



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT) Y
ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS EN
DOCENTES DE SECUNDARIA DIURNA DEL D. F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

RODOLFO PÉREZ CRUZ

PROYECTO CONACYT 83833

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: MTRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS
COMITÉ: LIC. JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA
MTRO. HÉCTOR MAGAÑA VARGAS
DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ
DR. HORACIO TOVALIN AHUMADA



MEXICO, D. F

ENERO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatoria.

“...Esto se lo dedico a los que trabajan por un sueldo bajito, pa´ darles de comer a sus pollitos...”

*René Pérez
Residente.*

“...A mi madre, pues si de alguien he aprendido a luchar por las causas ha sido gracias a sus enseñanzas, que en sus manos se refleja mi tierra y libertad...”

Rodolfo Pérez.

Agradecimientos.

Agradezco enormemente a mi familia (padres y hermanos), por las atenciones brindadas, durante mi formación académica.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por darme un espacio dentro de sus instituciones desde mi paso por el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Vallejo (CCH-Vallejo), continuando mi formación académica en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Zaragoza), de la que hoy me título como profesional de la psicología.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por la beca otorgada para la realización de esta tesis, como un apoyo hacia el fomento a la investigación universitaria.

A todos los profesores que tuve a lo largo de estos años, omito nombres para no dejar fuera a alguno, pues nunca fui de tener favoritos o hacerme de idolatrías académicas, a todos estos seres que día con día buscan la integridad social a partir de la divulgación del conocimiento, a los que quisieron reprobarme y no pudieron, a los antipedagógicos, religiosos, moralistas, fiesteros, humildes, pirruris, comunistas, capitalistas, usurpadores, poetas, santos, intelectuales, hippies, fashion, instrumentistas, deportistas y sentimentalistas. A todos ellos y ellas gracias.

Por mi Raza Hablará el Espíritu.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo 1. Trabajo Docente.....	4
1.1 La Docencia como Profesión.....	5
1.2 Función Docente.....	7
1.3 Riesgos Laborales para el Docente.....	9
Capítulo 2. Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	12
2.1 Antecedentes.....	14
2.2 Delimitación conceptual del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	17
2.2.1 Perspectiva clínica.....	17
2.2.2 Perspectiva psicosocial.....	17
2.3 Definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.....	19
2.4 Modelo Teórico del SQT propuesto por Gil-Monte.....	22
2.5 Desencadenantes del SQT en el Trabajo Docente.....	26
2.6 Evaluación psicométrica del SQT “El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, (CESQT)”.....	30
2.7 Perfiles en el Proceso del SQT.....	31
2.8 Validación del CESQT en México.....	31
Capítulo 3. Enfermedades del Docente.....	36
3.1 Salud del Adulto en el Trabajo.....	39
3.2 Condiciones de Salud de los Trabajadores de la Educación en México.....	40
3.2.1 Promoción de Salud.....	40
3.3 Los Factores de Riesgo y Daños para la Salud en la Enseñanza.....	41
3.4 Malestar Docente.....	44
3.5 Enfermedades Asociadas a la Docencia.....	46
3.5.1 Cardiopatías, Hipertensión y Trastornos Circulatorios.....	46
3.5.2 Irritaciones Oculares o de Vías Respiratorias, Problemas de Piel e Intoxicaciones.....	47
3.5.3 Dolores Musculares.....	48
3.5.4 Disfonías o Problemas de Garganta.....	50
3.5.5 Trastornos Psicológicos: Dificultad de Comunicación, Fatiga Psíquica, Insomnio, Neurosis, Psicosis, Depresión y Estrés.....	50

Capítulo 4. Las Instituciones Educativas a Nivel Básico “Secundarias Diurnas” ...53

4.1 Antecedentes.....	54
4.2 Percepción de la Escuela Secundaria en la Actualidad.....	57
4.3 Estructura Curricular.....	58
4.4 Competencias y Formación del Nuevo Docente.....	60
4.5 Proceso del Trabajo Docente en Secundaria.....	63

5. Método.....66

Planteamiento del Problema.....	67
Objetivo General.....	67
Objetivos Específicos.....	67
Hipótesis.....	67
Definición de Variables.....	68
Diseño.....	68
Participantes.....	68
Instrumentos.....	69
Procedimiento.....	69
Resultados.....	70

6 Discusión.....88

Conclusiones.....	97
-------------------	----

Referencias.....99

Anexo.....106

Resumen.

El objetivo de esta investigación fue evaluar la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Burnout utilizando el modelo de Gil-Monte (2005) que incluye las dimensiones de Ilusión en el trabajo, Desgaste psíquico, Indolencia, y Culpa, en una muestra de 566 docentes provenientes de 9 delegaciones del Distrito Federal distribuidos en 48 secundarias diurnas. La muestra se conformó por 175 hombres (30.9%) y 391 mujeres (69.1%), con un rango de edad de 21 a 67 años con \bar{x} de 43.5. Se aplicó el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT-PE). Para medir la presencia de Enfermedades se utilizó un listado de Enfermedades de elaboración propia sobre el Estado de Salud en el que se indica la prevalencia de enfermedades en los últimos 12 meses diagnosticadas por un médico o psicólogo que consta de 34 ítems. El 11.66% de la población presenta un estado patológico del síndrome, teniendo mayor estado patológico en la dimensión de indolencia y desgaste psíquico, reportado 7 casos con perfil muy grave. Con la finalidad de obtener las correlaciones de cada una de las variables, se procedió a realizar la prueba Rho Spearman en las dimensiones del SQT y las categorías de Enfermedades. Los datos mostraron que el desgaste psíquico puede generar enfermedades cardiovasculares, molestias musculoesqueléticas y alteraciones mentales, mientras que la ilusión funciona como un protector para no sufrir enfermedades infecciosas y alteraciones mentales. Para identificar las diferencias entre hombres y mujeres, se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes. Se obtuvieron diferencias significativas en la dimensión de desgaste psíquico [$t = -3.455, p \leq .001$]. Con base en las *medias* obtenidas, las mujeres manifiestan mayor tendencia a presentar desgaste psíquico ($M = 1.7$) a diferencia de los hombres ($M = 1.4$). Se aplicó un análisis de varianza simple (ANOVA) para obtener las diferencias significativas en la variable grupo por antigüedad laboral. Se obtuvieron diferencias en la dimensión de desgaste psíquico [$F(3,234) = 2.516, p \leq .05$]. Con la prueba Post Hoc de Tukey, se obtuvo que el desgaste psíquico aumenta ($M=1.7$) conforme se incrementa la antigüedad laboral (de 21 a 43 años).

Palabras Clave: Burnout, CESQT, Enfermedad, Docencia.

Introducción.

La profesión docente en el nivel básico tiene una fuerte identidad histórica en cada país generada seguramente por razones diferentes. En el caso de México, aparece estrechamente ligada con un papel protagónico con el laicismo y el apoyo a la ciencia en el siglo XIX, el movimiento educativo post-revolucionario en los años veinte, la defensa del laicismo nuevamente en los años treinta, hasta hablar de la construcción de un proyecto nacional del país en los noventa.

Sin duda el trabajo docente tiene importantes motivos de satisfacción intrínseca. Los docentes suelen defender su trabajo como eminentemente creativo, lo que sería un rasgo esencial de su identidad profesional. Se trata sin duda de un trabajo intelectual, que impulsa entre los docentes importantes manifestaciones de creatividad intelectual, artística, cultural muchas veces canalizada por la capacidad de comprensión de los alumnos y restringidas por la posibilidad y oportunidades reales de expresión y reconocimiento social que logra esta actividad intelectual.

Desde hace ya algunos años, varios científicos se han dado a la tarea de buscar las causas por las cuales el trabajador se ve afectado en su rendimiento laboral. Es en la década de los años 70, cuando la idea de humanizar el lugar de trabajo logra su reconocimiento social e institucional, adquiere su máximo esplendor y se desarrolla a través del denominado “Movimiento de la Calidad de Vida Laboral”. Justamente es el capitalismo uno de los principales causantes de esta conversión enajenante del trabajo (Thénon, 1974).

La idea subyacente a las reivindicaciones de este movimiento estriba fundamentalmente en la necesidad de humanizar el entorno laboral enfatizando el desarrollo del factor humano y la mejora de la calidad de vida del trabajador. La cantidad y la calidad de dichos medios depende de una serie de factores que varían de acuerdo a cada país y su nivel de desarrollo económico, político y social (Nikitin, 1980). En definitiva se trata de lograr una mayor calidad de vida en el trabajo (Gil-Monte, 2008)

Durante siglos el hombre civilizado ha dado a los trabajadores productivos alguna forma de preparación, ya sea en un sistema de escuelas para las profesiones, o a través del aprendizaje dirigido por los gremios, costumbres tribales, sindicatos y corporaciones.

La relación entre la sociedad y el trabajo se da desde el momento en que el trabajador se pone en contacto con una diversidad de factores que están dentro del entorno laboral, adquieren una cualidad particular y si vuelven, a partir de los niveles en que se encuentran o debido a los tiempos que los individuos están en contacto con ellos se pueden presentar en generadores de patologías, daños o malestares.

Cox (1984), comenta que la salud física peligra cuando el medio de trabajo deshumaniza a la persona por una combinación de factores que exponen a riesgos físicos y mentales (OIT, 1984).

Algunas de estas condiciones del entorno laboral incluyen desde las más elementales como el nivel de ruido, la iluminación, el clima físico (temperatura, ambiente, humedad, viento y radiaciones), la higiene (limpieza, ventilación, y sanitarios) hasta las más extremas como la toxicidad y las condiciones climatológicas (en trabajos a la intemperie), pasando por las más sofisticadas derivadas de análisis ergonómicos (Manassero, 2003).

La sociedad no puede eludir sus problemas sociales y económicos entregándolos a la escuela y esperar de ellos mejoras inmediatas y deseables. La escuela es sólo una institución que influye en la vida de los niños, y al menos que exista una completa cooperación entre las demás instituciones y la escuela, de tal manera que todas ellas trabajen conjuntamente hacia los mismos objetivos, el progreso será lento o imposible. (Bent, 1952)

En la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (Sauter, 2001), se comenta que la organización y duración del tiempo que trabaja una persona constituyen aspectos muy importantes de su experiencia de la situación laboral.

“En el caso del profesorado, las sucesivas reformas educativas han obligado a reconversiones profesionales que se han ido asumiendo, a veces con un elevado coste personal. Ello nos tiene que llevar a reflexionar sobre el peligro del Rustcut y del Burnout y sobre la necesidad de disponer de competencias personales e interpersonales que nos ayuden a romper la soledad del aula, buscando proyectos compartidos y resolviendo las dificultades que surgen en las aulas” (Cano, 2005)

El objeto del primer capítulo es presentar la aproximación al tema del trabajo docente, pues es necesario entender el papel que tiene dentro de la historia en la vida social, se expondr  como quienes han ejercido esta profesión lo han hecho desde la óptica del servicio desinteresado y a cambio, han recibido reconocimiento social, pues la actividad docente es una de las más resistentes a todo tipo de innovación.

En el segundo capítulo se profundiza en el conocimiento de la teoría del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Burnout, según los estudios realizados por el Dr. Gil-Monte (2005), se analiza desde las primeras aportaciones científicas hechas por Freudenberguer hasta los postulados con mayor relevancia en la actualidad.

Posteriormente se realiza un estudio sobre el tema del malestar docente, y como repercute en el desarrollo de enfermedades profesionales, los cuales pueden ser predecesores ante el sufrimiento del SQT, este análisis se realiza en el tercer capítulo, en el que se explica las diferentes causas que pueden orillar al docente a padecer enfermedades físicas y mentales.

El capítulo cuarto se refiere en gran medida, al estudio de las transformaciones de la educación básica en México en específico la educación secundaria, los logros y altibajos que ha padecido, así como, la descripción de los procesos del trabajo docente, en este sector de la educación.

En el último apartado se presentan los resultados de la investigación así como los análisis y conclusiones derivados, respectivamente.

Capítulo 1.

Trabajo Docente.

Trabajo Docente.

1.1 La Docencia como Profesión.

Las instituciones educativas constituyen un agente de socialización con un poder de influencia formidable, puesto que acoge al 1/5 de la humanidad (según datos de la UNESCO), y se han convertido en “el mecanismo más importante para organizar y transmitir conocimientos a los jóvenes” (Fernández, 1995)

Los indudables beneficios que supone la expansión de la enseñanza obligatoria van unidos a la necesidad de asumir los retos y la responsabilidad de esta tarea en el marco de unas sociedades que son, o se consideran democráticas, o desean convertirse en tales. Este tipo de retos y responsabilidades que, sin ninguna duda, afectan directamente a los docentes y a todos los que trabajan en el mundo de la educación.

La demanda por la enseñanza secundaria está determinada por diversos factores, entre los cuales desempeñan papeles importantes los efectos económicos y sociales que se generan a través de la expansión del egreso de la misma enseñanza. (Muñoz, 1983).

La tradición docente es amplia, sin embargo varía con el trabajo psicopedagógico en dichas enseñanzas, pues a pesar de que a veces se han recogido en documentos oficiales menciones a algún tipo de intervención orientadora en Secundaria, en realidad hasta hace más de una década que no se ha empezado a trabajar en ello de una manera mínimamente seria.

La sociedad actual está imbuida de tecnología. Los y las profesionales de la educación no son una excepción y muchos conciben la enseñanza como un conjunto de acciones, medios, actuaciones, etc., dirigida hacia unos fines predefinidos. Participan de los planteamientos básicos del currículum como producto, o lo que es igual, de los planteamientos técnicos del currículum (Fernández, 1995).

El trabajo docente es una de las actividades que más beneficios crea para una sociedad, ya que es el docente el encargado de transmitir un conocimiento que lleve al progreso y desarrollo de una nación, además de compartir valores, normas, cultura, etc., lo que permite revalorar las formas de actuar y de pensar dentro de nuestro entorno social.

Por consecuencia el docente debe tener una preparación acorde al nivel en el que se encuentra ejerciendo su labor; para poder transmitir a sus alumnos un conocimiento que los ayude a trascender en el ámbito escolar, social y personal.

Por este motivo es necesario conocer el trabajo docente el cual tiene una larga historia en la vida de la sociedad, siempre ha tenido como uno de sus rasgos constitutivos el involucramiento y grado de compromiso de quienes la practican así como el alto reconocimiento de la sociedad a la que ha servido. Quienes han ejercido esta profesión lo

han hecho desde la óptica del servicio desinteresado y a cambio, han recibido reconocimiento social, prestigio y un aceptable estándar de vida.

A lo largo de mucho tiempo la actividad docente no ha sido cuestionada y ha sido vista como un trabajo en apariencia descansado, sin mayores complicaciones que las de la atención a los alumnos en el aula, sin riesgos aparentes y sin efectos directos a la salud de los trabajadores de la educación.

La actividad docente es una de las más resistentes a todo tipo de innovación, como confirman numerosos autores de las más diversas latitudes. Quizás convenga reconocer dos extremos: a) Por más que los grandes números sigan acusando la atonía general dominante en los cuerpos docentes de todos los niveles del sistema educativo, por lo que se refiere a esta conciencia eficaz de necesidad de perfeccionamiento pedagógico permanente, no es menos cierto que en la mayoría de los países de nuestro entorno, y en el nuestro propio, se ha iniciado en los últimos años una expansión nada despreciable de intentos, con mayor o menor éxito, de institucionalizar de alguna manera el perfeccionamiento técnico-pedagógico de los profesores, especialmente en los primeros niveles del sistema educativo; b) No es ajena a esta resistencia al cambio por parte de los docentes la ambigüedad de su rol social establecido, al margen totalmente de su voluntad, a saber, el rol de “transmisores para su conservación” del legado cultural por las generaciones históricamente previas. (Fernández, 1999)

Los que desempeñan la actividad social de que se trate desarrollan una conciencia satisfactoria de la función que realizan y el servicio que prestan a la sociedad, por un lado, junto con cierto orgullo sano de auto identificación específica, por el hecho de pertenecer al colectivo profesional en cuestión (docencia).

Como comenta Fernández (1999) “Si usted pregunta a un profesor de bachillerato: ¿Qué es usted?, levantará la voz y la cabeza para responder: Historiador, matemático, filólogo, químico, filósofo o físico; si a continuación usted le pregunta: ¿Y a qué se dedica?, bajará la voz y la cabeza, para responder: A la enseñanza”. Al menos en este nivel del sistema educativo al que se está haciendo referencia (secundaria, bachillerato, enseñanzas medias entre nosotros), sí parece general esta auto identificación de los profesores, en primer término como “licenciados en”, más que como “profesores de”.

La tendencia actual es la de que los educadores y dirigentes consideran la escuela pública como la institución más lógica y eficiente para la preparación general de los trabajadores productivos. Para muchos individuos la preparación para un oficio no es tan deseable, porque la vida religiosa, política, societaria y familiar es más atractiva que la dedicada a ejercer un oficio; y entre las diversas profesiones son más atractivas las de naturaleza intelectual. (Bent, 1952)

Esto explica en parte la vacilación de las escuelas secundarias incluir la preparación para ocupaciones distintas de las profesiones liberales, consideradas estas de naturaleza diferente a las de los oficios. Las demandas populares más bien que por un deseo de parte de los educadores.

1.2 Función Docente.

Algunos de los elementos que definen a la actividad académica son el desarrollo de la creatividad, la adquisición constante de nuevos conocimientos, la diversidad de tareas, la posibilidad de transmitir a nuevas generaciones no solamente conocimientos sino también valores y actitudes ante el conocimiento y la vida misma, todos ellos valorados como rasgos positivos del trabajo académico. Sin embargo, también como elementos constitutivos del trabajo docente se encuentran: a) la carga de trabajo, b) la complejidad del contenido del trabajo entre lo que se encuentra: la enseñanza propiamente dicha, el currículo y la organización escolar y c) la responsabilidad social frente a alumnos, padres y sociedad en su conjunto.

Aunado a lo anterior, nos encontramos con los cambios en el trabajo docente originados por las nuevas formas organizativas y la organización del trabajo, lo que ha generado un perfil académico novedoso.

El profesor es un “catalizador”. Incita al aprendizaje, no lo proporciona. Debe conocer su materia, el proceso de la enseñanza y la personalidad de sus alumnos, planear y suministrar normas y explicaciones, trabajos individuales y por equipo; evaluar el aprovechamiento y calificar. Ocupa un lugar de responsabilidad y goza de una condición particular en el ámbito social representado por la juventud. Ninguna profesión es más exacta ni más difícil que la del docente. (Nordberg, 1967)

Nordberg (1967) comenta que la “enseñanza” es algo que todos practicamos, al menos de manera informal, y ya que la adolescencia es un fenómeno fácil de observar, no faltara quien piense que es inútil recibir tal instrucción.  Qui n necesita aprender a enseñar?, si uno sabe química, historia, matemáticas, arte,  no será capaz de enseñar esas materias a los adolescentes?

Por supuesto, todos sabemos cómo enseñar algunas cosas a una o pocas personas si se cuenta con tiempo suficiente, si el que aprende quiere hacerlo, si nadie juzga la eficacia. El problema reside en que el profesor de una escuela de enseñanza media debe enseñar materias ya estipuladas a numerosos estudiantes a la vez. El tiempo es limitado, muchos alumnos son reacios a aprender, y los administradores, las juntas directivas y los padres de los alumnos juzgan la eficacia del profesor.

De ahí que el docente de escuela secundaria tenga necesidad de aprender a enseñar. Puede poseer muchas o pocas actitudes, dominar su labor con rapidez o lentitud, hacerlo por medio de la práctica o de la instrucción previa, pero debe formarse para ser eficaz. La capacidad de enseñar con acierto está lejos de ser algo instintivo, y en lo que apunta a la escuela, se requiere un saber y una habilidad ilimitada.

Cuando se conocía menos sobre el proceso del aprendizaje, no siempre se interpretaba claramente la función del profesor.

“La puesta en marcha de la Enseñanza Secundaria obligatoria está evidenciando, a un más si cabe, la inaplazable necesidad de la formación permanente de los diversos profesionales que trabajan en este nivel, incidiendo especialmente en las áreas psicopedagógicas. En razón de sus tareas educativas nos encontramos en estos centros, esencialmente, con dos tipos de profesionales: los/as docentes y los/as psicopedagogos/as.”(Citado en Fernández, 1995)

Los primeros, preparados en las facultades correspondientes a las diversas disciplinas, han recibido una sólida capacitación disciplinar, pero carecen de una formación inicial en el ámbito psicopedagógico. Esto unido a su experiencia profesional mayoritariamente en las enseñanzas medias, con su historia de propedéutica para los estudios universitarios, los sitúa en posiciones desventajosas para adaptarse a los nuevos requerimientos del sistema educativo.

Los segundos, licenciados en pedagogía o psicología, recientemente incorporados (algunos en proceso de incorporación), parten con una formación inicial diferenciada y cada vez más divergente (basta con ver los nuevos Planes de Estudio de ambas licenciaturas), sesgada en mayor o menor grado hacia la vertiente psicológica o pedagógica y, por tanto, deficitaria en determinados aspectos. Pero además se cuenta en el sistema educativo con poco bagaje experiencia al que recurrir para cumplir las importantes y complejas tareas que el sistema actual les asigna.

Canon (2005), comenta que la función docente puede estructurarse, grosso modo, en dos tipos de tareas principales:

- La tarea del profesorado como mediador en el proceso de enseñanza-aprendizaje.
- La tarea de conocedor disciplinado, que comparta la intervención curricular (aunque este conocimiento es esencialmente colegial).

1.3 Riesgos Laborales para el Docente.

La salud de los trabajadores docentes, es un área prioritaria de investigación ya que se muestra como un tema privilegiado para la construcción de un nuevo modo de entender y analizar la salud – enfermedad colectiva en cuanto proceso social.

“La salud de los trabajadores no es solo el resultado o efectos de los factores mecánicos, físicos, químicos o biológicos, presentes en los lugares de trabajo, si no también, y de manera muy importante en nuestros días, del efecto que surge de los factores psicosociales derivados de la organización del trabajo para la producción”(citado en Fernández, 2003).

Se tiene que reconocer como un elemento más en este aspecto que ante la dificultad de definir la medicina del trabajo, el comité mixto Organización Internacional del Trabajo / Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS) definió los objetivos de salud en el trabajo.

En su primera reunión, el comité mixto (OIT/OMS) en 1950 adoptó la siguiente definición de los objetivos de la medicina del trabajo:

“Promover y mantener el mayor grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones; prevenir cualquier riesgo que pueda alterara su salud a causa de las condiciones de trabajo; protegerlos en su empleo contra la presencia de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo de acuerdo a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas, en suma, adaptar el trabajo al hombre y cada hombre a su trabajo”.

“Queda, sin embargo un espacio de importantes perspectivas, para la medicina del trabajo , que se refiere a la actividad docente, a la formación de recursos humanos, cabalmente preparados para llevar a cabo, tanto esta actividad como las que se han señalado, dentro de esta actividad docente, esta la que cumple con la necesidad de una permanente actualización para el personal que labora en este campo, acorde con los avances de los procesos de trabajo y de las nuevas formas de producción”(citado en Fernández, 2003)

El trabajo docente se caracteriza por ser un trabajo con alto grado de atención, supervisión estricta, exceso de trabajo, mecanismos de evaluación como formas de supervisión, intensificación de los ritmos de trabajo para lograr el incremento de la productividad académica y la simultaneidad de tareas y el alargamiento de la jornada laboral más allá del horario formal con actividades extras, con la preparación de clases, elaboración de material didáctico, diseño y calificación de exámenes, evaluación de trabajos, etc. De esta manera la jornada laboral se vuelve intensiva y extensiva hasta los fines de semana y los periodos vacacionales con la consecuente invasión de la vida familiar y el tiempo libre (Vázquez, 1999). Cuando la intensidad, frecuencia y duración de estas condiciones laborales sobrepasa los límites de resistencia psicofísica es cuando se presentan los daños a la salud del docente.

La Organización Internacional del Trabajo actualmente reconoce que si bien es cierto que la enseñanza no ha sido considerada una profesión que implique la exposición a sustancias peligrosas, y que por ello no ha sido objeto de estudio sistemático sobre los problemas de salud derivados de ella, actualmente los docentes pueden verse expuestos a una amplia gama de riesgos en el trabajo; el ambiente académico difiere tanto del ámbito industrial o de oficina que en algunas regiones en el mundo las instituciones académicas pueden estar exentas del cumplimiento de la legislación en materia de salud en el trabajo (OIT, 1998).

Lo anterior hace comprensible que exista en general en todo el mundo un fuerte déficit de conocimiento en materia de salud laboral en la actividad magisterial; sobre todo, a partir de las nuevas formas de organización del trabajo docente, y no ha sido, para el caso de México, hasta los últimos 15 años aproximadamente, cuando se ha dado inicio a los estudios sobre trabajo docente y la salud.

Para Ibarra y Ramírez (Citado en Torres, 2008), existen diferentes factores que pueden producir daños, de diferentes características y gravedad a la salud como las siguientes:

- **Microclima de Trabajo:** Hace referencia a la iluminación, temperatura, ventilación y humedad del lugar de trabajo, así como el diseño y configuración del trabajo.
- **Factores Contaminantes:** Pueden ser del orden físico, químicos y/o biológicos, cuando se combina alguno de los factores puede resultar, por ejemplo en disfonía de algún maestro debido al polvo y ruido del lugar que provoca que el docente eleve la voz y esto conlleve a la enfermedad.
- **Factor Sobrecarga Muscular:** Se presenta cuando el sujeto ejerce un esfuerzo físico prolongado, posturas o posiciones incómodas, levantamiento de peso o movimiento forzado, así como permanecer de pie durante tiempo excesivo.
- **Factores Tecnológicos y de Seguridad:** Se trata de factores provenientes de las instalaciones y de los medios materiales con los que se labora, estos son: fotocopiadoras, artículos de oficina, mesas, sillas, material de limpieza, condiciones del lugar como su espacio, instalaciones, etc.
- **Factores que ocasionan Sobrecarga Psíquica:** Son aquellos elementos y situaciones que producen fatiga mental relacionada a situaciones de tensión psicosocial en el trabajo, dichos elementos est n relacionados con la organización, la planificación, la realización y el comportamiento en el trabajo. Diferentes situaciones pueden originar sobrecarga psíquica:
 - a) **Organización en el trabajo:** Sueldo, jornada laboral, inseguridad laboral, exceso de responsabilidad, falta de expectativas profesionales, inestabilidad laboral.

- b) Planificación en el trabajo: Falta de participación, desorientación sobre funciones y tareas.
- c) Realización del trabajo: Ritmo acelerado, trabajo con el público, acumulación de tareas, excesivo número de alumnos en el salón, escasez de medios, desplazamientos.
- d) Comportamiento en el trabajo: Conflicto en las relaciones personales, autoritarismo en la dirección.

Tal y como comenta Ayuso (2006), no se puede obviar el estado de opinión que existe entre los profesionales de la enseñanza y buena parte de la sociedad, sobre lo difícil que es impartir clases a los adolescentes de hoy. Este clima de insatisfacción, recoge consideraciones negativas respecto a la falta de disciplina en el alumnado, falta de apoyo de padres y madres e incluso de la administración educativa, el importante número de bajas entre docentes por enfermedades mentales (depresión, ansiedad, etc.), determinadas rutinas perniciosas que se establecen en los centros y que no permiten el desarrollo óptimo de la actividad profesional (falta de profesorado de apoyo, inadecuación de horarios, las tutorías de las clases “más conflictivas” son asumidas por profesorado recién llegado al centro, etc.).

Todo esto y más, hacen que la vivencia de su profesión por parte de muchos profesores y profesoras, no se haga de manera positiva, lo que les llevará a engrosar las filas de aquellos profesionales que sufren el día a día de su trabajo, llegando poco a poco a mayores cuotas de insatisfacción y “malestar docente”.

Capítulo 2

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Burnout.

El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) o Burnout.

Al analizar la importancia que tienen los factores históricos y su influencia en el trabajo, y a su vez la transformación que ha tenido la actividad socioeconómica, el mundo anglosajón, con Estados Unidos a la cabeza, es en la actualidad el principal referente en materia de investigación, de actividad económica y laboral, en especial para los países occidentales.

Como vanguardia de los cambios en ese contexto sociocultural aparecen en primer lugar los fenómenos y los problemas vinculados al desarrollo y a las modificaciones del mundo del trabajo, por lo que también los Estados Unidos son pioneros en el estudio y prevención de las enfermedades ocasionadas por el trabajo. El mayor volumen de investigación en materia de evaluación y prevención de riesgos psicosociales tanto en sus inicios como en la actualidad se encuentran en inglés, lo que supone un problema para dar una traducción precisa al “Burnout”, algunos profesionales de habla hispana que trabajan sobre su estudio, le dan el nombre de Síndrome de Quemarse por el Trabajo (en adelante SQT).

Los riesgos psicosociales en el trabajo en general, y el SQT, en particular, representan en la actualidad un problema importante para las sociedades. El cambio en el mundo laboral, desde las actividades con un componente importante de tareas que requerían utilizar la actividad física hacia las tareas con mayor demanda de actividad cognitiva, han hecho progresar la frecuencia e intensidad de los riesgos de carácter psicosocial.

Así, problemas del mundo laboral y de manera específica el SQT, que han sido estudiados en Estados Unidos en la década de los setenta, y en Europa en los ochenta, son temas de análisis actualmente en países latinoamericanos, tal es el caso de México.

Olivares y cols. (2009,) comentan: “la prevalencia de este síndrome en países desarrollados ha sido ampliamente estudiada, no así en países latinoamericanos. En un estudio reciente donde participaron trabajadores de 11 países europeos, el 43% de los encuestados fueron clasificados con niveles altos del SQT, concluyéndose que este fenómeno es un problema común en toda Europa. Estas cifras son similares a las señaladas por otros estudios en diversos colectivos ocupacionales de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela), donde la prevalencia del estrés laboral y del SQT se ha estimado entre el 10% y 43.2% siendo estos fenómenos relacionados con diferentes factores psicosociales presentes en el trabajo de altos costes personales” (p.64).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1984) reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo, se concluyen apartados en los cuales se menciona que la salud mental viene determinada en parte por las características del entorno ocupacional, y de entre estas características los factores psicosociales y organizativos desempeñan un papel relevante.

Varias son las razones que recomiendan la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. Las estadísticas que se manejan en las diferentes publicaciones científicas indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por estos problemas.

En este contexto, la obra del Dr. Gil-Monte supone una contribución importante, de clara utilidad y relevancia sociolaboral. Su estructura y contenidos ofrecen una exposición sistemática del SQT que resulta clara, rigurosa y útil para los fines a los que se ha dedicado esta investigación dentro de este campo y en la práctica profesional, así como también contando con los hallazgos encontrados en docentes mexicanos por los profesores Unda y Sandoval (2008).

2.1 Antecedentes.

El objetivo de este apartado es hacer un recuento de las primeras aportaciones científicas en el marco de una nueva psicología laboral que entienda las nuevas y ya existentes necesidades que afectan el desempeño del hombre dentro de su ambiente laboral, por este motivo es necesario hacer mención de dichas investigaciones científicas, para el estudio específico del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (SQT).

La necesidad de estudiar el SQT viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de Estrés Laboral, así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Peiró (Gil-Monte & Peiró. 1997) comenta que actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad). (Gil-Monte & Peiró. 1997)

El concepto de “Quemarse por el Trabajo” (Burnout) surgió en Estados Unidos a mediados de la década de los años 70. (Gil-Monte & Peiró. 1997). El término Burnout se originó en el mundo del deporte, se consideró como la situación que vivían los deportistas cuando a pesar de sus grandes esfuerzos y rendimiento no podrían obtener los resultados destacados. (González & Vidal. 2008)

La primera definición del fenómeno en una publicación de carácter científico, fue en la década de los setenta, en el estudio de Freudenberguer (1974), quien recurriendo al diccionario, lo definió como “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos”. Freudenberguer señalaba que esto es exactamente lo que ocurre cuando un profesional de organizaciones de servicios de ayuda “se quema” por algún motivo y fracasa en todos los intentos por alcanzar sus objetivos, (Gil-Monte, 2005).

Freudenberger (González & Vidal, 2008), menciona por primera vez el concepto de Burnout en 1974, esto lo realizó para describir el estado físico y mental que observó entre jóvenes que trabajaban en una clínica de desintoxicación. Freudenberger toma la definición literalmente del diccionario, con lo que incorpora un término coloquial al lenguaje científico.

“Para Freudenberger (2001), los niveles de estrés psicosocial de ciertas profesiones podrían contribuir a crear una asociación entre profesión y demencia. Aunque no se ha establecido una relación explícita entre el estrés y el desarrollo de los trastornos cognitivos, se ha demostrado que la vivencia de un estrés psicosocial afecta a la forma en que las personas procesan la información y a su capacidad para recordarla”. (Citado en Gil-Monte, 2005, pp. 19)

Según Freudenberger, el Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, y se presenta en algunas actividades en donde se presta el servicio a personas, como ocurre con los Médicos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Enfermeras y Profesores. Después de cierto tiempo de prestar servicio a personas o pacientes, los profesionales que prestan servicio comunitario tienden a generar un estado de irritabilidad, toman una actitud cínica hacia quienes prestan servicio, mencionan, sentirse agotados físicamente, y tienden a evitar esta situación, por lo cual surge el ausentismo laboral.

Posteriormente Maslach (1976) describió al síndrome como las excesivas demandas emocionales, externas e internas imposibles de satisfacer, las que producían las vivencias de fracaso personal, luego de haber investido al trabajo de una significativa carga emocional. (Bittar, 2008)

Maslach, dió a conocer el término “Burnout” en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicología) en el año de 1977. Desde esa época el término Burnout se refiere al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios humanos debido a las condiciones de trabajo que se caracterizan por tener una fuerte demanda social. (Quiceno & Vinaccia, 2007)

El trabajo de Maslach estuvo enfocado en analizar al “Burnout” a partir de definirlo como un síndrome psicológico, como un estresor interpersonal que aparecería en el contexto laboral y que se le describe como un constructo trifactorial. Dichos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el personal atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (Moriani & Herruzo, 2004)

El síndrome se manifiesta cuando el individuo no es capaz de abordar las situaciones de estrés de forma adaptativa y positiva, a la vez que se siente impedido para modificar la situación problemática. Como consecuencia, acaba utilizando el escape o la evitación como una forma de enfrentamiento al estrés. Al no enfrentarse a las situaciones, los problemas no se resuelven, crecen, dando así a un proceso acumulativo de malestar prolongado que acaba de desgastar al profesional, quien, finalmente termina sintiéndose indefenso. (Vinaccia & Alvaran, 2004)

La investigación sobre el SQT creció de manera espectacular en España durante la década de los años noventa, entendiendo en sus inicios al SQT como un proceso que surge como respuesta al estrés laboral crónico y por tanto, es un fenómeno que está vinculado a la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo. Planteándose dos interrogantes:

- a)  Se trata de una patología nueva o ya existía antes de la década de los 70?
- b)  El SQT se da sólo en profesionales de ayuda o se puede desarrollar también en otro tipo de trabajadores?

El fenómeno siempre ha estado ahí, han existido personas afectadas por el SQT, desde que el trabajador se configur  como un fenómeno colectivo y social. Han sido necesarios una serie de cambios sociales culturales y organizacionales, en el mundo del trabajo.

El SQT no es una patología exclusiva de los profesionales de ayuda, o del sector servicios es la casuística lo que convierte al SQT en un problema relevante en este sector. La mayoría de los estudios se han realizado con muestras de profesionales de la educación y profesionales de la salud.

Maslach y Schaufeli (Gil-Monte & Peiró. 1997), señalan que aunque este síndrome aparece como una psicopatología específica de estos ámbitos profesionales, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organizaciones, entrenadores y deportistas.

Al evaluar el SQT en estos trabajadores mediante el MBI-HSS supuso un gran problema, su evaluación según el MBI, fue concebida para evaluar únicamente profesionales de servicios y sus ítems hacen alusión a las personas destinatarias del trabajo (pacientes o alumnos), por ello, es difícil de aplicar en las actividades en las que el trabajador no tiene un contacto directo con el cliente o usuario de la organización. (Gil-Monte, 2002)

El ritmo de vida de la sociedad occidental ha generado un incremento del estrés laboral y de los problemas asociados a él. Estos problemas inciden de manera significativa y positiva en la tasa de accidentes laborales, en la tasa de ausentismo y en la de abandono de los trabajadores, al mismo tiempo que hacen que disminuya su compromiso hacia la organización. Técnicamente, estar quemado es estar agotado emocionalmente y mostrar una fuerte actitud negativa hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol.

Gil-Monte y Peiró (1997), plantearon en sus primeras investigaciones cada línea con el convencimiento de que un diagnóstico riguroso de la salud de un trabajador, especialmente en organizaciones de servicio, debe incluir pruebas que detecten este síndrome. (Gil-Monte & Peiró. 1997)

Con el tiempo se ha ido clarificando la naturaleza del síndrome, contando con una mayor claridad y delimitación de las características del SQT. Gil-Monte y cols. (2006), Comentan que casi todos los estudios concluyen que este fenómeno tiene un coste elevado en términos de daño humano y económico, debido a que sus consecuencias, además de deteriorar la salud mental y física de los trabajadores, repercuten negativamente sobre la organización en forma de: altos niveles de ausentismo y rotación de personal, bajo rendimiento en materia de seguridad, desánimo de los empleados, falta de innovación, y baja productividad. (Gil-Monte, Núñez y Selva, 2006)

2.2 Delimitación conceptual del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

En la delimitación conceptual del Síndrome de Quemarse por el Trabajo pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. La perspectiva clínica entiende el síndrome de quemarse como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. La perspectiva psicosocial apunta hacia su consideración como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y características personales. La diferencia estriba en que el síndrome de quemarse como un estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociados al estrés laboral, y por el contrario, el síndrome de quemarse como proceso asume una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología, a su vez, diferenciada. (Gil-Monte & Peiró. 1997).

2.2.1 Perspectiva Clínica.

Desde la perspectiva clínica se entiende el SQT como un estado mental negativo al que el sujeto llega como consecuencia del estrés laboral. Esta aproximación en línea con el modelo clásico de salud-enfermedad, es útil a efectos prácticos de diagnóstico. Diagnosticar conlleva categorizar y, por tanto, es necesario evaluar si un individuo tiene unos determinados niveles en determinados síntomas aunque se ignore la dinámica del proceso que ha llevado a esa situación. La aproximación clínica sugiere manejar denominaciones como “estar quemado” “quemazón profesional” o “estar burnout” que desvían el foco de atención hacia el trabajador, y que no delimitan el fenómeno en toda su extensión al diluir los síntomas bajo esas etiquetas y reducir el síndrome a la categoría de síntoma (se evalúa el grado de quemazón o el grado de burnout).

2.2.2 Perspectiva Psicosocial.

Desde una perspectiva psicosocial, puede ser abordado como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas. En esta orientación caben los trabajos de Maslach y Jackson (1981), Golembiewski y cols. (1983), Leiter (1988), Schaufeli y Dierendonck (1993), Gil-Monte y cols. (1995, 1997), etc. (Ayuso, 2006)

Entre los autores que abordan el síndrome de quemarse desde la perspectiva psicosocial están: Golembiewski (1983), Lerter (1992), Schaufeli y Dierendonck (1993), Gil-Monte y Peiró (1995).

“Así Price y Murphy entienden que el síndrome de quemarse, al contrario que un estado, es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, y aislamiento. Para Price y Murphy concebir el síndrome de quemarse como un estado ha dificultado su comprensión y la identificación de estrategias adecuadas de afrontamiento.” (Citado en Gil-Monte & Peiró. 1997 pp.50)

La perspectiva psicosocial recomienda considerar el SQT como un proceso que se desarrolla, debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales. Este proceso puede ser reversible si el individuo emplea estrategias de afrontamiento adecuadas para diagnosticar las situaciones de estrés laboral crónico; de lo contrario puede progresar hasta una situación irreversible que conlleva el abandono del trabajo e incluso de la profesión, y de la que el individuo no puede salir sin la ayuda de un profesional especializado.

Como señala Rodríguez-Marín (Gil-Monte & Peiró. 1997) desde la perspectiva psicosocial, el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) no debe identificarse con estrés psicológico, sino, que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surge de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos.

Gil-Monte (2003), comenta a partir de los estudios realizados por Maslach y Jackson que desde la perspectiva psicosocial el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización. (Gil-Monte, 2003).

El SQT debe ser entendido como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suele emplear el sujeto, y se comporta como variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

Según Peiró (1986) la socialización laboral tendrá un papel importante ya que es el proceso mediante el cual el nuevo miembro (de una organización) aprende la escala de valores, las normas y las pautas de conducta exigidas por la organización a la que se incorpora. (Gil-Monte, Peiró. 1997)

En diferentes trabajos se ha señalado que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo se transmite entre los mismos profesionales de alguna área en específico, a través de mecanismos de modelado o aprendizaje por observación durante los procesos de socialización laboral.

2.3 Definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

Al abordar la definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) es importante subrayar que esta patología debe ser entendida como una forma de acoso psicosocial en el trabajo. Los individuos se sienten desgastados y agotados por la percepción continuada de presión en su trabajo. Por tanto, el SQT tiene su origen en el entorno de trabajo, no en el trabajador. El problema hay que buscarlo en el entorno laboral, no en el individuo. (Gil-Monte, 2005)

A diferencia del estrés, del que no existe una definición común y generalmente aceptada, hecho que ha determinado una falta de uniformidad en las medidas adoptadas para su estudio, el SQT ha logrado definirse a partir del análisis de diferentes investigaciones realizadas. En un inicio existió un consenso en la conceptualización del llamado Síndrome de Quemarse por el Trabajo en función de los tres componentes interrelacionados: cansancio emocional, despersonalización y baja realización profesional. Posteriormente Gil-Monte agregaría el factor culpa, con lo cual lograría darle mayor relevancia a la definición del SQT.

El SQT tiene su origen en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, preferentemente con los prestadores de servicios de la organización. Cuando esas relaciones conllevan una exigencia desmedida, y una tensión para el componente emocional y cognitivo de la psique, aparecen las condiciones que propician que las fuentes de estrés laboral originen el patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT.

El entorno laboral y las condiciones de trabajo son los únicos factores que intervienen en la etiología del síndrome. Las fuentes de estrés laboral pueden afectar de manera diferente al desarrollo de los síntomas en función de algunas variables de personalidad (p. ej. autoeficacia, locus de control, estilos de afrontamiento, personalidad resistente, neuroticismo, extraversión, personalidad tipo A), de variables sociodemográficas individuales (p. ej. edad, sexo, nivel educativo), o de condiciones personales (p. ej. relaciones extra laborales), por lo que pueden originar diferentes perfiles en la evolución del síndrome).

De forma que la mayoría de los primeros estudios realizados aceptaban la operacionalización tripartita propuesta desde el ámbito psicológico por Maslach y Jackson en 1981, admitiendo por la comunidad científica el MBI como instrumento para medir el Burnout. Este constructo psicológico puede considerarse como la fase de agotamiento del síndrome general de adaptación descrito por Selye, durante la cual pueden desarrollarse enfermedades por el fallo en la adaptación (Ranchal, A., Vaquero, M. 2008)

El SQT comprende una serie de alteraciones físicas, conductuales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales y que se pueden agrupar en cuatro áreas que abarcan síntomas psicosomáticos, conductuales, emocionales y defensivos.

Según el Diccionario de la Lengua Española (RAE, 1992, en Gil-Monte 2006), un síndrome, es el conjunto de síntomas más característicos de una enfermedad, mientras que un síntoma es el fenómeno revelador de una enfermedad o una señal, indicio de una cosa que está sucediendo o va a suceder. El DSM-IV (APA, 1995, en Gil-Monte, 2006) define un síndrome como la agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

La literatura presenta más de 100 síntomas asociados al síndrome. Estos síntomas afectan negativamente a los afectos y emociones (p. ej. agotamiento emocional, irritabilidad, odio) a las cogniciones (p. ej. baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso profesional) a las actitudes (p. ej. cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, suspicacia), a las conductas (p. ej. comportamiento suspicaz y paranoide, aislamiento, consumo de tranquilizantes y barbitúricos, rigidez, quejas constantes, aumento de accidentes, conductas agresivas hacia clientes, ausentismo), y al sistema fisiológico del individuo (p. ej. cansancio, insomnio, úlcera de estómago, dolor de cabeza, dolor de espalda, fatiga, hipertensión).

Gil-Monte (2005), menciona al SQT como una forma de acoso psicosocial, considerando que se entenderá como un fenómeno diferente al acoso psicológico o mobbing. El acoso psicológico es una fuente de estrés laboral originado por un conflicto interpersonal asimétrico en el que una de las partes (acosado) no tiene poder alguno sobre la otra parte (acosador). Por el contrario, en el SQT, entendido como acoso psicosocial, el trabajador no es el foco de la presión psicológica de uno o varios miembros del grupo al que pertenece con la complicidad del resto, ni es objeto de conductas hostiles y carentes de toda ética hacia su persona.

Esto es, el acoso psicológico o mobbing es un estresor laboral, mientras que el SQT (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales. (Gil-Monte, 2005)

A lo largo de varios años se han planteado una serie de definiciones para poder establecer cómo se entiende el concepto dentro de las investigaciones realizadas. Gil-Monte (2005) realiza una reseña corta sobre dichas aportaciones de las cuales solo se hará la mención de éstas, las cuales son:

1. Denominaciones con referencia en el término original anglosajón “Burnout”

Síndrome de Quemarse por el Trabajo. (Gil-Monte y Peiró, 1997)

Síndrome de estar Quemado en el Trabajo. (Salanova, Schaufeli, 2000)

Síndrome de Quemarse en el Trabajo. (Guillen y Santamaría, 1999)

Síndrome de Estar Quemado. (Da Silva, Daniel y Pérez, 1999)

Síndrome del Quemado. (Chacón, Vecina, Barrón y De Paul, 1999)

Estar Quemado. (Olmeda, García y Morante, 1998)

Quemazón Profesional. (Aluja, 1997)

2. Denominaciones con referencia en el contenido semántico.

Desgaste Psicológico por el Trabajo. (García, Sáez y Llor, 2000)

Desgaste Ocupacional. (López, 1996)

Desgaste Profesional. (Arón y Milicic, 2000)

Agotamiento Profesional. (Belloch, Renovell, Gómez, 2000)

Síndrome de Cansancio Emocional. (García, Sobrido, Raña y Saleta, 1999)

3. Denominaciones que considera al Síndrome de Quemarse por el Trabajo como sinónimo de Estrés Laboral.

Estrés Crónico Laboral Asistencial. (Manzano, 2001)

Estrés Laboral Asistencial. (Arranz, Torres, Cancio y Hernández, 1999)

Estrés Profesional. (Aluja, 1997)

Estrés Laboral. (Fuertes, 1997)

Mientras que por otra parte la Universidad de California (en su sitio web <http://danr.ucop.edu/aglabor/Spanish-dictionari.pdf>) la denomina como “Síndrome del Empleado” y la denominación “Enfermedad de Tomás”, propuesta por Gervás y Hernández, inspirados en una novela de Milan Kundera titulada “La insoportable levedad del ser”. (Gil-Monte, 2005)

“Perlman y Hartman (1982) realizaron una revisión de la literatura considerando las definiciones elaboradas entre 1974 y 1982 sobre el SQT. Estos autores consideran en su estudio un total de 48 trabajos que contienen definiciones y concluyen que el SQT puede definirse como “una respuesta al estrés emocional crónico con tres componentes: agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y un exceso de despersonalización”. En el estudio se concluye también que el cuestionario de Maslach y Jackson (1981), el Maslach Burnout Inventory (MBI), compuesto por tres dimensiones denominadas: realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, evalúa los tres componentes identificados en las definiciones consideradas. Estas conclusiones resultaron determinantes para contribuir a la aceptación entre la comunidad científica de la definición por excelencia del SQT que se maneja al día de hoy, y que lo define como “Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad” (Citado en Gil-Monte, 2005 pp.45)

Manso-Pinto (2006) comenta, que esta definición generada por el constructo trifactorial del MBI, a lo largo de los avances que se han obteniendo, fue volviéndose insuficiente y limitada para varias poblaciones de América Latina y algunas regiones de Europa. Debido a que se han presentado inconsistencias dentro de sus tres dimensiones en estudios realizados por: (Abu- Hilal & Salameh, 1992; Brookings, Bolton, Brown, & McEvoy, 1985; Corcoran, 1985; Densten, 2001; Digman, Barrera, & West, 1986; Drake & Yadama, 1995; Garcia, Llor, & Saéz, 1994; Gil-Monte & Peiró, 1999; Gold, 1984; Green & Walkey, 1988; Iwanicki & Schwab, 1981; Power & Gose, 1986; Sarros & Sarros, 1992).

Por otro lado, Gil-Monte y Peiró (Quiceno & Vinaccia. 2007 p.119), definieron el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT o Burnout) como: “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”.

Dicha definición se ha considerado como pilar fundamental para la comprensión del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, y poder partir de una forma sólida en su estudio en casos de profesores mexicanos de nivel secundaria.

2.4 Modelo Teórico del SQT propuesto por Gil-Monte.

El SQT tiene sus orígenes en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral, preferentemente con los receptores del servicio, y en particular cuando dichas relaciones implican una exigencia y tensión para el componente emocional y cognitivo de la psiquis. (Napione, 2008)

Este tipo de relaciones interpersonales facilitan que otras fuentes de estrés laboral generen un patrón de respuestas que conforman la sintomatología del síndrome. Estos síntomas (cognitivos, emocionales, actitudinales, conductuales y fisiológicos) interaccionan entre sí en un proceso que se transforma en crónico debido a mecanismos de retroinformación.

La sintomatología es reforzada y mantenida por la persistencia de las condiciones laborales negativas y por carencias de formación continuada de los profesionales, que no pueden encontrar las estrategias de afrontamiento adecuadas para manejar esas condiciones ni la sintomatología que origina el estrés laboral percibido.

Gil- Monte (2005) señala que el progreso del síndrome dependerá de la interacción de las condiciones del entorno laboral y las variables personales. El entorno laboral es el desencadenante de la etiología de los síntomas y del progreso del SQT, ya que las diferentes fuentes de estrés afectan de forma diferente a la intensidad con que los sujetos perciben los síntomas y en sus consecuencias. (Gil- Monte, 2005, Napione, 2008)

Para explicar el modelo teórico del proceso del SQT, integra diferentes modelos.

Entre otros, se pueden citar: a) el modelo tridimensional del MBI-HSS, que se caracteriza por integrar como síntomas el deterioro del sistema cognitivo, emocional y actitudinal del individuo, y que destaca como síntoma del SQT la aparición de despersonalización; b) el modelo de Edelwich y Brodsky, que explica la función de la frustración en el desarrollo del SQT, y c) el modelo de Price y Murphy, que enfatiza la importancia del deterioro emocional con la aparición de desgaste emocional y sentimientos de culpa.

Con respecto a los procesos cognitivos, se basa en la teoría social cognitiva de Bandura, para dar cuenta de la influencia que tiene en la aparición del SQT, las creencias sobre la capacidad perceptiva y la justificación de la conducta y categorización de personas mediante estrategias como la justificación moral, el lenguaje eufemista, la comparación ventajosa, el desplazamiento y la difusión de la responsabilidad, la distorsión de las consecuencias, la atribución de culpa y la deshumanización.

Las teorías de Edelwich y Brodsky, como la de Pines, fundamentan la aparición de una crisis existencial vinculada al trabajo, que es fuente de desencanto profesional, y que hace que el trabajo ya no sea el referente de la actividad vital de las personas. Las teorías de los eventos afectivos de Weiss y Cropanzano sostienen que la experimentación emocional, es resultado de un doble proceso de evaluación, fundamentan la importancia de las emociones en las organizaciones. (Gil- Monte, 2005, Napione, 2008)

Las emociones son utilizadas por las organizaciones para reafirmar el carácter imperativo de las normas dentro de la organización y se fomentan durante el proceso de socialización, donde la organización transmite a la persona cómo se debe sentir cuando realiza determinadas conductas, o ante la presentación de otros. La anticipación de vergüenza o culpa por la ocurrencia de determinados acontecimientos como producto de la conducta individual lleva a la persona a acatar la norma. (Napione, 2008)

Las emociones intervienen también en los juicios de carácter ético, como es el caso de la vergüenza y la culpa, ante el deseo de rectificar cuando se ha realizado alguna acción que se considera no adecuada.

Napione (2008), menciona que en la vergüenza, el yo, es el objeto sobre el que se realizan las evaluaciones negativas, en cambio en el proceso de culpa es el individuo quien realiza una evaluación negativa sobre las acciones realizadas u omitidas, y no sobre su yo.

La experiencia de vergüenza puede ser más dolorosa y devastadora que la culpa, ya que el individuo piensa que es malo y no que ha hecho algo malo. Se desarrolla un sentimiento de autodesprecio y de devaluación de la propia persona. El individuo desea ocultarse de los demás y evitar cualquier situación interpersonal que le exponga a la vergüenza. Mientras que con la culpa se desarrolla el deseo de reparar el perjuicio, con la vergüenza aparece el deseo de desaparecer. (Gil- Monte, 2005, Napione, 2008)

La aparición de los sentimientos de culpa puede generar un círculo vicioso en el proceso de desarrollo del SQT que aumenta la intensidad de la sintomatología. En el modelo teórico de Gil- Monte (2005), la culpa es considerada como estado y no como rasgo de personalidad.

El estado de culpa es la experiencia inmediata de culpa basada en la violación reciente de un código de moral. En cambio, el rasgo de culpa se define como una tendencia persistente a tener remordimientos y a sentirse culpable y arrepentido. (Gil-Monte, 2005)

Los sentimientos de culpa llevarán a que los profesionales presenten una mayor implicación laboral para disminuir sus remordimientos y su culpabilidad, pero si las condiciones del entorno laboral no cambian (sólo cambian los receptores del servicio), se incrementará el deterioro cognitivo y emocional, apareciendo nuevamente actitudes de indiferencia, indolencia y despersonalización. Este proceso se retroalimentará en forma positiva, ya que aparecerán nuevos sentimientos de culpa o se incrementarán los existentes. (Gil-Monte, 2005, Napione, 2008)

De esta manera se mantendrá o intensificará el SQT, produciéndose a medio o largo plazo un deterioro de la salud de los profesionales, mayor ausentismo, aumento de la tasa de ausentismo y deseo de abandonar la organización y la profesión.

Gil-Monte cita los modelos de Edelwich & Brodsky y de Price & Murphy, que explican el proceso del SQT según un modelo de fases, considerando que estos modelos alternativos también pueden ser válidos para explicar el proceso del SQT por su relevancia teórica. (Gil-Monte 2005; Espinosa & Gómez 2006; Napione 2008)

El modelo de Edelwich & Brodsky (1980) considera que el SQT es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral. Su modelo incluye cuatro fases (Gil-Monte 2005, et al.):

Fase de Entusiasmo: Al comenzar a trabajar, el profesional se caracteriza por tener un alto nivel de energía y expectativas demasiado altas en relación a su labor, es cuando el trabajador no tiene más que el trabajo, ya que este llega a serlo todo. Existe una sobre identificación con los clientes y el profesional está dispuesto y deseoso de trabajar horas extras.

Fase de Estancamiento: Después de un tiempo, al enfrentar con la realidad de que el trabajo no es tan emocionante y que tampoco funciona como un sustituto para todo lo demás, la persona se siente estancada, cuando antes no le importaba trabajar horas extra y ganar un sueldo bajo, ahora comienza a presentar un deseo de satisfacer sus necesidades personales. El dinero, las horas de trabajo y el desarrollo profesional cobran mayor importancia. Consecuentemente, el profesional comienza a cuestionar el valor de su trabajo.

Fase de Frustración: Se comienza a tener problemas físicos, emocionales y conductuales; Se llega a preguntar si lo que hace vale la pena. Comienza a sentir también, que la burocracia limita sus esfuerzos para ayudar a los que se lo solicitan.

Fase de Apatía: Es un mecanismo típico, ya que aunque se esté frustrado por su trabajo el profesional lo necesita para sobrevivir. Es la actitud de “el trabajo es el trabajo”. Se manifiesta porque ahora trabaja el mínimo de tiempo requerido, evade retos, busca ante todo no poner en peligro la seguridad del empleo tratando inadecuadamente de compensar la pérdida de satisfacción en el trabajo. Su idealismo y motivación por ayudar al prójimo no existe más.

Por otra parte, el modelo de Price y Murphy, sostiene que el SQT es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, que puede explicarse de manera similar a un proceso de duelo, pues conlleva pérdidas en el nivel personal (pérdida de la ilusión), en el nivel interpersonal (pérdida de los beneficios que conllevan las relaciones interpersonales positivas, como el sentirse apreciado), y en el nivel institucional y societal (pérdida de trabajadores competentes para el sistema). (Gil-Monte 2005, et al.):

Para estos autores, el SQT se caracteriza por un proceso de seis fases sintomáticas:

1° Fase de Desorientación: El individuo toma conciencia de la realidad laboral y comprueba que no logra sus objetivos con las personas que son sus receptores de servicio.

2° Fase de Inestabilidad Emocional: Esta inestabilidad se ve incrementada por la falta de apoyo social emocional por parte de otros miembros del equipo de trabajo, y por el aislamiento y el distanciamiento emocional que los profesionales de ayuda desarrollan como estrategia de afrontamiento para no implicarse en los problemas de las personas a las que atienden, aun manteniendo la empatía. Este profesional no desahoga sus emociones, pasando por periodos de labilidad y desgaste emocional. En cierta forma, la incapacidad para recibir apoyo emocional conlleva la pérdida de su capacidad para ofrecerlo.

3° Fase con la aparición de Sentimientos de Culpa: Debido al fracaso profesional. Los profesionales se atribuyen fallos que no están bajo su control y se consideran culpables de la situación. La reiteración de este tipo de situaciones lleva al profesional al desarrollo de estrategias de afrontamiento poco adaptativas, tales como la disminución de la calidad del servicio que brinda o a adoptar un profesionalismo eficiente pero excesivamente frío y distante.

4° Fase de Soledad y Tristeza: Que si se supera puede desembocar en las siguientes fases:

5° Fase de Solicitud de Ayuda.

6° Fase de Restablecimiento del Equilibrio Inicial.

Por último Sandoval (Espinosa & Gómez 2006), menciona que para entender el modelo propuesto por Gil-Monte es necesario comprenderlo desde los siguientes tres marcos teóricos:

1. La Teoría Socio Cognitiva del Yo.

Sus teóricos más influyentes son: Harrison con el modelo de competencia social, Pines manejando el mismo modelo con la integración de que el sujeto tenga un sentido existencial, Cherniss con su modelo basado en la motivación y la satisfacción laboral y por último Thompson, Page y Cooper con su modelo de autocontrol. (Gil-Monte & Peiró, 1999)

2. El Modelo del Intercambio Social.

Los modelos que parten de las teorías del intercambio social derivan de los principios teóricos de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos y señala que el SQT tiene su etiología, fundamentalmente, en las percepciones de la falta de equidad que surgen en los profesionales como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen interpersonales. Entre estos modelos destacan: Buunk y Schaufeli (1993) con el modelo de comparación social y Hobfoll y Freedy (1993) con el modelo de conservación de recursos. (Gil-Monte & Peiró, 1999)

3. La Teoría Organizacional

Sus teóricos más influyentes son: Golembiewski, Munzenrider y Carrier (1983), para ellos, el síndrome es un proceso en el que el trabajador pierde el compromiso inicial que había desarrollado por su trabajo como una forma de responder al estrés y la tensión que eso lo provoca. El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), este modelo analiza el SQT desde la óptica transaccional de estrés laboral, partiendo de la premisa de que la salud en la organización puede ser una variable mediadora de la relación Estrés-SQT. Y por último el modelo de Winnubst (1993), el cual afirma que existe un sentimiento de agotamiento físico, emocional y mental, resultado de la tensión emocional crónica derivada del estrés en el trabajo. (Gil-Monte & Peiró, 1999)

Estos aportes teóricos influyeron en el modelo teórico desarrollado por el Gil-Monte (2005), en el cual está basada esta investigación, ya que cuenta con los elementos necesarios para explicar el SQT en docentes de nivel secundaria, que son: Ilusión, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa.

2.5 Desencadenantes del SQT en el Trabajo Docente.

El origen del síndrome, reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. Si bien, como es lógico, dependiendo de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden darse evoluciones diferentes en el desarrollo del SQT.

La exposición a Factores de Riesgo Psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recurso-autonomía, etc., cuando se produce en trabajos en los que su contenido tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición del SQT. (Fidalgo, 2008)

Los Factores de Riesgo Psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos. Algunos de éstos, se refieren al trabajador individualmente,

mientras que otros están ligados a las condiciones y al ambiente de trabajo. Otros se refieren a las influencias económicas y sociales ajenas al trabajo pero que repercuten en él.

El análisis de los Factores de Riesgo Psicosociales en el trabajo, es uno de los temas que mayor atención y preocupación han causado entre los involucrados en el tema de la salud, seguridad e higiene ocupacional. Las investigaciones realizadas en países industrializados y no industrializados, han suministrado una gran cantidad de datos sobre las condiciones psicosociales en el trabajo que pueden afectar la salud de los trabajadores. (Pando-Moreno, Castañeda-Torres, Gregoris-Gomez, Águila-Marín, 2006)

Estos Factores de Riesgo Psicosociales, de acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo se definen como elementos externos que afectan la relación de la persona con su grupo y cuya presencia o ausencia puede producir daño en el equilibrio psicológico del individuo.

Pando-Moreno y cols. (2006), lo definieron como: las condiciones de trabajo que pueden desencadenar alteraciones psicológicas o emocionales, es decir, elementos organizacionales y del trabajo que pueden ser la causa o factores favorecedores de que se presente SQT. (Pando-Moreno, et ál. 2006)

Gil-Monte (2001), menciona que la importancia del estudio de los Factores de Riesgo Psicosociales presentes en el trabajo relacionados con la salud, está aumentando cada vez más. Los Factores de Riesgo Psicosociales incluyen elementos tanto del puesto de trabajo y fuera de éste, así como aspectos del propio individuo.

Mientras que Ordenes (Aldrete y Cols. 2008), comenta que la interacción negativa entre las condiciones del trabajo y la situación del trabajador puede conducir a estados estresantes y ser percibidos de diferente forma entre hombres y mujeres y, si estos se presentan de manera crónica, desencadenan el SQT. Éste se presenta con mayor frecuencia en profesionales que mantienen una relación de ayuda y cuidado hacia los demás (Aldrete y Cols. 2008).

Por su parte Peiró (1999), realizó una clasificación de los principales factores del ambiente laboral que predisponen el desarrollo del SQT, tales factores son:

- Factores del ambiente físico: hace referencia a los excesos, carencias y alteraciones que presentan las condiciones físicas del trabajo, tales como: ruido, vibración, temperatura, condiciones climatológicas, iluminación, toxicidad, higiene, disponibilidad y disposición física del trabajo.
- Factores individuales: están directamente ligados al rol que el trabajador desempeña en la organización (conflicto y ambigüedad de rol), y habría que agregar las características personales tales como: personalidad, estilos de afrontamiento entre otros.

- Demandas del desempeño del trabajo: trabajo por turnos y trabajo nocturno, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos y peligros.
- Contenidos del trabajo: oportunidad para el control, variedad de las tareas, identidad de la tarea, oportunidad para el uso de habilidades, la complejidad del trabajo y “feedback” de la propia tarea.
- Relaciones interpersonales: presencia y densidad social en los lugares de trabajo, tipos de relaciones, relaciones con los superiores, con los compañeros, con los subordinados, con usuarios y clientes, falta de cohesión, presiones de grupo, clima grupal, conflicto grupal y apoyo social.
- Desarrollo de la carrera: inseguridad en el trabajo, transiciones de carrera y estresores en los diferentes estadios del desarrollo de la carrera.
- Nuevas tecnologías: introducción de nuevos equipos de trabajo tales como: maquinarias, computadoras, equipos electrónicos, entre otros.
- Estresores de nivel organizacional: se refiere a la estructura de las tareas, funciones y responsabilidades, clima organizacional y diseño de los puestos de trabajo.
- Estresores extra organizacionales: se refiere a las experiencias y acontecimientos externos al trabajo como: procesos relacionados con el rol, procesos de desbordamiento o de generalización, procesos de socialización y relación trabajo-familia.

Podría decirse entonces que el origen del SQT se sitúa en las demandas de interacción que se producen en el entorno de trabajo, fundamentalmente con los clientes de la organización. Cuando esas exigencias son excesivas y conllevan una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para que también las fuerzas de estrés mencionadas con anterioridad actúen y produzcan en el individuo un patrón de respuestas que constituyen los síntomas del SQT. Ésta, es la razón de que los profesionales que trabajan con personas sean los colectivos de riesgo.

La identificación de todos los facilitadores y desencadenantes del SQT es una tarea compleja, como sostienen Gil-Monte y Peiró (Napione, 2008 p.76): “habida cuenta de que virtualmente cualquier situación crónica molesta del entorno laboral puede ser un estresor y, por tanto, un desencadenante o facilitador del síndrome”.

De tal forma que estos investigadores coinciden en que es posible identificar determinados conjuntos estímulares en el trabajo que frecuentemente producen estrés y conducen a la experiencia de quemarse por el trabajo, como también determinadas características personales que hacen más vulnerables a los profesionales frente a estos estímulos.

El SQT es el resultado de un proceso de interacción por medio del cual el sujeto busca un ajuste respecto al entorno laboral, y en el que los aspectos organizacionales son elementos desencadenantes, donde las características personales pueden tener una función facilitadora o inhibidora del SQT.

Se pueden identificar tres grupos de variables facilitadoras (o inhibidoras) de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. Cuando estos facilitadores estén presentes, aumentará el grado de estrés laboral percibido, afectando al sujeto y en consecuencia incrementado el desarrollo del SQT. Estas variables facilitadoras son: las variables sociodemográficas, características de la personalidad y estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto.

1. Variables Sociodemográficas.

Se consideran las variables propias del profesorado (género, edad, antigüedad en la profesión, antigüedad en el centro actual de la profesión y tipo de contrato): la relación familia-trabajo (estado civil, presencia de hijos; si los hijos asisten al mismo centro educativo; años de convivencia con la pareja; trabajo de la pareja; trabajo de la pareja en el mismo centro educativo; distancia del domicilio del profesorado y centro educativo); variables relacionadas con el entorno social (distrito o municipio de procedencia, ubicación del centro escolar). (Napione, 2008)

2. Características de la Personalidad.

En cuanto a los factores personales o individuales, los sujetos predispuestos a desarrollar SQT se caracterizan por ser motivados pero meticulosos, entusiastas, entregados a su trabajo y que se identifican en forma exagerada con los receptores de su atención, tienen una personalidad de tipo emocional y esto es algo que con frecuencia se encuentra entre individuos que empiezan a trabajar en profesiones humanitarias.

Bhagat (Espinosa & Gómez 2006), comenta que hay una relación positiva entre éstos y la disminución de la afectividad en el trabajo, así como la adaptación al mismo. Tanto los sucesos agradables como los desagradables pueden producir altos niveles de estrés, haciendo al individuo más vulnerable al desarrollo del SQT.

3. Estrategias de Afrontamiento.

La existencia de demandas y la falta de recursos para poder afrontarlas tienen por lo general consecuencias negativas en los trabajadores, en las organizaciones de trabajo, en el grupo de trabajo y en la organización. La falta de motivación hacia el trabajo, aumento de los niveles de ansiedad y depresión relacionados con el trabajo, el ausentismo laboral y la disminución del desempeño, son aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizacionales que reducen las demandas laborales y estimulan el crecimiento y desarrollo del SQT. (Schaufeli & Salanova, 2002)

2.6 Evaluación Psicométrica del SQT “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, (CESQT)”

En sus inicios el instrumento con mayor uso por la comunidad científica para medir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, fue el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Maslach y Jackson 1981/1986). Se puede afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de “quemarse por el trabajo”, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que en sus versiones iniciales lo conceptualiza como un síndrome caracterizado, por sentimiento de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. (Gil-Monte, 2006)

La adaptación al español del MBI presenta algunas insuficiencias psicométricas, por lo que se han elaborado instrumentos alternativos. Es el caso del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT), elaborado en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO) de la Universidad de Valencia (<http://www.uv.es/unipsico>). Este instrumento está formado por 20 ítems que se valoran con una escala tipo Likert con 5 grados para evaluar la frecuencia con la que los sujetos perciben los síntomas. Esta escala va de 0 (Nunca) a 4 (Muy frecuentemente: todos los días). Los ítems se distribuyen en las siguientes 4 dimensiones (Gil-Monte, 2006):

1. Ilusión por el trabajo (5 ítems). Esta definición se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales debido a que se percibe como una fuente de complacencia personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización profesional. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, altas puntuaciones en esta dimensión indican bajos niveles en el SQT.
2. Desgaste psíquico (4 ítems). Se define como la aparición de agotamiento emocional y físico, debido a que en el trabajo los individuos deben tratar a diario con personas que presentan o causan problemas. Esta dimensión es similar a la dimensión de “Agotamiento emocional” del MBI-HSS.
3. Indolencia (6 ítems). Se define como la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes (beneficiario del servicio). Esta dimensión es similar a la dimensión “Despersonalización” del MBI-HSS.
4. Culpa (5 ítems). Se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo.

La puntuación total del sujeto en el SQT es la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en las escalas de Ilusión (invertida), Desgaste psíquico e Indolencia. Esto es debido a que no todos los sujetos que desarrollan el SQT muestran sentimientos de culpa. (Gil-Monte, 2006)

El modelo teórico que sustenta al CESQT se basa en que el SQT es una respuesta al estrés laboral crónico que se deriva de las relaciones interpersonales laborales problemáticas, y se desarrolla en aquellos individuos que trabajan con personas, con una frecuencia especial en los profesionales del sector servicios, que están en contacto directo con los usuarios. (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

2.7 Perfiles en el proceso del SQT.

Es posible distinguir dos perfiles en el proceso del SQT.

El **Perfil 1** conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo junto con altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. (Gil-Monte, 2006)

El **Perfil 2** constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. (Gil-Monte, 2006)

2.8 Validación del CESQT y Estudios sobre el SQT en Docentes en México.

Hace ya más de una década, en una revisión de 71 artículos, encontraron evidencias para considerar a la docencia como una profesión estresante. La prevalencia del estrés y la respuesta a éste, varía de maestro en maestro, pero tiene como variable constante, las condiciones estresantes de su trabajo. Sin embargo, a pesar de la numerosa presencia de investigaciones al respecto, aún queda por precisar cuáles son los factores de riesgo psicosociales específicos en la docencia que se asocian con el SQT. (Pando-Moreno, et al. 2006)

Estudios recientes en México sobre el SQT en los docentes de educación primaria han reportado que está relacionado con: la antigüedad, con tener mayor nivel de escolaridad, así como la falta de apoyo para realizar sus actividades.

Desde el punto de vista de Salgado (Aldrete y Cols. 2008), éste es más frecuente en docentes de secundaria que en los maestros de primaria. Esto podría deberse a que los alumnos que acuden a este nivel se encuentran en la etapa de la adolescencia, que por su misma naturaleza demandan mayor atención y al mismo tiempo pueden presentar mayores problemas de conducta o conflictos con los profesores. Por otra parte, Sevilla (Sevilla y Villanueva 2002; Citado en Aldrete y Cols. 2008) reporta que la formación académica de los docentes de secundaria no coincide con las materias que tienen bajo su responsabilidad.

Si se considera que la educación secundaria debe brindar a los estudiantes una formación básica y contribuir en la formación de una personalidad integral que le permita continuar los estudios a nivel superior o para aquellos que ya no continúan su formación, integrarse a

la vida laboral, la responsabilidad del docente es fundamental y el riesgo de presentar problemas derivados de ésta podrían ser mayores y verse reflejados en la calidad de la enseñanza.

Partiendo del reconocimiento de que las diferentes sociedades tienen sus particularidades en sus respectivos sistemas educativos, existen rasgos comunes en casi todo el planeta que hacen del trabajo docente una profesión con características similares, las condiciones, los riesgos y sus efectos en la salud. En México no existen estudios a nivel nacional sobre la salud de los docentes, aunque sí con muestras de algunos Estados. (Unda, Sandoval, Gil-Monte, 2008)

En la actualidad se han llevado a cabo estudios para analizar la presencia del SQT en docentes mexicanos por diferentes investigadores mexicanos utilizando el CESQT como principal instrumento para la recolección de información respecto a la aparición del SQT.

A pesar de la existencia de otras definiciones sobre el SQT, éste ha sido definido como aquello que mide el MBI. De manera que la definición que con más frecuencia se maneja no se deriva de una teoría sobre el fenómeno, sino de un conjunto de investigaciones psicométricas exploratorias. Uno de los problemas que se han originado al proceder de esta manera es la ausencia de un modelo para explicar el desarrollo del proceso. En la revisión de la bibliografía especializada se pueden identificar hasta cinco modelos diferentes para explicar el desarrollo del SQT según el MBI, considerando el orden secuencial que tienen sus síntomas (la relación antecedentes vs. consecuentes que se establece entre ellos). En las investigaciones realizadas sobre el SQT el instrumento para la medición que más se ha utilizado es el MBI. Sin embargo, este instrumento no está exento de una serie de dificultades que es necesario considerar. El MBI presenta algunos problemas de contenido y psicométricos que se agudizan al traducirse a otros idiomas. (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

Las insuficiencias del MBI o del BM, unido a la frecuencia con la que el SQT aparece en la actualidad, y la necesidad de su evaluación, han generado nuevos desarrollos teóricos sobre el fenómeno y la necesidad de construir instrumentos alternativos fiables y válidos que superen esas insuficiencias y permitan la evaluación adecuada del SQT, es el caso del “Copenhagen Burnout Inventory” (CBI), “Oldenburg Burnout Inventory” (OLBI), o el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT). (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

En los estudios realizados por Unda, Sandoval y Gil-Monte (2008), se utilizó el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo para profesionales de la educación (CESQT-PE). Mencionan que la prevalencia se analizó siguiendo el procedimiento de los puntos de referencia de la escala de frecuencia de respuesta. Dichos investigadores encontraron que el 3% de los participantes presentaban baja Ilusión en el trabajo, 37.40% puntuaciones altas en Desgaste psíquico, 4.70% altos niveles de Indolencia, y para Culpa 9.70%. Los hombres presentaron niveles más bajos en Ilusión por el trabajo y en Desgaste psíquico que las mujeres. Considerando la edad los

niveles más elevados del SQT se dieron entre los 41 y 50 años. Concluyeron sobre la necesidad de intervenir para prevenir el deterioro de la salud de los docentes.

Noyola y Padilla (2009), realizaron un estudio en el estado de Aguascalientes, en el municipio de Aguascalientes en docentes de nivel primaria utilizando el CESQT-PE en una población de 851 profesores de escuelas públicas, dentro de sus resultados más relevantes destacaron los siguientes: 17 docentes muestran niveles altos de SQT, haciendo referencia al perfil 1 el cual se ha explicado con anterioridad, presentando con un 75% altos puntajes en la dimensión de desgates psíquico, al igual que Unda y cols. Proponen reformas en las que se brinde la atención requerida para el tratamiento del SQT.

Por su parte en el mismo estado de Aguascalientes y tomando sus resultados como punto de comparación para esta investigación, Mercado y Ramírez (2009), realizaron un estudio en la ciudad de Aguascalientes en profesores de nivel secundaria, teniendo como muestra un total de 686 profesores, utilizando como instrumento principal el CESQT-PE. El porcentaje de respuesta del cuestionario fue de 74.0%. Los resultados preliminares obtenidos por estos investigadores mostraron que de las dimensiones que constituyen el SQT, el 1.8% presenta baja ilusión por su trabajo, el 28.6% desgaste psíquico, 3.4% indolencia y el 8.7% sentimientos de culpa. En general, el 3% de los profesores presentan graves problemas de SQT, por lo cual, al igual que los demás estudios mencionan que son necesarias las intervenciones para evitar la propagación del síndrome en los profesionales de este nivel educativo.

Este último estudio tomo planteamientos importantes por el estudio realizado por Unda y cols. (2008) en relación a la aplicación del CESQT tomando como parámetros los resultados obtenidos en los últimos años por dichos investigadores.

La importancia de estos estudios o por qué se ha decidido retomarlos para la comparación de esta investigación, se debe a que son los estudios más recientes donde se ha trabajado con el CESQT a partir de su validación en México por los investigadores Unda y Sandoval de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM en colaboración con el Dr. Gil-Monte investigador de la Facultad de Psicología, de la Universidad de Valencia, España.

Dicha validación fue realizada con una muestra de 698 profesores de educación primaria de escuelas públicas de la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal (México). Según el género, 133 participantes fueron hombres (19.10%), y 541 mujeres (77.50%). En 24 cuestionarios (3.40%) no se respondió a la pregunta sobre el género. La media de edad fue 42.49 años (dt=7.80, min. 22-max. 67 años). Según tipo de contrato, 83.70% fueron fijos y 16.30% tenían algún tipo de interinato. La antigüedad media en la profesión era de 20.73 años (dt=8.88, mín. 1-máx. 49 años). Con relación al turno de trabajo, el 49.60% trabajaba en turno matutino, el 9.80% vespertino y el 40.60% mixto. (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

Los datos se analizaron mediante los programas SPSS 14, y para el análisis factorial confirmatorio se utilizó el programa LISREL 8.30, con el método de estimación de máxima verosimilitud (ML). Dado que el CESQT no había sido validado previamente en México, como paso previo al análisis factorial se realizó un análisis de los reactivos con el fin de evaluar su calidad psicométrica. Las medias más altas correspondieron a los reactivos que componen la subescala Ilusión por el trabajo, siendo el reactivo 5 (Veo mi trabajo como una fuente de realización personal) el que presenta el valor más elevado ($M=3.60$). Hay que tener presente que estos reactivos están formulados de manera positiva, mientras que el resto de los reactivos aluden a aspectos negativos. Por el contrario, los valores más bajos para la media se encontraron en algunos reactivos de la subescala de Indolencia: reactivo 11 ($M=.42$) (Me apetece ser irónico/a con algunos alumnos), reactivo 14 ($M=.54$) (Etiqueto o clasifico a los alumnos según su comportamiento), y reactivo 17 ($M=.63$) (Me siento cansado/a físicamente en el trabajo). Para todos los reactivos la homogeneidad corregida (correlación reactivo-factor excluyendo el reactivo) fue alta, con valores superiores a .40. También pueden considerarse aceptables los índices de fiabilidad de todos los reactivos, pues para todos se obtuvieron valores superiores a .30. El valor más elevado se obtuvo para el reactivo 12 (.72) (Me siento agobiado/a por el trabajo) que pertenece a la subescala de Desgaste psíquico, y el valor más bajo para los reactivos 11 y 14 (en ambos casos .33) pertenecientes a la subescala de Indolencia. (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

Este estudio analizó la calidad psicométrica del CESQT y de sus subescalas en docentes mexicanos, con el fin de valorar la validez transnacional del instrumento. Los valores de homogeneidad corregida obtenidos para los reactivos son relativamente altos, lo que indica que cada una de las dimensiones del CESQT-PE se pueden considerar como una función lineal de los reactivos que la componen y, por tanto, todos los reactivos permiten predecir bien la puntuación de la escala, y discriminar entre individuos con puntuaciones altas vs bajas en su respectivas escalas. (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

Esta afirmación ha sido confirmada también por los valores de fiabilidad obtenidos para los reactivos, pues todos contribuyen al incremento de la consistencia interna de la subescala de la que forman parte.

Gil-Monte y cols., concluyeron haciendo mención de que “los resultados del estudio contribuyen a la validación transnacional del modelo psicométrico de cuatro dimensiones, y permiten concluir que el CESQT, en su versión para profesionales de la educación (CESQT-PE), resulta un instrumento fiable y válido para evaluar el SQT en México.” Destacando una pequeña insuficiencia del instrumento dentro de su estudio y tiene que ver con el valor de asimetría obtenido para la subescala de Ilusión por el trabajo, haciendo mención en la importancia de realizar nuevos antes de concluir sobre posibles modificaciones, aplicando el CESQT en otras profesiones y poner gran atención a cada dimensión que componen dicho instrumento. (Gil-Monte, Unda, Sandoval, 2009)

El síndrome no es cuestionable en el caso de la docencia, ya que en estas profesiones se producen problemas somáticos y psicológicos que dañan significativamente la ejecución profesional y afectan las relaciones con los alumnos y la calidad de la enseñanza.

Por el momento, no existen medidas paliativas ni terapéuticas efectivas para hacer frente al estrés y al Burnout de los profesionales asistenciales y, en particular, de los que se dedican a la enseñanza. Los profesores con SQT no rinden adecuadamente y su presencia empeora la calidad de la enseñanza.

Capítulo 3

Enfermedades del Docente.

Enfermedades del Docente.

Tratar de entender el proceso de salud enfermedad como un fenómeno biológico, sin ubicarlo como resultado de las condiciones, evolución social y económica de los pueblos, sería parcializar el conocimiento. Del mismo modo no podrían explicarse las características sociales y económicas de los grupos humanos, sin ubicarlos de acuerdo a su desarrollo productivo, el cual determina las diferentes formas en que los individuos se insertan en los sectores productivos, y por lo tanto a las condiciones de trabajo a que se enfrentan diariamente. Dichas relaciones están estrechamente relacionadas con el desarrollo de cada pueblo y como consecuencia el estado de salud de los trabajadores. (Barquín, 1990).

El género humano ha tenido la necesidad de trabajar para poder subsistir, por lo tanto, la actividad central del hombre ha sido el trabajo.

Tal y como comenta Peiró (1986), a partir de que la psicología ha sido aplicada al ámbito laboral, y en concreto, la psicología del trabajo y de las organizaciones, en la forma en que esta abordado el tema de la socialización de un nuevo miembro. Los investigadores de esta disciplina han constatado que analizar y comprender la socialización resulta complejo, debido, principalmente, a que es un proceso dinámico y global, en el cual subyacen factores de tipo cognitivo, afectivo y comportamental, social y estructural que se influyen entre si y que propician una forma de percibir y de adaptarse a la realidad laboral. (Citado en Vega & Garrido, 1998)

El actual proceso del trabajo determina ciertas condiciones de trabajo, las cuales llegan a producir alteraciones en la salud de la población ocupacionalmente expuesta, como son accidentes y enfermedades. (Barquín, 1990).

Durante el proceso de socialización, las expectativas laborales y los logros personales se entremezclan con las exigencias y logros organizacionales, influyendo a nivel individual, en la motivación, el compromiso, la satisfacción, el desempeño, y la calidad de vida del empleado y, a nivel organizacional, en el desarrollo, la efectividad y la competitividad de la empresa. (Vega & Garrido, 1998)

Es clara la relación que existe entre ambiente social y salud. Las relaciones sociales, la cultura, el barrio de residencia, el tipo y lugar de trabajo, el nivel socioeconómico, así como la raza y el género, entre otras, han sido variables estudiadas con alta influencia en salud (Sapag, 2007)

De ahí que una socialización exitosa traiga consigo el que los empleados sean competentes en el trabajo, y que una socialización inadecuada produzca problemas de incumplimiento de normas y ordenes, bajo desempeño, ausentismo y conflictos empleado-empresa.

La relación entre la salud laboral y la productividad en el trabajo es incuestionable; así pues determinar las principales causas de ausentismo laboral, en términos generales ha sido y es, punto de mira de infinidad de estudios y trabajos.

No obstante, en el campo de la enseñanza, sólo hace unas pocas décadas que se ha planteado la salud de los docentes como tema relevante en la consecución de una enseñanza de calidad.

Cualquier actividad laboral y más la del docente, será de mayor calidad, en tanto en cuanto la persona que la realiza se sienta bien desde todos los puntos de vista.

La consecución de la calidad supone la puesta en juego de conocimientos, sentimientos, emociones, habilidades sociales, etc., y todo ello hace que, en diferentes situaciones, se sufra un cansancio emocional y una fatiga psicológica que puede deteriorar la motivación e ilusión por el trabajo. (Martín-Mateos, 2006)

Como comenta Martín-Mateos (2006), se podría deducir que el docente, está sometido a una mayor cantidad de riesgos laborales derivados de su tarea educativa. Este dato choca con el concepto, comúnmente extendido sobre este colectivo, de ser inmune a todo tipo de lesiones o enfermedades. Se le ha considerado rehabilitador, corrector postural o educador, pero en contadas ocasiones sufridor de estas dolencias.

Por otro lado, los efectos relacionados y derivados del ausentismo laboral est n cobrando cada día mayor importancia, no sólo porque es una situación que ha ido en aumento en los últimos años, sino, porque es un problema, que según parece no va a disminuir y, por tanto, el ausentismo y sus consecuencias asociadas continuarán siendo un problema en el futuro.

Dentro del profesorado los efectos del ausentismo por enfermedades son múltiples e importantes y, si se quiere un sistema educativo cada vez de mayor calidad, es imprescindible, que tanto la sociedad como la administración educativa, reconozcan que el ejercicio de la docencia puede ocasionar problemas de salud que afectan tanto al profesorado como al alumnado y a la administración, así como a la sociedad en su conjunto.

3.1 Salud del Adulto en el Trabajo.

El actual proceso del trabajo determina ciertas condiciones de trabajo, las cuales llegan a producir alteraciones en la salud de la población ocupacionalmente expuesta, como son accidentes y enfermedades.

Una cosa que todos los seres humanos tienen en común, es que nadie evolucionó para trabajar en un ambiente ruidoso, sucio, rodeado de humos y polvos tóxicos, y con temperaturas muy altas o muy bajas. El ambiente de trabajo moderno desafía constantemente a las defensas del organismo, las mantiene en permanente funcionamiento y, desafortunadamente, en muchos casos las derrota. (Stellman & Daum, 1986).

Cuando las enfermedades del trabajo ocurren, es la medicina del trabajo la que se ocupa de precisar cuáles fueron los factores causantes de dicha enfermedad, así como de reparar el daño causado a la salud. Así mismo esta especialidad médica se encarga del estudio de la patología generada por los agentes de riesgo presentes en el ambiente laboral, así como fijar a que niveles de concentración y con qué tiempo de exposición dichos agentes son capaces de causar daño en el organismo. (Barquín, 1990)

Por ello entendemos por salud en el trabajo el “proceso en el que participan múltiples disciplinas, cuyo objetivo común es el trabajador dentro del proceso productivo para lograr mejores condiciones y medio ambiente de trabajo, para así prevenir la ocurrencia de accidentes y enfermedades del trabajo”. (Barquín, 1990).

El trabajo que se realiza en las instituciones educativas involucra una gama amplia de trabajadores que van desde el personal de limpieza, quien es el encargado de mantener limpia la institución, hasta el mando directivo, quien se encarga de mantener en óptimo funcionamiento el trabajo escolar, dejando en un punto medio al docente, cuya función es el eje motor de la institución.

En el año de 1966 la OIT y la UNESCO iniciaron un llamamiento a todos los países alertándolos sobre la necesidad de establecer medidas tendientes a conservar la salud del profesorado, teniendo en cuenta los grandes cambios que a todos los niveles se avecinaban en las sociedades occidentales, y cómo estos cambios incidirían en la vida de los centros escolares. (Sevilla & Villanueva, 2000)

Una de las dificultades más frecuentes para reconocer una enfermedad ocupacional, es no saber diferenciar de aquella derivada de la exposición a riesgos laborales, se debe a la instalación gradual de los síntomas, lo cual provoca que éstos sean ignorados por el trabajador. Los síntomas que se presentan son a menudo comunes en las enfermedades no ocupacionales, como tos, fatiga progresiva, pérdida del apetito, diarrea y dolor.

En algunos casos el trabajador no desarrolla la enfermedad si no después de 20 a 30 años de exposición, como sucede con el cáncer causado por el asbesto, el benceno o las radiaciones. (Stellman & Daum, 1986)

3.2 Condiciones de Salud de los Trabajadores de la Educación en México.

Para analizar las condiciones de salud que prevalecen en la población trabajadora del país, es necesario, en primer lugar, identificar su frecuencia, y describirlas; inferir su gravedad, estudiarlas y analizarlas para proponer mejoras, en tanto las condiciones del trabajo se relacionan con las condiciones de salud de los trabajadores.

En la tarea de señalar cuáles son las condiciones de salud que prevalecen en los trabajadores mexicanos, se toman en consideración como base, los registros que existen acerca de los accidentes y de las enfermedades que padecen las personas que trabajan, ya sea en ejercicio o con motivo del trabajo.

Los riesgos del trabajo son los hechos ocurridos, no la posibilidad de que ocurra un daño; son los accidentes y las enfermedades que se producen con motivo o en ejercicio del trabajo.

Cuando una persona presenta una enfermedad aguda lo sabe. Si una sustancia química le provoca o le impide respirar o ver, se da cuenta de ello. La persona con una enfermedad crónica, a menudo se habitúa a los síntomas leves, como dolor de cabeza o zumbido de oídos. Uno puede ignorar esos síntomas y no darse cuenta de que está padeciendo una enfermedad crónica. (Stellman & Daum, 1986)

Los riesgos del trabajo son el eje de estudio y de prevención de la salud en el trabajo. Su magnitud y trascendencia los ubican dentro de los principales problemas de salud pública en México.

3.2.1 Promoción de Salud y Enfermedad.

La descripción y explicación de la situación de salud-enfermedad no es independiente de quién y desde cuál posición se describe y explica. De esta manera toda descripción y explicación es la de un actor en una determinada situación. Esta situación salud-enfermedad, constituye un aspecto central para comprender por qué determinadas concepciones predominan y cómo se modifican. (Castellanos, 1990)

El concepto de promoción de salud, en el sentido en que actualmente se le conoce, se hace presente en salud pública en la década de los años 70, aunque sus bases históricas son muy remotas. La Organización Mundial de la Salud define promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las

condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual (Sapag, 2007)

La Salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948 (OMS, 2008 pp. sitio web.)

Desde esta perspectiva, la salud se define como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo por causas biológicas que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales; asimismo, las quejas o síntomas subjetivos del individuo se consideraban la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente. (Juárez, 2004)

Sin embargo, ante el surgimiento de alteraciones funcionales de tipo esencial, es decir, aquellos trastornos que no podían ser explicados en términos orgánicos, surge la necesidad de dar espacio al análisis de la enfermedad desde el enfoque mental o psicológico. (Juárez, 2004)

Por tal motivo es necesario saber que se entiende por enfermedad, la OMS (OMS, 2010), la ha definido como: “Alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.” Dentro de las terminologías médicas se le considera como: “Pérdida de salud, alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible.” (Navarro & Beltrán, 1999; Segatore, 1978 pp. 394)

En este contexto se puede mencionar el concepto de enfermedad profesional, la cual hace referencia a “aquella que presenta una relación de causa-efecto con el ejercicio de la profesión u oficio, y que constituye un cuadro clínico más o menos constante y característico, directamente atribuible al trabajo” (San Martín, 1975 pp. 248-249). La enfermedad profesional es producida por un riesgo industrial, institucional y no sucede fuera de la ocupación en la que está enfocado el individuo. (San Martín, 1975)

3.3 Los Factores de Riesgo y Daños para la Salud en la Enseñanza.

Dentro del ambiente de trabajo encontramos diferentes contaminantes que pueden ser de naturaleza física, química y biológica, principalmente, además de los mecánicos, todos los cuales son conocidos como agentes de riesgo. Dentro de estos agentes causantes de accidentes y enfermedades del trabajo (riesgos de trabajo), no se puede dejar de considerar

a los agentes psicosociales, pues tienen tanta importancia como los primeros, en la génesis en los daños a la salud. (Barquín, 1990)

Martí (1993), comenta que se deben considerar tres factores:

- a) Agente Causal: que puede ser físico (ruidos, trepidaciones, radiaciones ionizantes), químico o infeccioso.
- b) Falta de Higiene; General: defecto en la eliminación de los vapores o polvos nocivos, ausencia de desinfección, etc. Individual: no lavarse las manos, no cambiarse de ropa, tomar las comidas en un taller polucionado, etc.
- c) Susceptibilidad individual: puede ser fácil de reconocer. Por ejemplo: cuando se compara el esfuerzo que puede exigir un puesto con la corpulencia del candidato. Sin embargo, es la exposición a los tóxicos la que mayores problemas acarrea. Está bien establecido el doble mecanismo de defensa del organismo ante los venenos: los retiene y los transforma, luego los elimina.

Otro punto importante en la terminología de la salud laboral, es el medio ambiente del trabajo que hace referencia a sus condiciones generales, que configuran tanto el ambiente físico como psíquico. Estos factores de riesgo del medio ambiente del trabajo, susceptibles de causar algún daño se configuran como los mapas de riesgo. (Sevilla & Villanueva, 2000)

En el sector de la enseñanza los mapas de riesgo se pueden establecer en torno a:

Microclima de trabajo.

Hace referencia a factores climáticos del ambiente: iluminación, temperatura, ventilación, humedad. El microclima tiene que ver con el diseño y la configuración de los espacios. Estos factores están presentes en cada uno de los espacios de trabajo: aulas, despachos, comedores, cuartos de fotocopiadoras, almacenaje de productos de limpieza. Pueden ser factores determinantes de bienestar y de prevención en espacios de convivencia de grandes grupos, como es el caso de la enseñanza. (Sevilla & Villanueva, 2000)

Factores contaminantes del ambiente.

Estos contaminantes pueden ser: físicos, químicos y biológicos. En esta categoría se incluye el ruido que, combinado con el polvo típico de los centros de enseñanza- aulas, pasillos, patios, pueden dar lugar a la aparición de disfonías y otros problemas de garganta. También se encuadrarían aquí los riesgos derivados de productos tóxicos utilizados en laboratorios. Del mismo modo, la convivencia de grandes grupos, que carga la atmósfera y aumenta la probabilidad de contraer enfermedades infecciosas, tales como gripes, catarros, enfermedades típicas de la infancia, parásitos, etc. (Sevilla & Villanueva, 2000)

Factores que ocasionan sobrecarga muscular.

Se hacen presentes a través de esfuerzos físicos prolongados. En la misma situación se ubica el trabajo permanente en posturas o posiciones incómodas: permanecer excesivo tiempo de pie, como sucede entre el profesorado. El levantamiento de pesos o los movimientos forzados también son t picos de algunos profesionales sobre todo si se trabaja en Educación Infantil o en Educación Especial. (Sevilla & Villanueva, 2000)

Factores tecnológicos y de seguridad.

Se trata de factores provenientes de las instalaciones y de los medios materiales con los que se trabaja. (Sevilla & Villanueva, 2000)

Entre ellos están:

- Los materiales de oficina, fotocopiadoras, pantallas de visualización de datos.
- Mobiliario: el habitual (mesas, sillas), tanto en las aulas como en las salas de reuniones, despachos, etc.
- Material de limpieza.
- Condiciones del edificio y de los espacios: instalaciones eléctricas, calderas, cocina, aseos, sistemas de evacuación, accesos, dimensiones de las escaleras, barandas...
- Condiciones de los vehículos de transporte, itinerancias y otros.

En el hombre se da, o se debería dar siempre, una situación de equilibrio entre aquellos elementos externos a él, que pueden considerarse como nocivos y su capacidad de defensa para neutralizarlos. Cuando este equilibrio se rompe a favor de los que agreden, sobreviene la enfermedad, el trastorno biológico, malestar del que se puede salir volviendo al equilibrio, la salud, o que puede persistir o empeorar causando la enfermedad crónica, la secuela o la muerte. (Martí, 1993)

El trabajo, lejos de lo que debería de ser, muchas veces ha dejado de ser para el hombre un elemento de desarrollo, de creación, de placer humano, de estímulo y aplicación de su capacidad ideativa para convertirse en un generador de enfermedad y de muerte. (Martí, 1993)

Cada día más, gracias a los procesos de la higiene, los factores nocivos químicos, físicos e infecciosos, y parasitarios disminuyen en el mundo del trabajo. Esto no quiere decir que disminuyan en el ambiente donde el hombre se desarrolla, sino que salen de la fábrica o del taller para convertirse en generales. Pero mientras estos disminuyen en el ámbito laboral, aumentan los factores nocivos psíquicos; el carácter competitivo del trabajo, las nuevas técnicas, el proceso de transformación de los sistemas tradicionales de producción por

sistemas informatizados, el que la técnica avance más que la capacidad humana de adaptación a las mismas, son motivo de angustia, de estrés, en definitiva de agresión al hombre que trabaja. (Martí, 1993)

3.4 Malestar Docente.

Las condiciones del trabajo de los maestros se han visto modificadas radicalmente con sus consecuentes efectos en la enseñanza y en la salud. Parra (Unda & Sandoval, 2009), menciona que el proceso de trabajo docente es mucho más complejo que el mismo trabajo industrial en tanto que los “objetos” que se transforman en esta acción son sujetos con los que se establece una relación que sobrepasa el uso de un espacio que no es fijo e inmóvil.

Considerando esta circunstancia Unda y Sandoval (2009), hacen mención del denominado malestar docente estudiado por Manassero, el cual identifica lo siguiente: a) la escasez de recursos en la enseñanza, b) la inflexibilidad de la organización, c) la multiplicidad de papeles del profesor, d) la violencia en la escuela, e) las nuevas exigencias sociales, f) la imagen idealizada del profesor, g) la falta de apoyo social, h) la dificultad para adaptarse a las innovaciones, i) el ausentismo por enfermedad.

Al referirse al malestar docente, se tiene que entender que se habla sobre el conjunto de síntomas, malestares, padecimientos, enfermedades o alteraciones en la salud física y psíquica que se presentan en los docentes.

De esta manera Unda y Sandoval (2009) retoman el concepto de “nuevas exigencias” derivadas de las formas de organización del trabajo docente, para referirse a este conjunto de rasgos distintivos del trabajo académico de los últimos años, entendiéndose como las necesidades o requerimientos específicos que impone el proceso laboral a los trabajadores.

“Dichas exigencias se agregan a las actividades que tradicionalmente han desarrollado los académicos sumándose actualmente al proceso de trabajo, la búsqueda de la alta productividad, la competencia entre iguales, la diversificación sin sentido de las actividades, la disminución de la práctica docente propiamente dicha y la transformación forzada del maestro en investigador, en gestor de recursos y en perseguidor compulsivo de grados académicos.” (Citado en Unda & Sandoval, 2009 pp. 433)

Fierro (1993), comenta que la situación de las escuelas y del profesorado, hacen del malestar docente un malestar ambiental, ligada a las circunstancias mismas de los enseñantes, a las presiones que recaen sobre ellos. Pues nunca como ahora habían estado sometidos a demandas tan intensas, complejas y, a veces, contradictorias por parte de la administración, de los alumnos, de los padres, de la sociedad en general.

Se da el caso de que, sometidos a iguales o parecidas demandas y presiones, unos docentes llegan literalmente a “quemarse” y otros no. Para explicar esta diferencia se tiene que estudiar el factor de personalidad, la cual, no debe de ser entendida como rasgos de personalidad, sino, de consecuencias de acción que caracterizan a las personas.

El decurso cíclico de muchos acontecimientos sociales tiende a favorecer el desarrollo, también cíclico, de la conducta. En particular, un rol profesional cualquiera expone al individuo a un patrón recurrente de acontecimientos, de demandas, de consecuencias de sus propios actos.

Para el caso de la profesión docente, la experiencia profesional, puede llegar a generar ciclos disfuncionales de acción. Blase (Fierro, 1993), habla sobre el ciclo de “ineficaz (degenerativo) rendimiento” del maestro, como proceso de combustión del maestro, el cual produce un conjunto de condiciones en las que el esfuerzo y la competencia del maestro son insuficientes para alcanzar las metas de sus actividad educativa, ese conjunto aparece como productor de tensión y el sentimiento de inutilidad completa. De este proceso cíclico y degenerativo, sale, como producto final el maestro “quemado”.

Como afirma Labrador (Martínez-Abascal, 1997 pp. 137): “La forma en que un individuo interprete una situación específica y decide enfrentarse a ella determina en gran medida el que dicha situación se convierte en estresante, es decir provoquemos una respuesta de stress”

La falta de control sobre los resultados y acontecimientos como una característica inevitable del ámbito escolar, habla de la imposibilidad esencial que los docentes parecen encontrar para mantener un control efectivo dentro del aula a consecuencia de la imprevisibilidad, es decir, de la cantidad de eventos nuevos que suceden continuamente.

Esta inestabilidad del ambiente académico parece centrarse especialmente en el aula, calificada por ello de “ámbito estresante”. No obstante también otros elementos en la vida del docente, como los administrativos o los organizativos, parecen constituir aspectos en los que frecuentemente las respuestas de los profesores no logran controlar los resultados.

Las múltiples presiones, históricas, coyunturales, sociales y políticas entre las que se desarrolla la tarea docente y las respuestas personales que da cada uno de los actores van conformando la salud mental del docente. El maestro ve sus problemas de salud como fatalidades que se relacionan con el trabajo que realiza, le resulta más fácil visualizar problemas en sus colegas que en él mismo, pero no los relaciona con la tarea. Este factor cognitivo que se relaciona con el malestar docente está encaminado a las atribuciones causales, porque, los profesores piensan que las causas de sus fracasos condicionan seriamente sus expectativas futuras, sus emociones y conductas. Un docente que ante los fracasos de los alumnos puede realizar de forma sistemática atribuciones causales negativas, por lo tanto se verá perturbado inmediatamente por una serie de sentimientos negativos (insatisfacción, ansiedad, confusión y tristeza), que le impedirán pensar con eficacia. (Martínez-Abascal, 1997; Piñeyro, 2004)

Se puede decir que la perspectiva que tienen los directivos de las escuelas, respecto al problema de salud del personal docente, está ligado al estrés, el agotamiento, el nerviosismo y los problemas emocionales están asociados con la carga de trabajo, la falta de tiempo, el decaimiento y la fatiga. (Mercadal, 1993; Unda & Sandoval, 2009)

Tal y como ya se ha mencionado con anterioridad, entre los principales daños a la salud de los docentes se encuentran: problemas de alimentación, problemas con la voz, varices, alteraciones visuales, musculoesqueléticas, depresión y ansiedad. Las cuales se les han denominado enfermedades profesionales.

3.5 Enfermedades Asociadas a la Docencia.

Sevilla y cols. (2000), comenta “Las causas más frecuentes de ausentismo, son los procesos infecciosos típicos estacionales, gripe, catarro, etc., seguidas de las afecciones musculo esqueléticas, lumbalgias, cervicales, fracturas accidentales, etc. Salvo en contados casos no suelen ser, por tanto, dolencias crónicas”.

Si hay una característica específica de la educación y que la diferencia de otras disciplinas, es la interrelación constante con otras personas de la comunidad educativa: al profesor se le exige ser además de educador, padre, amigo, compañero y orientador. Si a esto se le añade que la conflictividad social también tiene su reflejo en las aulas, la necesidad de atender la diversidad, la rutina y la tensión en el trabajo, la baja autoestima que perciben, el resultado se traduce en que dichos factores psicológicos inciden negativamente siendo causa de alteraciones físicas como cefaleas, bajas defensas, hipertensión, infartos, disfonías, úlceras, con unos claros determinantes psicosociales en su etiología (alteraciones psicosomáticas). (FETE-UGT, 2003)

Otros aspectos que afectan a la salud de los docentes son los derivados de la inhalación de polvos (mal de la tiza) así como las enfermedades del aparato respiratorio y de la voz debido a la necesidad de elevar el volumen o a la mala calidad acústica en el aula. (FETE-UGT, 2003)

3.5.1 Cardiopatías, Hipertensión y Trastornos Circulatorios.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en México y en varios países del mundo, su impacto sobre la salud, medido por el número de enfermos y el uso de servicios sanitarios aumenta con los años. Juárez (2007), comenta que “la tasa de mortalidad en México por enfermedad cardiovascular es de las más altas con 16.4% y en lo tocante al perfil de morbilidad, se muestra una prevalencia de hipertensión hasta de 30% en población mexicana, ubicándose así, en el primer lugar como principal motivo de consulta externa en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además se calcula una inversión anual por esta enfermedad hasta de 51% del presupuesto total destinado a la salud”. (Juárez, 2007 pp.110)

No obstante, la enfermedad cardiovascular se percibe como un problema circunscrito a elementos extralaborales, la cual (aparentemente) no afecta de forma directa a los intereses de productividad organizacional y por lo tanto, se cataloga como una responsabilidad ajena, que normalmente se relega a las autoridades de la salud pública. (Juárez, 2007; CEIPC, 2004)

Actualmente existe un creciente cuerpo de evidencias que relaciona ciertas características del trabajo con las enfermedades cardiovasculares, esta relación entre las enfermedades cardiovasculares y ciertas condiciones de trabajo, es interpretable desde los cambios, el desarrollo y la evolución simultánea de ambos fenómenos. Las tres consecuencias de la hipertensión (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y accidentes cerebro vasculares) se convirtieron en causas frecuentes de mortalidad en el mundo desarrollado y siguen siéndolo en muchos países en vías de desarrollo. (Balaguer, 2003; Juárez, 2007).

Balaguer (2003) comenta que los dos factores de riesgo cardiovascular bien establecidos desde el inicio de la transición epidemiológica son la hipertensión y la diabetes, concluyendo que: “Cuando un determinado país todavía no ha entrado en la fase de progreso socioeconómico que comporta la implantación de los estilos de vida que favorecen los otros factores de riesgo, la detección y control de la hipertensión y la diabetes serán los principales objetivos de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la edad adulta”. (Balaguer, 2003 pp. 489)

En una reciente encuesta realizada en México se ha observado que la obesidad, la hipertensión y la diabetes son más prevalentes en los adultos jóvenes que la población mayor de edad, puesto que ya han recibido el influjo de cambio en los estilos de vida, que se convierten en exigencias estresantes que enferman a las fuerzas productivas, creando un creciente cuerpo de evidencias que relacionan ciertas características del trabajo con las enfermedades cardiovasculares. (Balaguer, 2003; Juárez, 2007)

3.5.2 Irritaciones Oculares o de Vías Respiratorias, Problemas de Piel e Intoxicaciones.

La tragedia personal y la pérdida económica que implican las alteraciones de la visión o incluso la ceguera como resultado de alguna lesión ocular laboral pueden prevenirse identificando a los trabajadores en riesgo. (FETE-UGT, 2003; LaDou, 2005; Leplant & cols., 1978; Sevilla & cols. 2000)

a) Lesiones Mecánicas de Ojo y Párpados.

Las lesiones mecánicas varían desde las apariciones superficiales hasta la alteración completa del globo, según sea el tipo de fuerza que golpee al ojo. Los objetos pequeños, puntiagudos y en movimiento rápido penetran o laceran el globo, en tanto que los más

grandes producen una fuerza de compresión suficiente como para originar una lesión por contusión o incluso estallamiento del globo ocular.

b) Laceración de Párpados.

Las laceraciones de párpados se deben a dos mecanismos: 1) contacto con objetos afilados y en rápido movimiento; como pedazos de vidrio o metal, que cortan la piel, y 2) lesiones por abusi n, causadas por traumatismos contusos, (un golpe en la eminencia malar) que originan tracción abrupta del párpado.

c) Lesiones del Iris.

Las lesiones del iris pueden ser indirectas, por contusión, o directas, por lesiones perforantes o penetrantes del ojo.

3.5.3 Dolores Musculares.

Las alteraciones musculoesqueléticas configuran uno de los grupos de enfermedades laborales de mayor relevancia, como consecuencia del desarrollo de sus actividades. Uno de los colectivos más afectados es el profesorado. Las características de la función docente en los ámbitos de primaria y secundaria así lo indican. (FETE-UGT, 2003; LaDou, 2005; Leplant & cols., 1978; Sevilla & cols. 2000)

Uno de los aspectos a destacar, es que los efectos nocivos de la mayoría de estas patologías se manifiestan en el docente al cabo de mucho tiempo del inicio de la acción de los factores desencadenantes, lo que entendemos como el factor de “desgaste de la salud del docente”.

Cualquier parte del cuerpo es susceptible de padecer estos efectos nocivos, pero las más frecuentes se producen en la espalda (región cervical y lumbar) y en las extremidades superiores. Y representan aproximadamente el 80% de todas las patologías musculoesqueléticas.

Existen una gran variedad de patologías del aparato locomotor asociadas a la docencia. Aun así no est n definidas como enfermedades laborales.

Fatiga muscular: Producida por contracciones permanentes que impiden la adecuada oxigenación, produciendo fatiga primero y dolor posteriormente.

Lumbago: Es el dolor que aparece en la zona lumbar y que limita drásticamente los movimientos. Puede extenderse a las extremidades inferiores. Suelen presentarse como consecuencia de una mala postura o de un esfuerzo violento.

Alteraciones de las curvaturas fisiológicas del raquis: (FETE-UGT 2003, et al.)

- a) Lordosis: Curvatura de concavidad posterior que se puede observar en los segmentos lumbares y cervicales del raquis.
- b) Hiperlordosis: Las causas que pueden originar una alteración de los valores normales de esta curvatura, pueden ser primarias o congénitas o secundarias o debidas a disequilibrios est ticos o musculares
- c) Cifosis: Es una curvatura de la concavidad anterior que se produce en la zona dorsal. Cuando su valor es excesivo se denomina hipercifosis y se considera patológica cuando existen alteraciones estructurales a nivel óseo.
- d) Escoliosis: Alteración que se produce en el plano frontal–sagital. Desviaciones laterales en forma de “s”. Patologías reumáticas.
- e) Artritis reumatoide: Trastorno crónico y sistemático caracterizado por la deformación de las articulaciones. Se manifiesta con dolor inflamatorio, continuo que no suele remitir con el reposo. Se intenta corregir evitando la pérdida de la fuerza muscular.
- f) Artrosis: Quizás la patología reumática más frecuente. Destruye el cartílago hialino que recubre las superficies articulares. El sobrepeso favorece su aparición.
- g) Espondilitis Anquilosante: Afecta básicamente a la Columna Vertebral. Suele manifestarse con una lumbalgia inflamatoria, con dolor en los muslos y continúa con una degeneración de la movilidad.
- h) Osteoporosis: Se caracteriza por la disminución de la densidad de los huesos. Patología que afecta en un mayor porcentaje al sexo femenino. La prevención más eficaz es la práctica moderada y adecuada de actividad física.

Patologías de origen mecánico: (FETE-UGT 2003, et al.)

- a) Discopatias: Se producen cuando los discos intervertebrales empiezan a perder sus propiedades de amortiguación. Pueden degenerar en hernias discales.
- b) Espondilolistesis: Se define como un desplazamiento anterior de un cuerpo vertebral sobre el inferior.
- c) Cervialgia, dorsalgia y lumbalgia: Dolor que se manifiesta en las zonas mencionadas y que se debe a diferentes factores. El más frecuente suele ser un espasmo muscular que imposibilita la movilidad.

3.5.4 Disfonías o Problemas de Garganta.

Dentro del concepto genérico “alteración de voz” se pueden incluir todos aquellos estados en los que se observe una modificación acústica de ésta, esto es, que se deteriore su calidad y disminuya su capacidad de proyectarse hacia el oyente. Comúnmente se puede emplear el término “ronquera” para referirse a estas perturbaciones, sin embargo, no se debe hablar de “afonía”, a no ser para referirse al estado en el que hay una ausencia total de sonido vocal, esto es, cuando en vez de voz sale sólo aire. (FETE-UGT, 2003)

Desde el punto de vista clínico se suele utilizar “disfunción vocal” o “disfonía funcional”, para hablar del trastorno de la voz que es originado por el mal uso o abuso de ésta. La disfonía es una alteración acústica que puede ir acompañada, o no, de una lesión laríngea, pero siempre presentará cambios en uno o varios de los rasgos acústicos de la voz (que equivalen a lo que perceptualmente se conoce como tono, timbre e intensidad). (FETE-UGT 2003, et al.)

Es bien conocido que la disfunción vocal aparece con una mayor frecuencia entre los profesionales de la voz que en la población general, y de manera muy especial en los docentes. Este trastorno frecuentemente entraña serias amenazas para el buen desempeño laboral, pero también para la salud física y mental del afectado. En las personas que usan su voz como herramienta de trabajo, la persistencia de una alteración de voz o disfonía que no desaparece con el descanso, suele indicar que el mal uso de la voz ha ocasionado algún tipo de lesión laríngea. Las formas de presentación de éstas pueden ser muy variadas, entre las más conocidas se encuentran los nódulos, pólipos y edemas. Los nódulos laríngeos son considerados una de las lesiones laríngeas más frecuentes en los docentes. (FETE-UGT 2003, et al.)

Pero no siempre ocurre así, puede haber disfonía sin que aparezca un daño laríngeo consistente en una masa de volumen visible.

3.5.5 Trastornos Psicológicos.

Los accidentes laborales, ciertas enfermedades infecciosas adquiridas con ocasión del trabajo y algunas intoxicaciones profesionales pueden causar trastornos pasajeros o permanentes del sistema nervioso periférico o en la esfera psíquica. (Mercadal, 1993; FETE-UGT, 2003; LaDou, 2005; Leplant & cols., 1978; Sevilla & cols. 2000)

Por su mucha frecuencia y su importancia en el mundo del trabajo docente, se va hacer hincapié en lo siguiente:

- a) La dificultad de separar la parte atribuible al substrato mental del individuo y la parte atribuible al ejercicio de la profesión. No hay que olvidar que la elección de la profesión depende parcialmente del comportamiento mental de la persona.

- b) La dificultad de distinguir, entre las causas de fatiga, las de orden puramente profesional de las debidas a las condiciones generales de existencia. Las condiciones profesionales y las condiciones generales de existencia suelen estar en constante interacción.

Las causas de fatiga son múltiples. Incluso la sobrecarga puramente muscular puede repercutir sobre el sistema nervioso. La prueba está en las alteraciones psíquicas que se observan en los deportistas después de un sobreesfuerzo. (Mercadal, 1993, et al.)

Síndrome de Agotamiento Psicossomático. Está compuesto de (Mercadal, 1993, et al.):

- Síntomas somáticos: palpitaciones, alteraciones digestivas, hipertensión, etc.
- Síntomas psíquicos: estos fenómenos suelen coexistir, pero pueden presentarse de forma aislada. Las manifestaciones psíquicas pueden ser variables y tener diferentes grados de gravedad:
 - a) Sensación de lasitud profunda, de nihilismo, de cabeza vacía. Alteraciones de la atención y de la memoria, dificultad para seguir una conversación. La astenia, puede transformarse en un estado permanente, con desinterés por la vida cotidiana. Estos signos no ceden con un periodo breve de reposo. El descanso semanal no tiene efecto.
 - b) Alteración del humor y del carácter, con irritabilidad e hipersensibilidad sensorial, especialmente al ruido.
 - c) Alteraciones del sueño: frecuentes, con hipersomnia diurna e insomnio nocturno.

Estos fenómenos repercuten sobre la vida familiar y profesional. En estados más avanzados aparecen trastornos indiscutiblemente neuróticos, con angustia y alteraciones conductuales: producción anormal de ideas, obsesiones o manifestaciones agresivas. Hay personal docente, cuales quiera su capacidad mental, sometidos a condiciones anormales de trabajo. En el extremo opuesto, existen individuos con anomalías psíquicas que no pueden adaptarse a condiciones normales de trabajo. Y entre ambos extremos hay una serie ingente de formas intermedias. (Mercadal, 1993)

A veces las desilusiones son patentes entre los jóvenes a medida que toman conciencia de su carácter de asalariados, observándose desinterés y a veces agresividad en relación con una idea prevalente de insatisfacción. En los individuos de edad intervienen la fatiga crónica, o la inadaptación a un nuevo puesto, independientemente de que se trate de un ascenso o degradación de categoría. En general el individuo no se siente seguro de sí mismo, está más inquieto y ansioso y presenta fluctuaciones del humor, en relación con la posibilidad de errores profesionales. (Mercadal, 1993)

En el desarrollo de la esquizofrenia, por ejemplo, la fatiga sólo tiene un papel coadyuvante, secundario. El factor profesional no modificar  la sintomatología en lo que tiene de esencial. Eventualmente matizar  un delirio sistematizado, pero el oficio no lo hace delirar. (Mercadal, 1993; FETE-UGT, 2003; LaDou, 2005; Leplant & cols., 1978; Sevilla & cols. 2000)

Capítulo 4

Las Instituciones Educativas a Nivel Básico "Secundarias Diurnas".

Las Instituciones Educativas a Nivel Básico “Secundarias Diurnas”

4.1 Antecedentes.

Al pensar en la función de la escuela Secundaria en México en el presente, se hace menester, a modo de antecedente, realizar un breve recorrido histórico de la escuela y de la docencia a fin de reconocer la función de las mismas en su origen y como dicha función se fue transformando hasta llegar al momento actual.

Las escasas investigaciones sobre la educación secundaria en México coinciden en señalar su carácter eminentemente preparatorio para el ingreso a la universidad durante la Colonia y en México independiente. La institución más importante que impulso cierta impronta genética a los estudios secundarios del siglo XX, fue la Escuela Nacional Preparatoria, fundada en 1867 conforme a un esquema curricular positivista y liberal muy apegado al modelo francés del bachillerato, que a partir de 1907 formara parte de la Universidad Nacional de México.

El cambio más importante después de la Revolución Mexicana se dio en la década de los años veinte, cuando la Secretaría de Educación Pública (SEP) se propuso reorganizar los estudios preparatorios de forma tal que los primeros tres años correspondieran a una ampliación de la primaria. En 1925 se creó por decreto presidencial el Sistema de Educación Secundaria, “con ello nacía una educación posprimaria que permitiría difundir la cultura y elevar su nivel medio en todas las clases sociales para hacer posible un régimen positivamente democrático”. (De Ibarrola & Rama. 2001)

Se formaron así, en la primera mitad del siglo XX, dos ciclos de la educación media (secundaria) en México: el básico o secundaria, con tres años de duración (que pasó de la Universidad Nacional a depender de la SEP) y el medio superior (bachillerato).

En la década de los setenta, se promovió una profunda reforma educativa, desarrollada como respuesta a las inquietudes de la juventud, expresadas en el movimiento estudiantil de 1968. En el ciclo básico se desarrolló una modalidad denominada “telesecundaria” aprovechando las comunicaciones instaladas para difundir los juegos olímpicos de 1968, y se fortalecieron las secundarias técnicas. Se propuso un plan de estudios por áreas de conocimiento, con la finalidad de articular mejor la secundaria con la primaria. Sin embargo, la oposición de maestros, cuya preparación se basaba en las asignaturas impidió generalizarlo, y durante los siguientes diecisiete años coexistieron dos planes de estudios.

En 1989, el gobierno del Presidente Salinas de Gortari, como parte del proyecto nacional de modernización, y consistente con las recomendaciones internacionales en la materia, asumió un ambicioso programa de “modernización educativa”. En medio de grandes dificultades y tensiones respecto del sentido y las actividades de esta última, que incluso condujeron al cambio del Secretario de Educación Pública en enero de 1992. (De Ibarrola, 1998)

En su discurso de toma de posesión como Presidente, Carlos Salinas de Gortari expuso a la nación mexicana que en el marco de la libertad de educación su gobierno llevaría a cabo un programa de transformación del sistema educativo nacional, como base del desarrollo y modernización del país. El Presidente afirmó, también, que la tarea principal de su gobierno era asegurar la calidad y cobertura en materia educativa, enfatizo que la prioridad estaba en la calidad. (Espinoza & Gómez, 2006)

En mayo de 1992, la Secretaria de Educación Pública, estableció el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, que incluía tres grandes apartados: 1) la reorganización nacional del sistema educativo, en dos sentidos: la trasferencia de la operación y la administración directa del servicio escolar a los estados de la República (descentralización que se llamó “federalización”), y la creación de Consejos de Participación Social a nivel escolar, municipal, estatal y nacional; 2) la reformulación de los contenidos y materiales (nuevo plan de estudios para preescolar, para primaria y para secundaria; nuevos libros de texto gratuitos para primaria); y 3) la revaloración de la función magisterial (mediante seis aspectos principales: formación de maestros, actualización, salario profesional, vivienda, carrera magisterial y aprecio social por su trabajo) (De Ibarrola 1998, Zarzar 1994)

Posteriormente, en mayo de 1993, se promulgó una reforma al Artículo Tercero Constitucional, Mediante la cual se estableció el carácter obligatorio de la educación secundaria. (Zarzar, 1994)

El carácter de obligatorio de la educación secundaria compromete a los niveles de gobierno federal y estatal para ampliar las oportunidades educativas y consolidar el carácter democrático, así como la equidad regional en el acceso a una escolaridad básica más sólida y prolongada. Este es un avance de gran trascendencia, pero no basta con más escuelas ni con una proporción creciente de niños y jóvenes inscritos en educación obligatoria de nueve grados. Es indispensable una educación secundaria de mayor calidad formativa.

La obligatoriedad constitucional de la secundaria mexicana se da como parte del incremento de la escolaridad básica en toda la región de Latinoamérica y del supuesto de que las grandes transformaciones tecnológicas, económicas, sociales, políticas y culturales, que se manifiestan globalmente en la última década del siglo XX.

El propósito de la secundaria obligatoria es:

“Eleva la calidad de la formación de los estudiantes que han terminado la educación primaria, mediante el fortalecimiento de aquellos contenidos que responden a las necesidades básicas de aprendizaje de la población joven del país, y que solo la escuela puede ofrecer. Estos contenidos integran los conocimientos, las habilidades y los valores que permiten a los estudiantes continuar su aprendizaje con un alto grado de independencia, dentro o fuera de la escuela, facilitan su incorporación productiva o flexible al mundo del trabajo; coadyuvan a la solución de las demandas prácticas de la vida cotidiana y estimulan la participación activa y reflexiva en las organizaciones sociales y en la vida política y cultural de la nación” (SEP, 1992; De Ibarrola & Rama, 2001)

La federalización establecida en 1993, culmina los avances descentralizadores del sexenio anterior. En efecto, desde el gobierno de Miguel de la Madrid se constituyen los cimientos organizativos y normativos sobre los cuales impulsa la federalización, durante el gobierno salinista.

La secundaria empezó a considerarse parte de la educación básica mexicana en el Programa de Modernización Educativa de Carlos Salinas de Gortari, adquiriendo carácter legal en 1993, al modificarse el artículo tercero constitucional con el objeto de que integrara, junto a la primaria un ciclo de educación básica obligatoria de nueve grados (tres años después de los seis de primaria). (Sandoval, 2001)

En enero de 1995, el gobierno de la República presentó el programa de Desarrollo Educativo 1995-2000, el cual contempla las siguientes estrategias y acciones, fundamentadas en la corresponsabilidad de los diversos órdenes de gobierno en el proceso educativo:

- La formación y actualización permanente de los profesores, constituye una de las más altas prioridades del Programa de Desarrollo Educativo. La preparación y la disposición del maestro para ayudar al alumno son factores decisivos para elevar la calidad de la educación. Por ello, el programa establece el compromiso de efectuar una transformación profunda del sistema de formación inicial de los profesores que incluya el fortalecimiento académico de las escuelas normales.
- El programa señala la necesidad de contribuir a la creación de una auténtica cultura de la evaluación entre los diversos agentes implicados en el proceso educativo, mediante la constitución de un sistema nacional cuyo propósito sea medir en forma precisa los resultados de la educación.

El gobierno de Zedillo se preocupó por brindar una imagen “federalista” aunque no la del federalismo que marca la Constitución (soberanía de los estados, autonomía fiscal) sino de un indefinido nuevo federalismo. En este periodo de gobierno, la principal tarea era enfocada a los docentes, a su actualización de los programas educativos, a capacitarlos como se mencionaba, a especializarlos en lo que estaban haciendo (educar). Todo esto se fue logrando al llamarle federalismo educativo, descentralizando a la educación básica de la SEP, dándole más autonomía y propios recursos, aunque no todos los docentes gozaban de estas nuevas reformas.

Para la consolidación de este ciclo de nueve grados, además de la legislación la SEP impulsó un trabajo tendiente a dar consistencia académica a tal objetivo. Como un primer paso, se reformaron el plan y los programas de estudio con un enfoque que priorizaba el desarrollo de habilidades básicas y actitudes, y que buscaba la articulación entre el nivel primario y el secundario al sustituir las áreas de estudio por asignaturas. (Sandoval, 2001)

4.2 Percepción de la Escuela Secundaria en la Actualidad.

Al observar los procesos como los resultados que durante los últimos años ha obtenido la educación secundaria en México se puede percibir que el interés por brindar un servicio educativo óptimo se ha visto empañado por la falta de estrategias pedagógicas en la institución y ha creado un panorama hostil entre el docente y el alumno.

En este sentido, los estudiantes acusan a la escuela secundaria de aburrida, monótona, autoritaria, impositiva y sobre todo, ajena a sus intereses y necesidades.

Los docentes, acusan a los alumnos de irresponsabilidad, de actuar sin pensar, de ejercicio de la violencia hacia otros, de adicciones, y de falta de interés por aprender a construir sus propios saberes, a los egresados se les culpa de que no aprendieron a aprehender, a ser autodidactas, a valerse de sí mismos, de que no poseen un criterio propio, carecen de capacidad de decisión y son perfectos representantes del modo histórico de despersonalización que estamos viviendo: personas acrílicas, masificadas, que se pierden en el gregarismo de la moda, de la costumbre, que viven su cotidianidad y aceptan la realidad de manera ingenua, sin una toma de posición y compromiso. (Costilla, 2006)

Por su parte, los organismos nacionales e internacionales que evalúan el “aprovechamiento” en la educación básica: “reprueban” a la educación secundaria en México.

Juan Castaings (2001), comenta “Por un lado, México quedó reprobado, con cuatro últimos lugares y dos penúltimos, en el ranking mundial en educación primaria y secundaria al participar en 1995 con otros 40 países; en algunos casos sólo Irán se encontraba en una situación peor que la nuestra. Esto, por lo que se refiere a la calificación de la Asociación Internacional para la Evaluación del logro Educativo (IEA). Por otro lado, en relación con la encuesta de la OCDE de fines del 2002, la situación es también funesta. Este sondeo incluye aproximadamente 30 países y solamente Brasil resultó peor que México. En ambas encuestas se estudió tanto a escuelas públicas como a privadas, obteniendo resultados deplorables. El grueso de los alumnos mexicanos no tiene capacidad para comprender textos, poder evaluar informaciones o formular hipótesis. Evaluados en cinco niveles, únicamente el 1 por ciento de los mexicanos se colocó en el nivel número cinco, frente al 44 por ciento que se encuentran en el nivel más bajo (el número 1) o incluso por debajo de él”. (Castaings, 2001 pp. 53)

Más recientemente, se tienen los resultados de las pruebas de estándares nacionales aplicadas al final del ciclo escolar 2003-2004, indican que el 38% de los estudiantes de tercer grado obtienen puntajes que los ubican lejos o muy lejos de alcanzar los estándares de comprensión de lectura. Los resultados en el área de razonamiento matemático son más desalentadores, 90% se ubican muy lejos del estándar. (Costilla, 2006 pp. 12)

“De acuerdo con el Programa Internacional para la Evaluación del Estudiante (PISA, 2003), el 28% de los estudiantes mexicanos de 15 años alcanzó el nivel 1, esto quiere decir que ese porcentaje de jóvenes sólo es capaz de completar tareas poco complejas de lectura, tales como localizar información, identificar el tema principal de un texto, o establecer una

conexión simple entre la lectura y su saber cotidiano, mientras que el 16% ni siquiera alcanzo este nivel.” (Costilla, 2006 pp. 12-13)

Finalmente, la educación secundaria del siglo XXI, está acusada de estar al servicio del pensamiento neoliberal y sujeta a los procesos impuestos por la globalización económica, además, está enfrentada en obvia desventaja con los medios masivos de comunicación.

Esta situación y el hecho de que los docentes son muy dados en su mayoría, cuando hay una crítica a excluirse y afirmar: “yo no soy así, yo si tengo gusto por mi trabajo y hago mi mejor esfuerzo, yo no formó parte de dicha situación”, los coloca en la necesidad de discutir que está pasando, como se está trabajando en la docencia y que otros elementos históricos están influyendo para que en la escuela secundaria, este pasando lo que está pasando, pues casi nunca se colocan dentro de la crítica y ello les impide elucidar que está sucediendo. (Costilla, 2006)

Esta situación se debe al olvido de la creación del Programa Nacional de Actualización Permanente para Maestros de Educación Básica (PRONAP), cuya función es: facilitar el conocimiento de los contenidos y enfoques de los nuevos planes de estudio, al mismo tiempo que promover la utilización de nuevos métodos, formas de trabajo y recursos didácticos congruentes con los propósitos formativos de la educación básica. Este programa fue creado con la finalidad de ofrecer mediante centros para maestros, una serie de cursos a los que el docente se inscribe en función de sus preferencias y de su tiempo libre, y trabaja en ellos por medio de paquetes didácticos, consistentes tanto en lecturas como en una guía de estudio. Estos cursos fueron creados con la intención de promover la actualización voluntaria y autodidacta, bajo una modalidad abierta, y están vinculados estrechamente a otro programa de la reforma llamado carrera magisterial, pues acreditar cursos permitiría obtener puntos para este programa. (Sandoval, 2001)

“La carrera magisterial fue creada con la finalidad de incentivar y reconocer el trabajo de los maestros frente al grupo, por medio del otorgamiento de un estímulo económico diferencial de acuerdo con la calificación obtenida en aspectos tales como aprovechamiento escolar, preparación y desempeño profesional. Es un sistema similar al del pago por mérito que se utiliza en otros países, que en un primer momento fue visto con desconfianza por algunas organizaciones magisteriales por considerar que fragmentaba los intereses colectivos de los maestros; no obstante, al ser un complemento del salario, paulatinamente fue teniendo mayor aceptación.” (Sandoval, 2001 pp. 85)

4.3 Estructura Curricular.

Actualmente, México y su sistema educativo viven una serie de transformaciones, en buena parte, impulsadas desde el exterior. En América Latina, los cambios educativos que se están operando, según Tedesco (Noriega & Moreno. 1998), pueden organizarse en tres grandes ejes. Uno político, donde la idea fuerza es el consenso nacional en educación. Otro, estratégico donde la idea fuerza prioridad al cambio en los estilos de la gestión escolar y la administración. Y otro más, pedagógico, donde la necesidad de introducir una lógica de reforma curricular a partir del concepto de satisfacción de necesidades básicas de aprendizaje.

Constitucionalmente se establece el plan de estudios de obligatoriedad nacional y en todo el país se acuerda reimplantar con modificaciones el plan de estudios por asignaturas, cuyo diseño básico data de 1976. Se consideran fundamentalmente de la nueva educación básica: la lectura, la escritura, y la matemática; se propone que todo niño adquiera un conocimiento suficiente de las dimensiones naturales y sociales del medio en que vivirá.

Se plantea una carga horaria semanal de 35 horas de trabajo, dividida en dos grandes núcleos: asignaturas académicas y actividades de desarrollo.

La apreciación general de los expertos es que la calidad del aprendizaje en secundaria es uno de los graves problemas del sistema. Paradójicamente, según las escasas encuestas de opinión aplicadas a padres de familia, profesores o empleadores, la calidad resulta adecuada a sus expectativas (Santos del Real, 1999)

Los resultados de los exámenes nacionales, aplicados a egresados en 1999, revelan serias dificultades de aprendizaje. Quienes los realizaron lograron en promedio 48 % de aciertos. Los resultados varían por tipo de secundaria de procedencia, a favor de la secundaria general y en decremento de la telesecundaria.

Tal parece que la calidad del aprendizaje disminuye a medida que sube el nivel escolar. Sin embargo, los exámenes evalúan la preparación de los estudiantes que aspiran a continuar estudios superiores.

El acceso a una mayor escolaridad ha sido constante en el país, pues la obligatoriedad de la secundaria es mejorar la eficiencia terminal en primaria y abrió nuevas oportunidades de ingreso a la secundaria.

En la presentación del Plan y programa de estudio de secundaria, la SEP resalta continuamente los objetos formativos que se pretende lograr con la nueva organización y estructura curricular.

Algunas de las prioridades de tipo formativo que se señalan en este documento son (Zarzar, 1994):

- a) En cuanto al Español: “asegurar que los estudiantes profundicen y ejerciten su competencia para utilizar el español en forma oral y escrita: desarrollar las capacidades de expresar ideas y opiniones y opiniones con precisión y claridad; entender, valor y seleccionar material de lectura, en sus diferentes funciones informativas, prácticas y literarias”
- b) En cuanto a las Matemáticas: se pretende “ampliar y consolidar los conocimientos y habilidades matemáticas y las capacidades para aplicar la aritmética, el álgebra y la geometría en el planeamiento y resolución de problemas de la actividad cotidiana y para entender y organizar información cuantitativa.

- c) En cuanto a las materias del área de Ciencias Naturales: se pretende “fortalecer la información científica de los estudiantes y superar los problemas de aprendizaje que se presentan en este campo”, así como establecer “una vinculación continua entre las ciencias y los fenómenos del entorno natural que tienen mayor importancia social y personal: la protección de los procesos de intenso cambio que caracterizan a la adolescencia”
- d) En cuanto a las materias del área de Ciencias Sociales: se pretende “que los estudiantes adquieran mejores elementos para entender los procesos de desarrollo de las culturas humanas; para adquirir una visión general del mundo contemporáneo y de la interdependencia creciente entre sus partes; así como participar en relaciones sociales regidas por los valores de la legalidad, el respeto a los derechos, la responsabilidad personal y el aprecio y defensa de la soberanía nacional”

En este sentido hay que entender que un plan de estudios es una propuesta constituida por contenidos académicos dirigidos a determinados estudiantes. Las posibilidades de apropiación de los contenidos por parte de los alumnos, depende de las prácticas escolares que se construyan cotidianamente en cada escuela. Estas son heterogéneas en tanto se construye en el cruce entre determinantes estructurales e historia particular de la escuela.

En México los contenidos académicos en las escuelas secundarias presentan una serie de obstáculos los cuales impiden la correcta aplicación del plan de estudios, los cuales son: el nivel de significación de los contenidos, el predominio de la lógica de la actividad, el esfuerzo adaptativo de los estudiantes y el énfasis en la evaluación formal. (Quiroz, 1991)

Es necesario señalar que una particularidad de los estudiantes de secundaria, es que en ese momento de su vida, no tienen definida ninguna especialidad. Por ello, para estructurar su vida cotidiana necesitan lo que corresponde a cualquier persona no especialista. Pueden darse casos en que a esta edad (12 a 16 años), ya existan inclinaciones personales diferenciadas, pero se puede decir, que como conjunto global estos estudiantes no requieren, al menos en ese momento, los saberes que corresponden a mundos especializados.

4.4 Competencias y Formación del Nuevo Docente de Secundaria.

La reforma educativa de los años setenta y el crecimiento exponencial de las secundarias y del nivel medio superior en esa década determinaron importantes problemas relacionados con la formación de profesorado. Ante la ausencia de maestros formalmente preparados, se contrataron jóvenes, con 75% como mínimo de avance en sus estudios universitarios, para atender el crecimiento de la matrícula. Se trataba de jóvenes sin formación pedagógica no sólo incipiente sino bastante precaria.

A la fecha, muchos de ellos siguen en la docencia, mejoraron su preparación formal participando en diversos programas, que les permitieron contar con un número importante de cursos realizados, o haber alcanzado la licenciatura o el posgrado. Su larga experiencia

laboral, sin embargo, podría calificarse en general de precaria, dada las condiciones cotidianas de su desempeño laboral y las condiciones de contratación.

En secundaria, la contratación de los maestros del nivel es por horas de asignatura impartidas; muy pocos trabajan en condiciones de “medio tiempo”, y menos, en condición de “tiempo completo”. Esto ha incidido negativamente en la posibilidad de cambiar los contenidos curriculares y los modos de gestión de la secundaria, y genera importantes problemas institucionales y pedagógicos: una gran cantidad de profesores diferentes con quienes se deben relacionar los alumnos; en contraste, el importante número de horas dispersas en distintas escuelas que cubren los maestros (de lo cual se desprende el elevado número de alumnos que cada profesor atiende por semana). Esta situación ha generado el predominio de exámenes de opción múltiple, como estrategia pedagógica que, ante la gran cantidad de alumnos, permitiría controlar el proceso de aprendizaje y los resultados finales, a través del mínimo requerido. (Quiroz, 2000).

Ser maestro de educación básica constituye una profesión cada vez más compleja, tal como se desprende de las nuevas demandas sociales, económicas, políticas y culturales a la formación de las nuevas generaciones.

La profesión está orientada por finalidades totalizadoras: formación integral del alumno, desarrollo de las capacidades básicas, transmisión del conocimiento fundamental, enseñanza de conocimientos, actitudes, valores, habilidades básicas.

De Ibarrola (1998) comenta que las investigaciones en la última década sobre la práctica docente obligan a introducir un análisis institucional en la definición y delimitación de la profesión docente. La formación integral de los mexicanos (por aceptar la responsabilidad profesional más genérica) no se reduce a la relación pedagógica maestro alumno.

La enseñanza como actividad profesional fundamental es una compleja síntesis: incorpora en el acto de la enseñanza a los alumnos, en un pequeño y aparentemente sencillo microcosmos, toda la vida política, económica, social, local, nacional, internacional.

La docencia incluye otras funciones importantes para la actividad de una escuela: trabajo colegiado, funciones administrativas, relaciones con los padres, relaciones con la comunidad.

Como se puede notar las condiciones materiales del trabajo docente, no son solo los recursos físicos para el trabajo, sino también, entre otras cosas, las condiciones laborales, la organización escolar del espacio y del tiempo y las prioridades de trabajo que resultan de la negociación cotidiana entre autoridades, maestros, alumnos y padres.

De estas condiciones destaca la situación laboral del magisterio. Salario insuficiente, jornadas agotadoras casi en su totalidad frente agrupo, trabajo en varios planteles, grupos numerosos, etc. Un maestro que tiene 12 grupos y 600 alumnos, aunque quisiera conocer a sus grupos y alumnos, está imposibilitado para hacerlo. Esta situación, aunada a programas de curso muy extensos, tiene un fuerte peso de determinación sobre la práctica docente, aun

cuando directores y maestros tienen intentos de hacer las cosas de otro modo en beneficio de los alumnos.

Además de las condiciones materiales del trabajo, también conviene destacar dos tradiciones académicas del magisterio de secundaria que condicionan la práctica docente.

- 1) La identificación del maestro con el saber especializado de su disciplina, configura una práctica docente que toma poco en cuenta el saber cotidiano y los intereses de los alumnos, en tanto que la sobrevaloración del saber de su especialidad se convierte en núcleo de su quehacer.
- 2) La segunda tradición magisterial se refiere a la evaluación. La sobrevaloración del maestro del saber especializado de su disciplina en confluencia con la normatividad y las dificultades para conocer a los alumnos, han constituido una tradición de los maestros de secundaria que ubica la asignación de calificaciones como una de las tareas centrales de la práctica docente.

La docencia exige una formación especializada. Los análisis planteados en los rubros anteriores lo justifican plenamente. A pesar de ello, es práctica común en México (justificada tanto por problemas de recursos como de control sindical), asignar la función docente a jóvenes egresados de secundaria o de bachillerato.

En la formación docente dos proyectos han impactado de manera particular, la elevación de la educación normal a nivel de licenciatura y la descentralización.

La Normal Superior, institución que forma los profesores de secundaria fue descentralizada desde 1983, a través de un decreto. Aunque el propósito oficial fue el mejoramiento de la calidad de la educación de ese nivel, tuvo como fin real desarticular una institución que se había politizado. (Noriega & Moreno. 1998)

La educación normal, como es bien sabido, por decreto presidencial de marzo de 1984, se elevaron a nivel de licenciatura. Hasta entonces, la normal de preescolar y la de primaria, constituían una carrera corta, de tres o cuatro años después de la secundaria. Al término de ella y gracias a la expansión que el sistema educativo registró durante varias décadas, los egresados de escuelas oficiales automáticamente se incorporaban al trabajo con una plaza en educación básica. (Noriega & Moreno. 1998)

Las Escuelas Normales habían sido las instituciones que jugaron el papel de fieles transmisoras de la formación constitucional definida por el gobierno federal; por otra parte, el elevado número de maestros que no reunían la formación normalista requerida fue atendida por el Instituto Federal de Capacitación del Magisterio. (De Ibarrola, 1998)

Por tales hechos se vino a agravar la insuficiencia histórica de maestros en ese nivel. El mercado laboral de educación secundaria nunca había sido cubierto con profesores egresados de la normal superior. Su déficit ha sido cubierto con personal sin formación pedagógica, procedente de diversas carreras universitarias o politécnicas. En consecuencia, la población magisterial con esa procedencia ha ido incrementándose.

De acuerdo con lo anterior puede afirmarse que en ambos casos, trátase de normal básica o de normal superior, el impacto más visible de la modernización en la formación docente ha sido la disminución de la oferta de profesores. La incorporación de personal no calificado pedagógicamente en la educación básica acentúa la heterogeneidad existente entre los maestros.

Existe personal con una diversidad en su formación y su nivel de escolaridad y preparación hay desde egresados de secundaria hasta quienes cuentan con niveles de posgrado. La formación de maestros por áreas no antecedió a la reforma en secundarias y cuando ésta ya había arraigado se anunció el cambio al estudio por asignaturas.

Considerar al maestro como un factor decisivo de la reforma educativa no puede hacerse al margen de sus condiciones concretas de trabajo; para el caso de los docentes de secundaria es necesario reconocer que, por sus particularidades laborales, algunas de las medidas de cambio presentan dificultades a la hora de concretarse.

4.5 Proceso del Trabajo Docente en Secundaria.

Los padecimientos de los docentes expresados como enfermedades laborales y el refugio buscado en la seguridad social, está determinada por la forma en que se realiza la práctica docente. El docente al ser consciente de que es un trabajador de la educación, tiene que reconocer e identificar el producto de su trabajo, distinguir la realidad de la escuela en la que labora pues cada escuela producirá diferentes resultados educativos.

El control burocrático que se genera dentro de la realidad de cada escuela y cada aula, es visible para los organismos de gobierno de la educación y las entidades financieras encargadas de los resultados educativos. Sin embargo, está todavía oculto para la conciencia de muchos trabajadores de la educación, pues al visibilizarlo el docente se enfrenta a un desafío teórico y político.

El docente tiene que tener el control del proceso de su trabajo, pues al reconocerlo podrá identificar las necesidades académicas y administrativas que tiene su centro de trabajo. La inexperiencia es un factor que influye en los profesores practicantes que se enfrentan por primera vez a la práctica docente, con la continuidad y las exigencias que demanda el hacerse cargo del desarrollo de una asignatura, pues solo tienen como herramientas el conocimiento de estrategias disciplinares y pedagógicas, aunque estas estrategias dependen de la formación del profesorado. (Martínez, 2001)

El proceso del trabajo docente según Imbernón (Maciel de Oliveira, 2008), está enmarcado en la concepción de profesionalidad amplia o desarrollada, en contraposición a una profesionalidad restringida. La docencia al ser una profesión desarrollada, fomenta las destrezas profesionales que se adquieren a partir de la reflexión entre la práctica y la teoría; las experiencias del aula son percibidas en relación con el contexto y con las metas planeadas; la metodología del trabajo se compara con la de otros colegas y se contrasta con la práctica; se valora la colaboración profesional; se participa en otras actividades

profesionales además de las aulas; se lee literatura profesional; se tiene participación en cursos de naturaleza teórica y no sólo de carácter práctico; la enseñanza se convierte en una actividad racional y no intuitiva. (Sandoval, 2001)

En este contexto es importante señalar que los cursos de actualización que tienen que brindarse al docente de secundaria son distintos a los de la primaria, no solamente por su formación profesional sino también por sus expectativas profesionales y condiciones laborales. Solo de esta manera se romperá con la idea de que todos los maestros son iguales y enfrentan las mismas condiciones.

El docente de secundaria sólo tiene en común la denominación, pues bajo ella coexiste una gran diversidad que corresponde, entre otras cosas, a la actividad concreta que cada uno realiza en la división de actividades propias del nivel. Esta división se inicia, de manera formal, con la existencia de cuatro bloques de personal docente: los maestros de materias académicas, los de actividades tecnológicas, los de apoyo educativo y los directivos. La división tiene su base en una diferente preparación, profesional o técnica, que marca un estatus distinto en la escuela, y en una diferente función: docencia, apoyo o administración. (Sandoval, 2001; Jiménez, 2003)

Los integrantes de cada uno de estos grupos desarrollan actividades cuyo punto en común sería la formación de los alumnos y que, además, teóricamente están interrelacionadas, lo que puede pensarse como un trabajo en equipo con el mismo fin. No obstante, por la dinámica escolar interna, por las condiciones laborales que imperan en la secundaria y por el proceso histórico de constitución del sector docente en secundaria, estos grupos tienen a separarse, incluso en su interior. Por ejemplo, los maestros de materias académicas se separan por especialidad y, dentro de ésta, por su formación profesional de origen. Así, se van generando diversas identidades (en el sentido de identificación) bajo la denominación genérica de maestro de secundaria, situación que repercute en las relaciones, en la organización del trabajo y en el aislamiento del equipo docente.

El aislamiento se fortalece por las condiciones de contratación en secundaria, en donde un buen número de maestros tienen sus horas distribuidas en diferentes escuelas y, por tanto, pocas posibilidades de comprometerse en un proyecto colectivo. La diversidad de horarios, además de cerrar la posibilidad de tener espacios de discusión colectiva laboral, propicia la concentración de la organización del trabajo escolar en manos de los directivos y del pequeño grupo de maestros que tiene tiempo completo en la escuela.

Pero, además, la contratación de los maestros por horas los obliga a cumplir todas frente al grupo, sin que explícitamente se contemplen tiempos para planeación, documentación, reuniones de trabajo o asesoría a los alumnos. Si bien existen las llamadas horas servicio, éstas no están formalmente reglamentadas, se otorgan de manera discrecional y funcional tanto para adaptar los horarios de los maestros e las necesidades de la escuela, como para otorgar premios a castigos a los docentes.

Con base en estas condiciones, los maestros consideran que cumplir con su labor es atender a sus grupos, y que las reuniones, comisiones y horas de servicio destinadas a acudir alumnos que no les corresponde son carga extra. Refugiándose en su salón de clase, cada profesor encuentra la manera de resolver su trabajo de manera individual y con sus propios recursos y criterios. Así, de los tres niveles que conforman la educación básica, la secundaria es la que presenta menos condiciones de trabajar como una unidad educativa, lo que en cierta forma favorece la atomización del equipo docente, el trabajo individual y el aislamiento de los maestros. (Sandoval, 2001; Jiménez, 2003)

Método.

Planteamiento del Problema.

Partiendo de las diversas situaciones y condiciones laborales que se presentan en el trabajo:

¿Existe relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y la aparición de Enfermedades en Docentes de nivel Secundaria del D.F?

Objetivo General.

El objetivo de esta investigación es conocer la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT), en Docentes de Secundaria, utilizando el modelo de Gil-Monte (2005) y su relación con aparición de Enfermedades.

Objetivos Específicos.

Identificar la prevalencia del SQT por dimensiones (Ilusión por el Trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa) y su relación con las Enfermedades.

Describir la presentación de los Perfiles 1 “Grave” y 2 “Muy Grave” del SQT y su relación con las Enfermedades.

Describir la prevalencia del SQT buscando las diferencias de morbilidad por sexo, edad y antigüedad laboral.

Describir las Enfermedades más frecuentes que padecen los Docentes de la población.

Método.**Hipótesis.**

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y la aparición de Enfermedades en Docentes de nivel Secundaria del D.F

H2: Existe diferencia estadísticamente significativa en la presencia del SQT entre hombres y mujeres, considerando edad y antigüedad laboral.

Definición de Variables.

- **SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT).**

Conceptual: Gil- Monte (2005), lo define como una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales. El cual se compone de Ilusión: es el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales debido a que se percibe como una fuente de complacencia personal; Desgaste psíquico: es la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo los individuos deben tratar a diario con personas que presentan o causan problemas; Indolencia: es la aparición de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización y Culpa: es la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo.

Operacional: El SQT se mide a partir del CESQT. Este instrumento está formado por 20 ítems que se valoran con una escala tipo Likert con un rango de 0 a 4, donde 0 (Nunca), 1 (Raramente: algunas veces al año), 2 (A veces: algunas veces al mes), 3 (Frecuente: algunas veces por semana) y 4 (Muy frecuentemente: todos los días). Los ítems se distribuyen en las siguientes 4 dimensiones (Gil-Monte, 2006): Ilusión por el trabajo (5 ítems, compuesto por los reactivos: 1, 5, 10, 15, 19), Desgaste psíquico (4 ítems, compuesto por los reactivos: 8, 12, 17, 18), Indolencia (6 ítems, compuesto por los reactivos: 2, 3, 6, 7, 11, 14) y Culpa (5 ítems, compuesto por los reactivos: 4, 9, 13, 16, 20).

- **ENFERMEDAD.**

Conceptual: La OMS (2010), la define como la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.

Operatoria: La Enfermedad se mide a partir de la aplicación de un cuestionario integrado por 21 ítems, en el cual se pregunta la aparición de enfermedades en los últimos 12 meses diagnosticadas por un médico o psicólogo.

Diseño.

Es una investigación ex post- facto, transversal y correlacional de campo.

Participantes.

La muestra se conformó por 566 docentes de secundaria diurnas, provenientes de 9 delegaciones del Distrito Federal distribuidos en 48 secundarias, de los cuales: 175 participantes fueron hombres (30.9%) y 391 mujeres (69.1%), con un rango de edad de 21 a 67 años con \bar{x} de 43.5. El muestreo fue no probabilístico intencional: donde solo se encuestó a los docentes que cubrieran los datos de inclusión: ser docente de secundaria y tener mínimo un año de antigüedad laboral.

Instrumentos.

Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” en su versión para profesionales que trabajan en la educación (CESQT-PE), que consta de 20 ítems que se distribuyen en cuatro dimensiones denominadas: ilusión por el trabajo (5 ítems) ($\alpha=.81$), desgaste psíquico (4 ítems) ($\alpha=.83$), indolencia (6 ítems) ($\alpha=.80$) y culpa (5 ítems) ($\alpha=.76$), elaborado por el Dr. Gil-Monte (2005) y validado en México por Gil-Monte, Unda y Sandoval (2009), en una población de 698 profesores de educación primaria de escuelas públicas de la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal . Mientras que para medir la Presencia de Enfermedades se utilizó un listado de Enfermedades de elaboración propia sobre el Estado de Salud en el que se indica la prevalencia de enfermedades en los últimos 12 meses diagnosticadas por un médico o psicólogo que consta de 34 ítems.

Procedimiento.

Para la realización de esta investigación se acudió como primer instancia a la Secretaría de Educación Pública (SEP), con el fin de poder obtener un documento oficial en el cual se especificara la aprobación para poder tener acceso a las instituciones educativas, de parte de la Dirección General la cual tiene a su cargo el control de las 7 Direcciones Operativas que conforman la estructura y distribución de las escuelas secundarias diurnas y técnicas del Distrito Federal a lo que se conoce como Zonas de Inspección. De esta manera se hizo llegar a cada Dirección Operativa un oficio en el cual se especificaba de manera más precisa las actividades que se realizarían por parte del equipo de investigación.

La aplicación se realizó en grupo en el aula establecida por cada director de plantel, se dio instrucciones de lectura de la portada inicial del cuestionario, en la que se incluyó una carta de conformidad, donde cada docente que decidió participar en esta investigación tendría que leerla y firmarla de conformidad, la carta incluyó los elementos éticos necesarios para participación voluntaria y confidencialidad de los resultados.

Análisis de los datos.

Los resultados se evaluaron con la Base de cálculo “CESQT cálculo percentiles México”, elaborada y validada por Gil-Monte (2010) en una población de 3000 trabajadores de distintas ocupaciones en México, así como también el paquete estadístico SPSS 17, en el cual se calcularon frecuencias, posteriormente se realizó la prueba t de Student, análisis de varianza simple (ANOVA), prueba Rho de Spearman y por último se aplicó prueba χ^2 (Crosstab).

Resultados.

De acuerdo a los datos obtenidos con la aplicación de los instrumentos, se procedió a la realización del análisis del CESQT.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos.

Variable	Media	D.Est	Rango	Asimetría	Curtosis	Alpha
Ilusión	3.2	.756	0-4	-.987	.724	.818
Desgaste Psíquico	1.68	.887	0-4	.360	-.214	.836
Indolencia	1.02	.717	0-4	.820	.324	.809
Culpa	.925	.668	0-4	.709	.343	.762

Se puede observar que los valores de las cuatro dimensiones que evalúan el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) son consistentes (ver en Tabla 1), lo cual reafirma la validez del instrumento para la evaluación del SQT en esta población de docentes. Por lo que se presenta a continuación la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT):

Tabla 2. Número de Docentes en Niveles por Dimensión Muestra Total.

	Ilusión (inv)	Desgaste	Indolencia	Culpa
Patología	60	77	89	74
Altos	172	79	134	117
Medios	153	231	163	155
Bajos	181	179	180	220

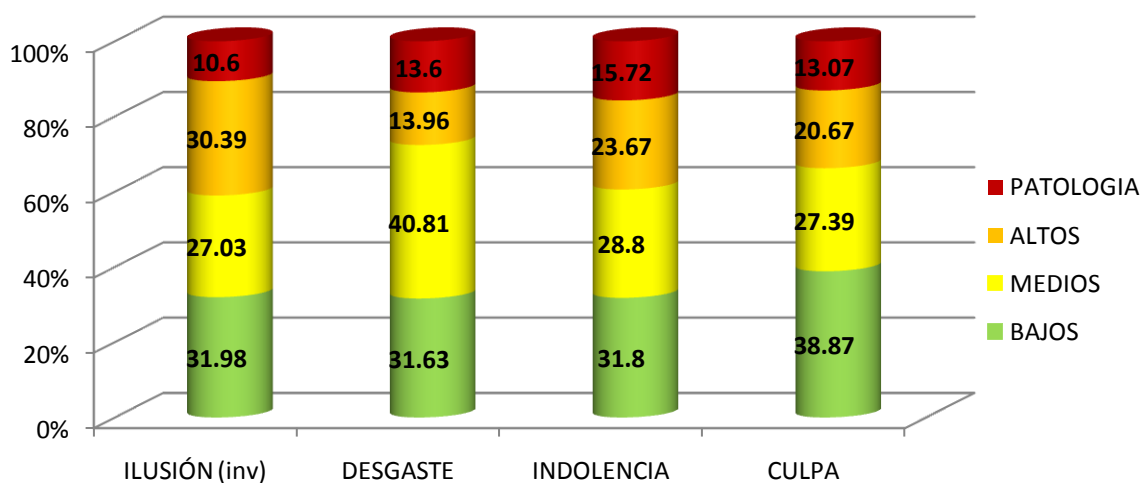


Figura 1. Porcentajes

Las puntuaciones que se observan en la Figura 1 indican que esta población de docentes presenta al menos uno de los cuatro síntomas para desarrollar SQT. Considerando la indolencia con mayor prevalencia, seguido de desgaste psíquico y Culpa. Solo el 10.6 % de la población tiene niveles patológicos de baja Ilusión, respecto a la prevalencia del SQT en los docentes de Secundaria se encontró lo siguiente:

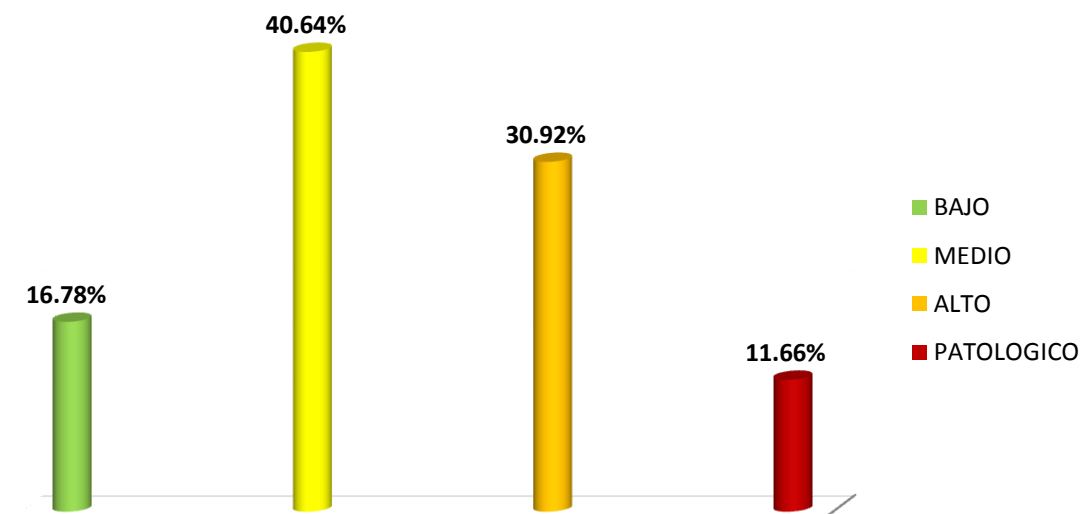


Figura 2. Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

La prevalencia de SQT está determinada por los factores psicosociales negativos que influyen en la aparición de malestares en el docente, el cual ha sido explicado en el Capítulo 3, en la Figura 2 se muestran el porcentaje de casos de docentes que presentan SQT en niveles diferentes, de estos casos solo el 11.66 % se consideran patológicos dentro de la población total.

Respecto a los perfiles que maneja el SQT se presentaron 66 casos patológicos con perfil grave y dentro de este rango 7 casos con perfil muy grave, los cuales se muestran a continuación:

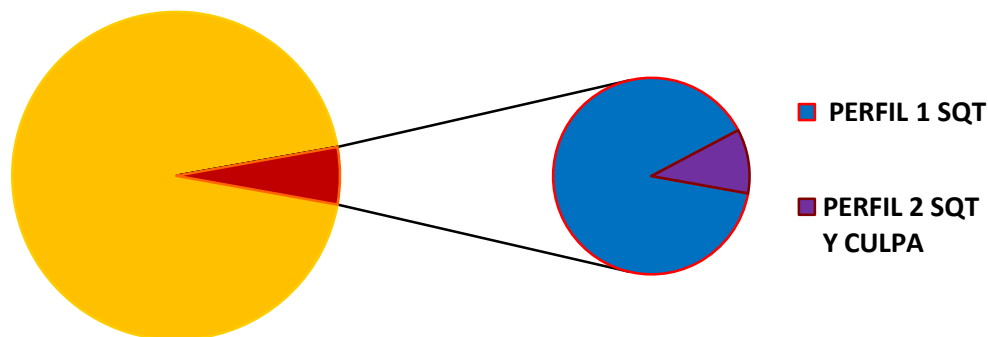


Figura 3. Perfil 1 grave: (baja ilusión, alto desgaste y alta indolencia)

Perfil 2 muy grave: (baja ilusión, alto desgaste, alta indolencia más alta culpa)

Respecto a las Enfermedades, se realizó una categorización por grupo, para poder observar la frecuencia que tienen dichas enfermedades en esta población. Así como el número de enfermedades que se presentan por docente de acuerdo a cada categoría de enfermedad. Como se muestra en la Figura 4, solo 9 docentes ha sufrido un infarto, en la tabla 3 se observa que el 14 % presenta dos enfermedades cardiovasculares.

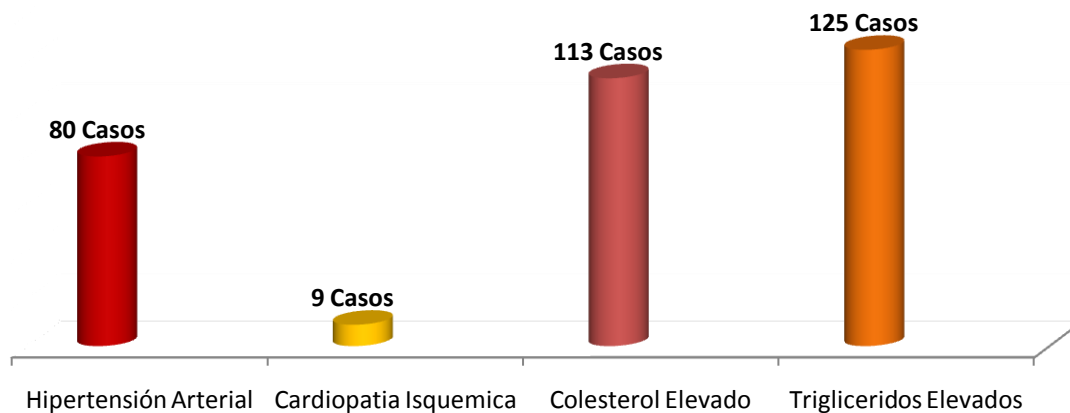


Figura 4. Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares.

Tabla 3. Número de Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares por Docente.

	Nº Docentes	%
Ninguna Enfermedad o Síntoma	379	67.0
Una Enfermedad o Síntoma	78	13.8
Dos Enfermedades o Síntoma	79	14.0
Tres Enfermedades o Síntoma	29	5.1
Cuatro Enfermedades o Síntoma	1	.2
Total	566	100.0

La Figura 5 muestra que las alergias son las que más sufren los docentes con 95 casos, mientras que solo el 0.7 % de la población padece tres enfermedades respiratorias (ver Tabla 4).

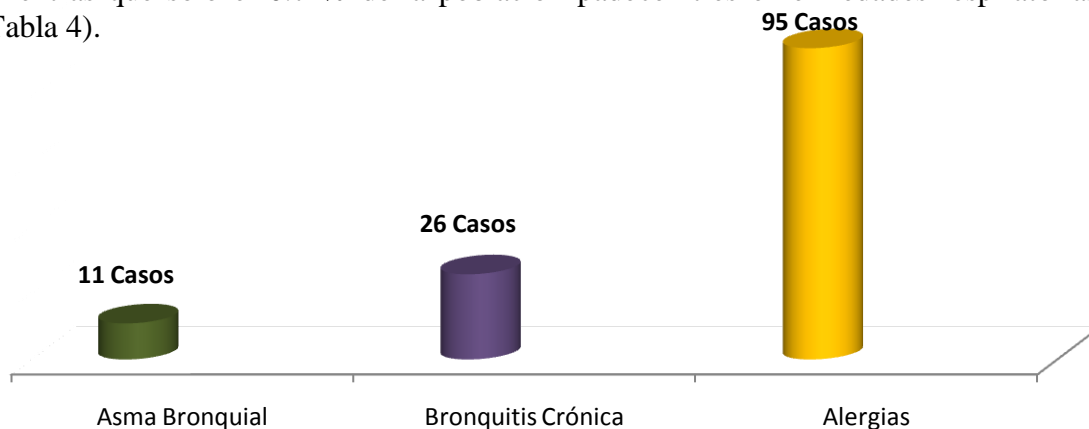


Figura 5. Enfermedades Respiratorias y Alergias.

Tabla 4. Número de Enfermedades Respiratorias y Alergias por Docente.

	N° Docentes	%
Ninguna Enfermedad o Alergia	456	80.6
Una Enfermedad o Alergia	92	16.3
Dos Enfermedades o Alergia	14	2.5
Tres Enfermedades o Alergia	4	.7
Total	566	100.0

La Diabetes mellitus se encuentra como un padecimiento que sufren los docentes, tal y como lo muestra la Figura 6.

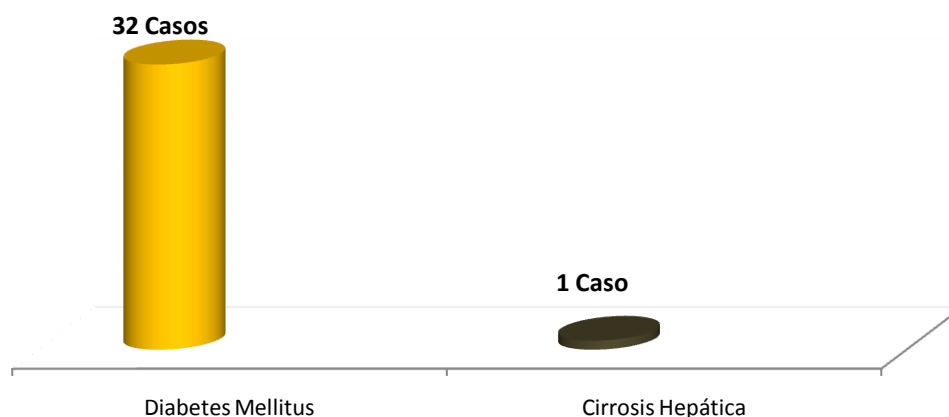


Figura 6. Enfermedad Metabólica o Hepática.

Tabla 5. Padecimiento de Enfermedad Metabólica o Hepática por Docente.

	N° Docentes	%
Ninguna Enfermedad	533	94.2
Una Enfermedad	33	5.8
Total	566	100.0

Tabla 6. Número Enfermedades Crónicas por Docente.

	N° Docentes	%
Ninguna Enfermedad	557	98.4
Una Enfermedad	9	1.6
Total	566	100.0

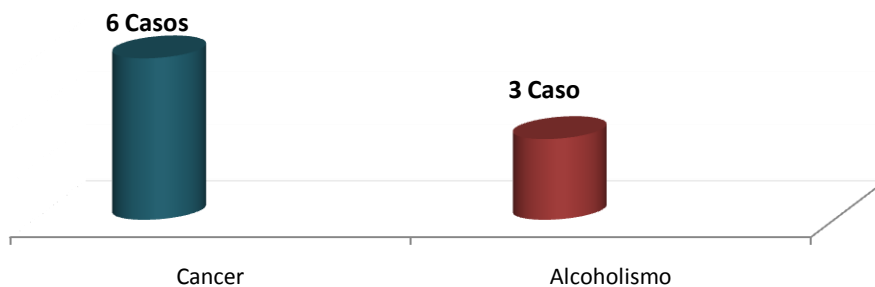


Figura 7. Enfermedades Crónicas.

Las alteraciones y malestares mentales con mayor prevalencia son el estrés, problemas de sueño, fatiga, depresión y ansiedad, solo existen 14 casos con problemas sexuales (ver Figura 8), en la tabla 7 se observa que el 19.4 % de los docentes padecen dos alteraciones mentales y solo dos casos presentan siete problemas de salud mental.

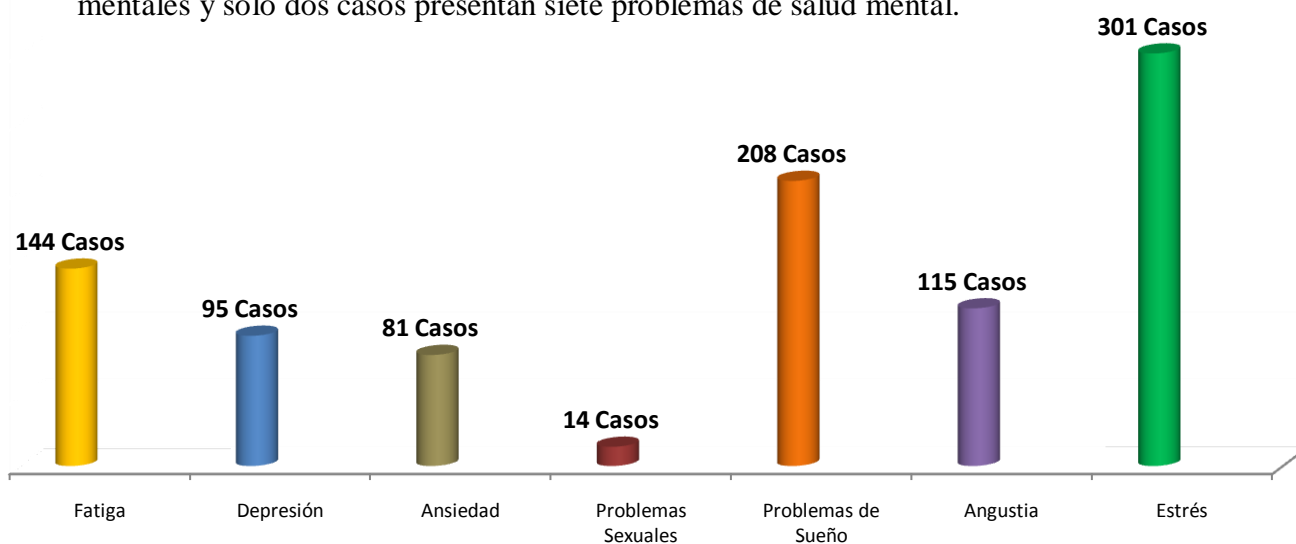


Figura 8. Alteraciones y Malestares Mentales.

Tabla 7. Número de Alteraciones y Malestares Mentales por Docente.

	Nº Docentes	%
Ninguna Alteración o Malestar	193	34.1
Una Alteración o Malestar	107	18.9
Dos Alteraciones o Malestar	110	19.4
Tres Alteraciones o Malestar	72	12.7
Cuatro Alteraciones o Malestar	32	5.7
Cinco Alteraciones o Malestar	27	4.8
Seis Alteraciones o Malestar	23	4.1
Siete Alteraciones o Malestar	2	.4
Total	566	100.0

Respecto a la Figura 9, 279 docentes sufre dolores de espalda, 242 docentes dolor de cuello y solo 131 dolor en manos- muñecas (lo que se conoce como síndrome del túnel carpiano).

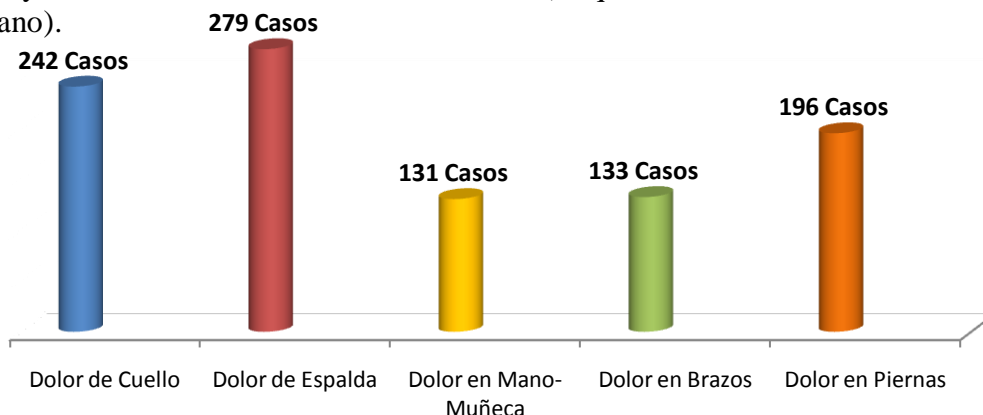


Figura 9. Molestias Musculoesqueléticas.

Tabla 8. Número de Molestias Musculoesqueléticas por Docente.

	Nº Docentes	%
Sin Molestias	180	31.8
Una Molestia	100	17.7
Dos Molestias	121	21.4
Tres Molestias	73	12.9
Cuatro Molestias	40	7.1
Cinco Molestias	52	9.2
Total	566	100.0

Por otra parte en la tabla 8 se observa que 21.4% presenta dos molestias musculoesqueléticas, y solo el 9.2% tienen cinco problemas de origen musculoesquelético.

En la tabla 9 se puede observar que el 22.7% padece de los dos problemas gástricos, con 196 casos que presentan colitis (ver Figura 10).

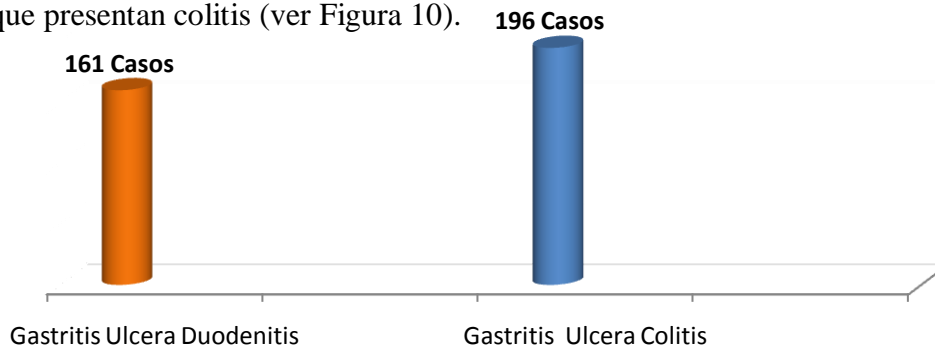


Figura 10. Enfermedades y Síntomas de Sistema Digestivo.

Tabla 9. Número de Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo por Docente.

	N° Docentes	%
Ninguna Enfermedad	328	59.0
Una Enfermedad	102	18.3
Dos Enfermedades	126	22.7
Total	556	100.0

Los dolores de cabeza intensos tienen mayor prevalencia con 190 casos, solo 67 docentes padecen de migraña (ver Figura 11), por otra parte el 9 % llega a presentar los dos padecimientos (ver tabla 9).

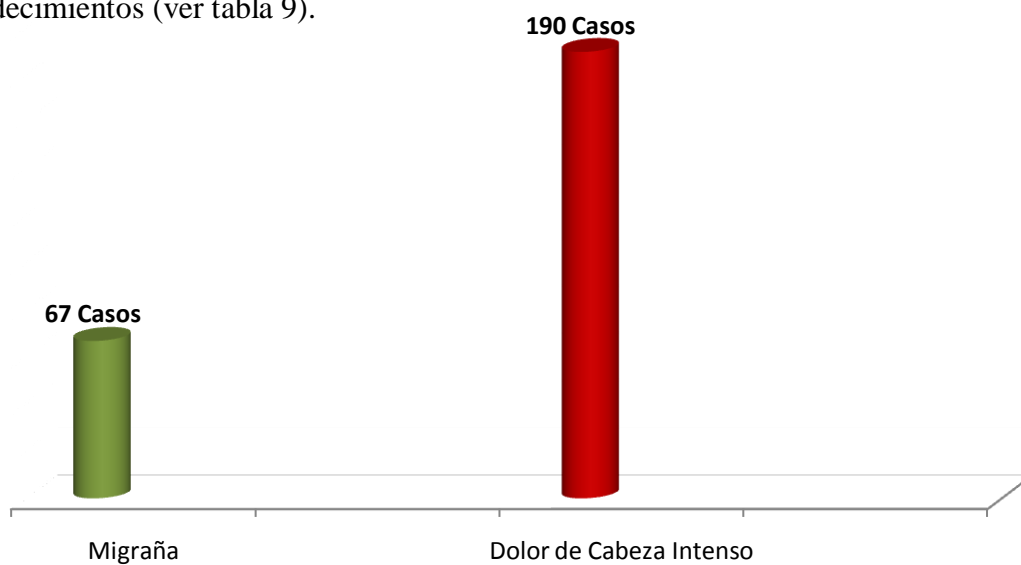


Figura 11. Cefalea y Malestar.

Tabla 10. Cefalea y Malestares por Docente.

	N° Docentes	%
No hay Padecimiento	360	63.6
Un Padecimiento	155	27.7
Dos Padecimientos	51	9.0
Total	566	100.0

Las infecciones se presentan en menor medida con otitis media 59 casos y conjuntivitis 74 casos (ver Figura 12) y solo el 3.6% de la población presenta los dos padecimientos (ver tabla 11).

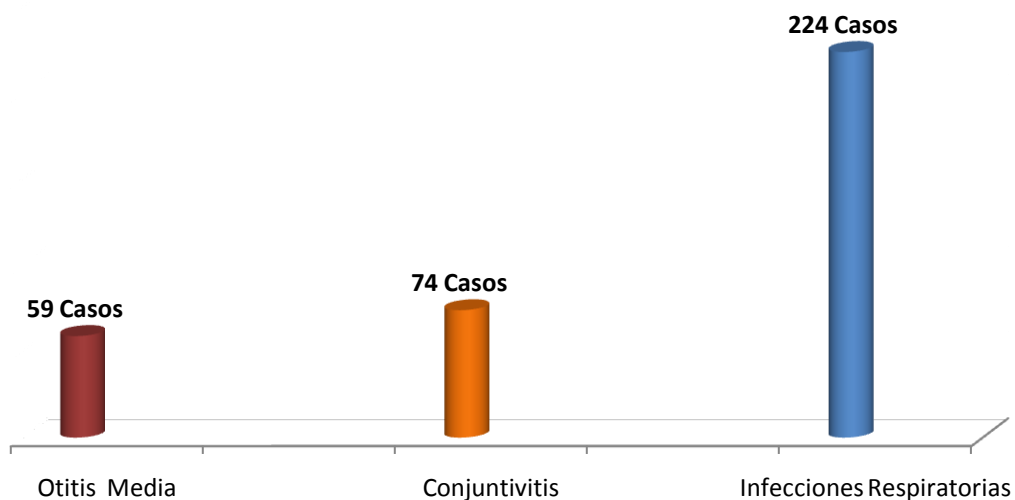


Figura 12. Infecciones y Molestias.

Tabla 11. Número de Infecciones y Molestias por Docente.

	N° Docentes	%
Ninguna Infección o Molestia	303	53.5
Una Infección o Molestia	187	33.0
Dos Infecciones o Molestia	58	10.2
Tres Infecciones o Molestia	18	3.2
Total	566	100.0

Por último se presenta la Figura 13, en la que se indican otras formas de padecimientos que pueden afectar la salud de los docentes, reportando 70 casos de enfermedades que no están en estas categorías, mientras que en la tabla 12 el 20.7 % sufre de algún accidente ya sea laboral o externo.

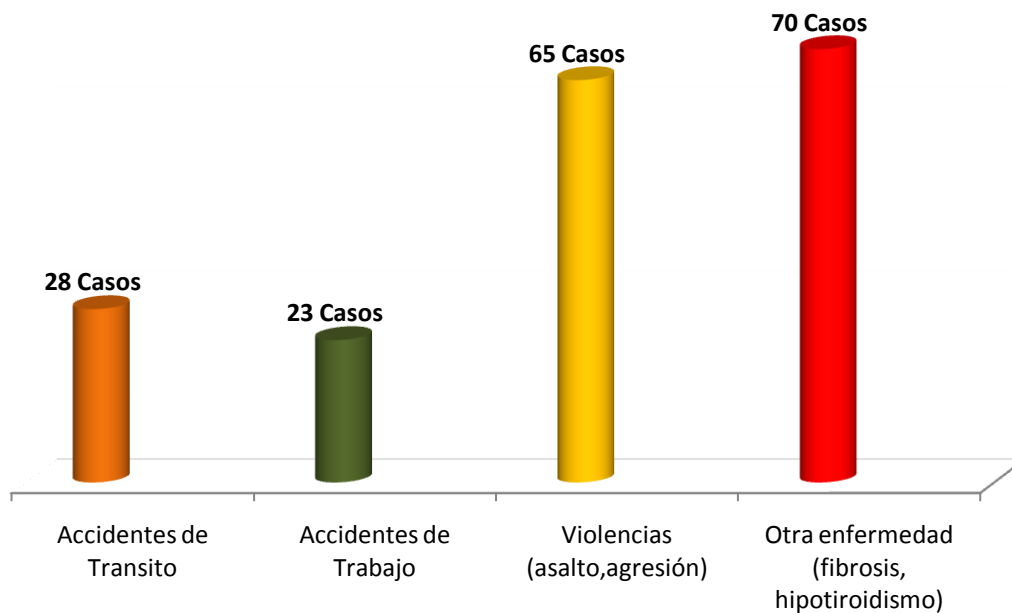


Figura 13. Accidentes y Violencias.

Tabla 12. Accidentes y Violencias por Docente.

	N° Docentes	%
Ningún Accidente o Violencia	419	74.0
Un Accidente o Violencia	118	20.8
Dos Accidentes o Violencia	20	3.5
Tres Accidentes o Violencia	8	1.4
Cuatro Accidentes o Violencia	1	.2
Total	566	100.0

Análisis prueba *t* de Student y ANOVA.

Continuando con los análisis, de acuerdo con los datos obtenidos en las preguntas sociodemográficas, se procedió a la realización de una prueba *t* de Student para muestras independientes en las dimensiones del SQT y el sexo, para probar o rechazar una de las hipótesis planteadas.

Se encontraron diferencias significativas en hombres y mujeres, referente a la dimensión de desgaste psíquico [$t = -3.455, p \leq .001$]. Con base en las *medias* obtenidas, las mujeres manifiestan mayor tendencia a presentar desgaste psíquico ($M = 1.7$) a diferencia de los hombres ($M = 1.4$).

En lo referente al tipo de contrato, se encontraron diferencias en docentes que tienen contrato de base con aquellos que están bajo interinato en la dimensión de desgaste psíquico [$t = -2.751, p \leq .001$]. Las *medias* obtenidas muestran que los docentes bajo contrato de base presentan mayor desgaste psíquico ($M = 1.7$) a diferencia de los docentes con contrato de interinato ($M = 1.5$).

Otro análisis que se realizó con la prueba *t* de Student, fue determinar si el pertenecer a carrera magisterial puede ser un factor de diferencia en esta población de docentes. Estas diferencias se muestran en la dimensión de desgaste psíquico [$t = 2.523, p \leq .05$]. Con base en las *medias* obtenidas, los docentes pertenecientes a carrera magisterial manifiestan mayor desgaste psíquico ($M = 1.8$) a diferencia de los docentes sin carrera magisterial ($M = 1.6$).

Se aplicó un análisis de varianza simple (ANOVA) para obtener las diferencias significativas entre las dimensiones del SQT vinculadas con las variables: grupo por antigüedad laboral, en donde la diferencia encontrada fue en la dimensión de desgaste psíquico [$F(3,234) = 2.516, p \leq .05$]. En la variable turno las diferencias encontradas fueron en las dimensiones de ilusión [$F(3,696) = 1.973, p \leq .05$], desgaste psíquico [$F(5,827) = 4.514, p \leq .05$] e indolencia [$F(5,915) = 2.938, p \leq .05$].

Con la prueba de post hoc de Tukey se obtuvo que los docentes con 21-43 años de antigüedad ($M = 1.7$) tienen más posibilidades de sufrir desgaste psíquico en comparación con los docentes con 1-10 años de antigüedad laboral ($M = 1.5$). Respecto al turno los docentes con jornada vespertina ($M = 3.6$) presentan mayor ilusión que los pertenecientes a turno matutino ($M = 3.1$) y mixto ($M = 3.1$), respecto al desgaste psíquico los docentes con turno matutino ($M = 1.70$) y mixto ($M = 1.71$) son más vulnerables a sufrir desgaste psíquico a diferencia de los pertenecientes al turno vespertino ($M = 1.10$), por último en la dimensión de indolencia los docentes pertenecientes al turno matutino ($M = 1.03$) y mixto ($M = 1.04$) presentan más actitudes de indiferencia y cinismo hacia alumnos y compañeros, a diferencia de los docentes pertenecientes a turno vespertino ($M = 0.54$).

Análisis prueba Rho de Spearman.

A continuación se indica la relación existente, mediante la prueba Rho de Spearman entre las dimensiones del SQT (Ilusión, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa) y las categorías de Enfermedades para probar o rechazar una de las hipótesis planteadas.

Tabla 13. Correlación de las dimensiones del SQT y las categorías de Enfermedades.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.050	-.115**	.028	-.042	-.231**	-.097*	-.114**	-.088*	-.153**	-.059
Desgaste Psíquico	.093*	.197**	.069	.011	.516**	.352**	.295**	.311**	.134**	.135**
Indolencia	.035	.129**	.033	-.048	.296**	.178**	.172**	.083	.079	.129**
Culpa	.055	.031	.008	.014	.213**	.140**	.076	.061	.079	.099*

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1) Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

De acuerdo con la Tabla 13. Se puede observar que el desgaste psíquico presenta mayor correlación con enfermedades cardiovasculares, respiratorias, alteraciones mentales, molestias musculoesqueléticas, gástricas, cefálicas, infecciosas y accidentes esto quiere decir que ante mayor agotamiento emocional se corre el riesgo de padecer problemas mentales y musculoesqueléticos. Por otra parte las dimensiones de indolencia y culpa siguen siendo factores para desarrollar alguna enfermedad mental, mientras que la ilusión previene malestares del sistema digestivo, infecciones y alteraciones mentales.

Continuando con los datos obtenidos en las preguntas sociodemográficas, se procedió a la realización de correlaciones por sexo, grupo de edad y grupo de antigüedad laboral, para encontrar diferencias más específicas.

En la variable sexo se obtuvieron diferencias significativas que se presentan en las Tablas 14 y 15:

Tabla 14. Correlación Hombres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.096	-.113	.108	-.095	-.324**	-.192*	-.131	-.044	-.199**	-.185*
Desgaste Psíquico	.174*	.124	.045	-.049	.462**	.325**	.274**	.353**	.119	.186*
Indolencia	.014	.026	.069	-.066	.367**	.235**	.141	.071	.043	.175*
Culpa	-.029	-.048	.043	-.092	.290**	.197**	-.072	-.016	.030	.139

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1) Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Tabla 15. Correlación Mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.032	-.106*	-.025	-.022	-.179**	-.049	-.095	-.091	-.127*	-.005
Desgaste Psíquico	.075	.197**	.101*	.030	.516**	.347**	.279**	.271**	.128*	.110*
Indolencia	.056	.150**	.019	-.041	.249**	.135**	.167**	.068	.085	.105*
Culpa	.090	.066	-.019	.056	.195**	.125*	.146**	.100	.110*	.080

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1) Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Al comparar las tablas 14 y 15, se puede observar que los hombres mantienen mayor correlación con síntomas y enfermedades cardiovasculares, así como dolores de cabeza, por su parte las mujeres son más propensas a sufrir enfermedades e infecciones respiratorias, molestias musculoesqueléticas, enfermedades del sistema digestivo y alteraciones mentales a causa del desgaste psíquico, indolencia y estados de culpa.

La variable grupo de edad mostro las siguientes diferencias significativas que se presentan en las Tablas 16, 17 y 18:

Tabla 16. Correlación Grupo de Edad 21 -38.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	.132	-.180*	-.037	-.074	-.059	-.161*	-.075	-.069	-.080	-.074
Desgaste Psíquico	.086	.235**	.029	.027	.443**	.370**	.154*	.274**	.037	.193*
Indolencia	-.048	.208**	.054	.039	.215**	.123	.106	.039	.056	.110
Culpa	-.090	.162*	.029	.082	.195*	.145	-.009	-.011	.012	.041

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1)Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Tabla 17. Correlación Grupo de Edad 39 – 47.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.213**	.000	-.036	-.123	-.248**	-.047	.002	-.119	-.054	.051
Desgaste Psíquico	.048	.210**	.048	-.031	.622**	.400**	.390**	.325**	.230**	.064
Indolencia	.099	.157*	.107	-.124	.350**	.217**	.143	.040	-.007	.123
Culpa	.154*	-.086	.024	-.121	.273**	.176*	.115	.042	.074	.192*

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1)Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Tabla 18. Correlación Grupo de Edad 48 – 67.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.064	-.184*	.068	-.047	-.409**	-.126	-.261**	-.096	-.293**	-.095
Desgaste Psíquico	.123	.192*	.122	.032	.495**	.289**	.256**	.292**	.141	.091
Indolencia	.085	.035	-.020	-.102	.321**	.191*	.227**	.118	.152	.126
Culpa	.082	.024	-.024	.018	.208*	.165*	.130	.153	.124	.090

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1)Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Al comparar las Tablas 16, 17, 18, se observa que los docentes con edad de 21 a 38 años son más vulnerables a padecer enfermedades respiratorias a causa del desgaste psíquico e indolencia, mientras que los docentes con edad de 39 a 47 años padecen más alteraciones y malestares mentales así como padecimientos del sistema digestivo a causa del desgaste psíquico, indolencia y culpa. Respecto a los docentes con edad de 48 a 67 años manifiestan alteraciones y molestias mentales, pero la ilusión funciona como un elemento protector en este grupo de docentes.

En la variable grupo por antigüedad laboral se obtuvieron diferencias significativas que se presentan en las Tablas 19, 20 y 21:

Tabla 19. Correlación Antigüedad Laboral 1 – 10 años.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	.067	-.142	.049	-.084	-.127	-.171*	-.034	-.067	-.053	-.014
Desgaste Psíquico	.074	.217**	-.060	.107	.484**	.398**	.223**	.340**	-.002	.163*
Indolencia	-.087	.184*	-.016	.096	.258**	.122	.099	.047	.031	.081
Culpa	-.133	.102	-.012	.160*	.200**	.071	-.007	-.019	.023	.005

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1) Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Tabla 20. Correlación Antigüedad Laboral 11 – 20 años.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.106	-.108	-.024	.000	-.291**	-.081	-.119	-.114	-.116	-.016
Desgaste Psíquico	.093	.087	.161*	-.104	.576**	.321**	.268**	.290**	.218**	.075
Indolencia	.121	.070	.112	-.056	.310**	.200**	.160*	.011	.096	.098
Culpa	.180*	-.029	.033	-.112	.240**	.184*	.096	.028	.118	.051

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1) Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Tabla 21. Correlación Antigüedad Laboral 21 – 43 años.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilusión	-.057	-.090	.091	-.042	-.274**	-.060	-.182*	-.115	-.297**	-.151*
Desgaste Psíquico	.064	.264**	.013	.004	.466**	.380**	.388**	.357**	.170*	.162*
Indolencia	.073	.136	-.022	-.171*	.341**	.217**	.245**	.204**	.105	.222**
Culpa	.044	.012	-.030	-.060	.204**	.189*	.079	.186*	.085	.221**

** $p \leq 0.01$ * $p \leq 0.05$

(1) Enfermedades y Síntomas Cardiovasculares, (2) Enfermedades Respiratorias y Alergias, (3) Enfermedad Metabólica o Hepática (4) Enfermedades Crónicas, (5) Alteraciones y Malestares Mentales, (6) Molestias Musculoesqueléticas, (7) Enfermedades y Síntomas del Sistema Digestivo, (8) Cefalea y Malestar (9) Infecciones y Molestias, (10) Accidentes y Violencias.

Se puede observar que los docentes con antigüedad laboral de 1 a 10 años presentan enfermedades e infecciones respiratorias a causa del desgaste psíquico, así como molestias musculoesqueléticas, mientras que los docentes con antigüedad de 11 a 20 años manifiestan mayor vulnerabilidad ante alteraciones y molestias mentales, así como problemas de cefalea, a causa de la presencia de desgaste psíquico, indolencia y estados de culpa, por su parte los docentes con antigüedad laboral de 21 a 43 años manifiestan problemas respiratorios, alteraciones o molestias mentales y son más propensos a tener algún tipo de accidente, generado por tener estados de cinismo y culpa.

Análisis X^2 (Crosstab).

Como último análisis se procedió a la realización de la prueba X^2 (Crosstab), para encontrar diferencias significativas entre la variable Niveles de SQT (bajo, medio, alto y patológico) y las categorías de Enfermedades, en los docentes que reportan SQT (Ver en Tabla 22).

Tabla 22. Categoría de Enfermedades y Niveles de SQT en Docentes con SQT.

Categoría Enfermedades	Niveles SQT				X ²
	Bajo	Medio	Alto	Patológico	
E. Respiratorias y Alergias	9.6%	14.6%	21.1%	31.4%	32.590***
Alteraciones y Malestares Mentales	13.3%	27.4%	25.4%	25.5%	153.486***
Molestias Musculoesqueléticas	22.9%	22.0%	25.4%	27.5%	60.894***
E. y Síntomas del Sistema Digestivo	15.7%	25.6%	28.1%	49.0%	39.010***
Cefalea y Malestares	20.5%	25.0%	34.2%	35.3%	26.503***
Infecciones y Molestias	26.5%	33.5%	38.6%	37.3%	17.439**
Accidentes y Violencias	18.1%	21.3%	28.1%	19.6%	29.353**

** $p \leq 0.01$ *** $p \leq .0001$

Se puede observar que los docentes con estado patológico de SQT muestran mayor padecimiento de enfermedades respiratorias, musculoesqueléticas, del sistema digestivo y cefalea, por otra parte los que mantienen un estado medio, reportan mayor riesgo de tener alguna alteración mental, mientras que los que se encuentra en un estado alto las infecciones y los riesgos de tener accidentes son más altos.

Por otra parte se realizó una comparación por sexo para encontrar diferencias significativas respecto al tipo de enfermedad o molestia física, considerando solo a los docentes que reportan niveles de SQT (bajo, medio, alto y patológico). (Ver en Tabla 23)

Tabla 23. Diferencias en Hombres y Mujeres con SQT.

Categoría Enfermedades	Hombres	Mujeres	X ²
E. Respiratorias y Alergias	10.0%	36.6%	24.383***
Alteraciones y Malestares Mentales	20.0%	24.4%	100.793***
Molestias Musculoesqueléticas	15.0%	26.8%	46.058***
E. y Síntomas del Sistema Digestivo	18.7%	25.9%	21.367***
Cefalea y Malestares	18.7%	30.3%	16.303**
Infecciones y Molestias	29.7%	34.1%	17.811**
Accidentes y Violencias	20.6%	22.1%	41.414***

** $p \leq 0.01$ *** $p \leq .0001$

La Tabla 23 muestra que las mujeres padecen más alguna enfermedad, síntoma o molestia a diferencia de los hombres, cuando presentan SQT en sus diferentes niveles (bajo, medio, alto, patológico), siendo más vulnerables a sufrir alteraciones o molestias mentales, así como enfermedades respiratorias e infecciones.

A continuación se muestran otras variables donde también se observan diferencias significativas entre las variables (categorías de enfermedad, síntomas o molestias y niveles de SQT):

Tabla 24. Diferencias en Grupos de Edad en Docentes con SQT.

Categoría Enfermedades	21-38 años	39-47 años	48-67 años	X ²
E. Respiratorias y Alergias	16.0%	15.5%	18.6%	17.536***
Alteraciones y Malestares Mentales	25.6%	15.5%	17.8%	71.006***
Molestias Musculoesqueléticas	25.6%	18.2%	17.1%	25.927*
E. y Síntomas del Sistema Digestivo	19.2%	24.3%	26.4%	22.320**
Accidentes y Violencias	19.2%	25.7%	23.3%	18.676*

* $P \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq .0001$

En la Tabla 24, se puede observar que los docentes con edad de 21 a 38 padecen alteraciones y molestias mentales, mientras que los docentes con edad de 39 a 43 años sufren más accidentes y violencias, por último los docentes con edad de 48 a 67 años son los que más sufren de enfermedades respiratorias y problemas gástricos.

Tabla 25. Diferencias en Grupos de Antigüedad Laboral en Docentes con SQT.

Categoría Enfermedades	1-10 años	11-20 años	21-43 años	X ²
E. Respiratorias y Alergias	11.0%	16.2%	21.9%	15.691*
Alteraciones y Malestares Mentales	22.7%	22.5%	16.6%	73.299***
Molestias Musculoesqueléticas	23.9%	19.1%	19.9%	33.624**
E. y Síntomas del Sistema Digestivo	13.5%	24.3%	29.8%	24.436***
Cefalea y Malestares	6.1%	7.5%	12.6%	15.576*
Accidentes y Violencias	17.2%	25.4%	23.2%	30.293**

* $P \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq .0001$

La Tabla 25, muestra que los docentes de 1 a 10 años de antigüedad sufren más de alteraciones mentales y molestias musculoesqueléticas, mientras que los docentes con antigüedad de 11 a 20 años presentan más accidentes laborales, por su parte los docentes con antigüedad de 21 a 43 años de servicio, reportan mayor padecimiento de enfermedades respiratorias, gástricas y cefalea.

Tabla 26. Diferencias por Estado Civil en Docentes con SQT.

Categoría Enfermedades	Soltero	Casado	Unión Libre	Divorciado	Viudo	X ²
E. Respiratorias y Alergias	20.0%	13.4%	8.3%	12.9%	9.1%	19.183*
E. Metabólica o Hepática	4.5%	6.7%	2.8%	6.5%	27.3%	6.967*
Alteraciones y Malestares Mentales	20.9%	18.5%	16.7%	12.9%	18.2%	87.544****
Molestias Musculoesqueléticas	22.4%	21.0%	16.7%	16.1%	18.2%	35.243**
E. y Síntomas del Sistema Digestivo	20.1%	23.5%	16.7%	19.4%	18.2%	32.603***
Cefalea y Malestares	26.1%	26.5%	2.8%	19.4%	18.2%	16.931*
Infecciones y Molestias	9.0%	32.4%	30.6%	22.6%	27.3%	27.482**
Accidentes y Violencias	15.7%	23.5%	13.9%	19.4%	9.1%	33.008**

* $P \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq .0001$

Se puede observar en la Tabla 26, que los docentes solteros presentan mayor riesgo de sufrir enfermedades respiratorias, alteraciones mentales y molestias musculoesqueléticas, mientras que los docentes casados manifiestan malestares digestivos, así como cefalea, infecciones y accidentes.

Tabla 27. Diferencias por Turno en Docentes con SQT.

Categoría Enfermedades	Matutino	Vespertino	Mixto	X ²
E. Respiratorias y Alergias	15.0%	12.5%	6.3%	35.649***
Alteraciones y Malestares Mentales	19.5%	16.7%	25.0%	111.694**
Molestias Musculoesqueléticas	24.2%	16.7%	22.4%	54.502***
E. y Síntomas del Sistema Digestivo	20.5%	12.5%	12.9%	25.648***
Cefalea y Malestares	28.3%	20.8%	25.3%	18.173**
Infecciones y Molestias	31.1%	12.5%	11.8%	18.425*

* $P \leq 0.05$ ** $p \leq 0.01$ *** $p \leq .0001$

Por último la Tabla 27 muestra que los docentes pertenecientes a turno matutino son más propensos a padecer enfermedades respiratorias, molestias musculoesqueléticas y digestivas, así como cefalea e infecciones, mientras que los docentes con más alteraciones y malestares docentes son aquellos que laboran en turnos mixtos.

Los resultados enfatizan que cuando no se tienen las condiciones propicias para el desarrollo de la actividad docente, puede generarse un entorno propicio para sufrir SQT en sus diferentes niveles (bajo, medio, alto y patológico), así como también desarrollar enfermedades que afecten la integridad física y mental del docente, lo que genera problemas administrativos y educativos dentro y fuera de la institución.

Discusión.

Discusión.

El trabajo docente en la actualidad es una de las actividades laborales que tiene que cumplir con más de una sola función, en el caso de los docentes de nivel secundaria las condiciones en las que laboran pueden propiciar que a largo plazo presenten problemas de salud físicos y alteraciones mentales, provocando que el docente sea vulnerable a padecer situaciones como el malestar docente, lo que puede generar el desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) acompañado por Enfermedades (Sandoval, E. 2001; Unda, S. Sandoval, J Gil-Monte, P. 2008; OMS, 2010).

Los resultados de esta investigación señalan los siguientes planteamientos. La población de docentes presenta al menos uno de los cuatro rasgos que componen el SQT, teniendo mayor prevalencia el estado de indolencia seguido de desgaste psíquico, culpa e ilusión (ver en Figura 1), estudios recientes (Hermosa, 2006), hacen referencia que si bien pueden existir niveles bajos en ciertas dimensiones del SQT en la población, se destaca el reporte de un alto grado de indolencia y niveles medios de ineficacia debido al trabajo administrativo y al conflicto de rol provocando mayores niveles de estrés en los docentes de secundaria. Estos datos indican que aunque en los docentes se presente mayor porcentaje de indolencia, desgaste psíquico y culpa, la ilusión mantiene una función preventiva ante el desarrollo de SQT, al sentirse motivados con estímulos internos o externos de la institución, los docentes enfocan su atención a las tareas que les producen mayor gratificación, cabe mencionar que esto no significa que exista ausencia de desgaste psíquico e indolencia si no que estos se encuentran en niveles bajos, Moriana & Herruzo (2004), comentan que esta situación dependerá del sexo, edad, estado civil, y nivel en el que se imparte la docencia, ya que estos factores pueden determinar si se da un aumento en los niveles del SQT en la población generando mayor riesgo de sufrir SQT, lo que también confirman en su estudio Mercado & Ramírez (2009).

Con respecto a los resultados obtenidos en prevalencia del SQT, el 11.66% de la población padece SQT en un estado patológico, 30.92% nivel alto, 40.64% nivel medio y solo el 16.78 % nivel bajo (ver en Figura 2), cabe señalar que aunque el 88.4 % de la población no lo padece de forma patológica, no están exentos de entrar en un estado patológico en algún momento determinado, al tener características enfocadas al malestar docente como comentan Del Pozo (2000), Unda & Sandoval (2009), el riesgo de encontrarse en esta condición es constante debido al cambio de actividades académicas y administrativas que puede ir deteriorando su salud.

El número de casos patológicos encontrados fueron de 66 docentes que sufren SQT, se puede observar que dentro de este grupo existen 7 casos en perfil 2 ya que además de presentar baja ilusión, desgaste psíquico e indolencia, se suma la presencia de estados de culpa, estos casos de acuerdo a los estudios realizados por el Dr. Gil-Monte (2005), son casos que requieren intervención, ya que la aparición de estos sentimientos, pueden crear un círculo vicioso en donde se intensifican los síntomas del síndrome, incrementándose el deterioro cognitivo y emocional que a largo plazo deterioran la salud profesional, provocando mayor ausentismo y deserción, sin dejar de lado, la baja en la calidad de servicio.

Los datos contrastados con los estudios recientes (Aldrete & Pando, 2009), sugieren que existe un estado de afectación en el docente que inicia con las horas frente al grupo que no son remuneradas y que por consecuencia genera estados de tensión y que termina por la responsabilidad que tiene el docente frente a los problemas que enfrentan los alumnos y la demanda de atención que se genera. Esto hace que en población de docentes de nivel secundaria exista un promedio de 8 profesores de cada 10 que tengan al menos una característica (baja ilusión, desgaste psíquico, indolencia y culpa) para el desarrollo del SQT.

Con lo que respecta a los resultados obtenidos, en frecuencia de enfermedades, en el cuadro de enfermedades y síntomas cardiovasculares (ver en Tabla 3), los docentes son más vulnerables a sufrir dos enfermedades cardiovasculares en promedio que pueden ser desde triglicéridos elevados, hasta padecer de un infarto, estas causas puede estar relacionada con tener la presión alta (hipertensión arterial) debido al colesterol elevado y al sometimiento de trabajar bajo presión, en el caso de las enfermedades respiratorias y alergias (ver en Figura 5), las alergias, son de los malestares que se presentan, una de las causas que pueden provocar estos padecimientos se puede deber a la constante inhalación de polvo de gis, malas condiciones del aula que pueden provocar un entorno de trabajo frío en temporadas de invierno, estos padecimientos llevan al docente a presentar síntomas como la tos, dificultad para respirar entre otras causas, lo que puede propiciar problemas de garganta y de voz, el docente al forzar la voz en tonos elevados irrita las cuerdas vocales, un ejemplo de esto es cuando se tienen un grupo de alumnos difícil de controlar por el ruido que realizan dentro del aula, así como también el ruido que proviene del exterior, lo que provoca que el docente eleve la voz hasta el punto de gritar. Apoyando estos resultados para esta población de docentes Extremera, Rey y Pena (2010), refieren que el padecer SQT puede generar problemas físicos y psicosomáticos en los docentes, dichos padecimientos se manifiestan con mayor frecuencia en enfermedades cardiovasculares y respiratorias, planteando que estos síntomas, a su vez, se relacionan en numerosas ocasiones con el consumo de fármacos tranquilizantes, estimulantes, abuso de café, tabaco, alcohol y otras drogas.

En el caso de las enfermedades metabólica y hepática (ver en Figura 6 y Tabla 5), la más común es la diabetes mellitus, esta se presenta al tener una mala alimentación, exceso de trabajo y sedentarismo, así como, las condiciones insalubres de trabajo físicas y psicosociales. En el caso de las enfermedades crónicas (Ver Figura 7 y Tabla 6), solo el 1.6% de la población docente padece algún tipo de cáncer y presenta problemas de alcoholismo, este último padecimiento puede estar ligado con problemas sociales que afectan la parte afectiva del docente. La mala regularización en las condiciones psicosociales del trabajo docente se ve reflejado en las alteraciones y malestares mentales (ver en Figura 8), como es el caso del estrés, la fatiga y la depresión que puede ser originadas cuando el trabajo no cumple con las expectativas del docente o cuando la competencia entre iguales es muy fuerte ya sea con el propósito de buscar reconocimiento por parte de los directivos y alumnos y este no se logra, generando un entorno hostil en la institución, otros padecimientos son la angustia y ansiedad, que se pueden deber a problemas del sueño, alcoholismo y problemas sexuales. Estos padecimientos tal y como comenta Alemañy (2009) son detonadores de absentismo laboral y de pasividad en las jornadas laborales, pues se presentan cuando el docente se encuentra inmerso en una mala organización del centro de trabajo, las altas horas de jornada sin descanso y la falta y premura del tiempo para terminar el trabajo relacionado con cada clase. Reforzando lo anterior Comunitat Valenciana (2009) público datos del informe elaborado por el sindicato CSI-F (Central Sindical Independiente y de Funcionarios) donde se menciona que las enfermedades mentales representan una de las causas más fuertes de deserción laboral, el cual va en aumento día con día, pues los casos de estrés y depresión cada vez son mayores debido a que se desvaloriza el estado mental del docente, el cual solamente es atendido cuando los problemas son graves y necesitan ser transferidos a un centro médico. (Kohen & Valles, 1994; Del Pozo, 2000; Flores, 2001)

Respecto a las enfermedades musculoesqueléticas (ver en Figura 9), los dolores más frecuentes son los de espalda, cuello, mano-muñeca, piernas y brazo. Aunque en realidad el trabajo docente no supone generalmente esfuerzo físico, con excepción en profesores de educación física, se puede suponer que los problemas musculares son derivados de la actividad, pues en su mayoría tienen que estar de pie por varias horas, y sobre todo con la tensión a la que están sometidos durante la mayor parte del tiempo. El 9.2% (ver en Tabla 8) de la población presenta hasta cinco enfermedades musculoesqueléticas, esto indica que las condiciones de infraestructura y seguridad de los edificios (escaleras, puertas, suelos, muebles, en mal estado o inadecuados), las relaciones con la organización del trabajo, así como la falta de ergonomía dentro de las aulas escolares (tenciones, contracturas musculares ocasionadas por las malas posturas en el trabajo), vuelven inadecuadas las condiciones laborales para cierta población de docentes lo que propicia que se vea reflejado en afectaciones a su salud. (Kohen & Valles 1994, et al.)

Por su parte las enfermedades y síntomas del sistema digestivo (ver en Figura 10 y Tabla 9), como la gastritis y el desarrollo de las ulceras digestivas son una manifestación de la tensión y del estrés, este padecimiento puede generar malestar e inconformidad por parte del docente que lo padece pues su trabajo puede volverse incomodo debido a los constantes dolores abdominales provocados por la acidez gástrica. Dentro de los malestares provocados por cefalea (ver en Figura 11), los dolores de cabeza intensos son los más comunes con 190 casos reportados mientras que 67 docentes reportan migraña, estos malestares se hace más visibles cuando se interrumpe el trabajo por la falta de concentración que va a estar sujeto a la intensidad del dolor.

Otra de las causas que pueden provocar que se deteriore la salud del docente son las infecciones (ver en Figura 12 y Tabla 11), como la otitis media y la conjuntivitis, éstas se presentan cuando hay infección en garganta, y puede ser un factor para perder concentración debido al dolor punzante que se genera, creando dificultades para escuchar. En el caso de la conjuntivitis, esta se genera si la zona en la que se labora está rodeada de polvo, humo o se tiene contacto con toallas o pañuelos contaminados, este padecimiento es más frecuente en docentes de educación física o aquellos que imparten talleres que est n en contacto con materiales que generan irritación en los ojos, mientras que las infecciones respiratorias son de la más frecuentes entre los docentes reportando 224 caso. Por último se reportan otras causas que ponen en riesgo la salud del docente (ver en Figura 13 y Tabla 12), éstas son los accidentes de tránsito y los originados en el trabajo así como el sufrir un asalto y actos de agresión.

Los padecimientos descritos con anterioridad confirman lo propuesto por FETE-UGT. (2003), Sevilla & Villanueva (2000), en sus publicaciones sobre el tema de las Enfermedades que sufre  l Docente. De acuerdo a los datos obtenidos referente a las categorías de enfermedades, síntomas y molestias, anteriormente descritas se debe señalar que en la población estudiada se reportaron 1917 enfermedades, lo que indica que se padecen en promedio 3 enfermedades por docente.

Como otro punto importante cabe hacer menc n que existen diferencias en hombres y mujeres en relación a las dimensiones del SQT, manifestando mayor padecimiento de desgaste psíquico en mujeres, siendo más vulnerables a sufrir alteraciones o molestias mentales, si las condiciones afectivas y cognitivas se encuentran en constante deterioro.

La contratación y carrera magisterial son variables que generan problemas de desgaste psíquico, teniendo mayor prevalencia en los docentes con contrato de base pertenecientes a carrera magisterial. De acuerdo con Sandoval (2001), la contratación y la carrera magisterial son factores que enmarcan diferencias en las condiciones laborales, pues los docentes egresados de normal superior cuentan automáticamente con plaza base, mientras que los normalistas empiezan a trabajar cubriendo interinatos de aquellos que han dejado temporalmente sus plazas y que por un acuerdo sindical pueden permanecer de manera

legal en alguna plaza, aunque no la trabajen durante muchos años. La consecuencia más notoria de esta medida en virtud del abandono de los normalistas de nivel secundaria es la existencia de una gran cantidad de interinatos para cubrir estas vacantes, que son ocupadas por los no normalistas.

En lo concerniente a la antigüedad laboral, conforme aumentan los años de antigüedad los docentes presentan mayor riesgo de sufrir desgaste psíquico, haciéndose más notorio en aquellos con antigüedad de 21 a 43 años de servicio. El turno en esta población de docentes mostro ser un factor importante para sufrir baja ilusión, desgaste psíquico e indolencia. Siendo los más afectados los docentes que mantienen una jornada mixta, pues el trabajo diario y sin horarios específicos para el descanso pueden llegar a generar problemas en cuanto a las relaciones con alumnos y compañero, ya que generan cambios en su estado afectivo adoptando un comportamiento de indiferencia y cinismo ante cualquier eventualidad dentro de su jornada de trabajo, provocando poco a poco la perdida de motivaciones para terminar la jornada laboral de manera gratificante.

Respecto a las correlaciones realizadas entre las dimensiones del SQT y las categorías de enfermedades (ver en Tabla 13), la ilusión funciona como un protector para no sufrir enfermedades respiratorias, alteraciones mentales, problemas del sistema digestivo e infecciones, las cuales llegan a ser de las más frecuentes, cuando se tienen niveles bajos de ilusión las estrategias para afrontar alguna enfermedad pasan desapercibidas generando, disminución del desempeño, absentismo laboral estimulando el desarrollo del SQT (Schaufeli & Salanova, 2002).

En lo concerniente al desgaste psíquico, se observa que si se hace presente en el docente y no se mantiene un estado físico sano pueden ocasionar enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas, hepáticas, crónicas, alteraciones mentales, molestias musculoesqueléticas, gástricas, cefalea, infecciones, el cuál puede generarse por sufrir algún asalto acompañado por agresión física y psicológica, cuando se tiene desgaste psíquico el estado afectivo es menor en el docente, reportando que se siente agobiado y saturado por la carga laboral. Lo que impide que se genere un estado optimo de salud pues propician el aumento a las preocupaciones laborales lo cual provoca estados de estrés constantes, quedando desprotegidos ante este padecimiento.

Respecto a la indolencia, se observa que el docente al mostrarse indiferente ante sus compañeros, el no atender sus deberes y etiquetar su entorno, puede descuidar su estado de salud al tener estados de baja tolerancia y ser vulnerable a sufrir enfermedades respiratorias, alteraciones mentales, molestias musculoesqueléticas, problemas gástricos y algún tipo de accidente laboral o estar propenso a sufrir un acto de agresión físico y psicológico debido a la indiferencia que se muestra ante las problemáticas dentro y fuera de la institución.

En el caso de la culpa al ser un estado y no un rasgo de personalidad (Gil-Monte, 2005), el docente siente que ha violado un código moral, creando una tendencia a tener remordimientos a sentirse culpable y arrepentido, lo cual le puede generar un descuido en su salud y padecer alteraciones y malestares mentales, molestias musculoesqueléticas y gástricas, con mayor nivel de gravedad pues al sentir remordimientos busca la aceptación a partir de pedir disculpas a los superiores o al personal que se cree se ha ofendido, creando un estado de vulnerabilidad ante padecimientos como la depresión, angustia y ansiedad.

Así también se observaron diferencias por sexo en las tablas de correlaciones (ver en Tabla 14 y 15), mostrando que las mujeres presentan más desgaste psíquico, lo que indica que son más vulnerables a sufrir SQT, por otra parte en el estudio realizado por Aldrete & Preciado (2008) en relación al padecimiento de enfermedades profesionales padecen más alteraciones y malestares mentales, molestias musculoesqueléticas, problemas del sistema digestivo y cefalea, esto se puede deber a que el rol de mujer tiene un papel fundamental dentro de la cultura mexicana, pues las exigencias llegan a ser mayores, el papel de la doble presencia tiene un peso importante en las mujeres pues la mayoría tienen funciones como ama de casa, son madres, esposas, profesionales. En el caso de los hombres la enfermedad que más los afecta, solo los padecimientos cardiovasculares y cefalea, los cuales pueden estar determinados por diferentes causas como el consumo excesivo de grasas, la falta de ejercicio y jornadas largas sin recesos.

La edad (ver Tabla 16,17,18), está representado un factor para padecer enfermedades respiratorias, alteraciones mentales y molestias musculoesqueléticas, estos problemas de salud afectan a los docentes mas jóvenes (21 a 38 años) y a los que se encuentran en una etapa de adulto maduro (39 a 47 años), estos dos grupos reportan ser los más afectados respecto a padecer algún tipo de alteración mental y molestias musculoesqueléticas a diferencia de aquellos docentes que tienen 48 a 67 años, quienes generan las condiciones para mantener expectativas a corto y largo plazo generando una protección ante padecimientos del sistema digestivo, infecciones, así como ser menos vulnerables a padecer algún tipo de alteración mental. Sandoval (2001) menciona que estas situaciones se presentan debido a que actualmente los docentes que ingresan a las aulas son universitarios que ocupan lugares que dejan los normalistas a falta de más opciones de trabajo, estos nuevos docentes entran sin conocimientos previos de estrategias pedagógicas para la enseñanza en este nivel de la educación, generando problemas de identidad e integración por parte del docente ante las necesidades de los alumnos.

Otro punto importante es la antigüedad laboral (ver Tabla 19,20,21), los años de servicio en las instituciones son parte fundamental para el desarrollo profesional del docente, la antigüedad le enmarcara las condiciones para generar expectativas sobre su trabajo como docente, permitiéndole posibilidades como planear la jubilación, pedir prestaciones, buscar nuevos campos laborales, etc. En esta población de docentes, aquellos con una antigüedad de 1 a 10 años de servicio han generado enfermedades respiratorias,

alteraciones mentales, molestias musculoesqueléticas, problemas gástricos y cefalea a causa del desgaste psíquico, indolencia y estados de culpa, estos padecimientos van aumentando conforme se tienen más años laborando (11 a 20 años de servicio). Por su parte aquellos docentes que tienen de 21 a 43 años de servicio, han desarrollado habilidades que les permiten lidiar ante dichos padecimientos, solo muestran mayor vulnerabilidad a sufrir algún tipo de accidente dentro o fuera de la institución estos datos confirman lo planteado por Unda, Sandoval y Gil-Monte (2008), quienes concluyen que la edad y la antigüedad laboral son un factor para desarrollar SQT, a esta conclusión se le agrega el problema de las enfermedades las cuales van en aumento conforme se va teniendo mayor desgaste físico y mental.

Respecto a los docentes que reportan SQT, la prevalencia de enfermedades dependerá de los niveles de SQT (bajo, medio, alto y patológico), en los que se encuentre el docente (ver Tabla 22). Los resultados sugieren que los docentes con niveles patológicos de SQT han desarrollado enfermedades respiratorias, molestias musculoesqueléticas, problemas del sistema digestivo y cefalea. Mientras que aquellos que han desarrollado un nivel alto, son más vulnerables a sufrir infecciones y accidentes. Las alteraciones mentales son padecimientos que se hacen presentes cuando el docente se encuentra en un nivel medio de SQT y que en niveles altos y patológicos muestran estabilidad, quedando como uno de los padecimientos que más afecta al docente que presenta SQT.

En esta población de docentes, las diferencias entre hombres y mujeres con SQT (ver Tabla 23), mostraron que son las mujeres quienes presentan más posibilidades de adquirir algún tipo de enfermedad o molestia, debido a que muestran mayores niveles de SQT, a diferencia de los estudios realizados por Mercado & Ramírez (2009), quienes reportaron que las mujeres representaban el 28.6% de la población con SQT, mientras que los hombres el 71.4%, siendo estos los más propensos a padecer otro tipo de malestares.

Los datos sugieren (ver Tabla 24 y 25) que la edad y antigüedad laboral en docentes con SQT, son factores que los hacen más vulnerables a sufrir alteraciones y malestares mentales, así como molestias musculoesqueléticas, teniendo mayor prevalencia en los adultos jóvenes (21 a 38 años), conforme se tiene mayor edad las afectaciones aparecen en enfermedades respiratorias y problemas del sistema digestivo. Es importante señalar que las alteraciones mentales inician adultos jóvenes, esto se puede deber a que en la actualidad el rol del docente de secundaria cada vez se desvalora más por algunos sectores sociales.

Como comenta Rodríguez (2002):

“La sociedad, a partir de los nuevos contextos sociales y tecnológicos, demanda una educación que sea capaz de reformular y actualizar constantemente sus contenidos y programas, que modernice los estilos de gestión de los centros escolares, y que las practicas de los profesores respondan eficientemente al enfrentar los nuevos desafíos de la enseñanza con criterios de profesionalidad y responsabilidad. En consecuencia, los docentes principiantes, se enfrentan a las presiones y exigencias de la sociedad.”(p.3).

El estado civil (ver en Tabla 26), mostro ser un factor para el padecimiento de alteraciones mentales, molestias musculoesqueléticas y respiratorias en docentes solteros, los docentes casados muestran mayor numero de padecimientos (enfermedades del sistema digestivo, cefalea, infecciones y accidentes), mientras que los docentes que viven en unión libre y divorciados la frecuencia de enfermedades es menor, en el caso de los docentes viudos el padecer una enfermedad metabólica o hepática es mayor, podría decir que el tener una pareja en unión libre propicia las condiciones para mantener un estado de armonía dentro de las relaciones afectivas, pues al mantener una relación de pareja genera el fortalecimiento de las expectativas dentro del trabajo, a diferencia de los viudos que han perdido a la pareja, o los divorciados que debido a una mala relación sentimental deciden terminar la unión, por su parte los soltero tienden a no sentir un compromiso formal ante una relación, lo cual se puede deber a que el porcentaje de docentes soltero y jóvenes generan otro tipo de expectativas.

Como último punto se observó que el turno (ver en Tabla 27) afecta a los docentes con SQT, aquellos docentes que laboran en turno matutino presentan más problemas de salud físicos y mentales, mientras que los que laboran con turno mixto presentan mayor riesgo de sufrir algún tipo de alteración mental.

Queda claro que los docentes de educación secundaria experimentan cambios en las políticas educativas y comportamiento sociales de manera constante, lo que hace de su labor una tarea compleja. Los resultados sugieren que el docente necesita de nuevas formas para enfrentar condiciones adversas como el padecimiento de enfermedades y malestares físicos, que están asociados al desarrollo del SQT, ya que al ser un síndrome que afecta la parte afectiva y cognitiva del individuo, lo deja desprotegido ante otro tipo de amenazas para la salud. Por lo tanto, es necesario brindar el apoyo sanitario, moral y ético a aquellos docentes que entran en un estado de vulnerabilidad a causa del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT).

Conclusiones.

El estudio del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) en México cada vez a logrado nuevas formas de comprender las condiciones de salud de los trabajadores, pues ahora se puede decir que la mayoría de las afectaciones físicas y psicológicas son producto de una inadecuada calidad laboral. Dichas afectaciones van en aumento a medida en que los avances tecnológicos son cada vez mayores y el recurso humano queda paralizado ante esta situación, pues las habilidades cognitivas y motrices se vuelven insuficientes cuando la capacitación es inadecuada o simplemente no se proporciona por empresas o instituciones. Esto hace que cualquier actividad laboral se vea afectada por una serie de accidentes laborales, los cuales dejan al trabajador vulnerable ante cualquier situación que ponga en peligro su bienestar.

Se puede observar que los objetivos de esta investigación se cumplieron, ya que de acuerdo a los resultados derivados de este estudio, existe prevalencia del Síndrome de Quemarse por Trabajo (SQT) y mantiene una relación con el padecimiento de enfermedades, así como mostrar que dimensiones del SQT propician con mayor grado el desarrollo de enfermedades, se mostró que enfermedades son las que más padecen los docentes de esta población, otro punto importante es que las mujeres mostraron mayor vulnerabilidad a padecer SQT, considerando la edad y la antigüedad laboral.

Respecto a las hipótesis planteadas se acepta la relación del SQT con la aparición de enfermedades, así como la existencia de diferencias entre hombres y mujeres. El tipo de contrato, pertenecer a carrera magisterial, la antigüedad laboral y su estado civil, fueron variables que contribuyeron a la aceptación de las hipótesis planteadas para este estudio en docentes de secundaria. Por lo que se hace mención de las contribuciones de esta investigación, sus limitaciones y algunas recomendaciones.

En el trabajo docente el escenario es cada vez más trágico en el sector de educación básica (primaria y secundaria), el docente que labora en este nivel educativo sufre de las desconfianza y descontento con las políticas educativas del gobierno aplicadas por la SEP, de tal forma que desde su integración al sistema educativo algunos docentes manifiestan su falta de credibilidad hacia la administración de una secretaria (SEP) y un sindicato (SNTE), que si bien la relación con las dos instituciones la mayor parte del tiempo es indirecta, esto representara la forma en que laborara dentro de una institución educativa.

Es indispensable conocer la historia de la educación básica pues solo así se lograra detectar en donde se han sufrido fracturas que no permiten el movimiento adecuado de los ejes vectores que permiten que la educación básica tenga la solides con la que se genero desde el siglo XIX. Pues solo así se puede comprender el fenómeno que se ha dado desde hace más de treinta años atrás, respecto a la presencia de un nuevo sujeto educador que fomente la calidad educativa en México.

Como se ha mencionado con anterioridad el docente de educación secundaria provenía de la normal superior, con las ventajas de tener una plaza base al terminar los cinco años de curso no obstante, el normalista de carrera que predomino en la educación secundaria fue cediendo su lugar a un profesional distinto al egresado de otras instituciones de educación

superior. En la actualidad encontramos una recomposición de los perfiles profesionales de los maestros de secundaria, que en su mayoría ya no son los egresados de la normal superior sino profesionales sin formación pedagógica previa, y que, de acuerdo con datos oficiales, constituyen el 70% de la planta docente del Distrito Federal. (Sandoval, 2001)

Considerando estas circunstancias este estudio contribuyó al acercamiento de la actividad docente de manera específica en el sector de educación básica a nivel secundaria, realizando un estudio epidemiológico, que describiera la prevalencia del SQT y su posible relación con enfermedades físicas y psicológicas, considerando los criterios estipulados en la Ley Federal del Trabajo en México en el apartado noveno “Riesgos de Trabajo” art. 473, 474 y 473, que muestra las condiciones que se deben de tener para decir que es y qué no una enfermedad profesional, en el caso de la docencia como trabajo en el art. 513 se muestra la Tabla de Enfermedades de Trabajo, donde en el cuadro de Enfermedades Endógenas con listado 158 que considera la laringitis crónica con nudosidades enfermedad profesional, es la única enfermedad que por ley se le puede considerar a un docente como enfermedad profesional, lo cual deja desprotegida a la población docente cuando estos presentan estados de enfermedad ajenos al reconocimiento oficial. Describir que enfermedades pueden estar originadas por el desarrollo de SQT, permite mostrar la necesidad de modificar el listado actual con la justificación de que aunque el SQT no se manifieste en casos de mortandad, si es una afectación que deteriora de manera crónica la salud del trabajador, pues este síndrome no se presenta de forma aislada, sino que mantiene una relación con otras afectaciones que han surgido dentro o fuera del sector laboral.

Dentro de las limitaciones que se tuvieron fue estudiar solo el turno matutino de cada secundaria, lo cual deja abierta una brecha para seguir continuando con la investigación en los turnos vespertinos, por otra parte sería conveniente integrar secundarias técnicas, pues esto permitiría estudiar a los docentes que se dedican a impartir talleres como (corte y confección, tapicería, carpintería, mecánica, etc.).

Por último se recomienda realizar estudios en poblaciones más grandes considerando el diagnóstico de enfermedades como un aporte más a la investigación con el fin de proponer un plan de intervención psicológica. Como propuesta sería interesante realizar en futuras investigaciones el análisis del SQT desde el estudio neuropsicológico, con el propósito de conocer las características neurológicas que presentan los trabajadores con estados patológicos de SQT, conocer a partir de las dimensiones que evalúan el SQT las zonas del cerebro que se activan cuando este se encuentra sometido a estados de culpa patológicos, y verificar si de manera orgánica existen predisposiciones para segregar Cortisol de manera excesiva o insuficiente, por otra parte es necesario analizar si existen cambios en la serotonina, noradrenalina y dopamina, pues estos cambios influyen en la función del trabajador, ya que aumento de dopamina puede propiciar enfermedades como la esquizofrenia entre otras, esto con la finalidad de respaldar la parte psicosocial del fenómeno.

Referencias.

Aldrete M, Preciado M, Franco S, Pérez J, Aranda C. (2008). Factores Psicosociales Laborales y Síndrome de Burnout, Diferencias entre Hombres y Mujeres Docentes de Secundaria, Zona Metropolitana de Guadalajara, México. *Revista de Ciencia y Trabajo*, 10(30) 138-142.

Aldrete M, González J, Preciado M, Pando M. (2009). Variables Sociodemográficas y el Síndrome de Burnout o de Quemarse en Profesores de Enseñanza media Básica (Secundaria) de la Zona Metropolitana de Guadalajara. *Revista Educación y Desarrollo*, 10(10) 33-40.

Alemañy, C. (2009). La docencia: Enfermedades Frecuentes de esta Profesión. *Revista Cuadernos de Educación y Desarrollo*. 1(1) 1.

Ayuso, J. (2006). Profesión Docente y Estrés Laboral: Una Aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana*. 39(3) 1-15.

Balaguer, I. (2003). Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en el Mundo. *Revista. Esp. Cardiol*, 57(6) 487-494.

Barquín, M. (1990). Sociomedicina, *Salud Publica-Medicina Social: Salud del Adulto en el Trabajo*. México, Francisco Méndez Oteo, Universidad Nacional Autónoma de México.

Bent, R. (1952) *Fundamentos de la Educación Secundaria*. México: Unión Tipográfica Hispano Americana. (UTEHA). Tomo II.

Bittar, C. (2008). *Investigación sobre Burnout y Estilos de Personalidad en Estudiantes Universitarios*. *Revista Iberoamericana*.

Canon, E. (2005). *Las competencias de los Docentes*. Barcelona, España: GRAO.

Castaigns, J. (2001). *Así vamos...Educación: ¿Qué catástrofe?* México: El financiero, Opinión, 53.

Castellanos, P. (1990). Sobre el Concepto de Salud-Enfermedad. *Revista Bol. Epidemiológico OPS*. 10(4).

Costilla, G. (2006). *La docencia en la Educación Secundaria en México: Entre la Homogeneización y la Subjetivación*. México: Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

CEIPC. (2004). Adaptación Española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular. *Revista. Esp Salud Pública*, 78(4) ,435-438.

CSI-F (Miércoles, 28 de enero de 2009). *Las enfermedades Mentales provocan hasta el 16% de las bajas docentes*. CSI-F en Prensa. Enseñanza-Prensa y Comunicación, p1.

De la Garza, E. (2000). *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo*, México: Fondo de Cultura Económica. Colegio de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana.

De Ibarrola, M., Rama, B (2001) *Alternativas de la Reforma de la Educación Secundaria. Educación Secundaria en México*. Santiago de Chile: Banco Interamericano de Desarrollo.

De Ibarrola, M. (1998) *Formación de Docentes: Reforma Educativa y Crisis Económica en México en el Marco del TLC*. México: UPN.

Del Pozo, A. (2000). Repercusiones de la Depresión de los Docentes en el Ámbito Escolar. *Revista Complutense de Educación*, 11 (1) ,85-103.

Espinoza, R. Gómez, C. (2006). *Síndrome del Trabajador Quemado (Burnout)*. En *Profesores de Preescolar*. México: Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México.

Extremera N, Rey L, Pena M. (2010). La Docencia perjudica seriamente la Salud: Análisis de los Síntomas asociados al Estrés Docente. *Revista Boletín de Psicología*, 100(1), 43-54.

Fernández, J. (2003). *Medicina del Trabajo y Salud de los Trabajadores*. México: talleres de arte “z”.

Fernández, J. (1995) *El Trabajo Docente y Psicopedagógico en Educación Secundaria*. México: Aljibe. Málaga.

Fernández, M. (199). *La Profesionalización del Docente*. Madrid, España: Siglo XXI

FETE-UGT. (2003). *Catálogo de Enfermedades Profesionales de los Docentes*. Madrid, España: Federación de Trabajadores de la Enseñanza de UGT.

Fierro, A. (1993). El Ciclo del Malestar Docente. *Revista Iberoamericana de Educación (OEI)*, (2).

Fidalgo, M. (2008). NTP 704: *Síndrome de estar Quemado por el Trabajo o “Burnout” (I): Definición y Proceso de Generación*. España: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Flores, M. (2001). *El Factor Humano en la Docencia de Educación Secundaria: Un Estudio de la Eficacia Docente y el Estrés a lo largo de la Carrera Profesional*. Barcelona: Tesis de Doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona.

Gil-Monte, P. Peiró, J. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid, España: Síntesis.

Gil-Monte, P. Peiró, J (1999). Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. *Revista Anales de la Psicología*.15 (002) 261-268.

Gil-Monte, P. (2002). Validación Factorial de la Adaptación en Español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Revista Salud Publica de México*, 44(1), 33-40

Gil-Monte, P., (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería, *Revista Electrónica Inter Acao Psy*, 1(1).

Gil-Monte, P. (2005). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout): Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar*. Madrid, España: Pirámide.

Gil-Monte, P. (2006). La Evaluación y Diagnostico del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional, Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia, España, (Taller impartido en el 1º Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo).

Gil-Monte, P. Núñez, E. Selva, Y. (2006). Relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y Síntomas Cardiovasculares: Un Estudio en Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. *Revista Interamericana de Psicología*. 40(2) ,227-232.

Gil- Monte, P. Moreno, B. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout); Grupos Profesionales de Riesgo*. Madrid, España: Pirámide.

Gil-Monte, P. (2008) *Calidad de Vida Laboral*. Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIICO) Universidad de Valencia.

Gil-Monte, P. Unda, S. Sandoval, J. (2009). Validez Factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una Muestra de Maestros Mexicanos. *Revista Salud Mental*, 32(3)

Gil-Monte, P. (2010). Base de cálculo CESQT cálculo percentiles México. Enviada en el mes de noviembre del 2010 vía correo electrónico.

González, M. Vidal, D. (2008). *Calidad de Vida Laboral y el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Profesores de educación Primaria en el D.F. México*: Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Hermosa, A. (2006). Satisfacción Laboral y Síndrome de Burnout en Profesores de Educación Primaria y Secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*. 015,81-89

Jiménez, L. (2003). La Reestructuración de la Escuela y las Nuevas Pautas de Regulación del Trabajo Docente. *Revista Mexicana de Investigación Educativa. COMIE*. 19(8) ,603-630.

- Juárez, A. (2004). Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México. *Revista Ciencia y Trabajo*. 6 (14).
- Juárez, A. (2007). Factores Psicosociales Laborales Relacionados con la Tensión Arterial y Síntomas Cardiovasculares en Personal de Enfermería en México. *Revista Salud Pública de México*. 49(2), 109-117.
- Kohen, J. Valles, I. (1994). Crisis en el Sistema Educativo y la Salud Laboral Docente. *Revista Salud de los Trabajadores*, 2(2), 143-151.
- LaDou, J. (2005). *Diagnóstico y Tratamiento en Medicina Laboral y Ambiental*. México: Manual Moderno.
- Leplant, J. Cony, X. (1978) *Psicología del Trabajo: Enfoque y Técnicas*. Madrid, España: Pablo del Rio.
- Maciel de Oliveira, C. (2008). Investigar, Reflexionar y Actuar en la Práctica Docente. *Revista Iberoamericana de Educación, OEI*.
- Manso-Pinto, J. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory. Versión Human Services Survey, en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*. 40(1), 115-118.
- Manassero, M., Et. Al. (2003). *Estrés y Burnout en la enseñanza*. Palma: Editores UIB.
- Martí, J. (1993). *Medicina del Trabajo*. Barcelona, España: Masson.
- Martín Mateos, M. (2006) Dolencias Profesionales del Profesorado de Educación Física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 6 (23), 155-164.
- Martínez, D. (2001). *Abriendo el Presente de una Modernidad Inconclusa: Treinta años de Estudios del Trabajo Docente*. Memoria XXIII International Congress Washington DC, Septiembre 6-8. CTA
- Martínez-Abascal, A. (1997). Influencia de los Factores Cognitivos en el Malestar Docente. *Revista Psicología General y Aplicada*, 50(1), 137-144.
- Mercadal, H. (1993). *Medicina del Trabajo*. Barcelona, España: Masson.
- Mercado, A. Ramírez, M. (2009). El Síndrome de Desgaste Profesional en Docentes de Educación Básica Secundaria en la Ciudad de Aguascalientes. *Revista Electrónica, Memoria del X Congreso Nacional de Investigación Educativa*.
- Moriana, J., Herruzo, J. (2004). Estrés y Burnout en Profesores. *Revista International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(3), 597- 621.
- Muñoz, C. (1983) *Presente y Futuro de la Educación Secundaria*. México: Gafe.

- Navarro, E. Beltrán I. (1999). *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. Barcelona, España: Masson.
- Napione, M. (2008). *¿Cuándo se Quema el Profesorado de Secundaria?* .España: Díaz de Santos.
- Nikitin, P. (1980). *Economía Política*. México: Cultura popular.
- Noyola, V. Padilla, L. (2009). Desgaste Profesional (Síndrome Burnout) en Profesores de Escuelas Primarias Públicas del Municipio de Aguascalientes. *Revista Electrónica, Memoria del X Congreso Nacional de Investigación Educativa*.
- Noriega, M., Moreno, P (1998) *Formación Docente, Modernización Educativa y Globalización: La Reforma Educativa Mexicana y su Impacto en el Subsistema de Formación Docente*. México: UPN.
- Nordberg, H (1967). *La Enseñanza en la Escuela Secundaria*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.
- Quiceno, J. Vinaccia, S. (2007). Burnout: Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT). *Revista Scielo. Acta Colombiana de Psicología* 10 (2): 117-125.
- Quiroz, R. (2000). *Las Condiciones de Posibilidad de Aprendizaje de los Adolescentes en la Educación Secundaria*. Tesis de Doctorado en Educación. Departamento de Investigaciones Educativas, Cinvestav del IPN.
- Quiroz, R. (1991). Obstáculos para la Apropriación del Contenido Académico en la Escuela Secundaria. *Revista Infancia y Aprendizaje*, 55, N° pp. 45-58.
- Olivares V. Vera A. Juárez A. (2009). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en una Muestra de Profesionales que Trabajan con Personas con Discapacidades en Chile. *Revista Ciencia y Trabajo*.11 (32): 63-71.
- Oficina Internacional del Trabajo (Ginebra). (1984). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. México: Alfaomega.
- Oficina Internacional del Trabajo, (1998). *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OMS, (2008). *Organización Mundial de la Salud: Preguntas Frecuentes*.
- OMS, (2010). Organización Mundial de la Salud: *Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud*.
- Pando-Moreno, M. Castañeda-Torres, y cols. (2006). Factores Psicosociales y Síndrome de Burnout en Docentes de la Universidad del Valle de Atemajac, Guadalajara, México. *Revista Salud en Tabasco*, 12(003), 523-529,

- Peiró, J. M. (1999). Valoración de riesgos psicosociales y estrategias de prevención: el modelo "AMIGO" como base de la metodología "Prevenlab/Psicosocial". *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15(2), 267-314.
- Piñeyro, M. (2004). El Malestar Docente. *Revista Observatorio Ciudadano de la Educación. (OCE)*.
- Ranchal, A., Vaquero, M. (2008) *Burnout: Variables Fisiológicas y Antropométricas: Un Estudio en el Profesorado*, 54, (210), 47-55.
- Rodríguez, E. (2002). Un estudio sobre los profesores principiantes en el marco de la reforma de la educación secundaria en Uruguay. *Revista Iberoamericana*.
- Sandoval, E. (2001). Ser Maestro de Secundaria en México: Condiciones de Trabajo y Reformas Educativas. *Revista Iberoamericana*. 04(25), 83-102.
- San Martín, H. (1975). *Salud y Enfermedad: Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social*. México: La Prensa Medica Mexicana.
- Santos del Real, A. (1999) *La Educación Secundaria en México*. Tesis de Doctorado en Educación. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Sapag, J. (2007). Capital Social y Promoción de la Salud en América Latina. *Revista Saude Pública*. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Sauter, S., Et. Al. (2001). *Factores psicosociales y de organización*. *Enciclopedia OIT*. 2(34).
- Segatore, L. (1978). *Diccionario Medico*. Barcelona, España: Teide.
- Sevilla, U. Villanueva, R. (2000). *La Salud Laboral Docente en la Enseñanza Pública*. Madrid, España: Federación de Enseñanza de CC. OO.
- Stellman, J. Daum, S. (1986). *El trabajo es Peligroso para la Salud: Manual de Riesgos en el Lugar de Trabajo y que hacer al respecto*. México: Siglo XXI.
- Schaufeli, W. Salanova, M. (2002). ¿Cómo Evaluar los Riesgos Psicosociales en el Trabajo? *Revista INSHT*, 20 ,4-9.
- Thénon, J. (1974). *Psicología Dialéctica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Torres, A. (2008). *El Síndrome del Trabajador Quemado en Docentes del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Oriente*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Unda, S. Sandoval, J. (2009). *Psicología y Ciencias Sociales. La Salud y el Trabajo Docente en México: Una Aproximación para su Estudio*. México: UNAM.

Unda, S. Sandoval, J., Gil-Monte, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) (Burnout) en Maestros Mexicanos. *Revista Información Psicológica*, 91-92, 53-63.

Vázquez, M. (1999). *Daños a la salud asociados a los programas de estímulos en académicos del Colegio de Posgraduados en Ciencias Agrícolas*. Tesis para obtener el grado de Maestría. México: UAM-XOCHIMILCO.

Vega, M. Garrido, E. (1998). *Psicología de las Organizaciones: Proceso de Socialización y Compromiso con la Empresa*. Salamanca, España: Amarú Ediciones.

Vinaccia, S. Alvaran, L. (2004). El Síndrome de Burnout en una Muestra de Auxiliares de Enfermería: Un Estudio Exploratorio. *Revista Terapia Psicológica*, 22(001), 9-16.

Zarzar, C. (1994). *Habilidades Básicas para la Docencia en la Escuela Secundaria*. México: Patria.

ANEXO.



No. _____

“TRABAJO Y SALUD CARDIOVASCULAR”

LEA LO SIGUIENTE Y SI ESTÁ DE ACUERDO PONGA SU NOMBRE Y FIRMA

Firma de consentimiento:

El abajo firmante manifiesto libre y voluntariamente que estoy de acuerdo en proporcionar esta información para el estudio de la FES Zaragoza, UNAM “**Relación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo y la salud cardiovascular de los trabajadores**”, cuyo objetivo consiste en conocer la frecuencia de este problema laboral en diferentes grupos de trabajadores y examinar su relación con indicadores de salud cardiovascular de los trabajadores.

Estoy consciente que los procedimientos consisten en contestar un cuestionario, tomarme la presión arterial, mi peso, talla y proporcionar una muestra de saliva; estos procedimientos no implican ningún riesgo para mi persona.

A algunos trabajadores se les solicitará además de forma voluntaria una muestra de sangre de 10 ml., para conocer cuáles son mis niveles de lípidos y otros elementos en mi sangre. Si doy la muestra de sangre se me entregará un reporte individual de mis resultados y recomendaciones para mejorar mi salud. Este procedimiento solo puede causar una ligera molestia o moretón en el sitio de toma de la muestra.

Los responsables del estudio se comprometen a respetarán mi confidencialidad y utilizar esta información para promover condiciones saludables en mi sitio de trabajo.

Es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo retirarme del estudio, sin que tenga una repercusión personal o laboral. También puedo solicitar información adicional a los responsables. Los responsables del estudio no proporcionarán sin mi consentimiento mi información personal a ninguna otra persona u organismo.

Al final del estudio los responsables me entregarán un reporte de los resultados generales obtenidos.

Para cualquier aclaración podré ponerme en contacto en cualquier momento con el responsable del proyecto, Dr. Horacio Tovalin Ahumada en la FES Zaragoza de la UNAM, al 56 2307 08 ext. 106.

Nombre y Firma del trabajador:

Fecha:

CUESTIONARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD-CONACYT/UNAM1

1. Centro de Trabajo: _____
2. Horas frente a grupo: _____
3. Nombre: _____
4. Sexo: (Másc.) (Fem.) 5. Edad (años): _____
6. Edo. Civil: (Soltero) (Casado) (Union Libre) (Divorciado)
(Viudo) (Separado)
7. Escolaridad: (Prim) (Sec) (Pre) (Tec) (Profe)(Posg)
8. Numero de hijos _____
9. Dirección personal (Indicar Delegación y CP): _____
- 8 A. Materias que imparte _____
- 10 Antigüedad en el trabajo (años): _____
11. Antigüedad en el puesto (años): _____
12. Turno: Mañana () Tarde () Noche () Mixto ()
13. Contrato: Interinato () Base ()
- 12.B Tiene otro trabajo: (Si) (No)
13. B ¿Pertenece a carrera Magisterial? Si () No ()

- **TODA LA INFORMACIÓN QUE USTED PROPORCIONE ES CONFIDENCIAL.**
- **LA INFORMACION PERSONAL NO SERA ENTREGADA A LA ADMINISTRACION.**
- **ESTA INFORMACIÓN ES IMPORTANTE PARA MEJORAR SU TRABAJO.**
- **POR FAVOR TRATE DE CONTESTAR LO MÁS CERCANO A SU SITUACION LABORAL Y DE SALUD.**

CESQT-PE.

PIENSE CON QUÉ FRECUENCIA TIENE LAS SIGUIENTES IDEAS SOBRE SU TRABAJO:					
	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
45. Mi trabajo me supone un reto estimulante.	0	1	2	3	4
46. No me apetece atender a algunos alumnos.	0	1	2	3	4
47. Creo que muchos alumnos son insoportables.	0	1	2	3	4
48. Me preocupa el trato que he dado a algunas personas en el trabajo.	0	1	2	3	4
49. Veo mi trabajo como una fuente de realización personal.	0	1	2	3	4
50. Creo que los familiares de los alumnos son unos pesados.	0	1	2	3	4
51. Pienso que trato con indiferencia a algunos alumnos.	0	1	2	3	4
52. Pienso que estoy saturado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
53. Me siento culpable por alguna de mis actitudes en el trabajo.	0	1	2	3	4
54. Pienso que mi trabajo me aporta cosas positivas.	0	1	2	3	4
55. Me apetece ser irónico/a con algunos alumnos.	0	1	2	3	4
56. Me siento agobiado/a por el trabajo.	0	1	2	3	4
57. Tengo remordimientos por algunos de mis comportamientos en el trabajo.	0	1	2	3	4
58. Etiqueto o clasifico a los alumnos según su comportamiento.	0	1	2	3	4
59. Mi trabajo me resulta gratificante.	0	1	2	3	4
60. Pienso que debería pedir disculpas a alguien por mi comportamiento.	0	1	2	3	4
61. Me siento cansado/a físicamente en el trabajo.	0	1	2	3	4
62. Me siento desgastado/a emocionalmente.	0	1	2	3	4
63. Me siento ilusionado/a por mi trabajo.	0	1	2	3	4
64. Me siento mal por algunas cosas que he dicho en el trabajo.	0	1	2	3	4

LISTADO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES.

INDIQUE SI UN MÉDICO O PSICÓLOGO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE LOS PASADOS 12 MESES

Enfermedad	Diagnosticada por un médico o psicólogo		Enfermedad	Diagnosticada por un médico o psicólogo	
143. Hipertensión arterial (Presión alta)	Si	No	154. Ansiedad	Si	No
144. Cardiopatía isquémica (Infarto)	Si	No	155. Migraña	Si	No
145. Diabetes Mellitus	Si	No	156. Alcoholismo	Si	No
146. Colesterol elevado	Si	No	157. Accidentes de tránsito	Si	No
147. Triglicéridos elevados	Si	No	158. Accidente de trabajo	Si	No
148. Cirrosis hepática	Si	No	159 Violencias (asalto, agresión, etc.)	Si	No
149. Asma bronquial	Si	No	160. Úlcera, gastritis, duodenitis	Si	No
150. Bronquitis Crónica	Si	No	161. Cáncer (¿Cuál?):	Si	No
151. Alergias	Si	No	162. Problemas sexuales	Si	No
152. Fatiga	Si	No	163. Otra enfermedad ¿cual?):	Si	No
153. Depresión	Si	No			
SI USTED CONSIDERA QUE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES SE RELACIONA CON SU TRABAJO MÁRQUELA CON UN CÍRCULO					
EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS A TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMÁS O MOLESTIAS					
164. Infecciones vías respiratorias,	Si	No	171. Dolor en mano-muñecas	Si	No
165. Otitis media	Si	No	172. Dolor en brazos	Si	No
166. Conjuntivitis	Si	No	173. Dolor en piernas	Si	No
167. Gastritis, úlcera, colitis	Si	No	174. Dificultad para conciliar el sueño	Si	No
168. Dolor de cabeza intenso	Si	No	175. Angustia sin razón alguna	Si	No
169. Dolor de cuello	Si	No	176. Sentirse estresado	Si	No
170. Dolor de espalda	Si	No		Si	No