J. P. Sartre

Con cariño y admiración a:

**Lupita, Adellita y Emmita
Por el empeño y dedicación
en su trabajo cotidiano
no reconocido, pero que
es invaluable.**

Nuestro especial agradecimiento a los profesores: Ma. del Refugio López G. y Raúl Gallardo; por compartir sus conocimientos y experiencias, además de su gentil orientación y asesoría.

A los profesores:

Bianca E. Hultrón y Arturo Silva,
por brindarnos su valiosa
colaboración,

Con amor a Humberto,
por su comprensión y apoyo
de gran compañero.

A mis hijos Rodrigo y Tania
como muestra de amor y agradecimiento
por su gran sabiduría.

**Con amor y admiración
a mis padres:**

**Guadalupe Grimaldo Cobos.
Samuel Flores Rivera y
Jesús Alcantara Sánchez**

Por su gran apoyo.

Con cariño a mis hermanos:

Toño y Carmen
Tere y Roberto
Margarita y Esteban
Samuel y Alicia
Lourdes y Guadalupe
Pilar y Francisco
Jesús y Ma, Elena
Lety y Víctor
Chelo y Lupe
Lucy y Elsa
Ramiro y Socorro
Joel y Asada
Rubén y Carmen
Efraín e Irma
Noel y Norma

A mis sobrinos.

**A mis amigos y en especial
a tí: Rosa María Rodríguez.**

Con cariño a mis padres:

**Adela López Rodríguez
Miguel Rodríguez Martínez**

**Quienes con su cariño y
apoyo hicieron posible
mi realización profesional**

UNA Y MIL GRACIAS

Con cariño a mis hermanos:

**Rocio y Alfredo quienes con su
amistad y apoyo han hecho posible
mi superación.**

A mis pequeños amigos:

**Evita, Miguel y Nirvana
Por su alegría y afecto incondicional
por ser como son.**

A Luis con todo mi amor:

Por su apoyo

Por la espera

Por su amor Incondicional

Por la verdad que buscamos

A Tfo Venchi :

**Quien sirvió de estímulo para
mi superación profesional.**

**A mi Tía Araceli la más infinitas gracias
por sus atenciones y amistad sincera; quien
nunca pasará a ser solo un recuerdo.**

Con sincero afecto a mis amigas y en
especial a ANITA y GUILLE.

A mis padres:

Roberto Varela Santín

Emma Santín de Varela

**Con profundo agradecimiento, por su apoyo
suficiente, para la realización de ese
proyecto que tanto anhelaron al tenerme
en sus brazos.**

A mis abuelos:

Miguel Santín Garduño (+)

Virginia Ramírez de Santín

Juan Soto González

Luz Varela de Soto

**Por su cariño, apoyo y
ejemplo a seguir.**

A mi hermano:

**Por su cariño y además por constituir
un modelo a seguir en mi vida
personal y profesional.**

A mis familiares:

**Por su afecto y cariño; y de
manera especial, mi gratitud a
la familia JURADO SOTO; por los
momentos de felicidad que me
brindaron en mi infancia.**

De igual manera agradezco a mis amigos:

**Guadalupe, Carmen, Felisa, Anita, Esther y
Alberto; por brindarme cariño, ayuda y
apoyo en momentos claves de mi vida.**

INDICE.

IZT. 1000642

PAG.

	Introducción	1
I	La salud ocupacional y sus diferentes aproximaciones teórico - prácticas.	5
	Bosquejo histórico de la salud ocupacional en el mundo.	5
	Antecedentes históricos de la salud ocupacional en México.	8
	Diferentes aproximaciones teórico - prácticas, del proceso salud enfermedad en el área laboral,	12
II	Salud ocupacional de la mujer en México.	18
	Participación de la mujer al trabajo remunerado, influencias socio-económicas y culturales.	18
	Atención a la salud de la mujer trabajadora.	23
III	Características del trabajo docente y sus implicaciones en la salud de la mujer.	40
	El sistema educativo mexicano.	40
	Condiciones laborales de las docentes.	46
IV	Un estudio acerca de los factores de riesgo que deterioran la salud de la mujer, que labora en un centro docente.	52
	Método.	52
	Resultados y análisis.	54
	Conclusión.	84
	Sugerencias.	88
	Apendice No. 1.	90
	Apendice No. 2.	103
	Apendice No. 3.	118
	Referencias.	134

INTRODUCCION.

El proceso salud-enfermedad es un fenómeno social, que esta históricamente determinado por factores económicos, políticos, culturales, ideológicos, biológicos y psicológicos.

Sin embargo dicho proceso ha estado enmarcado predominantemente en el campo médico, es decir visto como un problema eminentemente biológico, situación que se generaliza en la salud ocupacional ya que los estudios revisados para este trabajo demuestran que la participación de otras ciencias, sobre todo las sociales se les ha dado poca importancia en esta área (Timlo, 1980; Ricchi, 1981; Laurell, 1982; Tecla, 1982; Cohen, 1983; Matrajt, 1984; Rojas, 1984), lo cual ha limitado la participación de otros profesionales y tampoco hay estudios multidisciplinarios en el campo de la salud laboral.

Así en nuestro país la psicología como profesión en el área de la salud en general y en particular en la salud ocupacional, ha visto muy limitado su campo de acción, debido a: la hegemonía médica, la infraestructura socio-política y al encasillamiento de la psicología.

Es decir, el avance científico de las ciencias naturales, respaldado por una divulgación popular que se ha venido manejando en torno a la salud, como se especificó anteriormente, a propiciado que ésta se considere como exclusiva al campo médico, que si bien se hace notar la necesidad de participación de otros profesionales, estos siguen supeditados a la hegemonía médica prevaeciente, por lo que la participación de la psicología en el área de la salud denominada como Higiene Mental y cuyo término corresponde a la concepción dualista (mente cuerpo) en esta área, quedó asociada al campo médico como un aspecto de la psiquiatría y cuyo interés se enfocaba principalmente a pacientes hospitalizados y que solo a fechas recientes empezó a ocuparse por los procesos que afectan la conducta del hombre, reconociéndose la participación del psicólogo entre otros profesionales en el área de la Salud Pública, pero manteniendo la postura de participación de antaño, es decir partiendo de las actividades médicas a otros campos (Cohen D.G., 1983).

Observando que no solo la hegemonía médica se refleja en la operación de los servicios sino como es lógico en la participación de la propia infraestructura

de la salud, en la cual, la participación del psicólogo para colaborar en las políticas, estrategias y acciones que respondan verdaderamente a las necesidades de salud de la población es nula. Por otra parte los programas de salud, si bien a manera de discurso político resultan indóneos, en la práctica son poco operables por esa falta de planeación que conjuguen las diversas áreas que pueden influir favorablemente en el desarrollo de una verdadera salud pública.

La práctica del psicólogo, en las áreas educativas, industrial y clínica se ha encasillado a la aplicación de pruebas (Galindo, 1979 en López, 1984; Córdova y Ortiz, 1979; Cohen, 1983; Matrajt, 1984), tal encasillamiento se debe por una parte a la manera como la psicología se ha desarrollado en México (Mouret y Ribes, 1977 en López 1984; Cohen D.G., 1983) y por otra a la poca importancia que se ha dado al estudio de la salud ocupacional como práctica psicológica (Barragan M., 1984).

Estos puntos aunados al desconocimiento del público en general, acerca de los aportes que puede brindar el psicólogo en la salud y en particular a la ocupacional, han influido negativamente en el desarrollo de esta área.

Queda claro que los puntos brevemente descritos acerca de la hasta ahora limitada participación del psicólogo en la salud ocupacional están correlacionados entre sí y responden a determinaciones ideológicas, políticas y sociales en un momento histórico concreto, lo cual refleja como afirma Matrajt, (1984); que básicamente han sido tres los grupos que se han ocupado del tema "Salud Mental - Ocupacional". Los médicos tradicionales, los psicólogos laborales y los grupistas psicoanalistas.

Para los primeros su objeto se centra en la curación de la enfermedad, limitando su tarea al binomio médico-paciente, centrando fundamentalmente la búsqueda de las causas de las enfermedades a factores físicos (color, luz, ruido, etc.), biológicos (microorganismos, etc.), químicos (sustancias tóxicas, etc.) y cuya intervención es a través del uso de fármacos.

La intervención del médico tradicional se plantea en devolver al sujeto a su actividad laboral lo más pronto posible. Esta concepción da poca o nula importancia a la comprensión de las relaciones de trabajo y salud y por lo tanto el no considerar los aspectos sociales en que produce y se reproducen los seres -

humanos muestra su propia limitación (Menéndez, 1980; Tecla, 1982; Rojas, 1984).

El segundo grupo, el de los psicólogos laborales e industriales, y cuya práctica se centra en el rendimiento laboral, interviene básicamente en las tareas de: selección de personal, capacitación e intervención para evitar conflictos laborales (Vargas, 1974; Harrsch, 1983; Matrajt, 1984), es decir, identifica, mide, explica y predice el comportamiento tanto individual como en grupo para establecer estrategias de intervención. Así mismo en lo concerniente a la selección de personal evalúa, aplica e interpreta instrumentos que permitan definir las habilidades, intereses y rasgos de la personalidad de los aspirantes a ocupar diversos puestos para determinar su aprobación y el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos de la empresa.

En lo concerniente a la capacitación planea programas utilizando diferentes técnicas enfocadas a promover actitudes tendientes a incrementar el rendimiento y la productividad del individuo y por consiguiente de la empresa.

Por último, los grupalistas psicoanalíticos, quienes han intervenido con las técnicas de grupo operativo y la de laboratorio de relaciones humanas. Básicamente trabajan con grupos de ejecutivos pertenecientes a una empresa y cuyo objetivo es el de purificar las relaciones, limpiar asperezas y minimizar conflictos personales y que de acuerdo a la teoría de estos profesionales, tienen su origen en aspectos de la infancia de los participantes la cual se manifiestan en el trabajo; sin considerar lo social del sujeto, su pertenencia de clase o su cultura con los problemas laborales que enfrenta cotidianamente.

La situación hasta ahora descrita nos obliga a plantear la necesidad de promover la práctica profesional del psicólogo dentro de la salud ocupacional, rebasando su papel tradicional en esta área, adentrándose en los campos de la planeación y diseño de ambientes laborales (inmueble-distribución de las áreas: trabajo, servicios, descanso, recreación, etc.; mobiliario, diseño, distribución, etc.); --planeación de la organización y estructura del centro laboral (estructura orgánica, funciograma, etc.); diseño, aplicación y evaluación de instrumentos para la detección y diagnóstico de los factores de riesgos y de enfermedades laborales, --elaboración y aplicación de programas de prevención, tratamiento y/o rehabilitación; así como la elaboración de programas de intervención que lleven a desarrollar prácticas tendientes a fomentar estilos de vida en los individuos y grupos sociales; todo esto con la participación conjunta de otros profesionales de la -

salud ocupacional, lo cual permitirá prestar servicios de salud a los trabajadores de una manera integral, es decir atenderlos a nivel bio-psico-social.

Partiendo de las consideraciones anteriores, el presente trabajo, se plantea como una alternativa en la práctica del psicólogo en la salud ocupacional de ahí que se fijarán los siguientes objetivos:

- a) Detectar y analizar los factores de riesgo en el trabajo que deterioran la salud de la mujer que labora en un centro educativo.
- b) Identificar la función que juegan los estilos de vida como factores de riesgo conductuales, asociados con los peligros de salud en la mujer docente.

Para la consecución de dichos objetivos se elaboró un instrumento (cuestionario) que permitiera recabar información acerca de: datos generales, condiciones de trabajo, estilos de vida, condiciones de la vivienda y su relación con el proceso salud-enfermedad, de un grupo de profesoras que laboran en una escuela secundaria; dicho instrumento fue probado con otro grupo de trabajadoras de la docencia del mismo municipio. Lo cual permite proponer alternativas y/o tratamientos de problemas que atentan contra la salud de las profesoras.

1. LA SALUD OCUPACIONAL Y SUS DIFERENTES APROXIMACIONES TEORICO-PRACTICAS

Bosquejo Histórico de la Salud Ocupacional en el Mundo.

Es innegable el papel fundamental que juega el trabajo en la evolución del ser humano ya que ha sido a través de éste como se ha transformado la naturaleza y sociedad. Es decir, desde el origen del hombre mismo y debido a la necesidad de medios de subsistencia, nació el trabajo; eventualmente éste ha tenido que irse adaptando a condiciones climatológicas primero y posteriormente a cambios sociales. Así la transformación paulatina de aquel ser primitivo de las cavernas, en el técnico o científico de nuestros días se ha efectuado a merced de la evolución de la actividad humana.

El hombre de antaño, cazador, pescador, agricultor o guerrero era afectado por constantes accidentes o enfermedades derivados de su ocupación que lo llevaban incluso a la muerte, de ahí surge de alguna manera la preocupación por la salud de los trabajadores aún cuando no siempre es posible encontrar evidencia escrita de la misma (Márquez, 1979).

En la antigua Roma, se encuentran testimonios de los primeros intentos por proteger al hombre contra los riesgos de trabajo, debido a que los esclavos y los prisioneros de guerra eran responsables de realizar los trabajos más pesados, especialmente en las minas donde prevalecían condiciones de higiene y seguridad paupérrimas y donde se tenía muy poca estimación por la vida. Por lo anterior surgieron ciertas evidencias de intentos de justicia para el trabajador como la aparición de las Tablas de Aljustel, en las que se exigía a los patrones la creación de medidas de seguridad (Flores, 1980).

Por otro lado, en las culturas griega y egipcia existían oficios como son los de herrero, minero, pintor, orfebre, ebanista, entre otros; los cuales llevan implícitos riesgos particulares, además, es necesario destacar que desde esos lejanos tiempos el polvo de sílice dañaba a los albañiles, los mineros se enfermaban de tisis, los vapores de mercurio causaban temblores a los trabajadores, los textiles padecían de asma y así se podrían citar muchos otros ejemplos, que provocaron en aquel entonces que diversas gentes se dedicaran al estudio de enfermedades que se derivaban de las condiciones de trabajo, entre ellos encontramos a -- Hipócrates (siglo V A.C.), el cual registró en sus papiros los efectos adversos

del plomo en el organismo de los mineros y metalúrgicos, llamándoles saturnínicos, por el parecido que según decían tenían estos enfermos con el planeta saturno. Posteriormente, Galeno (131-201 A.C.) realizó observaciones constantes acerca de las enfermedades que padecían los mineros, curtidores, químicos y otros trabajadores, los cuales se caracterizaban por tener una actividad similar y padecimientos semejantes (Esqueda y Chiang, 1978).

A mediados del siglo I D.C., Plinio el viejo enunció las normas preventivas para los trabajadores de las minas de plomo y mercurio, al recomendar el uso de vejigas de animales colocadas delante de la nariz y de la boca, para evitar la inhalación de polvos y vapores de minium (polvo rojo). (Ibid).

La preocupación por la salud de los trabajadores sufre un estancamiento durante los siglos V al XII debido a que en Europa se esboza una mediocre división del trabajo, en general sin recursos técnicos a excepción de los molinos de agua. Un punto interesante, sin embargo, es que de los primeros locales de que se dispuso para la atención médica los constituyeron los monasterios, en los cuales tampoco se estableció una distinción específica entre los servicios que se prodigaban a los miserables sin ocupación y aquellos que se prestaban a los trabajadores por exigencias de la producción (Esqueda y Chiang, 1978; Ortz, 1982).

Posteriormente y a pesar de que en Europa surgieron importantes inventos para minimizar la carga en el trabajo (bombas de agua, la evolución de la industria del papel, etc.), las condiciones de trabajo continuaron siendo muy adversas debido al escaso dominio del hombre sobre la naturaleza y por la forma en que estaba organizado para transformarla, creciendo el descontento y con ello la consiguiente aparición de las primeras huelgas, coaliciones, además de asociaciones laborales, gildas, etc.. Todo esto ocasionó nuevamente que hombres de ciencia se interesaran en la salud del trabajador y por consiguiente en el año de 1473, encontramos que Ellenbag describió los síntomas del envenenamiento industrial por plomo y mercurio, por lo que sugirió en ese tiempo las primeras medidas preventivas que deberían de aplicarse para evitar estas intoxicaciones, naciendo con ello el vínculo estrecho entre la medicina preventiva y la salud ocupacional. Finalmente la historia de la salud en el trabajo se inicia en forma clara y decidida en el siglo XIII, con el llamado Santo Patrono de la Medicina del trabajo; Bernardo Ramazzini (1633-1714) quien publicó en el año de 1700 un tratado completo de las enfermedades ocupacionales; en el cual relaciona claramente la enfermedad con el tipo de trabajo y las condiciones en que aquella sobreviene; su libro *Morbis Ar-*

tificum Diatriba, encierra la esencia filosófica de la salud ocupacional (Ortiz, 1982; García, 1983).

Después de este gran iniciador Lehman (1710) lo secunda y aborda el aspecto preventivo de las enfermedades profesionales; dando las bases técnicas para el control de los contaminantes de las atmósferas industriales y es el primero en mencionar que la prevención debería realizarse en el sitio mismo donde se origina el riesgo (García, 1983).

Continúa así la evolución imparable de nuestra civilización y llegamos a la llamada Revolución Industrial (1760-1830) originada en Inglaterra con la introducción de la maquinaria y la adopción de nuevos procesos de trabajo ocasionando la desaparición de la producción limitada al ambiente familiar, propiciando el florecimiento de la industria con conceptos modernos y nuevos aspectos económicos, técnicos y sociales.

La organización de estas industrias repercutió negativamente en los trabajadores, quienes tuvieron que soportar las condiciones no solo insalubres en sus ocupaciones, sino también inhumanas y con jornadas exhaustivas, quedando además, expuestos a múltiples riesgos de accidentes y enfermedades ocupacionales. No obstante lo anterior, fueron presiones de carácter económico las que determinaron un cambio favorable en la situación de los trabajadores, pues la modernización y evolución de la industria requirió de mano de obra especializada que no se conseguía fácil y oportunamente, lo que redundaba en fuertes pérdidas monetarias y de producción para el empresario, éste, entonces, aquilató la conveniencia de instituir programas para conservar y prevenir de daños a la maquinaria más valiosa: el trabajador (Márquez, 1978).

Fue así como se comenzó a dar soporte científico a los problemas de protección del trabajador; disposiciones, leyes y/o reglamentos se generaron y promulgaron en varios países con objeto de prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Constituyendo estos dos últimos una carga pesada para la clase trabajadora no solo en el aspecto económico, sino en lo que respecta a su salud y la propia vida; ya que el trabajador sufría en carne propia las consecuencias; y en el mejor de los casos, cualquier subsidio o compensación otorgado por las disposiciones legales resultaba inferior al salario devengado (Ibid). . . .

Lo anterior constituye los antecedentes inmediatos que explican la lucha de los

trabajadores por el fortalecimiento de sus organizaciones laborales y en general en ocasiones efectivas contra la inseguridad industrial (García, 1983).

La institucionalización de la protección de los trabajadores surgió en los países desarrollados de Europa (1883-1900) y logró crear una infraestructura sanitaria que ofrecía agua y drenaje a una mayor población, lo que propició una mejor salud en los obreros e incluso logró erradicar enfermedades como el raquitismo, saturnismo, la silicosis, cólera entre otras; así como reducir las tasas de accidentes de trabajo (Flores, 1978; Márquez, 1978).

En las últimas décadas este tópico ha cobrado relevancia, lo que se refleja en la preocupación de diversas organizaciones internacionales como la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, por mejorar las condiciones del obrero y promover su estabilidad económica y social, lo cual puede constatarse en las medidas legisladas por diferentes países como Alemania, España, Italia, Argentina y otros con carácter de obligatorio, para promover la atención del trabajador en los centros de trabajo, además de contar con un sistema multidisciplinario para la resolución de los problemas de salud (Cuellar, 1977; Márquez, 1978). En consecuencia, se han fijado objetivos dentro del campo de la salud ocupacional, los cuales buscan promover el más alto grado de bienestar físico y social de aquellos que realizan una actividad remunerada o no. También, se ha pretendido evitar daños a la salud por condiciones de trabajo; protegiendo a los trabajadores de los riesgos inherentes a los agentes nocivos, al ubicarlos y mantenerlos según sus capacidades y aptitudes anatómico-fisiológicas, es decir adaptar el trabajo al hombre y no el hombre al trabajo y, por último, intentar prevenir de incomodidades y molestias al vecindario y a la comunidad cuando éstas se generen en los sitios de trabajo (Méndez, 1982).

Por último es necesario señalar que los servicios de salud laboral dependen del sistema político, características geográficas, climatológicas y de sanidad general, situación económica y política de empleo, tamaño, densidad y condiciones sociales de la población, grado de industrialización y de otras circunstancias (Márquez, 1978).

Antecedentes Históricos de la Salud Ocupacional en México.

En México, la relación entre la salud y el trabajo ha sido el reflejo de una actitud gubernamental, por lo que en sus distintas etapas ha ostentado una serie

de características singulares que señalan la estructura socioeconómica del país en un momento determinado. Así el interés sobre la salud de los trabajadores - desde el punto de vista jurídico, se remonta a la época colonial cuyas leyes -- iniciaron su vigencia en el año de 1680 bajo el reinado de Carlos II. Por primera vez en los ordenamientos se aseguró un régimen jurídico preventivo de asistencia y reparación para los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales señalándose así mismo, que los individuos que se accidentaran debían percibir - la mitad de su salario hasta su total restablecimiento; en caso de enfermedad, a los que trabajaban en los obrajes, se les concedía la percepción íntegra de - su salario, hasta un mes de sueldo (Cervantes, 1978; Esqueda y Chiang, 1978; - Legaspi, 1980).

Por otro lado, la legislación de las Indias señalaban medidas para considerar - los accidentes de trabajo y las enfermedades ocupacionales, prohibiendo que los indios pertenecientes a climas fríos fueran trasladados a zonas cálidas, que los menores de 18 años acarrearán mercancías, obligaron a los patrones de la casa y el añil a que tuvieran médicos cirujanos bajo sueldo para que atendieran a los accidentados y a los enfermos; además de contar con disposiciones sobre la jornada de trabajo; así mismo en la ordenanzas de minería era responsabilidad de - la justicia visitar las minas para verificar que éstas se encontrarán sólidamente fortalecidas en sus pilares para evitar derrumbes y así los accidentes laborales, (Esqueda y Chiang, 1978).

Por lo anterior, se puede señalar que el contenido social de las leyes de las Indias se anticipó a los países europeos.

Tiempo después encontramos el "Bando" del 22 de abril de 1729 de Revillagigedo, sobre el trabajo de las mujeres compatibles con su sexo, y el de agosto de -- 1793, relativo a las disposiciones sobre baños temascales y lavanderías (Ibid).

Ya en México independiente, el 19 de septiembre de 1881 se elaboró un proyecto de reglamento de talleres, industrias, depósitos y demás establecimientos peligrosos, insalubres e incómodos.

Igualmente se tienen los tímidos intentos legislativos de la época liberal, los cuales consideraban los riesgos de trabajo desde el punto de vista de la integridad física de los trabajadores, plasmados en las leyes de Villada 1901 y Bernardo Reyes 1906 (Cervantes, 1977).

En los inicios del siglo la incipiente industrialización del país, hizo patente la necesidad ineludible de mejorar la situación socioeconómica de los trabajadores, aspiración que hizo realidad el movimiento constitucionalista de 1910, gesta armada que transformó desde sus bases, diversas estructuras que pertenecían a etapas pasadas, anacrónicas que se oponían a formas de organización más justas y racionales de la vida laboral. Dicha transformación quedó plasmada en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 la cual establece en el artículo 123, toda una serie de especificaciones tendientes a garantizar el cuidado de la vida y la salud de los trabajadores afectados por daños profesionales; así como medidas de protección de higiene y seguridad. Además el artículo 123 en su fracción 29 señala la necesidad de establecer un sistema de seguro social que resolviera razonablemente, los problemas derivados de los riesgos de trabajo a que están sujetos los trabajadores y la necesidad, inaplazable de encontrar un sustituto del salario, cuando por razones de invalidez o vejez los trabajadores dejasen de ser útiles, el corolario es la promulgación en 1943 de la ley que crea el Instituto Mexicano del Seguro Social (González, 1977).

Fue durante los años de consolidación de nuestras luchas armadas cuando empezaron a crearse en diversas dependencias del gobierno federal, organismos encargados de velar por la salud de los trabajadores; por ejemplo, en 1929, se funda la primera dependencia federal denominada Sección de Higiene y Salubridad Industrial, la cual se encarga de velar por la salud de la clase trabajadora. En ese mismo año, se promulgó la reforma constitucional del artículo 73, fracción X y del 123, con lo que se establece la facultad del Congreso de la Unión para expedir la Ley Federal del Trabajo cuya aplicación queda encomendada a las autoridades federales y locales, dando origen a los diversos reglamentos en materia de riesgos laborales, lo cual constituye el antecedente inmediato a la actual Ley Federal del Trabajo y en cuyas normas se crean obligaciones en materia de seguridad en el trabajo, tanto para el patrón como para los trabajadores y se dirigen especialmente a establecer medidas preventivas en las instalaciones, el equipo, las máquinas e instrumentos de los centros de trabajo y procedimientos de trabajadores y patrones durante el desarrollo de su actividad (García, 1979).

En 1933, se crea el Departamento del Trabajo y se incrementan las labores de medicina del trabajo, principalmente en lo referente a higiene, al quedar constituida una oficina de Higiene del Trabajo dependiente de Previsión Social,

En 1941 el Departamento del Trabajo pasa al rango de Secretaría de Estado con el nombre de Secretaría del Trabajo y Previsión Social, lo que llevó a jerarquizar

a la Oficina de Higiene del Trabajo a Departamento (Ibid).

En 1946, con objeto de cumplir con la Constitución Política, el gobierno en los artículos de la Ley Federal del Trabajo, reglamenta la higiene del trabajo a nivel nacional y cuya aplicación correspondía a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social para las empresas de jurisdicción federal y a la Secretaría de Salud y Asistencia en las empresas que no pertenecían a la anterior y en los demás casos a las autoridades sanitarias locales (Ibid).

Por otro lado, en 1959 la salud ocupacional a nivel mundial cobra un renovado interés, debido a que la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, fijan objetivos que tienden a mejorar las condiciones del trabajo y promover la estabilidad económica y social del trabajador. Por consiguiente, en México en el año de 1962, la Dirección de Servicios Médicos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, acata la orden de plantear un programa de actividades congruentes con los conocimientos técnico-científicos que seguían los países más industrializados en materia de seguridad e higiene en el trabajo con la finalidad de:

1. Promover la mejora de las condiciones físicas en que se desempeña el trabajo.
2. Reestablecer las normas en materia de medicina, seguridad e higiene en el trabajo (Cervantes, op. cit.).

Posteriormente en el año de 1970, se revisó la Ley Federal del Trabajo de 1931, y se introdujeron reformas importantes, entre las que destacan avances en materia de riesgo de trabajo, no solo con la finalidad de rehacer su vida; aclarando y ampliando los conceptos de enfermedades o accidentes a que está expuesto al trabajador en el ejercicio y con motivo del trabajador (Estevéz, 1977). Aún cuando todas las disposiciones anteriores muestran, en apariencia, una legislación progresista, la realidad hace patente un estado de cosas diferentes ya que en la última década los accidentes de trabajo se han triplicado como se puede observar en las siguientes cifras: en 1970 se registraron 260,000 accidentes mientras -- que en 1980 se registraron 700,000 accidentes de trabajo que costaron 25,000 millones de pesos según declaró Hector San Román, encargado de asuntos de seguridad e higiene de la C.T.M. (en Tecla, 1982). Como puede observarse los trabajado

res se encuentran cada vez más expuestos a sufrir accidentes y enfermedades de trabajo, lo cual muestra que las medidas tomadas por el gobierno y los patrones para mejorar las condiciones de trabajo no han resultado, suficientes y adecuadas para disminuir la morbilidad industrial.

Por otro lado es necesario destacar que existen alteraciones en la salud de los trabajadores que surgen directa o indirectamente de las condiciones de trabajo y que no son reconocidas como enfermedades profesionales en la Ley Federal del Trabajo; ejemplo de ello son las neurosis viscerales, la patología intestinal -- (gastritis, gastroduodenitis, colon irritable, etc.), úlcera peptica o gástrica; así como otras producidas por la organización moderna de la fábrica que genera tensiones, stress, fatiga psíquica, etc., lo cual constituye un campo propicio para que surjan las llamadas enfermedades psicosomáticas y daños al corazón -- (Rojas, 1982; Tecla, 1982). Por lo tanto es de vital importancia que los trabajadores se percaten de esto y luchen no sólo para que ciertas enfermedades se reconozcan en la Ley Federal del Trabajo sino para que otras instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social, Secretaría de Salubridad y Asistencia entre otras prevengan y atiendan adecuadamente este tipo de enfermedades.

Diferentes Aproximaciones Teórico-Prácticas del Proceso Salud-Enfermedad en el Área Laboral.

El proceso salud enfermedad es una realidad concreta que se presenta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales, -- producto de sus condiciones reales de trabajo y de vida; las cuales han sido diferentes en las distintas etapas por las que ha atravesado la humanidad. Por lo tanto dicho proceso se encuentra vinculado a la forma en que los seres humanos producen y se reproducen. Además su estudio requiere de un trabajo multidisciplinario donde tanto las ciencias médicas (bacteriología, biología, anatomía, fisiología, etc.); como las sociales (antropología, psicología, sociología, etc.), aporten elementos propios de sus disciplinas para el estudio de dicho -- proceso, tesis de la que parte este trabajo y que será el eje central del mismo.

Antes de analizar el proceso salud-enfermedad de acuerdo a esta visión, es necesario referirse a otros dos enfoques que dan como resultado niveles de análisis diferentes sobre dicho proceso. Donde una de las características más sobresalientes del desarrollo de estas perspectivas que tratan acerca del proceso sa -

lud-enfermedad es la consideración de una cantidad cada vez mayor de factores - que intentan explicarlo; sin duda ello a permitido un notable avance en la posibilidad de acción en el conocimiento sobre una serie de patologías que se manifiestan en el individuo.

La primera postura analizada es la corriente biologicista de la medicina, la --cual considera un solo tipo de causas de la enfermedad; es decir, su interés radica en eliminar el o los agentes patógenos; ya sean físicos, químicos o mecánicos que ocasionan la alteración de las funciones normales del organismo. (Barrionto y Bressani, 1982; Tecla, 1982 y Rojas, 1984).

Su ideal, es establecer una relación uno a uno, en la que la causa es necesaria y/o suficiente para que se produzca determinada enfermedad (etiología específica); si se logra esto, podrá incidirse en forma directa e inmediata en el agente patógeno que daña la salud (Rojas, 1984).

Este modelo encuentra su sustentación teórica en los postulados de Koch en donde: primero, el microorganismo se halla siempre donde hay enfermedad, de acuerdo con las lesiones y la etapa clínica observadas; segundo, el microorganismo no se encuentra en ninguna otra enfermedad; tercero, el microorganismo, aislado de quienes padecen la enfermedad y cultivado durante varias generaciones, reproduce la enfermedad (esto se hace en un animal experimental); donde la presencia regular y exclusiva del microorganismo demuestra una relación causal (Timio, 1981; Rojas, 1984).

Siguiendo con este enfoque la salud es conceptualizada como ausencia de enfermedad y a su vez ésta es considerada como un proceso natural (biológico) resultado de la relación causa y efecto; es decir, la suma total de reacciones anormales del organismo de un individuo (Cohen, 1983 y Rojas, 1984).

En el caso de accidentes de trabajo; estos se consideran como un suceso de ocurrencia rápida, emanados de un acto inseguro o de una circunstancia insegura y culminando en un daño imprevisto (Blake, 1977 en Rojas, 1984). De acuerdo con lo anterior, los accidentes se conciben como eventos que surgen por causas específicas, como pueden ser el no emplear equipos de protección adecuado; el uso de herramientas inadecuadas, etc.

Dentro de esta postura, la enfermedad y el accidente de trabajo se presentan en

un organismo determinado por lo que para resolver el problema de salud que lo afecta solo se requiere del concurso de las ciencias médicas (biología, bacteriología, fisiología, etc.) y en base a las teorías, métodos, técnicas e instrumentos disponibles se realiza un diagnóstico de la enfermedad; por lo cual se elaboran previamente hipótesis de presunción, sobre todo cuando el cuadro clínico es complejo. El diagnóstico permitirá iniciar el tratamiento de la enfermedad a fin de reestablecer la salud, eliminar o reducir al mínimo las secuelas incapacitantes cuando se trata de accidente o enfermedad (Tecla, 1982 y Rojas, 1984).

Es importante destacar que este enfoque del proceso salud-enfermedad es un logro objetivo; de la medicina como práctica científica aislada de las condiciones sociales las cuales determinan 'como, de que, con que' frecuencia y gravedad se enferma la gente. Además es una práctica que se sustrae de las verdaderas causas de la enfermedad pero que tiene su validez de acuerdo con dicho enfoque: la enfermedad vista como un problema individual; como un hecho natural resultante de la relación causa y efecto, lo cual implica hacer una abstracción de aspectos físicos, químicos o biológicos de la enfermedad, separada de sus condiciones en que se produce y que son sociales (la forma en que los hombres producen y se reproducen). De este modo la etiología de la enfermedad resulta inexplicable limitándose a hacer una descripción de sus características. Además es necesario citar que los datos socioeconómicos (ocupación, edad, sexo, escolaridad, etc.) que se anotan en la historia clínica se presentan como datos aislados, abstractos que poco a nada dicen de las causas por las que los individuos se enferman o accidentan (Barbosa, 1982; Cohen, 1983; Rojas, 1984).

Por otra parte la práctica extensa y dominante de este enfoque, en países como el nuestro fue incapaz de abolir o eliminar padecimientos de origen infeccioso cuya etiología y tratamiento eran científicamente conocidas en aquella época en la que se dió a conocer dicha corriente (Joks, 1979 en López 1980).

A partir de las limitaciones y alcances de esta aproximación se generó otra; la ecologista; la cual ya no concibe al hombre en forma aislada sino como parte de una comunidad; la cual tiene determinadas características socioeconómicas y culturales por lo que está expuesto a ciertas enfermedades. Así se analizan algunos elementos con los que está relacionado el proceso salud-enfermedad, factores de tipo social, económico, cultural, etc., a fin de establecer regularidades empíricas entre estos factores y el tipo, frecuencia y gravedad de la enfermedad; misma que está vinculada a condiciones deterioradas de vida y de trabajo (haci-

namiento, falta de agua potable, desnutrición, etc.). Esta forma de concebir la enfermedad vinculada a factores de tipo social, físico o químico es el enfoque de la epidemiología tradicional; a la cual se le define como la rama de la ciencia médica que estudia las relaciones entre diversos factores y condiciones que determinan la frecuencia y distribución de una enfermedad o proceso infeccioso, en una comunidad. (Tecla, 1982; Cohen, 1983 y Rojas, 1984).

Así la epidemiología ofrece un esquema más dinámico a través de su triada ecológica: agente-huesped-medio ambiente; en donde el agente es la etiología; es decir, la herramienta, la substancia u objeto que directamente produce la enfermedad o accidente; el huesped, es el sujeto el cual sufre el accidente o la enfermedad; y el medio ambiente es el lugar físico en que se interrelacionan los tres factores. (Rojas, 1984).

Este enfoque presenta sin duda un avance cuantitativo respecto al biologicista en cuanto a la búsqueda de causas de la enfermedad y las prácticas para prevenir los daños a la salud y restablecerla; sin embargo es un enfoque ahistórico y mecanicista que no permite establecer una jerarquía entre los factores sociales y físicos, sino solo señala las relaciones externas e inmediatas entre los fenómenos; ya que esta postura explica las causas de la enfermedad a partir de un pluralismo ecléctico en donde el punto de partida del conocimiento es el punto de vista del investigador, lo que permite que la causalidad de las patologías puedan contemplarse desde cualquier ángulo y donde factores como la edad, sexo, la escolaridad, el empleo y la alimentación entre otros, se mezclan sin dar ninguna jerarquía, todas tienen la misma importancia y será el criterio del investigador el que permita suponer en que medida intervienen como causa de la enfermedad en la comunidad (Ortega, 1982; Tecla, 1982; Rojas, 1984).

La práctica basada en esta concepción se ha traducido frecuentemente en el fracaso; pues a pesar de que combaten el agente patológico, hay reincidencia de la enfermedad; ejemplo; de ello lo constituye la reincidencia del paludismo en la India y en algunos casos su incremento a pesar del uso de D.D.T. (insecticida) o bien de enfermedades infecto-contagiosas sobre todo en países subdesarrollados (Bruhl en Tecla, 1982).

Por otra parte, investigaciones concretas (Barrientos y Bressani, 1982; Tecla, 1982; Cohen, 1983 y Rojas, 1984) han demostrado que ni el modelo biologicista ni el ecologista dan cuenta de las enfermedades generadas por la estructura so-

cioeconómica en su etapa actual; por lo que estas investigaciones han aportado elementos para construir un modelo social de la salud en general y en particular de la ocupacional; donde el proceso de trabajo, las condiciones socioeconómicas y el estilo de vida juegan un papel determinante.

Así dentro de esta perspectiva el proceso salud-enfermedad deja de concebirse como algo exclusivamente biológico o individual y se plantea como un proceso - condicionado socialmente que se concreta en individuos y grupos con determinadas características socioeconómicas y culturales producto de sus condiciones de trabajo y de vida. Por lo tanto las causas e implicaciones del proceso salud-enfermedad deben buscarse en la estructura y organización de la sociedad; es - decir, en las condiciones económicas, sociales, culturales, psicológicas y biológicas que lo determinan, (Bressani y Barrientos, 1982; Tecla, 1982; Cohen, - 1983 y Rojas, 1984). Como puede observarse, este enfoque supera a los anteriores debido a que implica un cambio cualitativo en el análisis y comprensión -- del proceso salud-enfermedad; ya que lo concibe como un fenómeno social; donde las condiciones en que labora el trabajador son distintas de una a otra rama - de la economía, de una a otra ocupación dentro de un mismo sector y según el - grado de calificación y el tipo de contrato que se le impone; ello da como resultado que la clase trabajadora esté expuesta a tipos de patología e índices de gravedad distintos, que es necesario tomar en cuenta cuando se analizan los daños a la salud (Rojas, 1984).

Lo anterior nos lleva a situar al concepto de enfermedad en una realidad con - creta; ya que los hombres que la sufren son seres de carne y hueso, seres históricos que desarrollan cierto tipo de trabajo, se vinculan de determinada forma con la naturaleza, desarrollan actividades de distinto tipo (artísticas, políticas, recreativas, etc.) y se relacionan con los demás hombres de diversa manera según su clase social (Tecla, 1982).

En consecuencia, el propósito del enfoque social es estudiar todos los factores que conforman la estructura económico-social de un grupo; factores de orden biológico, psicológico, cultural, etc., los cuales afectan el estado de salud de - cualquiera de los miembros del grupo y en base a ese conocimiento proponer medi - das que se desarrollen a nivel multidisciplinario, las cuales sean necesarias - para mejorar la salud y hacerla accesible a los trabajadores, en el mayor grado posible, los logros de las ciencias sociales y médicas en la prevención y trata - miento de la enfermedad (Rossen, 1985). Además de lo anterior es de suma impor -

tancia dar énfasis al mantenimiento de la salud, no solo como contra parte de la enfermedad, sino como una actitud específica hacia la vida y el desempeño individual dentro de un conglomerado social. Por lo tanto el presente trabajo el cual se encuentra enmarcado dentro de esta postura que se acaba de mencionar, constituye una alternativa de trabajo para el psicólogo; en donde él pueda aportar elementos de su disciplina para el estudio del proceso salud-enfermedad en determinada área laboral (la docencia).

II. SALUD OCUPACIONAL DE LA MUJER EN MEXICO.

Participación de la Mujer al Trabajo Remunerado - Influencias Socio-Económicas y Culturales.

Para abordar el tema de la atención a la salud de la mujer trabajadora, se hace necesario plantear brevemente su situación en las diferentes áreas de trabajo remunerado en las cuales participa; sin que ello implique negar el lugar y la función que desempeña en el desarrollo económico-social de un país como el nuestro; ya que como afirma García M. (1983) existe una correspondencia entre la condición de la mujer y el desarrollo económico, social y cultural en que vive.

La contribución de la mujer en la economía adopta dos modalidades, una mediante la producción de bienes y servicios para el consumo directo de la familia (autoconsumo) y otra, a través de su participación en la producción para el mercado, dependiendo del grado de desarrollo de la socialización de la producción. No obstante que ambos tipos de trabajo son indispensables para la sociedad, generalmente se valora únicamente la intervención de la mujer vinculada al mercado de trabajo, sin considerar que aún en la fase de producción social, existe una parte de la producción reservada al ámbito doméstico y sigue siendo la mujer quien realiza dichas funciones (compras, arreglo de la casa, cuidado de los hijos, etc.). Vemos así que la participación de la mujer en el mercado de producción social, no la exime o evade de la carga doméstica que tradicionalmente se le ha otorgado como "su obligación", dejando de lado los riesgos asociados con sus tareas (insatisfacción en lo que se realiza, stress, fatiga, hipertensión, neurosis, etc.). (Kernoff, Monsfield, 1982).

En México, a partir de la década de los cincuentas, con el impulso del desarrollo industrial capitalista, la mujer empieza a integrarse masivamente al mercado de trabajo remunerado; tal participación se debió fundamentalmente a la necesidad de cubrir una demanda de mano de obra barata; por lo que los patrones tuvieron que recurrir a la oferta de mano de obra femenina y a campesinos que emigraban hacia lugares que contaban con centros fabriles (Aguilar, 1980), lo cual implicaba para éstos la reserva de mano de obra barata, mejor manejable y más fácil de explotar, así como también el instrumento para presionar a los obreros del sexo masculino. Logrando así el aumento de su plusvalía y por consiguiente la expansión capitalista.

La participación de la mujer al trabajo remunerado se dió bajo situaciones poco favorables, debido entre otras cosas; a la poca o nula preparación, dadas las pocas oportunidades que se le ofrecían para ello; a la concepción de que el hombre es el sostén económico de la familia y por ende el respaldo económico de la mujer; y a la falta de organizaciones de las trabajadoras para defender sus derechos laborales y sociales; lo cual las situó bajo un patrón de discriminación laboral.

De tal modo, la participación de la mujer en el trabajo remunerado se dió bajo un patrón de discriminación salarial, al recibir pagos inferiores al del hombre a trabajo igual; de segregación ocupacional, al participar en trabajos que no requieran de ninguna especialización y por consiguiente mal pagados y mal considerados socialmente por su propia naturaleza, además de que éstos propiciaban peligros para la salud de la trabajadora ya que su salario y período de descanso eran insuficientes para regenerar el desgaste general de las trabajadoras -- producido por: los instrumentos y medios de trabajo (maquinaria y herramientas), las materias primas (químicas y físicas); las condiciones ambientales del centro laboral (luz, temperatura, ventilación, humedad, etc.) y de su fuerza de trabajo (actividad física y psicológica). Tales discriminaciones se basaban en los supuestos del bajo rendimiento de la fuerza de trabajo femenina, debido: al ausentismo por tener hijos enfermos que cuidar, a las carreras ininterrumpidas por atender las tareas del hogar, el abandono del trabajo a causa del matrimonio o maternidad, e incluso a las debilidades físicas (Pedrero y Rendon, 1982; Nash, 1982).

Además de estas desventajas en el ámbito laboral, la mujer como parte de la clase trabajadora en un país subdesarrollado, se vió obligada a cambiar estilos de vida en detrimento de su salud, debido fundamentalmente al anarquismo en el desarrollo urbano y suburbano, en donde la mala o nula planeación del desarrollo económico del país, propició entre otros, la emigración masiva del campo a las ciudades modificando con ello no solo hábitos en su alimentación, sino en su cotidianidad al resolver además de las cuestiones familiares, situaciones labarales y sociales.

La participación femenina en el mercado de trabajo se incrementó en la medida en que el capital se apoderó de la satisfacción de las necesidades cubiertas, por el trabajo tradicionalmente de ésta en el hogar (lavado de ropa, preparación de alimentos, accesorios de limpieza, cuidado de los niños, etc.); pudiendo obser -

var que en el período comprendido entre 1950 y 1970, la participación de la mujer en el total de la población económicamente activa, aumentó de 13.6% a 20.6% y paralelamente el número de mujeres económicamente activas en edad de trabajar (más de 12 años) creció de 13.1% a 17.6% (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1983).

Sin embargo, cabe aclarar que las luchas sindicales y las nuevas legislaciones laborales, no han superado la desigualdad entre los sexos en algunos sectores de la producción (industrial textil, electrónica, de la construcción y servicios públicos, etc.), ni mucho menos han roto con los patrones tradicionalmente impuestos en el ámbito familiar; en donde las actividades tradicionales tanto de los hombres como de las mujeres en el hogar, se reflejan en el mercado de trabajo; ya que tanto organizaciones a nivel nacional como a nivel internacional a través de sus proyectos (mejorar la vida familiar, control natal, etc.) refuerzan los roles tradicionales y consecuentemente las desigualdades en vez de suprimirlas (Nash, 1982), por lo que se hace más difícil cubrir los objetivos que se fijan las organizaciones de mujeres para lograr la igualdad. Ya que tradicionalmente se ha considerado que el rol social de la mujer es de: esposa, madre, administradora doméstica, cuidadora de enfermos, pilar de la institución familiar, etc.

El asociar la función biológica reproductora de la mujer y las colaterales (de alimentar, cuidar a los hijos y al esposo, etc.) al proceso de desarrollo, que pone mayor interés al crecimiento de la producción y a las ganancias, que al desarrollo de la sociedad, la implicación es que el empleo a mujeres en los sectores avanzados de la economía resulta antieconómico, ya que requiere mayor inversión en los servicios sociales (estancias infantiles, atención médica, etc.) y mejorar las condiciones de trabajo (horarios flexibles, lugares adecuados para el descanso, etc.) no así, en la situación de trabajadores de sexo masculino -- (Ibid).

Tales patrones socio-culturales que enmarcan la participación de la mujer en la sociedad, se refuerzan y mantienen, en parte por la educación que reciben las mujeres, por los libros de texto, los medios de información y por la sociedad en general, que a su vez dan por descontado que el trabajo bien remunerado y las profesiones de prestigio e importancia, son propias de los hombres, ya que sobre estos se basa la estructura económica de la casa, y sobre quien depende la mujer. (Huston, 1975; Kurtz, 1975; Cabrera, 1980; Hierro, 1981).

Observando que la educación formal de las mujeres en la población económicamente activa del país se centra fundamentalmente en profesiones afines a su rol, de -- donde el 80% son técnicos de la medicina, odontología, veterinaria, etc., el 57% profesionales de la educación y solo el 3.4% arquitectos e ingenieros, respecto a la población total en dichas áreas (Cuadro No. 1). De ahí que las influencias socioeconómicas y culturales que le han impuesto a la mujer, le otorgue a la asa lariada una doble jornada de trabajo (trabajo remunerado-trabajo doméstico), y -- por consiguiente desventajas respecto al sexo opuesto.

Por otra parte, aún cuando se ha encontrado que a mayor grado escolar en la mu -- jer, mayor posibilidad de participar en un empleo mejor remunerado y más satis -- factorio, también se ha encontrado que las mujeres de mejor grado académico, son al mismo tiempo las que gozan de mejores niveles económicos y el trabajo solo -- les representa un estatus social (Vega, 1980).

Por lo tanto, a medida que una familia goce de ingresos altos, menor será la pre -- sión que sienta la mujer por extender sus obligaciones del hogar a actividades -- en el mercado laboral. Ya que la participación de la mujer en el trabajo remune -- rado, expresa la necesidad económica de incrementar el ingreso familiar (Regueiro, Márquez y Gutiérrez, 1981; Kernoff, Mosfield, 1982).

Así pues sin pretender caer en un análisis simplista o mecanicista, es innegable la influencia de la interacción de los factores socio-económicos y culturales en la participación de la mujer en las diferentes ramas de actividad, ya que como -- muestran los datos estadísticos tomados en el censo de 1970, (Cuadro No. 2), la tasa mayor de trabajadoras se concentra en el sector de servicios 45.7%; ya que al parecer las trabajadoras repiten a nivel social, las tareas que tradicional -- mente le fueron atribuidas como "propias de su sexo" a nivel familiar; dentro de éste sector, se agrupan tres tipos de servicios; transporte, gobierno y servi -- cios propiamente dichos, entre los que se encuentran los servicios de aseo, pre -- paración y venta de alimentos, médicos, enseñanza en sus diferentes niveles, par -- ticipación en los diferentes medios de comunicación tales como servicios telefó -- nicos, telégrafos y telex; asistencia social; reparación de aparatos eléctricos y maquinaria ligera; etc.

De donde 627,847 mujeres fueron empleadas en tareas de muy bajos niveles de capa -- citación y remuneración (trabajadoras domésticas, de aseo y limpieza en lugares públicos, preparación y venta de alimentos) lo que significó el 25.45% del T.R.F.E.A.

en tanto que 51,791 trabajaron en niveles considerados como superiores en esta - área de servicios, por tener reconocimiento social y mejor remuneración económica (enseñanza en universidades e institutos superiores y de investigación) lo -- que significó el 2.1% del T.P.F.E.A. y 12,377 mujeres ocuparon puestos a nivel de funcionarios y directivos, equivalente al 0.5% del T.P.F.E.A. Dando mayor oportunidad a las mujeres en la asistencia médico-social y a la enseñanza de los prime -- ros niveles escolares, por lo que su participación fue superior respecto a la -- del hombre. (Regueiro, 1981).

Mientras que en la industria extractiva de petróleo, gas natural y la explotación de minas se ocupó solamente a 13,540 mujeres lo que representó el 0.5% del T.P.F. E.A.; en la industria de la transformación el 19.0% representó al T.P.F.E.A. en ésta área; observando principalmente su presencia en la fabricación de prendas - para vestir y en la preparación de alimentos (Ibid). En el área relacionada con la agricultura, ganadería, silvicultura, caza y pesca, se registró la participa -- ción de 266,654 mujeres lo que significó el 10.8% del T.P.F.E.A. (Cuadro No. 2).

Cabe mencionar que la baja participación registrada en esta última área o rama - de actividad, se explica en parte por el hecho de que subestiman su participación al no recibir remuneración alguna por su trabajo en las épocas de siembra y cose -- cha, ya que en el medio rural; la mujer concibe tales tareas como parte de su ru -- tina doméstica al igual que la cría y cuidado de animales. (Regueiro, M., op.cit.)

Si bien en la actualidad las mujeres a través de las diferentes organizaciones - civiles han manifestado su situación social y los avances logrados, aún no se -- han resuelto en su totalidad sus demandas; prueba de ello lo confirman los acuer -- dos tomados en la conferencia del año internacional de la mujer, celebrado en Mé -- xico de 1975, de donde entre otros se aprobó el plan de acción mundial que esta -- bleció objetivos generales para mejorar "la condición de la mujer" y propuso la adopción de planes nacionales dentro del marco de cooperación internacional, pa -- ra así lograr la integración de la mujer en los campos de educación, empleo, de -- rechos civiles, participación política, recreación, salud, etc.; además de sug -- erir la creación de un organismo oficial en cada uno de los países participantes que aseguren la igualdad de la mujer a la brevedad posible (Lajous, R., 1982). Las cifras registradas revelan aún, que la mujer se encuentra todavía supeditada a patrones tradicionales, que influyen directa o indirectamente en la toma de de -- cisiones para participar en otras áreas de la productividad, prueba de ello, lo constituye el 57% de las mujeres que se dedican a la docencia, motivo por el cual se determinó entre otros, realizar el presente estudio y cuyas características y condiciones se abordarán en el capítulo siguiente.

Atención a la Salud de la Mujer Trabajadora.

La estructura económico-social de un país, determina el tipo de atención a la salud a que se somete la población.

México bajo el sistema capitalista monopolista dependiente, queda muy lejos de salir del subdesarrollo y como tal su situación se refleja no solo en el área de la producción, en donde el desempleo día a día más asentado, proyecta la incapacidad del sistema para superar éste problema, así como los de la vivienda, alimentación, educación, contaminación ambiental, bajo ingreso familiar y los servicios, entre los que se destaca la atención a la salud, en la que se manifiesta, al igual que en los aspectos anteriores, una dependencia de los países desarrollados. En lo que respecta al sector salud tal dependencia se refleja en la teoría y práctica del modelo médico hegemónico que está vigente en México; y se manifiesta en la atención clasista a la salud la cual se conforma por tres organismos diferentes: las organizaciones privadas, que atienden al 15% de la población; los institutos de seguridad social, que atienden al 35% y los servicios del sector estatal (Secretaría de Salubridad y Asistencia), las cuales teóricamente atienden al restante 50% de la población nacional (Laurell y Enríquez, 1980).

De hecho, a través del sistema de salud, el estado actúa para legitimar el sistema económico capitalista basado en la empresa privada, al apoyar políticas y programas de este sector que no entren en conflicto con el proceso económico basado en las ganancias.

Afirmando López, (1981, en Barrientos y Cabrera, 1982) que en nuestro país son cuatro los puntos cardinales que orientan a los servicios de salud y dejan a un lado las necesidades sociales reales, ya que:

1. Atienden a las necesidades económicas de una clase y desempeñan funciones tales como la reproducción de la fuerza de trabajo.
2. Corresponden a necesidades políticas del estado para situarse al servicio de una clase. De donde los servicios de salud son empleados en múltiples ocasiones como instrumentos políticos y de mediatización de las demandas sociales.
3. Las instituciones políticas de salud se encuentran bajo el dominio de grupos médicos.

4. Responden a las necesidades de mercado de grandes empresas transnacionales, como son las químico-farmacéuticas, las de equipo médico y las de construcción entre otras.

Siendo su estructura clasista la característica del sistema más comprometedor - en términos políticos para el estado, la cual se sustenta ideológicamente al conceptualizar que la enfermedad es un fenómeno biológico e individual, lo que permite soslayar el conocimiento de las relaciones existentes entre, la forma que - el hombre enferma y la forma en que participa en el proceso productivo, dadas -- las condiciones específicas, económicas y sociales (acceso a la educación, al empleo, a la recreación, a la vivienda, etc.); (Laurell, 1982).

De ahí que los problemas de salud de la población se agudicen, prueba de ello - lo muestra el alto índice de enfermedades crónico degenerativas propias de los - países desarrollados (hipertensión arterial sistémica, bronquitis crónica, diabetes mellitus, eficema pulmonar, enfermedades cerebro vasculares, cirrosis hepática, cardiopatía isquémica y enfermedad articular degenerativa) (vease cuadros No. 3 y 4); lo que no implica haber erradicado aquellas enfermedades características de los países subdesarrollados como son las enfermedades infecto-contagiosas, -- (gastroenteritis, colitis, etc.); (González, 1984). Como señala Laurell (1983) - las causas del aumento de las enfermedades crónico degenerativas radican, en -- gran medida, en las características de las condiciones de trabajo de nuestro -- país: la exposición a sustancias y materiales tóxicas durante largas jornadas - laborales, la tensión emocional, la fatiga y los altos ritmos de trabajo impuestos a la clase obrera (para aumentar la producción y obtener con ello máximas ganancias), generan formas de desgaste físico y emocional, que ocasionan el envejecimiento prematuro de los trabajadores y les predisponen muy directamente a en -fermar y morir por éste tipo de situaciones. Asimismo, existen claras eviden -cias de que otra de las razones del aumento de estas enfermedades lo constituye la contaminación ambiental, que no obstante el incremento que se ha dado en los últimos años, no se han tomado las medidas pertinentes para dar solución efectiva a este problema, agudizándose sus efectos sobre la salud de la población. Todo ello sin desconocer que México se encuentra entre los países latinoamericanos con mayor índice de enfermedades infecciosas y parasitarias, lo que representa - uno de los problemas de salud pública más graves del país, ya que ocasionan alre -dedor de la cuarta parte de las defunciones (Cuadro No. 5); (López, 1981; en Gon -zález de L., 1984) en donde la frecuencia y gravedad de estas enfermedades, son mucho mayores en la clase social más explotada y desprotegida, ya que las condi -

ciones y modos de vida en las que se desenvuelven cotidianamente, generan entre otros problemas; altos niveles de desnutrición; lo que condicionan a una mayor predisposición a padecerlas y una mayor dificultad a combatir las, ya que la insuficiencia alimentaria debilita y hace fácil presa de las bacterias y gérmenes que atacan al organismo causando la muerte de muchos niños (uno de cada seis) o que queden con alguna secuela; tal situación no solo afecta a los hijos de los trabajadores, sino también a éstos; además de producir mayor predisposición entre otros a sufrir accidentes, los cuales constituyen otro factor de morbilidad importante.

No obstante que los programas de salud pública tratan de abarcar una cobertura mayor, éste servicio no solo no ha llegado a las zonas menos favorecidas social y económicamente (30% de la población), sino además no ha atendido a la población de manera integral; ya que la práctica médica opera predominantemente en el plano curativo y consecuentemente limita las políticas preventivas, de ahí la poca eficacia de sus programas. Ya que como afirma García (1985), el proceso salud-enfermedad, es un fenómeno social estrechamente ligado a factores tales como; la marginalidad, el desempleo, la carencia o deficiencia de los servicios urbanos básicos, la promiscuidad, el bajo ingreso familiar y la escolaridad, entre los más importantes. Por lo cual es evidente que la atención que recibe la población en nuestro país depende del lugar que ocupan en el aparato productivo, además de que tal atención no es operante para quienes la reciben, ya que los encargados de aplicar estos programas, no toman en cuenta la influencia de factores psico-sociales que de una u otra forma están estrechamente relacionados con la problemática del proceso salud-enfermedad.

Por lo que se hace necesario estudiar las condiciones en que viven los grupos sociales y su relación con la salud para identificar los problemas o patologías que más afectan a una comunidad así como sus posibles causas, lo cual permitirá tomar las medidas apropiadas tanto médicas como sociales para resolverlos. De donde no solo es importante la participación de equipos interdisciplinarios de las áreas médica y social, para estudiar los diversos factores que conforman la condición social de un grupo en particular y que afecta el estado de salud de cualquiera de sus miembros del grupo, sino también de la propia comunidad a fin de modificar las causas o factores que originan los problemas de salud, así como desarrollar habilidades y adquirir hábitos tendientes al mejoramiento de la calidad de vida de ésta; (Laurell, 1983; González, 1984; Rosen, 1985, Timio, -- 1986).

De ahí que se considere abordar el estudio a través de una dimensión mediante la cual el hombre sea reconsiderado como una unidad, un todo integral, inmerso en un contexto social dinámico, el cual le influye en la determinación de sus diversos patrones conductuales. Y tal como señala Rojas (1984) es importante tomar en cuenta "las condiciones materiales de trabajo y de vida, marcos culturales e ideológicos propios de cada grupo social"; ya que ninguna tabla de riesgos de -- trabajo las tiene contempladas, debido fundamentalmente a que estos son abordados de una manera natural y asocial, por lo cual el criterio imperante para definir los cuadros patológicos están basados en el modelo biologicista, quien tiene claramente identificados como riesgos laborales los factores químicos, físicos y biológicos.

Si bien el panorama de la atención a la salud en general es desolador, éste resulta más patético en el caso de la mujer, al contemplar que tanto el trabajo remunerado como el doméstico que realiza, no son reconocidos positivamente y por tanto, la atención a su salud se ve minimizada. De donde solo aquellas que son principalmente trabajadoras sindicalizadas, del sector privado y estatal, reciben servicios permanentes de salud con las limitaciones ya mencionadas, mientras que las que no pertenecen a tales gremios laborales, o sus esposos no poseen -- prestaciones sociales, su situación se agudiza, ya que tienen la necesidad de pagar por este tipo de servicio, tanto en las instituciones públicas como en las -- privadas o en el peor de los casos automedicarse, convirtiéndose también en receptoras de la disfuncionalidad de los servicios de salud imperantes.

Tal situación representa una limitación para el conocimiento de la morbimortalidad de la mujer en México, pues muchas de las interrogantes sobre el trabajo remunerado y doméstico que propician enfermedades, quedan sin ser registradas, impidiendo ésto conocer con precisión aquellos factores que deterioran la salud de la mujer. Por otra parte, también es claro que se le presta menor atención a la mujer en lo que compete a riesgos de trabajo, por la devaluación que se tiene a sus tareas y al poco estudio de estas, ya que generalmente existen investigaciones enfocadas, en primer lugar al trabajo que realizan los hombres en centros industriales, dejando de lado los estudios preventivos a los riesgos asociados -- con tareas predominantemente de mujeres (Kernoff, P. y M., 1982); de donde los servicios de salud tanto laborales como sociales se centran en la atención a la procreación (período de gestación, parto, lactancia de los infantes, etc.).

Si bien este aspecto es importante, no es el único riesgo que afecta su salud como se analizará más adelante. Antes cabe señalar que no obstante la protección que se da a la mujer como ente reproductor, existen altas tasas de mortalidad materna, reportando como causas principales las hemorragias e infecciones en el embarazo, el parto y el puerperio; las toxemias y las complicaciones del aborto. Sin considerar que los factores que realmente ocasionan las altas cifras de mortalidad materna se relacionan directamente con los bajos niveles generales de vida (desnutrición endémica, malas condiciones de higiene y saneamiento básico, deficiente o nula atención obstétrica); (López Acuña, 1982; en González, 1984), y consecuentemente los malos hábitos para preservar la salud. Registrándose cifras anuales de dos millones de abortos clandestinos y alrededor de quinientos mil mujeres que mueren a consecuencia de sus complicaciones; el 70% de partos son atendidos fuera de las instituciones de salud y el 88% de las muertes maternas que ocurren en México son evitables (compendio de estadísticas vitales de México, 1978). En tanto que la legislación que actualmente impera en nuestro país para proteger a la mujer asalariada en su papel de reproducción biológica, tampoco opera satisfactoriamente debido a que la mayoría de las empresas, no siguen las medidas reglamentarias de la ley (artículo 161, 165 - 167, 170 - 172; Ley Federal del Trabajo, 1984) ya que carecen del mobiliario adecuado y necesario para que los trabajadores descansen y mucho menos se les otorga un tiempo para ello, como, tampoco cuentan con salas adecuadas para la lactancia de sus hijos en la misma empresa o cerca de ésta, ni existen estancias infantiles suficientes para cubrir la demanda.

Además de estas limitaciones que deterioran la salud de la trabajadora, ésta se encuentra expuesta a riesgos laborales por causa de la discriminación de que son víctimas. En tanto que la trabajadora doméstica, de aseo y limpieza en lugares públicos, preparación y venta de alimentos, obrera, etc., realiza tareas monótonas, poco satisfactorias, tediosas, etc., es decir de bajo nivel, que no exigen ningún grado alto de especialización y traen como resultante, entre otros problemas fatiga; la cual es portadora de agotamiento muscular, trastornos circulatorios, predisposición a la jaqueca y al vertigo, falta de apetito, trastornos digestivos, nerviosismo, creciente irritabilidad física, alteraciones de sueño y de las relaciones sociales, generando enfermedades como las úlceras gástricas entre otras (Vachet, P. 1973; Timio, 1986), además de las derivadas de su propia fisiología, lo que propicia mayor desgaste físico consecutivo a las menstruaciones, las gestaciones y las lactancias (Mairl, 1982; Tecla, 1982), así como las generadas además por el trabajo doméstico que afecta no solo la sobrecarga de actividad física al someterse a una doble jornada de trabajo sino que también se generan --

problemas característicos de este tipo de trabajo tales como: problemas de la -- vista, del sistema respiratorio y dolores reumáticos, debido a cambios bruscos de temperatura, cuando lavan, planchan o cocinan; padecimientos renales, por permanecer períodos prolongados en una misma posición cuando lavan o trapecan; problemas cutáneos y alergias, debido al uso de productos químicos para mantener limpio el hogar (detergentes, amoníacos, cloros, etc.), así como por el contacto de productos irritantes (chile); quemaduras por el manejo de calentadores, estufas o planchas; caídas y cortadas por el uso de escaleras para lavar vidrios o trapear para tomar y/o acomodar diversos objetos o manipular objetos cortopunsantes (cuchillos, tijeras, abrelatas, etc.); problemas emocionales, debido entre otros, al aislamiento, propiciando estados de tensión, que muchas veces provoca que estalle fácilmente por cosas intrascendentes (un ruido de un niño, un vaso derramado, un objeto fuera de su lugar, una palabra mal entendida, etc.) de donde tal fragilidad no solo produce el desgaste de su cuerpo sino incluso degradación de sus capacidades psicológicas (Vachet, 1973; Doring, 1982; Fernández, 1984; Goldsmith M., 1984).

Como se observa, existe una amplia gama de riesgos en el trabajo doméstico, los ejemplos antes mencionados pueden extenderse, sin embargo se considera que con estos, se da una visión amplia de los diversos factores que atentan contra la salud de la ama de casa, de la trabajadora doméstica remunerada y de aquellas mujeres que realizan tareas similares en las diversas áreas industriales y de servicio; ya que cabe recordar que un porcentaje muy alto de mujeres que trabajan remuneradamente, lo hacen en este tipo de actividades consideradas tradicionalmente como "propias de su sexo" y al retornar a sus hogares se ven obligadas a continuar realizando tareas similares, sin que éstas sean reconocidas como riesgos por no realizarse dentro del mercado de trabajo y por tanto, el deterioro de su salud es visto como un hecho natural. Ocultando así, el papel tan importante -- que juega la mujer en la producción y el consumo, ya que detrás de la imagen mítica de la familia feliz, se encuentra escondida la fuerza de trabajo femenina.

Es así que la atención que recibe la mujer en materia de salud es muy limitada, -- ya que por una parte el modelo médico hegemónico a propiciado el mantenimiento de la concepción dualista (salud física y salud mental) considerando fundamentalmente los fenómenos bioecológicos causantes de la enfermedad y algunos factores socioeconómicos (edad, sexo, escolaridad, etc.) con la finalidad de establecer regularidades empíricas respecto al tipo, la frecuencia y la gravedad de la enfermedad, más no para revelar las verdaderas causas de los fenómenos que tienen que ver con

el proceso salud-enfermedad. Por lo que la atención a la salud de la mujer se -- centra fundamentalmente en la curación de la enfermedad; buscando sus causas en -- factores: físicos (calor, humedad, ruido, etc.); biológicos (microorganismos en general) y químicos (sustancias tóxicas, etc.); de donde el uso de fármacos es la intervención eficaz para devolver a las enfermas lo más pronto posible al trabajo.

Tal limitación ha llevado a no considerar por una parte, la importancia que tienen las condiciones generales de vida, el modo de vida y el proceso de trabajo en el que se desenvuelve la mujer y la repercusión en su proceso salud-enfermedad y por otra, la necesidad de atenderla con una concepción bio-psico-social que permita dar respuesta eficaz a sus demandas. Ya que la práctica de atención médica -- que se le presta y la no concientización objetiva de la situación de las propias mujeres, ha propiciado que sean éstas las que con mayor frecuencia soliciten ayuda psicológica en comparación con los hombres; pues se consideran culpables de sus males, sin tomar en cuenta que las contradicciones de su vida cotidiana son las -- que propician diversos grados de conflicto y de malestar existencial, expresados generalmente mediante diversos síntomas; sentimientos de incapacidad, frustración, inseguridad, depresión, ansiedad, frigidez, alegrías en la piel, jaquecas, malestar indiferenciado, etc. (Fernández C., 1984).

La no conciencia de que los malestares provienen de la vida opresiva que llevan y haber asimilado las culpas que culturalmente le han transmitido en cuanto los desajustes que acontecen en su vida y hogar, la orillan a solicitar ayuda a profesionales (psiquiatras, psicólogos y otros) cuyas concepciones teóricas inmersas en la hegemonía del modelo médico, pasan por alto el hecho político de la opresión que padecen las mujeres y por ende, caen en el consumismo de la salud al curar sus malestares con toda clase de fármacos (antidepresivos, tranquilizantes, ansiolíticos, etc.) que prometen tranquilidad, fortaleza, optimismo y en suma la solución a sus crisis existenciales; o bien llevar el calificativo de "loca (s)" cuando esta (s) se revelan a la mitología que la sociedad y las tradiciones han determinado su existencia (maternidad, amor filial, resignación, sumisión, etc.); (Fernández, C. 1984; Donny M.T., 1984);

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera necesario conceptualizar el proceso salud-enfermedad como un fenómeno social y para abordarlo con mayor probabilidad de éxito, es necesario realizar investigaciones epidemiológicas que contribuyan a extender la cobertura de los servicios de salud, haciendo énfasis en la -- prevención y para ello es necesario considerar: las condiciones generales de vi-

da; el modo de vida y el proceso de trabajo en el que se desenvuelve la mujer integralmente.

Las condiciones generales de vida repercuten a través de fenómenos como: la contaminación provocada por mil factores (desechos industriales, gases que despiden los motores de combustión, desechos humanos, etc.) situaciones que se agravan aún más por las condiciones del mal funcionamiento que caracteriza a la infraestructura de nuestro país. Este hecho conforma el campo general de la enfermedad estrechamente relacionada con riesgos infecto-contagiosos que afectan el aparato digestivo y las vías respiratorias. Además también existen probabilidades de que la contaminación sea portadora de enfermedades cancerosas; (Tecla, 1982; Golds Muth, 1984).

El modo de vida, que se encuentra sujeto a los ingresos salariales y que agrava la situación ya que estos son insuficientes para satisfacer las necesidades fundamentales de la clase trabajadora y su acceso a la esfera de consumo se reduce, -- por lo que la obtención de productos básicos a consumir no sean ni de buena calidad, ni de cantidades apropiadas. Al mismo tiempo la vivienda; que no cubre con las características indispensables, al carecer de servicios básicos (agua, luz, drenaje, etc.), así como el espacio suficiente. De donde el hacinamiento no solo genera promiscuidad, sino también se convierte en uno de los principales focos de contagio cuando algún miembro de la familia enferma.

De acuerdo con esto, tiene importancia la categoría "calidad de vida", referida -- no solamente a los aspectos materiales del modo de vida como ingreso, vivienda, vestido, etc., sino también aquellas que se refieren a las relaciones sociales -- que se establecen para la reproducción de los mismo hombres y que va desde las relaciones familiares, hasta las relaciones con los vecinos y la comunidad en general. Son también indicadores de la calidad de vida: la integración familiar, el estado de salud, el acceso a la educación, al empleo, al consumo, a la recreación y a la ocupación positiva del tiempo libre; sólo bajo esta perspectiva es como adquieren verdadero significado, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia, que se expresa en diferentes formas desde el maltrato a los niños y a la mujer, hasta las agresiones, homicidios, violaciones, accidentes de tránsito, etc., que, aparentemente se suscitan por cualquier cosa, pero que en realidad tienen causas profundas y graves pérdidas; ya que como señala González (op.cit.), las cifras de accidentes y violencia en México son bastante elevadas en comparación con las de otros países Americanos y según un informe de la Organización Mundial de la Salud, nuestro

país ocupa el primer lugar en el mundo en cuanto a mortalidad debido a homicidios.

De igual manera son importantes los riesgos producidos durante el proceso de trabajo, ya que existen enfermedades en las que influyen: las condiciones objetivas del trabajo, los medios de trabajo (máquinas e instrumentos), los objetos de -- trabajo (materias primas) y la fuerza de trabajo.

En primer término se tiene que las enfermedades relacionadas con las condiciones objetivas del trabajo tales como: la duración de la jornada en donde la rapidez, monotonía y falta de período de descanso generan desadaptaciones que terminan en enfermedad, producto de la fatiga, aunado además a factores físicos como: frío, calor, corrientes de aire, sea natural o artificial, luminosidad y ruidos, factores que favorecen la aparición de enfermedades como resfríos, pulmonías, pleuritis, etc. Dentro de esta gama de enfermedades también se encuentran aquellas relacionadas con los medios de trabajo en las cuales las máquinas e instrumentos pueden provocar, entre otras, por ejemplo: las deformaciones de la columna vertebral -- por estar muchas horas sentadas o paradas, las llamadas enfermedades posturales -- que se presentan en cualquier músculo del organismo dependiendo del tipo de trabajo que se desarrolle, y las enfermedades del aparato circulatorio; como las trombosis venosas, las flebitis, arterioesclerosis, hemorroides, neuritis y neuropatías; (Tecla, 1982).

También se encuentran enfermedades provocadas por lo objetos de trabajo, principalmente del sistema respiratorio entre las que destacan: fibrosis pulmonares y dentro de ellas la silicosis y asbestosis, etc., provocadas por agentes químicos, influyendo también los agentes biológicos, que aunque poco se sabe de estos se reconoce que son causantes de enfermedades ya que son sustancias que por lo regular tienen origen animal o vegetal; pueden tener vida, como los microbios y las bacterias o provenir de productos de animales y vegetales como la lana, el cuero, el hueso, el palo, el tabaco, la madera, etc., produciendo gran número de enfermedades infecciosas por contacto directo e indirecto y bronco pulmonares producidas -- por la aspiración de polvos de origen animal o vegetal.

De donde la fuerza de trabajo también implica distintas formas de desgaste a la -- mujer, ya que depende de las condiciones objetivas, de los medios y de los objetos del proceso de trabajo, la forma específica de consumo de esta, generando así distintos patrones de desgaste de la trabajadora (utilización parcial o total --

del cuerpo, altos ritmos de movimiento, prolongación o rutinas de las tareas, -- etc.); (Laurell, op. cit.) lo cual puede repercutir negativamente en su salud.

Como se observa, tal planteamiento demuestra objetivamente que la salud es un fenómeno social, que refleja el grado de satisfacción colectiva de las necesidades vitales de una población y si bien la naturaleza biológica de la enfermedad es un hecho evidente e innegable, su naturaleza social es determinante e incuestionable. Por ende los problemas de salud de la mujer trabajadora, ocurren como una clara manifestación de la realidad económico-social desigual en la que vive, ya que la situación de salud de un país depende fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica social en que éstas se producen; interviniendo en menor grado, las medidas médico sanitarias hasta hoy prevalentes, por lo que la atención médica debe ir paralela a una profilaxis social (Rosen, 1975).

En resumen, en nuestro país, los servicios de salud que recibe la mujer y la población en general presentan una cobertura insuficiente e ineficaz ya que su origen y estructura es clasista, fundamentada en el modelo médico, a decir: para cada grupo social el servicio que recibe es diferente, dependiendo del nivel que ocupa en los distintos sectores de la producción.

Así, en primer lugar, recibe atención el sector de altos ingresos, en segundo lugar las trabajadoras y sus familiares afiliados a regímenes de seguridad social (IMSS, ISSSTE, etc.) y en último lugar, las trabajadoras y sus familiares que carecen de prestaciones sociales, comprobando que la atención médica es fundamentalmente curativa y asocial.

Por otra parte, el tipo y calidad de los servicios institucionalizados han inducido a gran parte de la población a la automedicación, la cual a reflejado efectos en el proceso salud-enfermedad.

Dicha situación hace evidente que la seguridad social no es un efectivo instrumento de redistribución del ingreso, por lo que los grupos marginados no han recibido los beneficios de las prestaciones sociales a que tienen derecho.

Es por ello, que en el presente trabajo, se pretende dejar asentado que es impor-

tante para esclarecer el campo del proceso salud-enfermedad, realizar estudios ba
jo situaciones objetivas, que permitan detectar los factores de riesgo asociados
a la salud de los docentes.

Cuadro No. 1

POBLACION ECONOMICA, PROFESION Y SEXO EN EL PAIS

PROFESION	TOTAL	MUJERES	%	HOMBRES	%
Arquitectos e Ingenieros.	54,483	1,876	3.4	52,607	96.6
Técnicos afines a la Arquitectura y la Ingeniería.	71,263	4,127	5.7	67,130	94.3
Abogados, Economistas, Contadores, Sociólogos, Profesionales de la -- Inf. y en Ciencs, Socs. afines.	56,425	6,314	11.1	50,111	88.9
Técnicos afines a la Abogacía, Economía, Contaduría, Sociología de -- la Información y en Ciencias Sociales afines.	62,779	14,958	23.5	47,821	76.5
Médicos, Dentistas, Veterinarios y Profesionales afines.	42,217	5,372	12.7	36,845	87.3
Técnicos de la Medicina, Odontología, Veterinaria afines.	69,720	55,905	80.0	13,815	20.0
Profesionales de la Educación, -- Maestros y Profesores.	235,977	135,705	57.0	100,272	43.0
Químicos y Biólogos	15,675	4,978	31.7	10,697	86.0
Técnicos afines a la Química y Biología.	7,642	1,619	21.5	6,023	78.4
Matemáticos, Físicos y Astrónomos.	1,893	249	13.1	1,644	86.9
Técnicos afines a las Matemáticas, Física y Astronomía.	1,335	471	35.3	864	64.7

Fuente: Secretaría de Industria y Comercio,
Dirección General de Estadística.-
Censo: Población Económicamente
Activa 1970.- No publicada

Cuadro No. 2

POBLACION FEMENINA ECONOMICAMENTE ACTIVA DE 12 AÑOS
Y MAS POR RAMA DE ACTIVIDAD 1970

<u>T O T A L</u>	<u>%</u>	<u>RAMA DE ACTIVIDAD</u>
266,654	10.8	Agricultura, Ganadería, Silvicultura, Pesca y Caza.
13,540	0.5	Industria Extractiva
470,013	19.0	Industria de Transformación
333,941	13.5	Comercio
17,389	0.8	Transporte
1'126,603	45.7	Servicios
238,117	9.7	Insuficientemente especificadas
2'466,257	100	Total de mujeres

Fuente: Agenda Estadística 1982; México;
Secretaría de Programación y Pre-
supuesto; 1983.

**ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS; EGRESOS HOSPITALARIOS SEGUN LOS 30
DIAGNOSTICOS PRINCIPALES MAS FRECUENTES; IMPACTO POR EDADES**

	TOTAL DE CASOS	GRUPOS DE EDAD								
		0 - 1	1 - 4	5 - 14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y +
Diabetes Mellitus	27,417	12	25	634	768	1,054	1,952	5,764	7,694	8,755
Bronquitis crónica y la no especificada, - efisema y asma.	24,075	1,229	540	4,283	858	1,076	1,132	1,365	1,292	3,517
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.	11,396	0	0	73	244	729	1,675	2,949	2,991	2,266
Otras enfermedades isquémicas del corazón.	10,937	0	0	0	0	146	717	1,557	2,959	5,285

Fuente: Estadísticas de egresos hospitalarios
1982 en I.M.S.S. Prestaciones Sociales en
pacientes con enfermedades crónico degenerativas, 1985; pág. 6.

Cuadro No. 4

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ESTADOS
UNIDOS Y FACTORES DE RIESGO**

CAUSAS DE MUERTE	FACTORES DE RIESGO
Enfermedades del corazón	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo excesivo de grasas animales - Fumar - Actividad física insuficiente - Consumo calórico excesivo
Tumores malignos	<ul style="list-style-type: none"> - Fumar - Dieta insuficiente de fibras - Consumo calórico excesivo
Enfermedades cerebro-vasculares	<ul style="list-style-type: none"> - Hipertensión - Fumar - Consumo excesivo de sal - Consumo calórico excesivo
Accidentes	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo excesivo de alcohol - No usar, al manejar el cinturón de seguridad. - Manejar bajo el efecto de drogas - Consumo de drogas
Influenza y neumonía	<ul style="list-style-type: none"> - Fumar - Consumo excesivo de alcohol
Diabetes	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo calórico excesivo
Arteriosclerosis	<ul style="list-style-type: none"> - Fumar - Consumo calórico excesivo - Actividad física insuficiente
Cirrosis hepática	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo excesivo de alcohol - Consumo calórico excesivo
Bronquitis, enfisema y asma	<ul style="list-style-type: none"> - Fumar
Suicidio	Conducto depresiva

Fuente; Mc. Dill; 1979 en Campos, C. "La participación del psicólogo en el contexto de Salud Laboral" reporte de investigación, para obtener el Título de Licenciado en Psicología; México: 1985. p.70.

Cuadro No. 5

**DEFUNCIONES Y TASAS DE MORTALIDAD AGRUPADAS DE ACUERDO A 17 CAPITULOS DE LA
VIII REVISION DE LA CLASIFICACION INTERINSTITUCIONAL DE ENFERMEDADES 1976**

CONCEPTO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO
Defunciones:	455,660	252,563	201,549	1,548
Tasas:	7.42	8.15	6.63	-
I Enfermedades infecciosas y parasitarias				
Defunciones:	83,166	44,034	38,904	228
Tasa:	1.35	1.42	1.28	-
II Tumores, neoplasma				
Defunciones:	24,120	10,552	13,531	37
Tasa:	0.39	0.34	0.44	-
III Enfermedades de las glándulas endocrinas, de la nutrición y del metabolismo.				
Defunciones:	18,264	8,287	9,932	45
Tasa:	0.30	0.27	0.33	-
IV Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos.				
Defunciones:	4,560	2,136	2,402	22
Tasa:	0.07	0.07	0.08	-
V Trastornos mentales				
Defunciones:	2,812	2,569	2,031	12
Tasa:	0.05	0.08	0.01	-
VI Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos.				
Defunciones:	5,507	2,979	2,516	12
Tasa:	0.09	0.10	0.08	-
VII Enfermedades del aparato circulatorio				
Defunciones:	68,031	33,736	34,137	158
Tasa:	1.11	1.09	1.12	-

CONCEPTO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	NO ESPECIFICADO
VIII Enfermedades del aparato respiratorio				
Defunciones:	82,451	43,937	38,298	216
Tasa:	1.34	1.42	1.26	-
IX Enfermedades del aparato digestivo				
Defunciones:	26,717	17,215	9,441	61
Tasa:	0.44	0.56	0.31	-
X Enfermedades del aparato genitourinario				
Defunciones:	8,951	4,454	4,487	10
Tasa:	0.15	0.14	0.15	-
XI Complicaciones del embarazo del parto y del puerperio				
Defunciones:	2,561	-	2,561	-
Tasa:	0.07	-	0.15	-
XII Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo				
Defunciones:	1,165	631	529	5
Tasa:	0.02	0.02	0.02	-
XIII Enfermedades del sistema ósteomuscular del tejido conjuntivo				
Defunciones:	1,369	579	787	3
Tasa:	0.02	0.02	0.03	-
XIV Anomalías congénitas				
Defunciones:	4,589	2,416	2,160	13
Tasa:	0.07	0.08	0.07	-
XV Ciertas causas de la morbilidad y de la mortalidad perinatales				
Defunciones:	22,578	13,300	9,181	97
Tasa:	14.51	16.80	12.70	-

Fuente: Laurel, A. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. En la obra de F. Ortiz (dir.) Vida y muerte del mexicano. México, Folios ediciones, 1982 (c), pág. 28.

III. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DOCENTE Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD DE LA MUJER.

En este capítulo se hará un breve análisis de las características del trabajo docente y las implicaciones en la salud de la mujer que labora en esta área, para ello es necesario considerar el sistema educativo mexicano como punto de partida fundamental, para rastrear el desarrollo de la incorporación de la mujer al sistema educativo nacional.

El Sistema Educativo Mexicano.

En cualquier tipo de sociedad la educación o instrucción escolar formal es una institución importante en la transmisión de: cultura y conocimientos que contribuyen a la producción económica, la estabilidad social y a la generación de nuevos conocimientos (Carnoy, 1977). Constituyendo esto las pautas de comportamiento socialmente aceptadas en una sociedad determinada.

Este proceso de adquisición se conforma esencialmente por dos componentes; profesor-alumno, los cuales constituyen la parte pedagógica del problema. Esto en lo que a educación formal se refiere, entendiéndose por esta aquella que se obtiene en las aulas de la escuela (Castrejón, 1983).

Es la escuela, en el aula, a través de esta relación pedagógica donde se concreta el proceso de enseñanza-aprendizaje como núcleo fundamental del proceso educacional.

Desde este punto de vista, al maestro le compete el papel de agente multiplicador y/o reproductor, no solo de conocimientos, sino también y quizá lo más importante, de la ideología predominante en la sociedad en la cual se ubica. Por lo que se dice que la escuela es uno de los principales espacios sociales e ideológicos en donde se caracteriza a la educación como aquel conjunto de acciones, manifestadas o no, por las cuales un grupo social incorpora a sus miembros a las normas, valores, aspiraciones e ideología del grupo social dominante, mediante el ejercicio de determinadas instrucciones (Burin, 1983). Asignando roles a los miembros de dicha sociedad.

De este modo, la escuela genera de forma contradictoria, la opinión que la sociedad tiene de sí misma. Es aquí donde al maestro desde una perspectiva crítica se le atribuye una función más; la de constituirse en agente de cambio institucionalizado (legitimado y legitimador) del propio sistema social (Pescador, -- 1983). Esto desde un punto de vista ideológico.

Dentro del sistema escolar formal, el sistema educativo nacional se encuentra -- conformado por cinco niveles a saber: preescolar (3 grados, uno obligatorio), -- primaria (6 grados), secundaria (3 grados), preparatoria o equivalente (3 grados) y la educación superior (4 a 5 grados).

Su fuente de sostenimiento es atendida por: los gobiernos federales, estatales, municipales y parcialmente por el sector privado (Velázquez, 1985) que no absorbe en su totalidad la gran demanda educativa, por lo que el sistema ha ampliado su capacidad debido al acelerado crecimiento de la matrícula.

En respuesta a esta gran demanda, el sistema amplió su capacidad y asignó fondos para la educación dirigidos a la construcción de escuelas y el suministro de libros en el nivel básico, así como de otros materiales didácticos como uno de los aspectos prioritarios del sistema educativo nacional, sin embargo dicha aportación no propició ningún cambio que pudiera permitir una evolución en el proceso educativo, debido a que únicamente ha centrado su atención en el crecimiento de la matrícula, pero no necesariamente en la calidad de la educación (Castrejón, -- 1983).

Como se sabe durante cada ciclo presidencial han surgido reformas educativas, pero estas no han tenido éxito, porque no han subsanado en realidad los requerimientos necesarios en la educación, debido a que han sido controlados por el sistema (Olguín, 1983) y no planteados en función de las necesidades reales del país; ni mucho menos por estudios que así lo detecten.

Este hecho ha provocado que el ejercicio de la práctica docente (excepción de las Universidades) carezca de libertad académica para elaborar programas, seleccionar y adaptar materiales didácticos, y técnicas pedagógicas idóneas a las necesidades e intereses de los educandos, tendiendo así a reducir la práctica profesional a un simple papel de ejecutante, por lo que no se puede tomar parte activa en el proceso educativo.

Por otra parte, en la enseñanza media básica, otro aspecto a considerar, lo constituye el hecho de que hasta 1980 se formaba al docente por asignatura, es decir, dar clase en una sola materia y en la actualidad estos maestros tienen que dar clase por área (varias materias juntas) lo cual influye no solo en el desarrollo profesional del docente sino en la formación de los alumnos.

Pasando a otro rubro relacionado con la economía encontramos que en la trayectoria del sistema educativo, siempre se ha reflejado una estructura clasista como señala la Castrejón (op. cit.); pues existen discontinuidades geográficas, ya que el país no es homogéneo y hay grandes diferencias entre los estados que forman la República, ya que algunos son altamente desarrollados y otros muy pobres. Por lo que es desconcertante hacer generalizaciones del estudio de la pirámide educativa nacional ya que la pirámide en cada estado, es la que nos puede hacer apreciar la realidad del sistema nacional.

Esta consideración se refleja claramente ya que se ha dado mayor atención en cuanto a educación a estados más ricos en producción, debido a que estos concentran más ingresos económicos para el país.

Ante este esfuerzo, se esperaba tener una productividad educativa mayor, sin embargo no resultó así ya que en general la eficiencia terminal de sus niveles educativos es baja, al igual que la de los estados de bajo nivel de desarrollo económico como poblaciones conformadas por indígenas, que no cuentan con los servicios necesarios y están en un aislamiento casi total de otras poblaciones, remarcándose así, su deficiente valor de escolaridad y teniendo evidentemente los más bajos niveles de escolaridad del país (Ibid).

Dicha problemática social se ha agudizado aún más por la emigración del campo a la ciudad que en consecuencia trae a las zonas urbanas a campesinos con el deseo de obtener un mayor nivel educativo y económico, acumulándose así la demanda en cuanto a éste servicio, ya que estos por lo general no regresan a su estado natal, por carecer entre otros servicios de: escuelas no solo del nivel superior sino de los niveles de preescolar y primaria (Ibid).

Razón por lo cual, las instituciones educativas no son suficientes para la gran demanda social que existe en las áreas densamente pobladas como por ejemplo el Distrito Federal, Monterrey, Guadalajara, etc.. También existe una determina --

ción social en el acceso a la educación, pues, aún cuando la gran mayoría de niños tiene a su alcance la oportunidad de asistir a la escuela primaria, no todos culminan sus estudios básicos por diversas causas (bajo nivel económico y social entre otros), y los que culminan sus estudios no todos tienen la fortuna de cursar la escuela secundaria (Robles, 1982).

Sin embargo, el problema escolar se agudiza más y más en la educación Media Superior, es decir, en las escuelas normales, preparatorias, vocacionales, colegios de ciencias y humanidades, colegios de bachilleres, etc., ya que estas instituciones no tienen la capacidad para inscribir a todos los aspirantes y aquellos que lograron un lugar en cualquiera de las escuelas citadas la mayoría abandona sus estudios por falta de recursos económicos quedando en el camino sin poder llegar a la meta y sumándose así a las filas de subempleados o desempleados, soportando profundas frustraciones personales (ibid; Castrejón, op. cit.).

Los que terminan satisfactoriamente su educación media superior, pocos muy pocos, son los capaces de obtener el grado de Licenciatura en Universidades, Politécnicos, Institutos, Tecnológicos o Normales Superiores, así como también la posibilidad de obtener un empleo.

Por lo antes planteado es claro que los problemas económicos condicionan la permanencia del estudiante en el sistema escolar (ibid), así como de su realización personal, pues cuando un individuo recibe mayor instrucción escolar que otro, tiene mayor probabilidad de acceso a los recursos físicos de la economía y eso le permite elevar sus ingresos individuales. Esta realidad como es obvio solamente beneficia a una parte de la estructura social, por lo que podemos concluir que la escuela es una fuente de estatus distribuidora de puestos sociales ya que no todos tienen las mismas oportunidades de recibir instrucción ni de trabajar en las diversas ocupaciones.

La confirmación más patente de lo afirmado es el caso de la mujer, la cual dentro de la dimensión profesional se encuentra menos favorecidas como clase social, debido al papel tradicional que se le ha adjudicado (atender su hogar y su familia, además de la sociedad en general) quedando así en un estado de inferioridad al tener menos oportunidades de obtener un nivel educativo más alto y un trabajo alternativo (Scheinvar, 1982) ya que como se mencionó en el capítulo anterior la mujer continua su rol familiar en el trabajo remunerado, razón -

por lo cual, existe mayor número de mujeres inscritas en escuelas para obtener el título de maestra, secretaria, enfermera, etc.; circunstancia tal que contribuye a mantener la condición social que se le ha impuesto a la mujer en nuestro país. Por ejemplo, en la enseñanza se refleja claramente la imagen tradicional de la mujer, ya que su rol docente le exige a ocuparse del cuidado y educación de los educandos, así como también a ocupar puestos menos pagados ya que pocas son las que tienen de dirección, en la educación nacional, debido a que las mujeres solo ocupan puestos subalternos, aún donde ya son numerosas y donde la profesión corresponde a la imagen tradicional que se les ha dado.

Con respecto a lo anterior, nos podemos dar una idea de porqué en el área educativa existe un gran número de mujeres ejerciéndola y porqué ocupan el 57% de los profesionales en esta área.

Estrechamente vinculado con lo antes ya mencionado, encontramos que el factor socio-económico ha contribuido a que las mujeres elijan esta carrera, dado que:

La solvencia de los gastos de la carrera no son muy gravosos y se hacen portadores de un prestigio reconocido socialmente y una vez que se incorporan en el sector laboral reciben automáticamente prestaciones sociales, además de que su jornada de trabajo les permite cubrir el trabajo doméstico; a saber la jornada tiene una duración de 3 horas para los niveles de preescolar, de 5 horas para primaria y para los niveles siguientes la jornada de trabajo está en función de las horas semanales que tenga cada profesor (8, 12, 32 horas, etc.); pudiendo cubrir su tiempo en turno matutino, vespertino, continuo o discontinuo.

Una vez esbozado el sistema educativo formal y su vinculación con el mantenimiento de tradiciones en la elección de las carreras en la mujer consideramos pertinente mencionar las funciones de las docentes de acuerdo al manual operativo de la Secretaría de Educación Pública del nivel Medio Básico (1985-1986). Esto con el objeto de puntualizar las funciones que se desarrollan en éste nivel, ya que es el centro de atención del presente trabajo, y son:

1. Impartir la educación secundaria conforme a los objetivos de la misma, al plan y programa de estudio, así como a las leyes, normas, reglamentos y disposiciones educativas vigentes.

2. Colaborar con las autoridades de la escuela en la observancia de las disposiciones que se dicten para cumplir con la tarea de formación de los educandos y para el buen funcionamiento del plantel.
3. Planear técnicamente la labor docente de acuerdo con los avances educativos, propiciando la iniciativa de los educandos para que, junto a la adquisición de conocimientos, desarrollen sus capacidades, hábitos y aptitudes.
4. Planear las labores docentes de acuerdo con la academia del área o asignatura a la que pertenezca, y coordinarlas tanto con las academias de las demás áreas o asignaturas, como con el personal encargado de los servicios de asistencia educativa con que cuente el plantel.
5. Presentar a la Subdirección de la escuela el programa anual de actividades - extraescolares, requeridas para el cumplimiento del plantel y de los programas de estudio.
6. Integrar los registros e informes necesarios para informar acerca del aprovechamiento y de la conducta de los educandos a la Subdirección.
7. Solicitar ante la Subdirección de la escuela los recursos materiales y financieros necesarios para el cumplimiento de su labor.
8. Participar en las diversas comisiones que le sean asignadas por la Dirección de la escuela.

Es importante resaltar, que la enseñanza es una profesión que somete a las que la practican a cumplir con una actividad social que no se agota exclusivamente en estas funciones, dado que como asalariadas se ven sometidas a cumplir con diversas actividades que su mismo medio ambiente laboral les exige. Tal situación, representa para las docentes una fuente de riesgo para su salud, pues con frecuencia están expuestas a más de una tensión y en consecuencia el resultado es - desfavorable para su salud; ya que como señala Aanonsen (1959) las presiones -- afectan al sistema nervioso, aumentando la frecuencia de úlceras pépticas y de - síntomas nerviosos, como fatiga, nerviosismo, irritación e insomnio.

Como se puede observar, el proceso de trabajo de las docentes a nivel concreto -

genera por sí mismo condiciones no favorables para su salud, razón por lo cual - cada vez más se ven amenazadas a sufrir deterioros en su persona.

Condiciones Laborales de las Docentes.

En este punto, resaltaremos las condiciones laborales de las docentes, para evidenciar aquellos factores que tienen incidencia en el deterioro de su salud.

Derivado de lo anterior, tenemos como primer factor el salario, ya que como señala Tecla (1982); éste juega un papel determinante en su estudio de vida, ya que de él depende que tenga o no acceso a la esfera de consumo (alimentación, vestido, vivienda, educación, diversiones, etc.). Pues el salario es realmente bajo con respecto a su función y a otras áreas de producción (ejemplo: secretaría) - lo cual les permite subsistir únicamente.

Esto crea un gran malestar en las docentes pues, su limitante económico no les permite satisfacer completamente sus necesidades básicas, por lo que se ven expuestas a sufrir graves peligros en su salud (Ibid).

Con relación a lo anterior existe el recurso de la doble plaza o bien cubrir interinatos temporales o indefinidos que de acuerdo a las autoridades representa un incremento en su percepción económica. Sin embargo las profesoras que laboran bajo estas condiciones se enfrentan a los siguientes problemas: cuando se trata de un interinato, no tienen seguridad en la fuente de trabajo, falta de estabilidad en su adscripción, así como en el turno, las prestaciones son casi nulas (no tienen derecho a prestaciones a largo plazo, al servicio de guarderías, etc.). Siendo esta situación controlada por las autoridades educativas y el sindicato, para lucrarse con ello (grupos de Maestras Democráticas, 1984).

Por otra parte, el recurso de la doble plaza no significa una superación para -- las maestras por el contrario, cancela el tiempo que estas podrían emplear para su superación profesional y favorece los niveles de chambismo, la improvisación en las clases, la intensificación de la jornada de trabajo, el detrimento de la salud, etc.; ahondando así las formas de sometimiento y explotación (Ibid).

Cuando su jornada de trabajo es demasiado larga (doble plaza) las docentes sufren

un intenso desgaste a su persona, pues se genera el aumento de la intensidad de su trabajo en el aspecto administrativo y académico, cumplir con tareas no docentes como: participar en la cooperativa, dar orientación a los padres de familia, participar en espectáculos cívicos o artísticos, visitas a museos, bibliotecas, así como también trasladarse de una a otra escuela, preparar las clases de distintos grados o niveles, etc.; y finalmente atender los quehaceres domésticos y el cuidado de la familiar (Ibid).

Como se puede observar, este tipo de jornada de trabajo generalmente limita la capacidad de las maestras para dar lo mejor de sí en su labor docente, además de causarles una insatisfacción personal porque no poseen tiempo libre para divertirse, convivir con su familia o descansar. Y por otra parte contraen efectos nocivos característicos de su misma jornada de trabajo como: aumento de cansancio, disminución de apetito, fatiga, desordenes de la digestión, etc. Así mismo es importante señalar que dado a las características de su turno generalmente a las docentes se les concede media hora (tiempo de descanso de los alumnos) para descansar, una probabilidad mayor de crear o mantener malos hábitos alimenticios ya que por lo general en las escuelas se ofrecen productos industrializados, no obstante que atentan contra la economía y la salud de la población escolar.

Pasando a otro rubro, tenemos que en cuanto a las condiciones de trabajo, la mayoría de los edificios escolares carecen de instalaciones necesarias como: comedores, talleres, bibliotecas, laboratorios, etc.; que resultan indispensables no solo para cumplir los objetivos de educación integral que proponen los programas sino también para propiciar un ambiente laboral idóneo para el desarrollo profesional. Las escuelas ocupan edificios viejos o construcciones improvisadas que no cumplen las condiciones mínimas de higiene y seguridad sobre todo en las escuelas de la periferia, que no cuentan con agua potable, luz y drenaje, además de que el material de que están hechas las aulas pueden ser fuentes de enfermedades y malestares, ya que no protegen adecuadamente de las inclemencias del tiempo y aísla poco el ruido (Ibid).

Como es evidente, tales condiciones se convierten en los principales focos de la adquisición de enfermedades infecto-contagiosas que están estrechamente relacionadas con la falta de higiene y éstas a su vez con las malas condiciones de

trabajo que influyen sobre el proceso salud-enfermedad de las trabajadoras, al ser expuestas a los peligros físicos en el lugar del trabajo. Asimismo, consideramos que los edificios escolares deben reunir las necesarias garantías de seguridad, resultar agradables y bien diseñadas por su concepción de conjunto y ser de uso funcional a fin de que no constituyan una amenaza para la salud o la seguridad de los alumnos o del personal docente.

Otro de los factores que tienen que ver con el trabajo docente, es el servicio de prestaciones, el cual se caracteriza por ser deficiente dado que existen muchos problemas para la obtención de los mismos en los que se distinguen anomalías y deficiencias en las prestaciones de tipo social por ejemplo: el servicio de guarderías que la S.E.P. ofrece a los hijos de sus trabajadoras es totalmente insuficiente dado que no cuenta con establecimientos suficientes ni con la capacidad para atender a la población infantil que proviene de las maestras (OIT, - 1981; grupo de Maestras Democráticas, 1984).

Si tomamos en cuenta que también tienen derecho a este servicio los hijos de las trabajadoras administrativas, técnicas y manuales, el porcentaje en la capacidad de atención se reduce de manera alarmante; lo que representa un serio problema que recae de manera directa sobre la responsabilidad de la madre maestra, quién debe dar solución dejando al niño bajo el cuidado de personas ajenas, familiares o haciendo uso de guarderías particulares cuyo costo actual no es de ninguna manera accesible al nivel económico del presupuesto familiar.

Esta situación se agrava aún más en los casos de las maestras que trabajan doble plaza o en turno vespertino, pues los Centros de Desarrollo Infantil (CENDI), solo prestan su servicio en las mañanas.

Como se verá, paradójicamente, el servicio de estos centros resulta incoherente en relación a las necesidades reales como trabajadora de la educación.

Por otra parte, en cuanto a la atención médica oficial se encuentra que igualmente ésta presenta deficiencias en su servicio, ya que cuando las docentes a él, se enfrentan a problemas como:

1. Despotismo, ineptitud, ineficiencia por parte de los empleados de las clínicas.

2. Condiciones absurdas para la programación de cita (deben solicitarse un día antes).
3. Límite de horario para solicitar las visitas domiciliarias (de 7:00 a 9:00 horas).
4. No ser atendida si no se presenta el último talón de cheque. Si se carece de éste, el trámite es vano aunque el paciente dé muestras visibles de su enfermedad.
5. No existe en las instituciones personal médico suficiente.
6. Límite de tiempo para cada consulta en las clínicas.
7. No atención en el servicio de urgencias, ya que la consulta se otorga de acuerdo a la gravedad que presente el enfermo.

A parte de estas anomalías las docentes se ven expuestas a sufrir enfermedades propias de su actividad profesional, que como es obvio no son contempladas como tales, siendo que su padecimiento tiene un principal origen en el ejercicio de la labor docente; ésto debido a que los servicios de salud corresponden al modo médico.

Las enfermedades que la OIT considera como profesionales de la docencia son:

Las de las vías respiratorias (afonía, gripe, etc.), siendo que su principal -- instrumento de trabajo cotidiano es la garganta; además de que estas también -- son adquiridas por la constante exposición a materiales de ínfima calidad (gis, polvo del ambiente, etc.).

Enfermedades del sistema auditivo y visual, la maestra se ve expuesta a condiciones de ruido de su propio centro de trabajo agudizándose así el deterioro au ditivo que alcanza un elevado índice en este sector laboral. Por lo que respec ta al problema visual, la maestra al cumplir con tareas administrativas de docu mentación, siendo el material de mala calidad y con caracteres pequeños, fuerza más su vista en detrimento de su capacidad visual.

Enfermedades de origen nervioso en las que regularmente las maestras presentan conductas agresivas y manifestaciones de hipersensibilidad, ocasionadas por la situación de stress constante en que viven, y por las fuertes presiones a que se ven sometidas no solo por el hecho de trabajar en grupos de diferentes niveles, sino también, por las exigencias arbitrarias de las autoridades que en -- múltiples ocasiones rebasan en ámbito educativo. Esta situación en la mayoría de los casos genera como resultado neurosis que produce bajo rendimiento profesional; siendo en la mayoría de las ocasiones el alumno y/o los integrantes de su núcleo familiar las víctimas de esta triste situación.

Sin embargo, estas enfermedades no están registradas ni clasificadas como profesionales por el ISSSTE; institución responsable de prestar servicio de salud a este gremio laboral.

Por otra parte, la atención médica que se da en los casos de gravidez, parto y post-parto, presenta irregularidades que ponen en riesgo la vida de las trabajadoras de la educación y en ocasiones, las del recién nacido.

Durante el embarazo le son practicados una serie de estudios bajo la indicación de su médico familiar. Los resultados llegan en ocasiones a ser ignorados y/o extraviados al momento del parto (OIT, 1965).

Con relación a lo anterior, las trabajadoras de la educación generalmente se enfrentan a otras anomalías como: cambios de expedientes; falta de higiene rigurosa en el instrumental médico; olvidos accidentales de instrumentos y materiales de curación en el interior de la paciente; cambios de niños, descuidos a éstos y a las madres, etc. (Ibid).

La integridad de la paciente se ve expuesta a graves atentados por parte de algunos médicos y practicantes de medicina, al realizar sin justificación real la revisión vaginal (tacto) de la parturienta (Ibid).

Por otra parte, tenemos que si el parto se da en período de vacaciones la mujer docente no disfruta su período, al que legalmente tiene derecho; pero si se encuentra jubilada deberá pagar con días laborales los 90 días por estado de gravidez o por otro tipo de enfermedad (Ley Federal de los Trabajadores del Estado, 1986).

Como se puede observar, todas estas situaciones pasan desapercibidas por las autoridades laborales y médicas por lo que se agrava la situación de las docentes.

Es importante resaltar, que todos los indicadores anteriores muestran la existencia de elementos de tipo social, económicos y políticos, los cuales juegan un papel determinante en la salud de las docentes. Y por esta razón no podemos aceptar que las causas de la enfermedad se presenten como factores que ocurren en forma aislada de sus relaciones sociales de producción, ya que se ocultaría de esta manera las verdaderas causas de los problemas de salud.

Para el capítulo siguiente se plantearon los siguientes objetivos:

- Detectar y analizar los factores de riesgo en el trabajo que deterioran la salud de la mujer que labora en un centro educativo.
- Identificar la función que juegan los estilos de vida como factores de riesgo conductores, asociados con los peligros de salud en la mujer docente.

IV. UN ESTUDIO ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE DETERIORAN LA SALUD DE LA MUJER, QUE LABORA EN UN CENTRO DOCENTE.

METODO

Sujetos:

26 profesoras de una población de 30, que laboran en una secundaria federal, ubicada en el municipio de Atizapán de Zaragoza, Estado de México, correspondiendo 13 al turno matutino y 13 al turno vespertino. Las causas por lo que 4 profesoras no participaron en el presente estudio fueron por: tener licencia médica (2 Ss), no querer participar (2 Ss).

Materiales:

Se utilizó un cuestionario de 92 reactivos, estructurado en 5 partes de la siguiente manera: en la primera, datos personales (6 reactivos); en la segunda las condiciones de trabajo (41); en la tercera los estilos de vida (26); en la cuarta aspectos relacionados con la salud (9); y en la última las condiciones de vivienda (10) (ver apéndice 2).

Procedimiento:

El procedimiento empleado en el trabajo fué el siguiente:

1. Se elaboró un instrumento piloto; mismo que se estructuró en cinco partes ya señaladas, con un total de 116 reactivos (apéndice 1). Las preguntas fueron elaboradas para ser contestadas con facilidad y rapidez; considerando el tiempo promedio para su llenado de 30 minutos.
2. Se aplicó el instrumento al 90% de la población (9 profesoras) que trabajan en una secundaria, ubicada en el mismo municipio, donde se realizó el estudio.

Cabe señalar que para este paso fué necesario, seleccionar la escuela que dada sus características geográficas, de sostenimiento (federal) y de trabajo, fueran similares a la escuela donde se realizaría el estudio; así una vez identificada la escuela, se procedió a contactar a las autoridades de la misma para

su aprobación a la aplicación del instrumento.

Se aplicó el cuestionario a las maestras, de acuerdo a la cita establecida por el departamento de orientación vocacional; se dieron las instrucciones para el llenado del cuestionario en forma escrita y verbal para la facilitación del mismo.

3. Se compilaron y analizaron los resultados.
4. Se reestructuró el cuestionario eliminando 26 preguntas, modificando 59, dejando sin modificar 31 y planteando 2 nuevas preguntas, necesarias para el trabajo, quedando un total de 91.
5. Se decidió realizar el estudio en una escuela secundaria federal del Estado de México por tener fácil acceso a ella, sin embargo dadas las dificultades que se tuvieron con las autoridades de la escuela donde se aplicó el instrumento piloto, se pidió a la secretaria técnica de la área de psicología de la ENEP-IZTACALA una carta de presentación para superar dichos problemas. Una vez presentada y aprobada la carta por la directora de la escuela, nos señaló el día y la hora para la aplicación del cuestionario.
6. Se aplicó el cuestionario a las profesoras bajo previas instrucciones, destacando entre otras: evitar el diálogo, contestar con veracidad, señalando la confidencialidad de sus respuestas, así como la importancia de su participación para identificar y analizar los factores de riesgo que deterioran su salud; finalmente se les agradeció su colaboración.
7. Se codificaron los datos obtenidos del cuestionario por sujero y variable.
8. Se establecieron relaciones entre variables, para determinar su dependencia o independencia, utilizando para ello χ^2 ; con un .95% de confianza; así mismo se utilizó el coeficiente de contingencias C de Pearson para obtener la correlación entre las mismas.

$$\text{De donde: } \chi^2 = n \left[\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^d \frac{f_{ij}^2}{f_i f_j} - 1 \right]$$

C de Pearson :

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + n}}$$

Resultados y Análisis.

La descripción de los resultados se plantea en función de las siguientes variables:

1. Datos personales
2. Condiciones de trabajo
3. Estilos de vida
4. Salud
5. Condiciones de la vivienda

La tabla de codificación de datos se presenta en el apéndice 3, misma que reporta los resultados por profesor y por variable.

1. Datos Personales.

El rango de edad de las profesoras osciló entre los 19 y los 68 años; con un nivel de escolaridad heterogéneo de donde el 57.70% (15 Ss) concluyó la Normal Superior el 15.38% (4 Ss) licenciatura, el 11.53% (3 Ss) preparatoria, el 11.53% (3 Ss) secundaria y el 3.84% (1 S) normal de maestros.

Observando que existe una relación entre su nivel académico y la actividad -- que desempeña en la escuela; es decir las docentes que tienen mayor nivel de estudios, desempeñan actividades académicas, lo que corresponde al 73.07% -- (19 Ss) y el 26.92% (7 Ss) restante en actividades de adiestramiento.

El estado civil de los sujetos se distribuyó en: casadas el 61.53% (16 Ss), solteras el 23.07% (6 Ss), divorciadas el 7.70% (2 Ss), unión libre el 3.84% (1 S) y viudas el 3.84% (1 S). Conformándose el núcleo familiar de las casadas por: esposo e hijos (12 Ss), esposo únicamente (2 Ss), y con esposo, hijos y otros familiares (2 Ss); el de las solteras por: padres y hermanos -- (4 Ss), madre y hermana (1 S) y hermano únicamente (1 S); de las divorciadas por: hijos (1 S) y vive sola (1 S); el de unión libre por: compañero (1 S) y el de la viuda por: hermanas (1 S).

En cuanto al lugar de residencia, se encontró que: el 38.46% (10 Ss) vive en diferentes municipios del Estado de México, el 30.76% (8 Ss) cerca del centro de trabajo y el 30.76% (8 Ss) en diferentes colonias del Distrito Federal.

El salario de las docentes varía según el número de horas (semanales) adscritas a la escuela, así como antigüedad (quincenal) titulación y préstamos a corto plazo e hipotecarios, encontrando que el porcentaje mayor (30.76%) se encuentra entre \$ 23,896.00 a \$ 49,600.00, equivalente a 18 horas de trabajo, con un rango que va de \$ 9,000.00 (4 hrs.) a \$ 104,000.00 (42 hrs.). Es decir a mejor salario, mayor número de horas lo que equivale a mayor carga de trabajo docente (Cuadro No. 1).

Asimismo, se observó que el 39.81% (9 Ss) su antigüedad está entre los 11 a 15 años, el 26.92% (7 Ss) entre 0 a 5 años y el 38.46% (10 Ss) su antigüedad está entre 6 a 10 años y 16 a 30 años.

2. Condiciones de Trabajo.

En lo referente al tipo de contratación se encontró que el 84.61% es de base, y el 15.38% es de Interinato ilimitado. No obstante que el porcentaje mayor muestra una estabilidad laboral en las docentes, no toda esta población tiene las mismas condiciones de trabajo, ya que tan solo el 34.61% tiene horas de servicio, lo que representa 2 o más horas fuera de grupo (tiempo discrecional) para preparar clase, calificar, etc. y que solo se otorga si las docentes tienen base y rebasan las 20 horas semana mes.

De donde el 73.07% reportó realizar actividades académicas y el 26.92% de adiestramiento, observando que el 69.23% tiene horas libres durante su jornada de trabajo, en tanto que el 30.76% no tiene.

Por otra parte, la desproporción tan grande que se observa entre las profesoras que realizan actividades académicas y de adiestramiento, se debe a que en la escuela la currícula se cubre por asignatura dando un total de 11 y una actividad tecnológica o de adiestramiento para cada grupo.

En cuanto al número de alumnos que atienden en cada grupo, el 76.92% reportó atender de 54 a 61 alumnos, el 11.53% de 47 a 53 y el 11.53% de 40 a 46 alumnos.

Como se observa los grupos que atienden son numerosas y no cuentan con materiales de apoyo necesarios ya que el 61.53% reportó que la escuela no cuenta con ellos.

Por otra parte, la técnica predominante de exposición de clase es la grupal - (42.30%) le sigue la de conferencia (26.92%), después la de seminario junto - con las técnicas combinadas de conferencia y grupales con 11.53% respectiva - mente y finalmente las técnicas de conferencia, seminario y grupal 3.84%. De donde el porcentaje más bajo maneja varias técnicas en clase y el porcentaje más alto solo grupal.

Respecto al tiempo promedio que hacen uso del gis en cada clase se encontró que el 46.15% usa el gis de 18 a 25 minutos, el 34.61% menos de 17 minutos, - el 15.38% de 25 a 42 minutos y el 3.84% de 43 a 50 minutos.

En lo referente a quien borra el pizarrón en clase, el 61.53% reportó que la profesora y el 36.46% diferentes alumnos; así mismo el 84.61% utiliza el bo - rrador para ello, el 11.53% pañuelos desechables y el 3.84% franela mojada.

Estos instrumentos de trabajo comprueban nuevamente la carencia de materiales didácticos y de apoyo (franelógrafos, proyectores, etc.) que no solo mejora - rían el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino además disminuiría el riesgo - que genera el polvo que despiden y consecuentemente uno de los factores que atentan contra la salud de las docentes.

En lo que respecta al tiempo promedio que las profesoras hablan frente al gru - po en cada clase, se encontró que el 46.15% lo hace de 18 a 25 minutos, el -- 30.76% de 26 a 42 minutos, el 19.23% de 43 a 50 minutos y el 3.84% menos de - 17 minutos. Lo cual hace suponer que las profesoras desconocen el manejo de las técnicas grupales, en la cual la participación mayor es de los alumnos, o bien la falta de veracidad en las respuestas.

En lo referente al tiempo promedio que leen diariamente, el 80.76% reportó - leer 2 horas diarias, el 7.69% más de 4 horas, el 3.84% de 3 a 4 horas y el - 7.69% restante ninguna. De donde tal actividad es inherente al trabajo docen - te y requiere de estudios más específicos para detectar su relación con la sa - lud.

Respecto al estado de ánimo de las docentes en su trabajo, el 65.38% reportó que su estado de ánimo es alegre, pero se presenta siempre para el 47.05% al igual que frecuentemente y para el 5.88% raras veces; el 19.23% su estado de ánimo es indiferente y se presenta siempre para el 60% y frecuentemente para

el 40%; y el 15.38% reportó que su estado de ánimo es irritable y se presenta frecuentemente para el 50%, siempre para el 25% y para el otro 25% restante - raras veces.

Como se observa, el estado de ánimo que predomina en la población de las trabajadoras es alegre, no obstante que un porcentaje bajo (5.88%) reportó que se presenta raras veces.

Por otra parte, la relación que lleva la docente con sus compañeros de trabajo es cordial para el 76.92%, por compromiso para el 11.53%, muy buena para el 7.69% e indispensable para el 3.84% restante. En tanto que con las autoridades es cordial para el 30.76% al igual que para las que reportaron ser por compromiso, malas para el 26.92% e indispensables para el 11.53%. Lo cual refleja que existe mejor relación entre compañeros de trabajo, que de estos con las autoridades escolares.

En cuanto al tiempo que regularmente emplean para trasladarse de su casa al trabajo y viceversa es de: menos de 30 minutos para el 50%, más de 90 minutos para el 30.76%, de 30 a 59 minutos para el 11.53% y de 60 a 90 minutos para el 7.69%. Estos datos muestran predominancia entre las profesoras que hacen menos tiempo para trasladarse de su casa a su trabajo y viceversa, ya sea por que viven más cerca de este 42.30% o por el tipo de transporte empleado (auto propio 42.50%). Así mismo el 100% reportó no haber sufrido ningún accidente durante el trayecto de su casa a su trabajo y viceversa.

Respecto a si tiene o no otro empleo el 73.07% reportó que no y solo el 26.92% que sí, de las cuales el 71.42% tienen menos de 19 horas, el 28.57% tiene hasta 31 horas, por lo que el salario que perciben es bajo, de ahí la necesidad de tener otro empleo.

3. Estilos de Vida.

En lo referente al tiempo que dedican al cuidado del hogar se encontró que el 46.15% dedica de 4 a 5 horas diarias, el 30.76% de 6 a 8 horas y el 23.07% de 1 a 3 horas,

Respecto a las actividades que generalmente realizan las profesoras en su hogar se encontró que el 34.61% realiza solo quehaceres domésticos, el 15.38% -

quehaceres domésticos y cuidado de hijos, el 11.53% quehaceres domésticos, actividades recreativas y del trabajo, el 11.53% quehaceres domésticos, actividades de trabajo y cuidado de hijos, el 7.69%, solo actividades recreativas, el 7.69% cuidado de hijos, el 3.84% actividades del trabajo y el 7.69% todas las anteriores. Por otra parte se encontró que el 57.69% dedica 1 hora diaria a su arreglo personal, el 38.46% menos de 1 hora y el 3.84%, 3 horas.

En lo concerniente al consumo de alimentos, el 46.15% consume sus tres comidas (desayuno, comida y cena) en su casa el 42.30% solo 2 de estas y el 11.53% una. Sin embargo solo el 30.76% llevan una dieta balanceada en sus 3 alimentos; reportando además que el 46.15% como entre comidas frecuentemente y el 30.76% siempre, y consumen antojitos el 42.30%, productos industrializados el 30.46%, el 11.53% frutas y el 7.69% restante té o café.

En lo referente a las horas que regularmente duermen por la noche, se encontró que el 57.69% duerme de 7 a 8 horas, el 34.61% de 5 a 6 horas y el 7.59% más de 8 horas. Encontrando, que el 61.63% se siente descansa con lo que duerme. Por lo que se observa que el 38.36% no duerme las horas necesarias para su descanso.

En lo que respecta a la práctica de actividades físicas, el 65.38% no la realiza y el 34.61% que la realiza no lo hace con la frecuencia necesaria, ya que el 55.55% lo practica los fines de semana y solo el 22.22% diario; las actividades recreativas que realizan las profesoras con sus familiares son: paseos el 29.09%, sociales (fiestas, reuniones, etc.) el 23.63%, culturales (cine, visitas a museos, etc.) el 23.63%, viajes el 12.72% y actividades físico-deportivas el 10.99%. Dichas actividades las realizan con una frecuencia de: fines de semana el 73.07%, mensualmente el 15.38% y quincenalmente el 11.53%.

Estos porcentajes muestran que las actividades recreativas familiares se dan en los días de descanso, no así en los días laborales.

4. Salud.

En esta área se encontró que las profesoras solo acuden al médico cuando sientan algún malestar (90.30%) y visitan con mayor frecuencia al médico general (33.76%), al odontólogo (25.23%) al ginecólogo (16.92%) y al otorrinolaringó-

logo (13.76%) y solo el 3.07% acude al psicólogo.

Por otra parte, las enfermedades que han padecido las docentes y presentan mayor incidencia son: gripe (88.46%), problemas dentales (73.07%) y laringitis (46.15%), observando que en este punto el 42.30% ha padecido hasta 5 enfermedades y el 30.76% tres enfermedades, y el porcentaje restante se distribuyó de dos a quince enfermedades.

Así mismo las enfermedades que han padecido a partir de su ingreso al trabajo docente y reportan mayor incidencia son gripe (73.07%), amigdalitis (57.69%) y laringitis (46.15%), observando que el 23.07% ha padecido tres enfermedades, el 19.23% dos, y el 15.38%, cuatro enfermedades, el porcentaje restante se distribuyó de una a catorce enfermedades.

Las enfermedades que reportaron haber padecido durante el año en que se aplicó el cuestionario son: gripe (73.07%), laringitis (53.84%) y fatiga (46.15%) observando que el 26.92% reportó haber padecido cuatro enfermedades, el 15.38% ^{dos y el 11.53% tres} enfermedades mismo porcentaje que se encontró con 5 y 6 enfermedades, y el restante se distribuyó entre 1 y 12 enfermedades. Y las enfermedades que padecían durante el momento de la aplicación del cuestionario y cuya incidencia es mayor: es stress (53.84%), problemas dentales (46.15%), gripe (38.46%), gastritis (38.46%) y depresión (38.46%), observando que el 26.92% reportaron tener 3 enfermedades, el 23.07% cuatro y el 15.38% cinco enfermedades, distribuyéndose el porcentaje restante entre 1 y 14 enfermedades.

De los resultados anteriores se observa que la gripe aparece constante en las diferentes situaciones, al igual que la laringitis a excepción de la última instancia, a pesar de que el 80.76% reportó no fumar.

No obstante que el 80.76% reportó acudir al médico ante los problemas de salud, el número de padecimientos no decrece como debería de esperarse.

Así mismo se observa que los problemas dentales aún cuando no se presentan en todas las instancias es un problema que persistió hasta el momento de la aplicación.

Cabe señalar también la presencia del stress, depresión y gastritis en el momento de aplicar el cuestionario, no con la frecuencia esperada, ya que des -

pués de la aplicación del cuestionario, las profesoras manifestaron casi en su totalidad tener diversos problemas conductuales y el agrado de nuestra intervención, para detectar los riesgos a que se ven expuestas.

4. Condiciones de la vivienda.

Para esta área se consideró el salario y las condiciones de la vivienda, encontrando en este último que: la colonia donde residen cuenta con todos los servicios públicos el 57.69%, carece de uno de los servicios el 15.38%, de dos el 7.69%, de tres el 7.69%, de cuatro el 7.69% y de seis el 3.84%.

Como se puede observar, solo un porcentaje minoritario de la población su colonia no cuenta con todos los servicios.

En lo referente a si la vivienda es propia o de alquiler, el 73.07% reportó ser propia y el 26.92% lo contrario. Así mismo manifestaron contar con los inmuebles indispensables (baño completo, cocina, comedor, sala y recámara) el 53.84%, además de contar con lo indispensable contaban con estudio o biblioteca, jardín y medio baño el 34.61% y con menos de lo indispensable el 11.53%. Reportando además contar con los siguientes aparatos: automóvil el 73.07%, teléfono el 73.07%, televisión el 96.15%, máquina de escribir el 84.61%, máquina de coser el 61.53%, estéreo el 73.07%, grabadora el 61.53%, videocasete el 7.69%.

Los datos aquí reportados muestran un nivel socioeconómico, casi homogéneo ya que más del 70.00% cuenta con casa propia y con los inmuebles necesarios, así como aparatos de comunicación, recreación y transporte.

Para ver la relación entre las variables, se utilizó el estadístico χ^2 y C de Pearson, los resultados se analizaron en función de las relaciones siguientes: datos generales (personales)-salud, condiciones de trabajo-salud, estilos de vida-salud y condiciones de la vivienda-salud; para ello se plantearon las hipótesis siguientes:

1. H_0 ; el número de enfermedades que han padecido durante este año de trabajo, es independiente de la edad de las profesoras.

H_1 ; el número de enfermedades que han padecido durante este año de trabajo, es dependiente de la edad de las profesoras.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 16.64$$

$$\chi^2_{.95} = 15.5$$

$$C = 0.63$$

Correlación media alta

Por lo tanto, se realiza H_0 ; es decir, el número de enfermedades que han padecido durante este año de trabajo es dependiente de su edad.

Observando, que de 8 Ss que tienen una edad entre 39 - 48 años, 2 tienen de 5 - 8 enfermedades, al igual que 1 S que tiene de 19 - 28 años y el de mayor edad, presenta 12 enfermedades (ver tabla 1).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (1)

		EDAD (AÑOS)					T
		19-28	29-38	39-48	49-58	59-68	
No. de enfermedades.	1-4	4	4	6	2	-	16
	5-8	1	5	2	-	-	8
	9-12	-	1	-	-	1	2
Total		5	10	8	2	1	26

2. H_0 ; el número de enfermedades que padecen actualmente, es independiente de la edad de las profesoras.

H_1 ; el número de enfermedades que padecen actualmente, es dependiente de la edad de las profesoras.

Encontramos que:

$$\chi^2 = 17.9$$

$$\chi^2_{.95} = 15.5$$

$$C = 0.63$$

Correlación media alta

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el número de enfermedades que padecen actualmente es independiente de su edad.

Observando, que de 10 Ss que tienen una edad entre 29-38 años; 3 Ss, tienen de 5-8 enfermedades, al igual que 3 Ss, que tienen una edad de 39-48 años -- (ver tabla 2).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (2)

		EDAD (AÑOS)					T
		19-28	29-38	39-48	49-58	59-68	
No. de enfermedades	1-4	4	7	5	2	-	18
	5-8	-	3	3	-	-	6
	9-12	-	-	-	-	-	-
	13-16	1	-	-	-	1	2
Total		5	10	8	2	1	26

3. H_0 ; el número de enfermedades que han padecido a partir del ingreso al trabajo docente, es independiente de la edad de las profesoras.

H_1 ; el número de enfermedades que han padecido a partir del ingreso al trabajo docente, es dependiente de la edad de las profesoras.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 32.5$$

$$\chi^2_{.95} = 21.0$$

$$C = 0.74$$

Correlación media alta

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el número de enfermedades que han padecido, a partir de su ingreso al trabajo docente es dependiente de su edad.

Observando, que de 5 Ss que tiene una edad entre 19-28 años, todos presentaron de 1-4 enfermedades y el sujeto de mayor edad (68 años) presentó más enfermedades (ver tabla 3).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (3)

		EDAD (AÑOS)					T
		19-28	29-38	39-48	49-58	59-68	
No. de enfermedades **	1-4	5	4	6	1	-	16
	5-8	-	5	2	1	-	8
	9-12	-	1	-	-	-	1
	13-16	-	-	-	-	1	1
Total		5	10	8	2	1	26

** Número de enfermedades que han padecido a partir de su ingreso al trabajo docente.

4. H_0 ; el número de enfermedades que han padecido durante este año de trabajo, es independiente del estado civil de las profesoras.

H_1 ; el número de enfermedades que han padecido durante este año de trabajo, es dependiente del estado civil de las profesoras.

Encontrando que:

$$\begin{aligned}\chi^2 &= 11.96 \\ \chi^2_{.95} &= 15.5 \\ C &= 0.56 \quad \text{Correlación media alta}\end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el número de enfermedades que han padecido durante este año de trabajo, es independiente del estado civil de las profesoras.

Observando, que de las 16 Ss que son casadas, 8 tienen de 1-4 enfermedades, al igual que las 6 Ss solteras, la de unión libre y la viuda (ver tabla 4).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (4)

		ESTADO CIVIL *					T
		1	2	3	4	5	
No. de enfermedades **	1-4	6	8	1	-	1	16
	5-8	-	7	-	1	-	8
	9-12	-	1	-	1	-	2
Total		6	16	1	2	1	26

* Estado Civil

1. Soltera
2. Casada
3. Unión Libre
4. Divorciada
5. Viuda

** Número de enfermedades que han padecido, durante este año de trabajo.

5. H_0 ; el número de enfermedades que padecen actualmente, es independiente del estado civil de las docentes.

H_1 ; el número de enfermedades que padecen actualmente, es dependiente del estado civil de las docentes.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 10.14 \\ \chi^2_{.95} &= 21.0 \\ C &= 0.52 \quad \text{Correlación media} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el número de enfermedades que padecen, es independiente del estado civil de las docentes.

Observando, que de las 16 Ss que son casadas, 10 de ellas tienen de 1-4 enfermedades, al igual que 5 solteras, la de unión libre y la viuda (ver tabla 5).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (5)

		ESTADO CIVIL *					T
		1	2	3	4	5	
No. de enfermedades **	1-4	5	10	1	1	1	18
	5-8	-	6	-	-	-	6
	9-12	-	-	-	-	-	-
	13-16	1	-	-	1	-	2
Total		6	16	1	2	1	26

* Estado Civil

1. Soltera
2. Casada
3. Unión Libre
4. Divorciada
5. Viuda

** Número de enfermedades que padecen tualmente.

6. H_0 ; el acudir al médico ante problemas de salud, es independiente del nivel de estudios.

H_1 ; el acudir al médico ante problemas de salud, es dependiente del nivel de estudios.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 17.94 \\ \chi^2_{.95} &= 9.49 \\ C &= 0.94 \quad \text{Correlación alta} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el acudir al médico ante problemas de salud, depende de tener un mayor nivel de estudios.

Observando, que de 19 Ss que tienen nivel superior, 16 acuden al médico ante problemas de salud, en tanto que de 3 Ss cuyo nivel es inferior a este (secundaria) solo 2 acuden al médico (ver tabla 6).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (6)

		GRADO DE ESTUDIOS *			
		1	2	3	T
Ante enfermedades **	1	2	3	16	21
	2	-	1	-	1
	3	1	-	3	4
Total		3	4	19	26

* Grado de Estudios

1. Secundaria
2. Normal/Preparatoria
3. Normal Superior/Licenciatura

** Ante enfermedades:

1. Acude al médico
2. Toma medicamentos sin prescripción médica.
3. Toma remedios case-ros

7. H_0 ; el tiempo que emplea para trasladarse de su casa a su trabajo y viceversa es independiente al medio de transporte que usa.

H_1 ; el tiempo que emplea para trasladarse de su casa a su trabajo y viceversa es dependiente al medio de transporte que usa.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 51.06$$

$$\chi^2_{.95} = 31.4$$

$$c = 0.81$$

Correlación alta

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el tiempo que emplea para trasladarse de su casa a su trabajo y viceversa es dependiente al medio de transporte que usa.

Observando, que los sujetos que utilizan más de dos medios de transporte hacen más tiempo para ir de su casa a su trabajo y viceversa. Mientras que los sujetos que solo utilizan uno hacen menos tiempo (ver tabla 7).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (7)

		MEDIOS DE TRANSPORTE *					T
		1	2	3	4	5	
Tpo. de traslado en minutos.	- de 30	7	3	2	-	-	12
	30-59	3	-	1	-	-	4
	60-89	-	-	2	-	-	2
	90 o más	3	-	-	2	3	8
Total		13	3	5	2	3	26

* Medio de transporte:

1. Auto propio
2. Pié
3. Pié y camión
4. Pié, camión y metro
5. Pié, camión y pesero

8. H_0 ; el conversar de aspectos laborales, familiares y personales con los compañeros de trabajo, es independiente del tipo de relaciones interpersonales que lleve con ellos.

H_1 ; el conversar de aspectos laborales, familiares y personales con los compañeros de trabajo, es dependiente del tipo de relaciones interpersonales que lleve con ellos.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 5.64$$

$$\chi^2_{.95} = 12.6$$

$$C = 0.42$$

Correlación media baja

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el tema de conversación (aspectos laborales, familiares y personales) entre los compañeros de trabajo, nada tienen que ver con el tipo de relación que lleven.

Observando, que de 20 sujetos que reportaron llevar una relación interpersonal cordial, 11 de ellos conversan de aspectos laborales, 5 de aspectos familiares y/o personales y 4 de ambos. Por otra parte 3 sujetos reportaron llevar una relación por compromiso y conversan de aspectos laborales (ver tabla 8).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (8)

		TIPO DE RELACION CON SUS COMPAÑEROS *				T
		1	2	3	4	
Aspectos de con- versación	1	1	11	-	3	15
	2	-	5	1	-	6
	3	-	4	1	-	5
Total		1	20	2	3	26

* Tipo de relación con sus
compañeros:

1. Buena
2. Cordial
3. Muy buena
4. Por compromiso

** Aspectos de conversación

1. Trabajo
2. Familiares y/o personales
3. Trabajo, familiares -
y/o personales

9. H_0 : recibir incentivos, es independiente de llevar buenas relaciones con las autoridades.

H_1 : recibir incentivos, es dependiente de llevar buenas relaciones con las -
autoridades.

Encontrando que:

$$\begin{aligned}\chi^2 &= 15.86 \\ \chi^2_{.95} &= 7.81 \\ C &= 0.61\end{aligned}$$

Correlación media alta

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el recibir incentivos depende de llevar buenas relaciones con las autoridades.

Observando, que de 8 sujetos que reportaron llevar una relación cordial 6 reciben incentivos y 2 no. En tanto que 8 sujetos que reportaron llevar relaciones por compromiso y 7 malas no reciben incentivos (ver tabla 9).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (9)

		TIPO DE RELACIONES CON AUTORIDADES *				T
		1	2	3	4	
Recibe incentivos.	Si	1	6	-	-	7
	No	2	2	7	8	19
Total		3	8	7	8	26

* Tipo de relaciones con
autoridades.

1. Indispensables
2. Cordiales
3. Malas
4. Por compromiso

10. H_0 ; el tipo de actividad que desarrolla en la escuela, es independiente a la asignación de otras tareas impuestas por las autoridades de la escuela.

H_1 ; el tipo de actividades que desarrolla en la escuela, es dependiente a la asignación de otras tareas impuestas por las autoridades de la escuela.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 11.05 \\ \chi^2_{.95} &= 3.84 \\ C &= 0.54 \quad \text{Correlación media} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el tipo de actividad que desarrolla en la escuela es dependiente a la asignación de otras tareas impuestas por las autoridades de la escuela.

Observando, que de 19 sujetos que realizan actividades académicas 16 realizan otras tareas y 3 no (ver tabla 10).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (10)

		TIPO DE ACTIVIDAD *		
		1	2	T
Realiza otras tareas	Si	16	1	17
	No	3	6	9
Total		19	7	26

* Tipo de actividad:

1. Académica
2. Adiestramiento

11. H_0 ; el número de horas adscritas en la escuela, es independiente a la asignación de otras tareas impuestas por las autoridades de la escuela.

H_1 ; el número de horas adscritas en la escuela, es dependiente a la asignación de otras tareas impuestas por las autoridades de la escuela.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 6.74 \\ \chi^2_{.95} &= 12.6 \\ C &= 0.45 \quad \text{Correlación media alta} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el número de horas adscritas en la escuela es independiente a la asignación de otras tareas impuestas por las autoridades de la escuela.

Observando, que de 17 sujetos que realizan otra tarea 6 de ellos su número de horas esta entre 15-21 y 6 entre 29-35 y el resto de los sujetos varía. Lo cual reafirma el resultado de la hipótesis anterior (10) (ver tabla 11).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (11)

		NUMERO TOTAL DE HORAS POR SEMANA *						T
		1	2	3	4	5	6	
Realiza otras tareas	Si	0	1	6	1	6	3	17
	No	1	1	6	0	1	0	9
Total		1	2	12	1	7	3	26

* Número total de horas por semana:

1. 1-7
2. 8-14
3. 15-21
4. 22-28
5. 29-35
6. 36-42

12. H_0 ; el padecer dermatitis, es independiente del tiempo que hace uso del gis en cada clase.

H_1 ; el padecer dermatitis, es dependiente del tiempo que hace uso del gis en cada clase.

Encontrando que:

$$\begin{aligned}\chi^2 &= 2.02 \\ \chi^2_{.95} &= 7.81 \\ C &= 0.26 \quad \text{Correlación media baja}\end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el padecer dermatitis, es independiente del tiempo que las docentes usan el gis en cada clase.

Observando, que de 26 Ss, solo 3 han padecido dicha enfermedad y el uso del gis a variado (ver tabla 12).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (12)

		TPO. EN MINUTOS DEL USO DEL GIS *				T
		1	2	3	4	
Padece dermatitis.	Si	1	1	1	0	3
	No	8	11	3	1	23
Total		9	12	4	1	26

* Tiempo promedio en minutos del uso de gis en cada clase.

- 1. - de 17'
- 2. 18' a 25'
- 3. 26' a 42'
- 4. 43' a 50'

13. H_0 ; el padecer laringitis, es independiente al tiempo que hace uso del gis en cada clase.

H_1 ; el padecer laringitis, es dependiente al tiempo que hace uso del gis en cada clase.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 0.23$$

$$\chi^2_{.95} = 7.81$$

$$C = 0.09$$

Correlación baja

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el padecer laringitis es independiente del tiempo que las docentes hacen uso del gis.

Observando, que los 15 sujetos que padecen laringitis hacen uso del gis en periodos de tiempo variados (ver tabla 13).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (13)

		TPO. EN MINUTOS DEL USO DEL GIS *				T
		1	2	3	4	
Padece laringitis	Si	4	8	2	1	15
	No	5	4	2	0	11
Total		9	12	4	1	26

* Tiempo promedio en minutos del uso de gis en cada clase.

- 1. - de 17'
- 2. 18' a 25'
- 3. 26' a 42'
- 4. 43' a 50'

71

14. H_0 ; el que la profesora borre el pizarrón, es independiente de padecer laringitis.

H_1 ; el que la profesora borre el pizarrón, es dependiente de padecer laringitis.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 7.48 \\ \chi^2_{.95} &= 3.84 \\ C &= 0.47 \quad \text{Correlación media} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; el padecer laringitis depende de que las docentes borren el pizarrón.

Observando, que de 16 sujetos que borran el pizarrón 12 padecen laringitis, - en tanto que 8 sujetos que no borran el pizarrón, 2 padecen laringitis (ver - tabla 14).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (14)

		BORRA EL PIZARRÓN *		
		1	2	T
Padece laringitis	Si	2	12	14
	No	8	4	12
Total		10	16	26

* Borra el pizarrón:

1. Diferentes alumnos
2. Profesora

15. H_0 ; el tener o no otro empleo, es independiente de padecer fatiga.

H_1 ; el tener o no otro empleo, es dependiente de padecer fatiga.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 4.05 \\ \chi^2_{.95} &= 3.84 \\ C &= 0.36 \quad \text{Correlación media baja} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, la fatiga que presentan las docentes, depende de que además de trabajar en esta escuela, lo hagan en otro lugar.

Observando, que de 7 Ss que trabajan además en otro lugar, 6 padecen fatiga (ver tabla 15).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (15)

		TIENE OTRO EMPLEO *		
		1	2	T
Padece fatiga	Si	6	8	14
	No	1	11	12
Total		7	19	26

* Tiene otro empleo:

1. Si
2. No

16. H_0 ; el tipo de enfermedad que se padezca a partir del ingreso al trabajo docente, es independiente a su antigüedad en esta área.

H_1 ; el tipo de enfermedad que se padezca a partir del ingreso al trabajo docente, es dependiente a la antigüedad en esta área.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 3.97$$

$$\chi^2_{.95} = 11.1$$

$$C = 0.36$$

Correlación media baja

Por lo tanto, se acepta H_0 ; la antigüedad de las profesoras en la docencia, es independiente al tipo de enfermedades que han padecido al ingresar a este trabajo.

Observando, que los 16 sujetos que padecen enfermedades biológicas y psicológicas, su antigüedad en la docencia es variada (ver tabla 16).

73

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (16)

		ANTIGÜEDAD EN LA DOCENCIA (AÑOS)						T
		0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	
Tipo de enfermedad	1	4	-	3	2	1	-	10
	2	3	2	6	2	1	2	16
Total		7	2	9	4	2	2	26

* Tipo de enfermedad:

1. Biológica
2. Biológica y Psicológica

17. H_0 : el llevar una dieta balanceada (consumir alimentos de los 4 grupos básicos: proteínas, vitaminas y minerales, grasas y carbohidratos) en el desayuno, es independiente de hacerlo en casa.

H_1 : el llevar una dieta balanceada (consumir alimentos de los 4 grupos básicos: proteínas, vitaminas y minerales, grasas y carbohidratos) en el desayuno, es dependiente de hacerlo en casa.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 7.46$$

$$\chi^2_{.95} = 3.84$$

$$C = 0.47$$

Correlación media baja

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el consumir productos de los cuatro -- grupos básicos de la alimentación en el desayuno es dependiente de hacerlo - en casa.

Observando, que de 10 sujetos que consumen alimentos de los cuatro grupos básicos, nueve desayunan en casa (ver tabla 17).

TABLA DE CONTINGENCIA: χ^2 (17)

		DIETA BALANCEADA		
		SI	No	T
Desayuna en: **	1	9	11	20
	2	1	5	6
Total		10	16	26

** Desayuna en:

1. Casa
2. Fuera de casa

18. Ho; el llevar una dieta balanceada (consumir alimentos de los 4 grupos básicos: proteínas, vitaminas y minerales, grasas y carbohidratos) en la comida, es independiente de hacerla en casa.

Hi; el llevar una dieta balanceada (consumir alimentos de los 4 grupos básicos: proteínas, vitaminas y minerales, grasas y carbohidratos) en la comida, es dependiente de hacerla en casa.

Encontramos que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 2.15 \\ \chi^2_{.95} &= 3.84 \\ C &= 0.45 \quad \text{Correlación media baja} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta Ho; es decir, el consumir productos de los cuatro -- grupos básicos de la alimentación en la comida, es independiente de hacerla en casa.

Observando, que de 19 sujetos que llevan una dieta balanceada en la comida, 14 lo hacen en su casa (ver tabla 18).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (18)

		DIETA BALANCEADA		
		Si	No	T
Come en:**	1	14	3	17
	2	5	4	9
Total		19	7	26

** Come en:

1. Casa
2. Fuera de casa

19. Ho; el llevar una dieta balanceada (consumir alimentos de los 4 grupos básicos: proteínas, vitaminas y minerales, grasas y carbohidratos) en la cena, es independiente de hacerla en casa.

Hi; el llevar una dieta balanceada (consumir alimentos de los 4 grupos básicos: proteínas, vitaminas y minerales, grasas y carbohidratos) en la cena, es dependiente de hacerla en casa.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 1.7 \\ \chi^2_{.95} &= 3.84 \\ C &= 0.25 \quad \text{Correlación media} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el consumir productos de los cuatro grupos básicos de la alimentación en la cena, es independiente de hacerlo en casa.

Observando, que de 23 sujetos que cenan en su casa, 11 consumen alimentos de los cuatro grupos básicos (ver tabla 19).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (19)

		DIETA BALANCEADA		
		Si	No	T
Cena en: **	1	11	12	23
	2	-	2	2
Total		11	14	25

** Cena en:

1. Casa
2. Fuera de casa

20. H_0 ; el llevar una dieta balanceada (consumir productos de los 4 grupos básicos de la alimentación), es independiente de hacer las tres comidas en casa.

H_1 ; el llevar una dieta balanceada (consumir productos de los 4 grupos básicos de la alimentación), es dependiente de hacer las tres comidas en casa.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 8.29 \\ \chi^2_{.95} &= 5.99 \\ C &= 0.48 \quad \text{Correlación media} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir al llevar una dieta balanceada es dependiente de hacerla en casa.

Observando, que de 22 Ss que llevan una dieta balanceada 12 hacen las tres comidas en su casa y 9 solo dos comidas, en tanto que de 3 sujetos que solo hacen una comida en casa, 2 de ellos no llevan una dieta balanceada (ver tabla 20).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (20)

		NO. COMIDAS HECHAS EN CASA			
		1	2	3	T
Dieta balanceada.	Si	1	9	12	22
	No	2	2	-	4
Total		3	11	12	26

21. Ho; el padecer enfermedades gastrointestinales durante este año de trabajo, - es independiente al tipo de alimentos que consume entre comidas.

Hi; el padecer enfermedades gastrointestinales durante este año de trabajo, - es dependiente al tipo de alimentos que consume entre comidas.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 36.08 \\ \chi^2_{.95} &= 9.49 \\ C &= 0.76 \end{aligned} \quad \text{Correlación alta}$$

Por lo tanto, se rechaza Ho; es decir, el padecer enfermedades gastrointestinales durante el año depende del tipo de alimentos que consume entre comidas.

Observando, que de 18 sujetos que reportaron padecer enfermedades gastrointestinales, 6 de ellos consumen antojitos, 9 productos industrializados, 2 frutas y uno té o café (ver tabla 21).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (21)

		TIPO ALIMENTO QUE CONSUME ENTRE COMIDAS *				
		1	2	3	4	T
Padece enfermedad gastrointestinales (este año).	Si	6	9	2	1	18
	No	4	1	2	1	8
Total		10	10	4	2	26

* Tipo de alimentos que consume entre comidas:

1. Antojitos
2. Productor industrializados
3. Frutas
4. Café o té

22. H_0 ; el padecer actualmente enfermedades gastrointestinales, es independiente al tipo de alimentos que se consumen entre comidas.

H_1 ; el padecer actualmente enfermedades gastrointestinales es dependiente al tipo de alimentos que se consumen entre comidas.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 13.24 \\ \chi^2_{.95} &= 7.81 \\ c &= 0.58 \quad \text{Correlación media alta} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el padecer enfermedades gastrointestinales depende del tipo de alimentos que consume entre comidas.

Observando, que de 18 sujetos que reportaron padecer actualmente enfermedad - des gastrointestinales 8 de ellos consumen antojitos, 9 productos industrializados y 1 frutas (ver tabla 22).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (22)

		TIPO ALIMENTOS QUE CONSUME ENTRE COMIDAS *				T
		1	2	3	4	
Padece - enfermedad gastrointestinales.	Si	9	9	2	-	20
	No	2	1	1	2	6
Total		11	10	3	2	26

* Tipo de alimentos que consume entre comidas:

1. Antojitos
2. Productos industrializados
3. Frutas
4. Café o té

23. H_0 ; el dedicar más tiempo al cuidado del hogar, es independiente de padecer fatiga.

H_1 ; el dedicar más tiempo al cuidado del hogar, es dependiente de padecer fatiga.

Encontrando que:

$$\begin{aligned}x^2 &= 7.05 \\x^2_{.95} &= 5.99 \\C &= 0.46 \quad \text{Correlación media}\end{aligned}$$

Por lo tanto, se rechaza H_0 ; es decir, el padecer fatiga depende de dedicar más horas al cuidado del hogar.

Observando, que de 8 sujetos que dedican de 6 a 8 horas al cuidado del hogar 7 de ellos reportaron padecer fatiga, mientras que 12 de los sujetos que dedican de 4 a 5 horas, 6 reportaron padecer fatiga; en tanto que los que dedican de 1 a 3 horas (6 Ss) solo uno reportó padecerla (ver tabla 23).

TABLA DE CONTINGENCIAS x^2 (23)

		TPO.DEDICA AL DIA AL CUIDADO DEL HOGAR *			
		1	2	3	T
Padece fatiga	SI	1	6	7	14
	No	5	6	1	12
Total		6	12	8	26

* Tiempo que dedica al día al cuidado del hogar.

1. 1 a 3 hrs.
2. 4 a 5 hrs.
3. 6 a 8 hrs.

24. H_0 ; el fumar, es independiente de padecer laringitis durante este año de trabajo.

H_1 ; el fumar, es dependiente de padecer laringitis durante este año de trabajo.

Encontrando que:

$$\begin{aligned}x^2 &= 0.13 \\x^2_{.95} &= 3.84 \\C &= 0.07 \quad \text{Correlación baja}\end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el padecer laringitis durante este año es independiente de fumar.

Observando, que de 5 sujetos que fuman solo 3 de ellos padecen laringitis, mientras que de los 21 sujetos que no fuman 11 padecen de dicha enfermedad (ver tabla 24).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (24)

1000642

		FUMA		
		Si	No.	T
Ha padecido laringitis **	Si	3	11	14
	No	2	10	12
Total		5	21	26

** Ha padecido laringitis (durante este año)

25. H_0 ; el sentir fatiga, es independiente del número de horas que regularmente duerme por la noche.

H_1 ; el sentir fatiga, es dependiente del número de horas que regularmente duerme por la noche.

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 4.42 \\ \chi^2_{.95} &= 5.99 \\ c &= 0.38 \quad \text{Correlación media baja} \end{aligned}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el sentir fatiga es independiente del número de horas que regularmente duerme por la noche.

Observando, que de 9 sujetos que regularmente duermen de 5 a 6 horas, 7 reportaron no padecer fatiga y de 15 sujetos que reportaron dormir de 7 a 8 horas, 10 padecen fatiga (ver tabla 25).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (25)

		HRS. QUE DUERME POR LA NOCHE			T
		5-6	7-8	+ de 8	
Siente fatiga	Si	2	10	1	13
	No	7	5	1	13
Total		9	15	2	26



26. H_0 ; el número de horas que regularmente duerme por la noche, es independiente de sentirse descansada para reanudar las actividades cotidianas.

H_1 ; el número de horas que regularmente duerme por la noche, es dependiente de sentirse descansada para reanudar las actividades cotidianas.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 2.52$$

$$\chi^2_{.95} = 5.99$$

$$c = 0.19$$

Correlación baja

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el número de horas que regularmente duermen las docentes, es independiente de sentir o no descanso para reanudar sus labores.

Observando, que 2 Ss que duermen regularmente más de 8 hrs., siente descanso, y otro no (ver tabla 26).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (26)

		HORAS QUE DUERME POR LA NOCHE			T
		5-6	7-8	+ de 8	
Siente descanso **	Si	3	10	1	14
	No	6	5	1	12
Total		9	15	2	26

** Siente descanso para reanudar sus labores.

27. Cabe mencionar que en lo referente a la práctica de actividad física, no es posible analizar los datos con la χ^2 , ya que solo manifestaron 9 sujetos realizar dicha actividad, reportando 5 sujetos, hacerla los fines de semana, 2, de 3 a 5 veces por semana y 2 diario.

Como se puede observar el 65.38% no realiza actividad física alguna, no obstante que se considere necesaria para preservar la salud.

28. H_0 ; el contar con servicios públicos (agua, potable, drenaje, pavimentación, - mercados y tiendas de autoservicio) en su colonia, es independiente de padecer problemas gastrointestinales.

H_1 ; el contar con servicios públicos (agua potable, drenaje, pavimentación, - mercados y tiendas de autoservicio) en su colonia, es dependiente de padecer problemas gastrointestinales.

Encontrando que:

$$\chi^2 = 2.21$$

$$\chi^2_{.95} = 7.81$$

$$c = 0.27 \quad \text{Correlación media baja}$$

Por lo tanto, se acepta H_0 ; es decir, el contar en la colonia con servicios públicos (agua potable, drenaje, pavimentación, mercados y tiendas de autoservicio), es independiente de padecer problemas gastrointestinales.

Observando, que de 20 sujetos que cuentan con todos los servicios 13 padecen algún problema gastrointestinal y de los 6 Ss restantes que cuentan con 2 6 3 de los servicios, 5 padecen algún problema gastrointestinal (ver tabla 28).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (28)

		SERVICIOS PUBLICOS DE LA COLONIA *				T
		1	2	3	4	
Problemas Gastrointestinales.	Si	3	1	1	13	18
	No	-	1	-	7	8
Total		3	2	1	20	26

* Servicios públicos de la colonia de las docentes:

1. Agua potable y drenaje.
2. Agua potable, drenaje y pavimentación.
3. Agua potable, drenaje, mercados y/o tiendas de autoservicio.
4. Todos los servicios

29. H_0 : las condiciones de la vivienda en cuanto a temperatura, luminosidad, ventilación y entrada de polvo, son independientes a padecer problemas en vías respiratorias durante este año,

H_1 : las condiciones de la vivienda en cuanto a temperatura, luminosidad, ventilación y entrada de polvo, son dependientes a padecer problemas en vías respiratorias durante este año,

Encontrando que:

$$\begin{aligned} \chi^2 &= 2.91 \\ \chi^2_{.95} &= 11.1 \\ C &= 0.31 \quad \text{Correlación media baja} \end{aligned}$$

Por lo tanto se acepta H_0 ; es decir, las condiciones de la vivienda en cuanto a temperatura, luminosidad, ventilación y entrada de polvo, son independientes a padecer problemas en las vías respiratorias,

Observando, que los 23 Ss que han padecido problemas en vías respiratorias, - las condiciones de sus viviendas con variadas, al igual que las de los otros 3 que no han padecido dicho problema (ver tabla 29).

TABLA DE CONTINGENCIAS χ^2 (29)

		CONDICIONES DE LA VIVIENDA *						T
		1	2	3	4	5	6	
Problemas en vías respiratorias	SI	9	7	3	1	2	1	23
	No	1	1	-	-	1	-	3
Total		10	8	3	1	3	1	26

* Condiciones de la vivienda:

1. Ventilada
2. Fría y ventilada
3. Caliente y ventilada.
4. Oscura y ventilada
5. Fría, húmeda y ventilada
6. Oscura, polvosa, - fría, húmeda y ventilada

Cuadro No.1

NUMERO DE HORAS SEMANAL, SALARIO MENSUAL Y
PORCENTAJE DE DOCENTES

No. de Horas	Salario	Ss	%
4	9,000.00	1	3.84
9	20,000.00	1	3.84
14	42,000.00	1	3.84
16	40,825.00	2	7.69
18	23,896.00 a 49,600.00	8	30.76
21	44,000.00	1	3.84
24	65,000.00	2	7.69
30	50,540.00 a 68,000.00	2	7.69
31	70,000.00	1	3.84
32	72,000.00 a 80,000.00	2	7.69
33	74,000.00	1	3.84
35	54,000.00 a 74,000.00	2	7.69
42	100,000.00 a 104,000.00	2	7.69

CONCLUSION.

Como se señaló a lo largo del presente trabajo, uno de los principales problemas que enfrenta la mujer, en el deterioro de su salud, son los factores de riesgos laborales. Situación que en el área de servicios se agudiza, por considerar que las tareas que se realizan son inherentes a su sexo y por tanto los riesgos laborales no son considerados, ni siquiera a manera de estudio, como lo afirma Kernoff (op. cit.), prueba de ello lo constituye el área docente, en donde el Instituto de Servicios de Seguridad Social (ISSSTE) y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación, carecen de estudios e información que señalen las enfermedades profesionales en esta área, así como sus factores de riesgo, no obstante que el 57% de los profesionales son mujeres.

Es por ello que en el presente trabajo se trató detectar y evaluar los factores de riesgo, que deterioran la salud de las docentes, de un centro educativo; concluyendo que:

Para detectar los factores de riesgos laborales, es necesario no solo estudiar cada una de las áreas de producción, si no además, el centro de trabajo en particular, debido a que existen diferencias específicas y como lo señala Rojas (op. cit.) aún dentro de una misma área, existen variaciones entre los centros de trabajo. Los riesgos que afectaron la salud de las docentes fueron:

Los instrumentos de trabajo como son el uso del gis y borrador, mismos que provocaron laringitis; lo cual coincide con lo reportado por la OIT (op. cit.) quien considera dicha enfermedad como profesional. Además de los problemas de audición y visión; sin embargo estas dos últimas no fueron detectadas en este estudio, debido entre otros, a que las enfermedades en estos órganos no son fáciles de detectar, a menos que sean avanzadas, y las docentes solo acuden al médico cuando presentan algún problema de salud, observando también que estas no acuden a los profesionales de dichas especialidades, ya que solo el 13.76% reportó acudir al otorrinolaringólogo y ninguna al oftalmólogo.

Otros factores que influyen en el deterioro de la salud de las docentes, lo constituyeron:

El tipo de actividad que desarrollan ya que si ésta es académica, se les asignan otras funciones, lo que genera una sobre carga de trabajo, con los riesgos inherentes a dichas funciones.

El tener otro empleo ya que el 85.11% que reportó tenerlo, manifestó tener fatiga.

La edad de las docentes, misma que determinó el número de enfermedades que han padecido tanto al ingresar a esta área, como durante el año de aplicación, observando que a mayor edad, mayor es el número de enfermedades.

Las relaciones interpersonales con las autoridades del plantel, ya que afectan directamente a su desarrollo profesional, encontrando que a mejor relación con las autoridades, mayor probabilidad de recibir incentivos.

El trayecto de la casa al centro laboral y viceversa; detectando que a mayor distancia entre estos, mayor el tiempo de traslado. Cabe observar que influyó también el tipo y número de transportes empleados.

Las relaciones que reflejaron no afectar su salud en el área laboral son:

Las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo, ya que se encontró que la conversación no varía según la relación.

El número de horas adscritas, ya que estas son independientes a la asignación de otras funciones. Reafirmando con esto que el tipo de actividad (académica) que desarrollen es lo determinante.

El uso del gis, el cual no influye a padecer dermatitis ya que solo tres profesoras reportaron padecerla, no obstante que este se use regularmente.

Los estilos de vida influyen también en el proceso salud-enfermedad como lo afirman Kernoff, Mosfield, Tecla, Rojas y Laurell (op. cit.), por lo que en esta categoría se concluye que:

El tomar los alimentos en casa, propicia que las docentes lleven una dieta balanceada, sin embargo, el consumir productos industrializados entre comidas, les provoca problemas gastrointestinales.

Las profesoras no tienen hábitos motrices, es decir no realizan actividades físicas o bien lo hacen con una frecuencia inadecuada.

El sentir fatiga, no depende del número de horas que diariamente duermen, sino del tiempo que dedican diario al cuidado y mantenimiento del hogar, observando que a mayor tiempo que se le dedica a estas actividades, mayor probabilidad de sentir fatiga.

El padecer laringitis no depende de que las profesoras fumen, sino del manejo de los instrumentos de trabajo (gis y borrador).

A mayor grado escolar, mayor es la probabilidad de que las docentes acudan al médico ante problemas de salud.

Cabe observar que se encontró un alto índice de problemas dentales, por lo que se puede inferir que existe, una mala técnica de cepillado, o bien malos hábitos alimenticios y de higiene bucal.

Es importante mencionar que no obstante no haber obtenido a través del cuestionario, índices significativos de problemas como: depresión, stress e irritabilidad, como ya se mencionó, las docentes manifestaron, casi en su totalidad, a través de la conversación directa padecer dichos problemas.

Por último, en lo que respecta a condiciones de la vivienda, no se encontró dependencia entre los problemas gastrointestinales y los servicios públicos del lugar de residencia; así como tampoco de las condiciones de ésta con problemas en vías respiratorias.

Por lo tanto las condiciones de trabajo, y los estilos de vida, afectan la salud de las profesoras. Lo cual demuestra la necesidad de seguir realizando estudios en estas áreas, con la participación de otros profesionales del área médica y de las ciencias sociales.

De donde la participación del psicólogo, no solo se concreta en el área laboral a capacitar, adiestrar, seleccionar y motivar a las trabajadoras para incrementar la producción, sino además a detectar y evaluar los diferentes factores de riesgo a los que están expuestas, tanto en el ámbito laboral como en los estilos de vida, así como elaborar programas de prevención, tratamiento y rehabilitación individuales y de grupo que propicien una salud integral.

SUGERENCIAS.

De acuerdo con las conclusiones se sugiere:

Realizar estudios de campo, para profundizar la relación existente entre condiciones de trabajo-salud, estilos de vida-salud, condiciones socioeconómicas-salud, - así como las relaciones de: condiciones socioeconómicas-condiciones de trabajo y condiciones socioeconómicas-estilos de vida; lo cual permitirá elaborar programas de intervención para preservar y mantener la salud de las trabajadoras, con la -- participación de diferentes profesionales y de las propias profesoras, lo cual -- permitirá cubrir con mayor probabilidad las necesidades e intereses específicos - de las trabajadoras.

De donde el presente estudio muestra la necesidad de que el psicólogo participe - en las áreas de:

Evaluación y detección de los factores de riesgo que atentan contra la salud (con diciones de trabajo, estilos de vida y condiciones socioeconómicas) de las trabajadoras, así mismo en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención que tiendan a optimizar la salud de las docentes entre las que destacan en el área laboral: manejo adecuado de los instrumentos y medios de trabajo como son: uso del gis, borrador, rotafolio, elaboración y utilización de materiales didácticos, manejo de técnicas para el control de grupo; mejorar las condiciones objetivas de trabajo, propiciando la participación de las docentes en: la organización escolar para aprovechar de manera óptima los recursos físicos, materiales, financieros y humanos; el desarrollo de habilidades sociales en las trabajadoras para mejorar las relaciones interpersonales respecto a: profesora-alumno, profesora-profesores, profesora-autoridades, profesora-personal administrativo, - profesora-sindicato y profesora-padres de familia.

Planeación del diseño de escuelas; mismo que considere, espacio para: la movilidad necesaria entre alumnos y maestro en el aula; descanso y recreación, el mantenimiento y control de materiales didácticos, la consulta y trabajo individual y - de grupo, actividades de educación física y administrativas, además de la iluminación, ventilación y distribución de mobiliario.

En lo referente a los estilos de vida, es necesario ahondar más en lo que respecta a organización personal, debido a que en el estudio se encontró, que no hay -- una distribución equitativa entre el tiempo que dedican a las actividades del cuidado y mantenimiento del hogar y de la familia, las actividades socioculturales, personales y laborales. Además se deben elaborar, aplicar y evaluar, programas - de intervención que tiendan a modificar malos hábitos alimenticios; así como esta blecer y mantener hábitos sanitarios, motrices y de organización personal y fami liar (distribución de tiempo para realizar sus actividades cotidianas, distribu - ción de áreas de trabajo y de recreación, así como del ingreso familiar).

Apendice No. 1

Cd. López Mateos, Noviembre 1985.

A LAS PROFESORAS:

Estamos realizando una investigación, que tiene por objetivo: detectar y evaluar los factores de riesgos laborales que deterioran su salud.

Su escuela fue seleccionada para formar parte de este estudio, por lo que le pedimos su máxima cooperación. En el cuestionario le preguntaremos datos generales, las características y condiciones de su trabajo, su estilo de vida, su salud y las condiciones de vivienda.

Lea cuidadosamente todas las preguntas, contestando cada una con la mayor sinceridad y claridad posible. Todas las respuestas que usted nos dé, serán analizadas de manera anónima y ninguna información individual, se dará a conocer. Los datos, serán confidenciales y únicamente se utilizarán con propósitos de investigación.

Le agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

A T E N T A M E N T E

RESPONSABLES DE LA APLICACION DEL
CUESTIONARIO

1. DATOS GENERALES.

1.1 Edad _____ años.

1.2 Estado civil:

Sol tera _____ Divorciada _____

Casada _____ Viuda _____

Unión Libre _____ Otro _____

1.3 Lugar de nacimiento:

Localidad: _____

Municipio: _____

Estado: _____

1.4 Lugar de residencia actual: _____

1.5 ¿ Desde hace cuánto tiempo reside allí ? _____ años.

1.6 ¿ Con quién vive ? _____

1.7 ¿ Qué medios de transporte empleó durante la última semana para ir y venir de su casa a su trabajo ? (puede señalar más de una opción).

A pie _____ Pesero _____ Metro _____

Camión _____ Auto propio _____ Otros _____

1.8 ¿ Qué estudios tiene ?

Primaria _____ Licenciatura _____

Secundaria _____ Maestría _____

Preparatoria _____ Doctorado _____

Normal _____ Otros _____

Normal Superior _____

2. CONDICIONES DE TRABAJO.

2.1 Dentro de esta institución ¿qué puesto desempeña?

2.2 ¿ Qué tipo de actividad desarrolla ?

Académica _____ Adiestramiento _____

2.3 Su empleo es de:

Base _____ Interinato ilimitado _____ Confianza _____ Otro _____

2.4 ¿Cuál es su antigüedad en este empleo? _____ años.

2.5 Regularmente ¿qué tiempo emplea para llegar de su casa a su trabajo y viceversa?.

Menos de 30 minutos _____ Más de 90 minutos _____

De 30 a 60 minutos _____ Otro _____

De 61 a 90 minutos _____

2.6 Su turno de trabajo en esta institución es:

Matutino _____ Vespertino _____ Otro _____

Especifique _____

2.7 ¿Cuál es su horario de trabajo? _____

2.8 ¿Cuántas horas trabaja a la semana? _____

2.9 ¿Qué otras actividades desarrolla dentro de la institución?

2.10 ¿Tiene horas libres durante su jornada de trabajo? Si _____ No _____

¿En qué las emplea? _____

2.11 ¿Tiene asignadas horas de servicio? Si _____ No _____

¿Cuántas? _____

¿En qué las emplea? _____

2.12 ¿Cuántas horas a la semana trabaja directamente en los grupos? _____

2.13 ¿ Tiene derecho a algún tipo de descanso durante la jornada ?

Si _____

No _____

¿ De qué tiempo dispone? _____

¿ Porqué ? _____

2.14 ¿ Interrumpe su actividad durante la jornada ?

Si _____

No _____

¿ Porqué ? _____

2.15 ¿ Cuál es su salario mensual ? _____

2.16 ¿ Cree usted que su salario es adecuado ? Si _____ No _____

¿ Porqué ? _____

2.17 ¿ Actualmente tiene otro empleo además de este ?

Si _____

No _____

¿ Qué puesto desempeña ? _____

2.18 Hace uso de las prestaciones sociales en los servicios de:

	Si	No
Servicio de Guarderías	_____	_____
Servicio Médico	_____	_____
Tiendas de consumo del ISSSTE	_____	_____
Servicio de actividades Físico-Recreativas	_____	_____
Préstamos	_____	_____
Otros	_____	_____
Especifique _____		

2.19 ¿ Qué tipos de incentivo (s) recibe ? _____

2.20 ¿ Cree que es o son suficientes ? Si _____ No _____

¿ Porqué ? _____

2.21 Su trabajo lo desempeña: (puede señalar más de una)

De Pie _____ Caminando _____ Sentada _____ Otro _____

2.22 En su trabajo ¿ toma decisiones sobre lo que realiza ?

Si _____

No _____

¿ De qué tipo ? _____

¿ Porqué ? _____

2.23 La actividad que desempeña es: (puede señalar más de una)

Creativa _____	Fácil _____
Difícil _____	Desagradable _____
Agradable _____	Descansada _____
Fatigante _____	Otras _____
Rutinaria _____	

2.24 En la institución en la que labora ¿ dispone de materiales didácticos y de apoyo para realizar su trabajo ?

Si _____ No _____
 ¿ Cuáles ? _____ ¿ Porqué ? _____

2.25 En promedio los grupos que atiende ¿ Con cuántos alumnos cuentan ?

2.26 ¿ Considera usted, que la cantidad de alumnos que hay en cada grupo es adecuada? Si _____ No _____

¿ Porqué ? _____

2.27 Las condiciones de higiene de los salones de clase son:

Buenas _____ Malas _____ Regulares _____

2.28 Las condiciones de higiene de la sala de juntas son:

Buenas _____ Malas _____ Regulares _____

2.29 Las condiciones de higiene de las áreas de descanso son:

Buenas _____ Malas _____ Regulares _____

2.30 Las condiciones de higiene de los sanitarios son:

Buenas _____ Malas _____ Regulares _____

2.31 En promedio ¿ cuántas veces hace uso del gis en cada clase ? _____

2.32 ¿ Utiliza algún instrumento para manejar el gis ? _____

2.33 ¿ Generalmente quién borra el pizarrón durante sus clases?

Diferentes alumnos _____ Un alumno en particular _____ Usted _____

2.34 ¿ Qué material emplea para borrar el pizarrón ?

Borrador _____
 Franela mojada _____
 Papel desechable _____
 Otro _____ Especifique _____

2.35 En promedio ¿ qué tiempo emplea hablando frente a cada grupo ?

5 a 9 minutos _____
 10 a 29 minutos _____
 30 a 49 minutos _____
 Otro _____ Especifique _____

2.36 En promedio ¿ cuántas veces durante su clase pide al grupo que permanezca callado ? _____

2.37 ¿ Interfiere el ruido de otras áreas de la escuela, en su clase ?

Si _____ No _____
 ¿ cuáles ? _____ ¿ por qué ? _____

2.38 La iluminación de los salones de clase es:

Natural _____ Artificial _____ Mixta _____

2.39 En promedio ¿ cuántas horas lee diariamente ? _____

2.40 Generalmente ¿ a qué hora lee ? _____

2.41 Generalmente ¿ a qué hora prepara su material de clase ? _____

2.42 Generalmente ¿ a qué hora califica exámenes y trabajos escritos ? _____

2.43 En promedio ¿ cuántos libros utiliza al día ? _____

2.44 En promedio ¿ qué técnica emplea para exponer sus clases ?

Conferencia _____ Grupal _____
 Seminario _____ Otra _____
 Especifique _____

- 2.45 ¿ Ha sufrido algún accidente en su trabajo éste año ?
 Si _____
 Especifique _____ No _____
- 2.46 ¿ Ha sufrido algún accidente al ir de su casa a su trabajo éste año ?
 Si _____ Especifique _____ No _____
- 2.47 ¿ Qué enfermedades ha padecido durante éste año al desempeñar su trabajo

- 2.48 Al desempeñar su trabajo ¿ qué cosas le distraen ? _____

- 2.49 Estos distractores son:
 Poco frecuentes _____ Frecuentes _____ Muy frecuentes _____
- 2.50 En su trabajo se estado de ánimo es:
 Alegre _____ Irritable _____
 Triste _____ Otro _____
 Indiferente _____ Especifique _____
- 2.51 Este estado de ánimo se presenta:
 Raras veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____
- 2.52 ¿ Cómo considera que son sus relaciones con sus demás compañeros de trabajo ?
 Necesarias _____ Muy buenas _____ Por compromiso _____
 Cordiales _____ No buenas _____ Otras _____
- 2.53 Platca con sus compañeros de trabajo principalmente de;
 Aspectos relacionados con su trabajo _____
 Aspectos familiares y/o personales _____
 Otros _____ Especifique _____
- 2.54 ¿ Cómo considera que son sus relaciones con las autoridades de la escuela ?
 Cordiales _____ No buenas _____ Otras _____
 Necesarias _____ Por compromiso _____ Especifique _____

3. ESTILOS DE VIDA.

3.1 ¿ Tiene alguna persona que le ayude en el quehacer doméstico?

Si _____ No _____ ¿ Porqué ? _____

3.2 ¿ Qué tiempo dedica al día, al cuidado del hogar?

1 a 2 horas _____ 6 a 7 horas _____

3 a 4 horas _____ 8 horas _____

5 a 6 horas _____

3.3 Regularmente ¿ qué actividades realiza dentro de su hogar? _____

3.4 ¿ Cómo considera que son sus relaciones con los demás miembros de su familia?

Cordiales _____

Por compromiso _____

Necesarias _____

Otra _____

No buenas _____

Especifique _____

3.5 ¿ Cómo considera las actividades que usted realiza en el cuidado del hogar? (puede señalar más de una)

Creativas _____

Fáciles _____

Difíciles _____

Desagradables _____

Agradables _____

Descansadas _____

Fatigantes _____

Otras _____

3.6 Desayuna:

En casa _____

Otro _____

En la calle _____

Especifique _____

3.7 Por lo regular ¿ a qué hora desayuna ? _____

3.8 Durante la última semana ¿ cuáles de los siguientes alimentos desayunó ?

Leche _____

Verduras _____

Café _____

Pan _____

Frutas _____

Atole _____

Huevos _____

Té _____

Otros _____

3.9 La comida de medio día ¿ la hace en la Institución en la que trabaja ?

Si _____ No _____ ¿ porqué ? _____

3.10 Durante la última semana ¿ cuáles de los siguientes alimentos comió ?

Carne _____ Comida corrida _____

Verduras _____ Tacos, sopes, etc. _____

Frutas _____ Golocinas, refrescos etc. _____

Tortas _____ Otros _____

3.11 Los alimentos que usted consume más frecuentemente son: _____

3.12 Regularmente ¿ a qué hora come ? _____

3.13 ¿ Come lo que le gusta ?

Nunca _____ Raras veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

3.14 Cena:

En casa _____ Fuera de casa _____

3.15 Durante la última semana ¿ cuáles de los siguientes alimentos cenó ?

Leche _____ Cereales _____

Pan _____ Té _____

Huevo _____ Café _____

Verduras _____ Otros _____

Frutas _____

3.16 Regularmente ¿ a qué hora cena ? _____

3.17 ¿ Siente hambre durante la jornada de trabajo ?

Nunca _____ Raras Veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

3.18 ¿ Come entre comidas ?

Nunca _____ Raras Veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

En caso de comer entre comidas ¿ qué tipo de alimentos consume ?

3.19 ¿ Tiene un horario establecido para consumir sus tres comidas del día ?

Si _____

No _____

Desayuna _____ hrs.

¿ Porqué ? _____

Come _____ hrs.

Cena _____ hrs.

3.20 ¿ El médico le ha prohibido consumir algún alimento ?

Si _____

No _____

¿ Cuáles ? _____

¿ Porqué ? _____

3.21 Regularmente ¿ cuántas horas duerme por la noche ? _____

3.22 ¿ Siente sueño durante el día ?

Nunca _____ Raras veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

3.23 ¿ En qué momentos siente sueño ?

Durante la jornada de trabajo _____ Después de comer _____

Durante el trayecto al trabajo _____ Otro _____ Especifique _____

Durante el trayecto de regreso a su casa _____

3.24 En estos casos se duerme

Nunca _____ Raras veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

3.25 Por las noches ¿ tiene algún problema para dormir ?

Nunca _____ Raras veces _____ Frecuentemente _____ Siempre _____

3.26 Con lo que duerme ¿ se siente suficientemente descansada para reanudar sus labores ? Si _____ No _____ ¿ Porqué ? _____

3.27 ¿ Practica algún tipo de ejercicio físico ?

Si _____

No _____

¿ Cuál ? _____ ¿ Porqué ? _____

¿ Con qué frecuencia ? _____

3.28 ¿ Qué actividades recreativas realiza con su familia ? _____

3.29 ¿ Con qué frecuencia las realiza ? _____

2.30 ¿ Qué tipo de actividades recreativas realiza con sus amigos o compañeros de trabajo ? _____

¿ Con qué frecuencia las realiza ? _____

2.31 ¿ Qué tipo de actividades culturales realiza ? _____

¿ Con qué frecuencia ? _____

4. SALUD.

4.1 Regularmente ¿ bajo qué circunstancias visita al médico ?

Chequeo general _____

Cuando siente algún malestar _____

Otros _____

Especifique _____

4.2 ¿ Qué tipos de profesionales visita para el cuidado de su salud? (puede señalar más de una opción ?

Médico general _____

Oftalmólogo _____

Ginecólogo _____

Otros _____

Psicólogo _____

Especifique _____

Odontólogo _____

4.3 Algún familiar ha padecido o padece de:

	SI	No	Parentesco
Diabetes	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Cardiopatías	_____	_____	_____
Hipertensión arterial	_____	_____	_____
Padecimientos mentales o nerviosos (psicosis, epilepsia, neurosis, etc)	_____	_____	_____
Alcoholismo	_____	_____	_____
Toxicomanías	_____	_____	_____
Obesidad	_____	_____	_____
Enfermedades venéreas	_____	_____	_____
Gastritis	_____	_____	_____
Úlcera péptica	_____	_____	_____
Otras	_____	_____	_____
Especifique	_____		

- 4.4 ¿Qué enfermedades ha padecido? _____
- 4.5 A partir de su ingreso al trabajo docente ¿qué enfermedades ha padecido? _____
- 4.6 ¿Actualmente qué enfermedad (es) padece? _____
- 4.7 ¿Qué ha hecho para que desaparezca (n) su (s) enfermedad (es)? _____
- 4.8 ¿Acostumbra tomar medicamentos sin prescripción médica?
- SI _____ No _____
- 4.9 ¿Acostumbra fumar? SI _____ No _____
- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____

5. CONDICIONES DE LA VIVIENDA.

5.1 Su colonia cuenta con servicios de:

	SI	No
Agua potable	_____	_____
Drenaje	_____	_____
Electricidad	_____	_____
Calles pavimentadas	_____	_____
Alumbrado público	_____	_____
Servicios médicos públicos	_____	_____
Escuelas	_____	_____
Mercado y/o tiendas de autoservicio	_____	_____
Centros de recreación	_____	_____
Teléfono público	_____	_____
Medios de transporte	_____	_____

5.2 La casa en la que vive es:

Propia _____ De alquiler _____ Otra _____

5.3 Su casa es:

Unifamiliar _____ Duplex _____ Multifamiliar _____

5.4 Su casa es: (puede señalar más de una).

Luminosa _____ Oscura _____ Fría _____
 Caliente _____ Polvosa _____ Húmeda _____
 Ruidosa _____ Silenciosa _____ Ventilada _____

5.5 ¿ Cuántas personas viven en su casa ? _____

5.6 ¿ Cuántos dormitorios hay en su casa ? _____

5.7 ¿ Cuántas personas duermen en cada dormitorio ? _____

5.8 ¿ Cuántas personas duermen con usted ? _____

5.9 Su casa tiene:

Baño (s) Propio _____ Común _____

Señale si tiene:

	Si	No
Lavabo	_____	_____
Regadera	_____	_____
Tina	_____	_____
Cocina	_____	_____
Comedor	_____	_____
Sala	_____	_____
Estudio o biblioteca	_____	_____
Jardín	_____	_____

5.10 Su casa es de:

Mampostería _____ Madera _____ Otros _____
 Tablón _____ Adobe _____ Especifique _____

5.11 Su familia cuenta con:

	Si	No
Automóvil	_____	_____
Teléfono	_____	_____
T.V. Color	_____	_____
T.V. Blanco y Negro	_____	_____
Máquina de escribir	_____	_____
Máquina de coser	_____	_____
Estéreo	_____	_____
Grabadora	_____	_____
Videocasetera	_____	_____
Otros	_____	_____
Especifique _____	_____	_____

Apendice No. 2

Cd. López Mateos, Diciembre 1985.

A LAS PROFESORAS:

Estamos realizando una investigación, que tiene por objetivo: detectar y evaluar los factores de riesgos laborales que deterioran su salud.

Su escuela fue seleccionada para formar parte de este estudio, por lo que le pedimos su máxima cooperación. En el cuestionario le preguntaremos datos generales, las características y condiciones de su trabajo, su estilo de vida, su salud y las condiciones de vivienda.

Lea cuidadosamente todas las preguntas, contestando cada una con la mayor sinceridad y claridad posible. Todas las respuestas que usted nos dé, serán analizadas de manera anónima y ninguna información individual, se dará a conocer. Los datos, serán confidenciales y únicamente se utilizarán con propósitos de investigación.

Le agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

A T E N T A M E N T E**RESPONSABLES DE LA APLICACION DEL
CUESTIONARIO**

INSTRUCCIONES GENERALES:

Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y anote el número (s) que corresponda (n) a su respuesta en el (los) cuadro (s) () correspondiente (s) o escriba brevemente, según sea el caso.

Ejemplos:

1. Estado civil

 2

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. Soltera | 4. Divorciada |
| 2. Casada | 5. Viuda |
| 3. Unión Libre | |

2. ¿Cuál es su máximo grado de estudios?

 3

- | | |
|--------------------|--------------|
| 1. Preparatoria | 5. Maestría |
| 2. Normal | 6. Doctorado |
| 3. Normal Superior | 7. Otro |
| 4. Licenciatura | |

3. Edad 28 años.

4. ¿Qué otras actividades desarrolla dentro de la Institución?

Coordinar los 2º años y asesorar al 1º "B"

Cuestionario No. _____

I. DATOS GENERALES.

1.1 Edad _____ años.

1.2 Estado civil:

- | | |
|----------------|---------------|
| 1. Soltera | 4. Divorciada |
| 2. Casada | 5. Viuda |
| 3. Unión Libre | |

1.3 Lugar de nacimiento:

1. Distrito Federal
2. Interior de la República

1.4 Lugar de residencia actual: _____

1.5 ¿Con quién vive? _____

1.6 ¿Cuál es su máximo grado de estudios?

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. Preparatoria | 5. Maestría |
| 2. Normal | 6. Doctorado |
| 3. Normal superior | 7. Otro |
| 4. Licenciatura | Especifique _____ |

2. CONDICIONES DE TRABAJO.

2.1 ¿Qué tipo de actividad desarrolla dentro de esta institución?

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1. Académica | 2. Adiestramiento |
|--------------|-------------------|

2.2 Su empleo es de:

- | | |
|----------------------------|--------------|
| 1. Base | 3. Confianza |
| 2. Interinato
ilimitado | 4. Otro |

2.3 ¿Cuál es su antigüedad en este empleo? _____

2.4 ¿Cuál es su antigüedad en la docencia? _____

2.5 Regularmente ¿qué tiempo emplea para llegar de su casa a su trabajo y viceversa?

1. Menos de 30 minutos 3. De 61 a 90 minutos
2. De 31 a 60 minutos 4. Más de 90 minutos

2.6 ¿Qué medios de transporte empleó durante la última semana para ir y venir de su casa a su trabajo? (puede señalar más de una opción)

1. A pie 4. Pesero
2. Camión 5. Taxi
3. Metro 6. Auto propio

2.7 ¿Cuál es su horario de trabajo?

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

2.8 Número total de horas que trabaja por semana.

2.9 ¿Qué otras actividades desarrolla dentro de la institución?

2.10 ¿Tiene horas libres durante su jornada de trabajo?

1. SI 2. No

2.11 ¿Tiene asignadas horas de servicio?

1. SI 2. No

2.12 Si su respuesta es 1 (sí). ¿Las trabaja?

1. Siempre 3. Raras veces
2. Frecuentemente 4. Nunca

2.13 ¿Cuántas horas a la semana trabaja directamente en los grupos? _____

2.14 ¿Se ve interrumpida su clase por otro tipo de actividades asignadas?

1. Si 2. No

2.15 ¿Cuál es su salario mensual? _____

2.16 Actualmente ¿tiene otro empleo además de éste?

1. Si 2. No

2.17 Hace uso de las prestaciones sociales en los servicios de:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | |
|------------------------------|---|
| 1. Servicio de guardería | 4. Servicio de actividades físico-recreativas |
| 2. Servicio médico | |
| 3. Tiendas de consumo ISSSTE | 5. Préstamos |

2.18 Recibe usted incentivos de tipo:

1. Material (carta de reconocimiento, diploma, etc.)
2. Afectivo (felicitaciones verbales individualmente o ante su grupo de compañeros, etc.)
3. De ninguno de los dos

2.19 La actividad que desempeña es: (puede señalar más de una)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. Creativa | 5. Rutinaria |
| 2. Difícil | 6. Fácil |
| 3. Agradable | 7. Desagradable |
| 4. Fatigante | 8. Descansada |

2.20 ¿En la institución en la que labora dispone de materiales didácticos y de apoyo para realizar su trabajo?

1. Si 2. No

2.21 En promedio, de los grupos que atiende ¿con cuántos alumnos cuentan? _____

2.22 Las condiciones de higiene de su lugar de trabajo son:

1. Buenas 2. Regulares 3. Malas

2.23 En promedio ¿cuántos minutos hace uso del gis en cada clase?

1. Menos de 17 minutos 3. De 26 a 42 minutos
2. De 18 a 25 minutos 4. De 43 a 50 minutos

2.24 Utiliza algún instrumento para manejar el gis?

1. Si 2. No

2.25 Generalmente ¿quién borra el pizarrón durante la clase?

1. Diferentes alumnos 3. Usted
2. Un alumno en particular

2.26 ¿Qué material emplea para borrar el pizarrón?

1. Borrador 3. Pañuelos desechables
2. Franela mojada

2.27 En promedio ¿qué tiempo emplea hablando frente a cada grupo?

1. Menos de 17 minutos 3. De 26 a 42 minutos
2. De 18 a 25 minutos 4. De 43 a 50 minutos

2.28 ¿Interfiere el ruido de otras áreas de la escuela en su clase?

1. Si 2. No

2.29 En promedio ¿cuántas horas lee diariamente?

1. De 1 a 2 horas 2. De 3 a 4 horas 3. Más de 4 horas

2.30 Generalmente ¿en qué momentos lee, prepara su material de clase, califica exámenes y trabajos escritos?

1. Por la mañana 2. Por la tarde 3. Por la noche

2.31 Por lo general ¿qué técnica emplea para exponer sus clases?

1. Conferencia 2. Seminario 3. Grupales

2.32 ¿Ha sufrido algún accidente en su trabajo este año?

1. Si 2. No

2.33 ¿Ha sufrido algún accidente al ir de su casa a su trabajo éste año?

1. Si 2. No

2.34 Al desempeñar su trabajo este año, ha tenido problemas de salud, tales como:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1. Amigdalitis | 11. Problemas dentales |
| 2. Gripe | 12. Neurosis |
| 3. Laringitis | 13. Enfermedades de la vista |
| 4. Faringitis | 14. Hipertensión arterial |
| 5. Sinusitis | 15. Stress |
| 6. Amibiasis | 16. Fatiga |
| 7. Gastritis | 17. Depresión |
| 8. Ulcera | 18. Otra (s) |
| 9. Dermatitis | Especifique _____ |
| 10. Enfermedades gastrointestinales. | _____ |

2.35 Al desempeñar su trabajo le distraen factores tales como:

1. Físicos (ruido del exterior o interior del salón de clases, exceso o falta de luz, etc.)
2. Afectivos (problemas personales, familiares, laborales, etc.)
3. Ambas (1 y 2)

2.36 Estos distractores se presentan:

1. Raras veces 2. Frecuentemente 3. Siempre

2.37 En el trabajo su estado de ánimo es:

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. Alegre | 3. Triste |
| 2. Indiferente | 4. Irritable |

2.38 Este estado de ánimo se presenta:

1. Raras veces 2. Frecuentemente 3. Siempre

2.39 ¿Cómo considera que son sus relaciones con sus compañeros de trabajo?

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. Indispensables | 4. No buenas |
| 2. Cordiales | 5. Por compromiso |
| 3. Muy buenas | |

2.40 Platica con sus compañeros de trabajo principalmente de:

1. Aspectos relacionados con su trabajo
2. Aspectos familiares y/o personales
3. Ambos (1 y 2)

2.41 ¿Cómo considera que son sus relaciones con las autoridades de la escuela?

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. Indispensables | 4. No buenas |
| 2. Cordiales | 5. Por compromiso |
| 3. Muy buenas | |

3. ESTILOS DE VIDA.

3.1. ¿Tiene alguna persona que le ayude en el quehacer doméstico?

1. SI 2. No

3.2 ¿Qué tiempo dedica al día al cuidado del hogar?

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. 1 a 3 horas | 3. 6 a 8 horas |
| 2. 4 a 5 horas | 4. Más de 8 horas |

3.3 Regularmente ¿qué actividades realiza dentro de su hogar?

- | | |
|----------------------------|----------------------------|
| 1. Quehaceres domésticos | 3. Actividades del trabajo |
| 2. Actividades recreativas | 4. Cuidado de hijos |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 En promedio ¿cuánto tiempo dedica diariamente a su - persona?

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. Menos de 1 hora | 4. 3 horas |
| 2. 1 hora | 5. Más de 3 horas |
| 3. 2 horas | |

3.5 ¿Cómo considera que son sus relaciones con los miembros de su familia?

- | | |
|-------------------|---------------|
| 1. Indispensables | 3. Muy buenas |
| 2. Cordiales | 4. No buenas |

3.6 ¿Cómo considera las actividades que usted realiza en el cuidado del hogar? (puede anotar más de una opción).

- | | |
|---------------|------------------|
| 1. Creativas | 5. Rutinarias |
| 2. Difíciles | 6. Fáciles |
| 3. Agradables | 7. Desagradables |
| 4. Fatigantes | 8. Descansadas |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7 Desayuna:

- | | |
|------------|------------------|
| 1. En casa | 2. Fuera de casa |
|------------|------------------|

3.8 Come;

- | | |
|------------|------------------|
| 1. En casa | 2. Fuera de casa |
|------------|------------------|

3.9 Cena:

- | | |
|------------|------------------|
| 1. En casa | 2. Fuera de casa |
|------------|------------------|

3.10 Durante la última semana ¿cuáles de los siguientes nutrientes consumió en:

El desayuno:

La comida:

La cena:

1. Proteínas (todo tipo de carnes, quesos, leche, etc.)
2. Grasas (aguacate, nueces, mantequilla, aceite de maíz, etc.)
3. Vitaminas y Minerales (todo tipo de vegetales y - frutas, miel, sal, etc.)
4. Carbohidratos (pan, tortilla, arroz, frijol, trigo, etc.)

3.11 ¿Come lo que le gusta?

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. Nunca | 3. Frecuentemente |
| 2. Raras veces | 4. Siempre |

3.12 ¿Siente hambre durante la jornada de trabajo?

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. Nunca | 3. Frecuentemente |
| 2. Raras veces | 4. Siempre |

3.13 ¿Come entre comidas?

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1. Nunca | 3. Frecuentemente |
| 2. Raras veces | 4. Siempre |

3.14 En caso de comer entre comidas ¿qué tipo de alimentos consume?

1. Antojitos (sopes, tacos, quesadillas, tostadas, etc)
2. Productos industrializados (papas, gansitos, refrescos, etc.)
3. Frutas
4. Café o té

3.15 ¿Tiene un horario establecido para consumir sus tres comidas del día?

- | | |
|-------|-------|
| 1. Si | 2. No |
|-------|-------|

- 3.16 ¿El médico le ha prohibido consumir algún alimento?
1. SI 2. No
- 3.17 Por la noche regularmente duerme:
1. De 5 a 6 horas 2. De 7 a 8 horas 3. Más de 8 horas
- 3.18 ¿Siente sueño durante el día?
1. Nunca 3. Frecuentemente
2. Raras veces 4. Siempre
- 3.19 Por las noches ¿tiene algún problema para dormir?
1. SI 2. No
- 3.20 Con lo que duerme ¿se siente lo suficientemente descansada para reanudar sus labores?
1. SI 2. No
- 3.21 ¿Práctica algún tipo de ejercicio físico?
1. SI 2. No
- 3.22 Si su respuesta es 1 (s), ¿con qué frecuencia lo realiza?
1. Diario 3. Fines de semana
2. 3 a 5 veces por semana
- 3.23 ¿Qué actividades recreativas realiza con su familia?
(puede anotar más de una opción)
1. Físico deportivas (nadar, correr, etc.)
2. Culturales (cine, teatro, visitar a museos, etc.)
3. Sociales (fiestas, días de campo, etc.)
4. Paseos
5. Viajes
- 3.24 ¿Con qué frecuencia las realiza?
1. Los fines de semana 3. Quincenalmente
2. 3 veces por semana 4. Mensualmente

3.25 ¿Qué actividades recreativas realiza con sus amigos?

1. Físico deportivas (voleibol, basquetbol, etc.)
2. Culturales (cine, teatro, etc.)
3. Sociales (fiestas, días de campo, etc.)
4. Paseos y viajes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.26 ¿Con qué frecuencia las realiza?

1. Los fines de semana
2. 3 veces por semana
3. Quincenalmente
4. Mensualmente

<input type="checkbox"/>

4. SALUD.

4.1. Regularmente ¿bajo que circunstancias visita al médico?

1. Chequeo general
2. Cuando siente algún malestar

<input type="checkbox"/>

4.2 ¿Qué tipos de profesionales visita para el cuidado de su salud? (puede anotar más de una opción).

1. Médico general
 2. Odontólogo
 3. Ginecólogo
 4. Otorrinolaringólogo
 5. Oftalmólogo
 6. Psicólogo
 7. Otro (s)
- Especifique _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.3 Algún familiar ha padecido o padece de: (puede anotar más de uno)

Parentesco

1. Diabetes
2. Cardiopatías
3. Hipertensión arterial
4. Padecimientos mentales o nerviosos
5. Obesidad
6. Gastritis
7. Úlcera péptica
8. Otra (s) especifique

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.7 ¿Qué ha hecho para que desaparesca (n) su (s) enfermedad (es)?

1. Acudir al médico 3. Tomar remedios caseros
2. Tomar medicamentos sin prescripción médica

4.8 ¿Acostumbra fumar?

1. Si 2. No

4.9 Si su respuesta es 1 (si) en promedio, ¿cuántos cigarros fuma diariamente?

1. De 1 a 3 3. De 7 a 9
2. De 4 a 6 4. Más de 10

5. CONDICIONES DE LA VIVIENDA.

5.1 Su colonia cuenta con servicios de:

1. Agua potable
2. Drenaje
3. Electricidad
4. Calles pavimentadas
5. Alumbrado público
6. Servicios médicos públicos
7. Escuelas
8. Mercado y/o tiendas de autoservicio
9. Centros de recreación
10. Teléfono público
11. Medios de transporte

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 La casa en la que vive es:

1. Propia 2. De alquiler

5.3 Su casa es:

1. Unifamiliar 2. Multifamiliar 3. Duplex

5.4 Su casa es: (puede anotar más de una opción)

- | | | |
|-------------|---------------|--------------|
| 1. Luminosa | 4. Oscura | 7. Fría |
| 2. Caliente | 5. Polvosa | 8. Húmeda |
| 3. Ruidosa | 6. Silenciosa | 9. Ventilada |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5 El número de personas que viven con usted es:

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. De 1 a 3 | 3. De 7 a 9 |
| 2. De 4 a 6 | 4. Más de 10 |

5.6 El número de personas que duermen en cada dormitorio es:

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1. 1 persona | 3. 3 personas |
| 2. 2 personas | 4. 4 personas o más |

5.7 ¿Cuántas personas duermen con usted?

- | | | |
|--------------|---------------|---------------------|
| 1. 1 persona | 2. 2 personas | 3. 3 personas o más |
|--------------|---------------|---------------------|

5.8 Su casa tiene:

- | | |
|------------------|-------------------------|
| 1. Baño completo | 5. Sala |
| 2. Medio baño | 6. Recámara (s) |
| 3. Cocina | 7. Estudio o biblioteca |
| 4. Comedor | 8. Jardín |

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.9 Su casa está:

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. Terminada | 2. En construcción |
|--------------|--------------------|

5.10 Su familia cuenta con:

1. Automóvil
2. Teléfono
3. T.V. Blanco y Negro
4. T.V. Color
5. Máquina de escribir
6. Máquina de coser
7. Estéreo
8. Grabadora
9. Videocasetera
10. Otros

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

—Especifique _____

P	1.1	1.2					1.3		1.4	1.5	1.6							2.1		
		1	2	3	4	5	1	2			1	2	3	4	5	6	7	1	2	
1	40 años		x					x	Frace. los Pirulés Estado de México	Esposo e hijos			x						x	
2	40 "		x					x	Cd. López Mateos Estado de México	Esposo e hijos			x						x	
3	42 "		x					x	Atizapán Zaragoza Estado de México	Esposo e hijos				x					x	
4	20 "		x					x	Tulpézac Estado de México	Esposo	x								x	
5	43 "	x						x	D.F.	1 hermano			x						x	
6	35 "		x					x	D.F.	Hijo y Esposo			x						x	
7	50 "		x					x	Tlanepantla Estado de México	Esposo e hija	x									x
8	68 "				x			x	S. Andrés Toluca D.F.	Sola								Sec x		x
9	19 "	x						x	Estado de México	Familia				x						x
10	56 "					x		x	Villa Nicolás R. Estado de México	Hermanas			x							x
11	44 "		x					x	Col. Retoño Estado de México	Esposo e hijas								Sec x		x
12	23 "	x						x	Cuatitlán Estado de México	Padres			x							x
13	38 "				x			x	Cd. López Mateos	2 hijas			x							x
14	39 "		x					x	Atizapán Zaragoza	Familia			x							x
15	29 "	x						x	Atizapán Zaragoza	Familia	x									x
16	42 "		x					x	Alfredo V. Bonfil Atizapán Zaragoza	Esposo			x							x
17	30 "		x					x	Atizapán Zaragoza	Esposo e Hijos			x							x
18	29 "		x					x	Acueducto Gpe. D.F.	Esposo e Hijos				x						x
19	26 "	x						x	Constitución de la Rep. D.F.	Padres y hermanas				x						x
20	31 "		x					x	México Nuevo Estado de México	Esposo e Hijos			x							x
21	30 "		x					x	Atizapán Zaragoza Estado de México	Esposo e hija			x							x
22	35 "		x					x	Santa Lucía E.Méx.	Familiares			x							x
23	45 "			x				x	Ecatepec, Edo.Méx.	Compañero		x								x
24	27 "		x					x	Tlanepantla E.Méx.	Esposo e hijo			x							x
25	35 "		x					x	Col.del Valle D.F.	Esposo e hijos								x		x
26	32 "	x						x	D.F.	Madre y Hermana			x							x

P	2.2				2.3	2.4	2.5				2.6						2.7				
	1	2	3	4			1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	L	M	M	J	V
1	x				21 años	23 años	x									x	8.20	9.10	8.20	8.20	8.20
2	x				13 "	21 "	x									x	10.50	13.30	13.30	13.30	13.30
3	x				16 "	16 "	x				x						7.20	7.20	7.20	7.20	7.20
4		x			3 meses	3 meses				x	x			x			13.30	3.30	13.30	13.30	13.30
5	x				10 años	18 años				x	x	x					7.30	7.30	7.30	7.30	7.30
6	x				11 "	11 "				x						x	10.40	10.40	10.40	12.40	10.40
7	x				15 "	15 "		x			x	x					7.30	7.30	7.30	7.30	-
8		x			24 "	30 "				x	x	x	x				13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
9	x				1 "	1 "	x				x	x					7.30	8.20	7.30	7.30	7.30
10	x				20 "	26 "			x		x	x					13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
11	x				13 "	13 "				x	x	x	x				11.20	8.20	NT	11.20	8.20
12	x				2 "	2 "				x	x	x		x			13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
13	x				8 "	12 "	x										7.30	8.20	7.30	7.30	7.30
14	x				20 "	20 "	x										13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
15		x			2 "	2 "	x				x						13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
17		x			2 "	11 "	x				x						7.30	8.20	7.30	7.30	7.30
18	x				5 "	9 "	x										13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
19	x				4 "	5 "		x									11.20	8.20	NT	11.20	8.20
20	x				3 "	12 "	x										13.30	13.30	13.30	13.30	13.30
21	x				1 "	3 "	x										7.30	8.20	NT	8.20	7.30
22	x				2 "	17 "				x							12.40	11.20	NT	11.20	10.40
23	x				11 "	15 "			x		x	x					11.00	8.20	NT	11.20	8.20
24	x				2 "	8 "	x				x	x					17.30	16.30	NT	17.30	16.30
25	x				3 "	11 "				x							8.20	7.30	11.20	NT	7.30
26	x				9 "	14 "		x									10.40	10.40	13.30	14.00	10.40
																	4	7	6	7	7
																	12.00	12.00	12.00	12.00	12.00
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
																	20.10	20.10	20.10	20.10	20.10
				</																	

P S	2.8		2.9		2.10		2.11		2.12				2.13		2.14		2.15		2.16		2.17			
					1	2	1	2	1	2	3	4			1	2			1	2	1	2	3	4
1	24	H	Asesoría 2° C	x		x		x					24	H	x		65,000		x				x	
2	42	H	Asesoría 2° C	x		x		x					38	H	x		104,000		x			x	x	
3	21	H	Asesoría de G.		x		x						16	H	x		44,000		x			x	x	
4	18	H	Ninguna	x		x				x			9	H		x	45,000		x					
5	30	H	Coordinadora de 1°	x		x		x					28	H	x		68,000		x			x	x	
6	32	H	Todas las comisiones que se requieran	x			x						32	H	x		80,000		x				x	
7	18	H	Ninguna	x		x				x			18	H	x		45,000		x			x		
8	18	H	Asesoría de parques y jardines	x			x						18	H		x	34,000		x			x	x	
9	35	H	Ninguna		x		x						22	H	x		54,000		x					
10	18	H	Ninguna		x		x						18	H		x	23,896		x					
11	24	H	Ninguna		x		x						24	H		x	65,000		x					
12	14	H	Comisión de higiene	x			x						14	H		x	42,000		x				x	
13	31	H	Com. de concursos																					
14	42	H	asesoría 1° F	x		x				x			28	H		x	70,000	x					x	
15	9	H	Asesoría de G. Cooperativa E	x		x		x					39	H	x		100,000		x			x		x
16	35	H	Ninguna		x		x						9	H		x	20,000		x				x	x
17	16	H	Asesoría del 3° B	x		x				x			32	H		x	75,000		x			x		x
18	16	H	acción S										17	H		x	40,825	x					x	x
19	18	H	Asesoría 1° C	x			x						16	H		x	40,825		x			x	x	
20	18	H	Comisión de C		x		x						18	H		x	44,000		x			x	x	
21	18	H	Grupo Inst.	x			x						16	H	x		49,600		x				x	x
22	30	H	Ninguna	x			x						30	H		x	22,000		x				x	
23	4	H	Comisión de C	x			x						4	H		x	9,000	x						x
24	18	H	Asesoría 3° E				x						18	H		x	25,271		x			x	x	
25	30	H	Ninguna		x		x						30	H	x		70,000		x			x	x	
26	33	H	Asesoría 2° E	x			x						30	H		x	74,000		x				x	
			Asesoría del 2° F										30	H	x		74,000		x				x	x
			Coordinadora 2°		x	x		x					30	H	x		74,000		x				x	x
			Periódico Mural										18	H	x		46,000		x				x	
26	18	H	Ninguna	x			x						18	H	x		46,000		x				x	

P S	2.18			2.19								2.20		2.21	2.22			2.23					
	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2		1	2	3	1	2	3	4		
1			x			x							x	61									
2			x			x							x	60									x
3	x		a	x		x			x				x	59 a				x					
4			x			x							x	60									
5			x	x		x			x			x	x	54				x					
6			x			x			x				x	60				x					
7			x		x		x						x	45 a	x		x					x	
8	x					x			x			x	x	50									
9			x		x	x			x				x	45	x							x	
10			x	x	x	x							x	60				x					
11		x		x		x						x		36 a								x	
12			x										x	40	x								
13			x			x							x	60								x	
14			x	x		x							x	50 a								x	
15		x				x							x	60									
16		x				x							x	50 a								x	
17			x	x		x							x	60	x								
18			x	x		x							x	55								x	
19		x		x		x							x	50 a								x	
20			x	x		x							x	60									
21			x	x		x							x	60									
22			x	x		x							x	55								x	
23		x				x							x	50	x							x	
24			x			x							x	60								x	
25			x			x							x	55								x	
26		x				x							x	55								x	
						x							x	50								x	

P S	2.24		2.25			2.26			2.27				2.28		2.29			2.30			2.31			
	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
1		x			x	x						x		x							x			
2		x			x	x						x		x							x			
3		x			x	x						x		x							x			
4		x	x		x	x					x			x							x			x
5		x			x	x								x							x			x
6		x			x						x			x							x			x
7		x	x			x								x							x			x
8	x		x											x							x			x
9		x			x	x					x			x							x			
10	x		x											x							x			
11		x	x			x							x								x			x
12		x			x	x								x							x			x
13		x			x	x								x							x			x
14		x			x	x								x							x			x
15		x			x	x								x							x			x
16	x		x			x								x							x			x
17		x			x	x								x							x			x
18		x			x	x								x							x			x
19		x	x			x								x							x			x
20		x			x	x								x							x			x
21		x			x	x								x							x			x
22		x	x			x								x							x			x
23		x			x	x								x							x			x
24		x			x	x								x							x			x
25		x			x	x								x							x			x
26		x	x			x								x							x			x

P S	2.32		2.33		2.34																	
	1	2	1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1		x		x	x	x	x				x								x			
2		x		x	x	x									x							
3		x		x	x	x								x								
4		x		x	x	x									x							
5		x		x	x	x											x					
6		x		x	x	x				x	x						x			x	x	x
7		x		x	x										x			x		x	x	
8		x		x	x					x	x	x	x	x			x	x		x	x	x
9		x		x	x	x																
10		x		x	x					x	x							x				
11		x		x	x																	
12		x		x	x									x								
13		x		x	x									x								
14		x		x	x													x				
15		x		x	x					x												
16		x		x	x																	
17		x		x	x					x	x									x	x	
18		x		x	x																	
19		x		x	x					x												
20		x		x	x									x								
21		x		x	x																	
22		x		x	x																	
23		x		x	x																	
24		x		x	x																	
25		x	x	x	x																	
26		x		x	x																	

P S	2.35				2.36			2.37				2.38			2.39					2.40			
	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	
1	x				x					x				x					x	x			
2	x				x			x						x						x	x		
3	x					x		x													x		
4	x				x			x													x		
5	x				x				x														
6	x							x													x		
7	x				x			x						x							x		
8			x								x			x									x
9		Ninguno						x						x									x
10	x							x				x									x		
11	x				x			x						x							x		
12	x							x						x							x		
13	x				x			x						x							x		
14	x							x													x		
15		Ninguno						x						x									
16	x				x			x						x									x
17	x				x						x												x
18		x						x						x									x
19	x				x			x															x
20	x				x			x													x		
21		Ninguno						x															
22	x				x			x						x								x	
23	x							x						x									
24	x				x			x															
25	x										x								x				
26	x				x					x				x									x

P S	2.41					3.1		3.2				3.3				3.4					3.5				
	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	
1					x		x	x				x				x					x				
2				x			x	x	x			x				x							x		
3							x	x				x				x									
4		x		x			x	x		x		x				x						x			
5					x		x	x				x				x									
6					x		x	x				x	x			x									
7		x					x	x				x				x									
8	x						x	x				x	x			x									
9				x		x	x	x				x	x			x									
10				x			x	x				x	x			x						x			
11		x					x	x				x				x									x
12	x						x	x				x				x									
13					x		x	x				x				x						x			
14					x		x	x				x				x									x
15		x					x	x				x				x									x
16		x					x	x				x				x									x
17					x		x	x				x				x									x
18				x			x	x				x				x									x
19					x		x	x				x	x			x									x
20	x						x	x				x				x									x
21					x		x	x				x	x			x									x
22				x			x	x				x	x			x									x
23		x					x	x				x				x									x
24				x			x	x				x				x									x
25		x					x	x				x				x									x
26		x					x	x				x				x									x

P	3.12				3.13				3.14				3.15		3.16		3.17			3.18				
	S	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4
1			x				x			x				x		x		x					x	
2			x				x							x				x					x	
3										x														x
4			x										x											x
5																								
6		x								x														
7			x											x										
8														x										
9														x										
10			x											x										
11			x											x										
12			x											x										
13			x											x										
14		x												x										
15			x											x										
16			x											x										
17			x											x										
18			x											x										
19			x											x										
20														x										
21														x										
22														x										
23			x											x										
24			x											x										
25														x										
26			x											x										

P	3.19		3.20		3.21		3.22			3.23					3.24				3.25			3.26						
	S	1	2	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4		
1			x																									
2		x																										
3	x																											
4		x																										
5			x																									
6	x																											
7		x																										
8		x																										
9			x																									
10	x																											
11		x																										
12		x																										
13		x																										
14		x																										
15		x																										
16	x																											
17		x																										
18		x																										
19		x																										
20		x																										
21		x																										
22		x																										
23		x																										
24		x																										
25	x																											
26		x																										

P S	4.1		4.2							4.3*								4.4									
	1	2	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1		x	x		x	x				x ^p								x	x	x	x						
2		x	x	x	x					x		x		x ^m	x ^p			x	x	x				x			
3		x	x	x	x					x					x ^p			x	x	x							
4		x	x	x	x								Ninguna					x	x	x							
5		x	x	x	x			x		x ^m						x		x	x	x							
6		x	x	x	x					x ^p	x ^p			x ^m				x	x	x			x	x			
7		x	x	x	x					x ^t	x ^h					x		x	x	x							
8		x	x	x	x			x		x ^t	x ^h							x	x	x	x		x	x	x	x	x
9	x		x		x				x					x ^p				x	x	x							
10		x	x	x	x			x		x ^p	x			x		x		x	x	x			x	x			x
11		x	x	x	x					x ^p								x	x	x							x
12		x	x	x														x	x	x				x			x
13		x	x	x	x			x										x	x	x				x			x
14		x	x	x	x				x	x ^p					x ^{hs}			x	x	x	x						x
15		x	x	x	x					x ^p								x	x	x							
16		x	x	x	x					x	x			x				x	x	x	x						
17		x	x	x	x					x	x							x	x	x							
18		x	x	x	x													x	x	x							
19		x	x	x	x														x	x							
20		x	x	x	x														x	x							
21		x	x	x	x				x										x	x							
22		x	x	x	x			x										x	x	x							x
23		x	x	x	x													x	x	x							
24		x	x	x	x					x ^h	x ^m				x ^p				x	x							x
25		x	x	x	x													x	x	x	x						
26	x																	x	x	x	x	x					

4.3* p - papá
m - mamá
h(s) - hermano (s)
t - tío

P S	4.6					4.7			4.8		4.9				5.1											
	14	15	16	17	18	1	2	3	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
6						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
7						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
8						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
9						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
17						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
18						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
19						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
20						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
21						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
24						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
25						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
26						x									x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

P S	5.2		5.3			5.4									5.5				5.6				
	1	2	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	
1	x		x			x					x	x		x		x					x		
2	x		x			x	x							x							x	x	
3	x		x			x					x				x								
4		x	x									x		x	x					x		x	
5	x		x			x					x	x		x	x					x			
6		x		x		x					x			x	x					x			
7		x			x	x						x		x		x					x		
8		x		x		x						x	x									x	
9	x			x		x	x			x				x	x					x		x	
10	x				x	x								x	x					x		x	
11	x				x	x								x	x					x			
12	x		x			x					x			x			x					x	
13	x		x			x						x		x								x	
14	x		x			x								x		x						x	
15	x		x								x	x		x			x					x	
16	x		x			x								x								x	
17		x	x			x						x		x								x	
18	x				x								x									x	
19	x		x			x	x							x								x	
20	x		x											x									x
21		x	x			x								x								x	x
22		x	x			x							x	x								x	
23	x			x		x						x		x								x	
24	x		x			x						x		x								x	
25	x			x		x						x	x									x	
26	x		x			x						x		x									

REFERENCIAS *

- Agullar, A. La crisis del capitalismo. México, editorial Nuestro tiempo, 1979.
- Barragan, M. Psicopatología del exceso de trabajo: Trabajar cuanto, como y -- porqué. Salud Mental, 1981, No. 36, págs. 14 - 18.
- Barrientos, G. y Bressani, G. Mujer, trabajo y salud. Programa Nacional de -- Atención a la Mujer, 1980, págs.20.
- Barrientos, G. y Cabrera, M.A., Proceso salud enfermedad en la mujer joven trabajadora: Propuesta metodológica. Consejo Nacional de Recursos de Atención de la Juventud. Centro de estudios económicos y sociales del tercer mundo, 1982, No. 3, págs.36.
- Basaglia, F. La salud de los trabajadores: Aportes de una política de la salud. México, Editorial Nueva Imagen, 1980.
- Burín, M. La educación de las mujeres. Revista, Perfiles Educativos, 1983, -- No. 6, págs. 6 - 15.
- Bustillos, M. Los aspectos médico legales de la mujer en el trabajo. Escrito presentado durante la primera semana nacional de seguridad e higiene en el trabajo y previsión social, México, mayo de 1977.
- Campos, H. y Campos, H., La participación del Psicólogo en el contexto de la salud laboral. Reporte de Investigación para obtener el título de Licenciado en Psicología, México, 1985.
- Campos, C. y Molina, G., La participación de la mujer profesionalista en el ámbito del trabajo. Instituto Politécnico Nacional, 1982, págs. 8 - 20.
- Castañeda, S. y Colung, F. Psicopatología del trabajo. Curso de posgrado sobre condiciones de trabajo, México, 1982, pág. 33.
- Carnoy, M. La educación como imperialismo cultural. México, Editorial Siglo - XXI, 1977.
- Castrejón Díez, J. El sistema educativo mexicano. Revista, Perfiles Educativos, 1983, No. 2, págs. 7 - 18.
- Cervantes Campos, P. Apuntes legales relacionados con los riesgos en el trabajo. Revista Condiciones de Trabajo, 1978, 2 (1), págs. 34 - 38.
- Cohen, de G.G. La psicología en la salud pública. México, Editorial extemporeanos, 1983.
- Cordova, C.A. y Ortiz, O.F. El proceso de trabajo y su relación con la salud mental. Revista Salud mental, 1979, 2 (4), págs. 14 - 20.
- Cuellar, R.A. Recursos técnico - profesionales en medicina del trabajo; su relación con la salud en la industria. Revista Condiciones de Trabajo, 1977, 2 (1) enero-abril, págs. 9 - 18.

* La lista de referencias se elaboró, en base a: Marigold, L. Manual simplificado de estilo. México, Editorial Trillas, 1983.

- Davison, P. y Davison, S. Behavioral Medicine; Changing health lifestyles. New York, Brunner/Mazel, 1980.
- Esqueda, C.M. y Chiang, S.G. Breve reseña de los antecedentes de la medicina del trabajo. Revista Condiciones de Trabajo, 3 (3) sep. - dic., págs. -- 119 - 126.
- Estevez, S.J. La rehabilitación, prestación del seguro de riesgos de trabajo de la Ley del Seguro Social. Boletín de Información Jurídica, 1977, - 1 - 4, nov. - dic., págs. 9 - 17.
- Fernández, C. Infraestructura de la locura y del silencio. Revista Femenina Mujer y Salud, 1984, No. 35, agosto - septiembre, págs. 25 - 30.
- Flores Izquierdo, G. La importancia de la seguridad e higiene del trabajo en las políticas de bienestar para los trabajadores. Escrito presentado durante la conferencia nacional sobre las reformas de la Ley Federal del trabajo que se refiere a capacitación y adiestramiento y seguridad e higiene en el trabajo. México, D.F., agosto 1978, págs.15.
- García Martínez, E. Medicina del trabajo. Revista Condiciones de Trabajo, -- 1983, 3, págs. 18 - 26.
- González Herrera, A. Apuntes legales relacionadas con los riesgos en el trabajo. Revista condiciones de trabajo, 1977, 2 (1), págs. 47 - 50.
- González, L. Las condiciones de la salud en México. Revista Femenina, mujer y salud, 1984, No. 35, págs. 1 - 16.
- Grupo de Maestras democráticas. La mujer y sus condiciones en el trabajo docente. Grupo de maestras democráticas, 1974, págs. 32 - 36.
- García, M. La mujer mexicana y su problemática social. Gaceta UNAM, 1983, febrero, págs. 9 - 14.
- García, S.R. Primera reunión temática de delegaciones; atención primaria y fomento a la salud, México, 1985, págs. 14 - 19.
- Harrsch, C. El psicólogo ¿Qué hacer. México, Editorial Alhambra Mexicana, -- 1983.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Prestaciones sociales en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. IMSS. Subdirección médica, 1985, págs. 36.
- Janjje, M. El trabajo Femenino. Revista ilustrada de la organización mundial de la salud, 1976, agosto - septiembre, págs. 38 - 41.
- Kalenyanova, F. La mujer en el trabajo. Revista ilustrada de la Organización Mundial de la Salud, 1976, 1, págs. 32 - 37.
- Laurel, A.C. Balance de la investigación sobre "procesos de producción y salud" en la maestría de medicina social. Revista Salud Problema, 1985, 5, págs. 27 - 30.

- Laurel, A.C. El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. En la obra de F. Ortíz (dir.), Vida y muerte del -- mexicano. México, Folios ediciones, 1982 (c).
- Legaspi Velazco, J.A. La medicina del trabajo en México. Documento presentado con el simposio syntex en la ciudad de México el 9 de junio de 1980, págs. 1 - 15.
- López Acuña, D. La salud desigual en México. México, Editorial siglo XXI, 1982
- Mainero, G. Otra forma de ginecología. Revista Femenina, Mujer y Salud, 1984, No. 35, agosto - septiembre, págs. 12 - 16.
- Márquez Magaudon, E. Salud ocupacional. Revista Condiciones de Trabajo, 1978, 3 (3), págs. 113 - 118.
- Nadelsticher, M. Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple, México, Instituto Nacional de Ciencias Penales, 1983.
- Organización Internacional de Trabajo. Empleo de las mujeres con responsabilidades familiares. Escrito presentado durante la conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra - Suiza, 1978, págs.15.
- Organización Internacional del Trabajo. Reunión paritaria sobre las condiciones de trabajo del personal docente. Ginebra, 1981, págs.30.
- Organización Internacional del Trabajo. Servicios sociales en favor de las trabajadoras madres, OIT, México, 1951, págs.16.
- Olguín, V.V. La dirección del aprendizaje y sus problemas. Escuela Normal de Maestros y Escuela Normal Superior. México, 1983, págs.12.
- Ortíz Quezada, F. (dir.) Vida y muerte del mexicano, México, Folios ediciones, 1982.
- Paullada Preciat, F. Presente y futuro de la medicina y el trabajo en México, Revista Condiciones de Trabajo, 1980, 2 (3), págs. 169 - 174.
- Pavia, A. El uso de la televisión en apoyo a los programas de salud. Televisión de la República Mexicana, 1981, págs.4.
- Pescador Osuna, J.A. La formación del magisterio en México. Revista, Perfiles Educativos, 1983, No. 3, págs. 13 - 20.
- Phillis Kernoff, M. Mujer y trabajo: Una proposición para la educación en la salud ocupacional de mujeres. Health Education, 1982, 5, págs. 5 - 9.
- Programa Nacional de atención a la mujer. La salud y la mujer. Programa Nacional de Atención a la Mujer, 1982, págs.10
- Proyecto, Salud y Trabajo. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, UIICSE, 1982.
- Regueiro, A. y Gutiérrez, L. La mujer en sus actividades, México, Ed. Secretaría de Programación y presupuesto, 1981.

- Ribes, E. Plan de estudios de la carrera de psicología. En la obra de E. Ribes (dir.). La enseñanza, práctica e investigación en psicología: Un modelo integral, México, Editorial Trillas, 1980.
- Ricchi, R. La muerte obrera: Una investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo. México, Editorial Nueva Imagen, 1981.
- Ríos, L.M. y Neri, A.M. del C. Algunas consideraciones acerca de la salud en enfermedad, la salud ocupacional y la participación del psicólogo. Escrito presentado en el VII encuentro Nacional y II Latinoamericano de estudiantes de psicología. Guadalajara, Jal., 1983, págs.22.
- Robles, M. Educación y sociedad en la historia de México, México, Siglo XXI, -- Editores, 1978.
- Rojas Soriano, R. Capitalismo y enfermedad. México, Folios Ediciones, 1984.
- Rojas Soriano, R. Gua para realizar investigaciones sociales. México, Editorial UNAM., 1985.
- Rosen, G. ¿Qué es la medicina social?: Un análisis genético del concepto: De la política médica a la medicina social. Revista Salud Problema, 1985, 5, págs. 11 - 26.
- Ruvalcaba, M. Trabajo femenino, etnia y clase. Programa Nacional de Atención a la Mujer, 1982 (2), pág. 34.
- Secretaría de programación y presupuesto. Agenda estadística. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, 1983, págs. 61 - 127.
- Shaines, M. The working wife y mother a new woman. Psichiather, 1980, 34 (36) págs. 216 - 229.
- Timio, M. Clases sociales y enfermedad: Introducción a una epidemiología diferencial. México, Editorial Nueva Imagen, 1986.
- Vachet, P. Las enfermedades de la vida moderna. México, Editorial Nueva colección labor, 1985.
- Velázquez Sánchez, J. Vademecum. México, Editorial Porrúa, 1985.