

2012

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO
(SQT) Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE
RIESGO CARDIOVASCULAR EN TRABAJADORES
DE SECUNDARIAS GENERALES DEL D.F.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

JOSÉ ANTONIO CENTENO HERNÁNDEZ

PROYECTO CONACYT 83833

JURADO DE EXAMEN:

TUTOR:

DR. JOSÉ HORACIO TOVALÍN AHUMADA

COMITÉ:

MTRA. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS

MTRO. HÉCTOR MAGAÑA VARGAS

LIC. JORGE IGNACIO SANDOVAL OCAÑA

MTRA EN C. MARLENE RODRÍGUEZ MARTÍNEZ



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.

ÍNDICE

• RESUMEN	1
• INTRODUCCIÓN	2
• Capítulo I. SECUNDARIAS GENERALES	3
○ 1.1 Organización	3
○ 1.2 Dirección	6
○ 1.3 Consejo técnico escolar	7
○ 1.4 Subdirección	8
○ 1.5 Docentes	9
○ 1.6 Asistencia educativa	10
○ 1.7 Servicios generales y administrativos	11
• Capítulo II. TRABAJO Y MALESTAR DOCENTE	14
○ 2.1 Riesgos del trabajador de secundaria	14
○ 2.2 Malestar docente	15
• Capítulo III. ESTRÉS LABORAL	18
○ 3.1 Definición Estrés laboral	18
○ 3.2 Estrés laboral y daños a la salud	21
• Capítulo IV. BURNOUT Y SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT)	24
○ 4.1 Definición del Burnout	24
○ 4.2 Definición del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)	28
• Capítulo V. RIESGO CARDIOVASCULAR Y SQT	33
○ 5.1 Riesgo cardiovascular	33
○ 5.2 SQT y su relación con factores de riesgo cardiovascular	41
• PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	45
• OBJETIVOS	45
• MÉTODO	46
○ Hipótesis	46
○ Variables	47
○ Diseño	51
○ Participantes	51
○ Instrumentos	51
○ Procedimiento	53
○ Resultados	54
• DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	85
• REFERENCIAS (BIBLIOGRAFÍA)	89
• ANEXOS	97

RESUMEN

El trabajador de secundaria ha tenido como una de sus principales características el alto involucramiento y compromiso, además de una vida acelerada y altas demandas, esto provoca una inadecuada alimentación, escasa actividad física, un alto grado de estrés, lo cual genera la aparición de alteraciones y enfermedades, tal es el caso del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y los Factores de riesgo cardiovascular.

Se realizó un estudio transversal-correlacional para enfrentar el SQT con variables como Colesterol Total, Hipertrigliceridemia, Hipertensión, Índice de masa corporal e Índice de cintura-cadera (ICC) en una muestra de 973 trabajadores de secundarias generales del D.F.

Se recopiló información sociodemográfica, se aplicó el cuestionario CESQT y se tomó muestra de sangre y medidas antropométricas. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 20 utilizando la prueba chi-cuadrada y regresión logística binaria no condicional.

Los resultados indican que el SQT patológico se asocia significativamente con tener hipertensión y que los trabajadores con SQT patológico tienen 2.4 veces más probabilidad de tener hipertensión que los trabajadores con niveles menores de SQT, después de controlar las variables sexo y edad. La existencia de SQT patológico en el total de la muestra fue de 8.7%.

Palabras clave: Síndrome de Quemarse por el Trabajo, Riesgo Cardiovascular, Trabajadores Secundaria, Condiciones Laborales.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad muchos trabajadores tienen un ritmo de vida acelerado producto de las demandas de su trabajo y su casa, provocando una inadecuada alimentación, escasa actividad física, alto grado de estrés, desequilibrio corporal y emocional, lo cual lleva a un malfuncionamiento del individuo, ocasionando alteraciones a diferentes sistemas del cuerpo entre ellos el cardiovascular.

Las alteraciones, que posteriormente se pueden convertir en enfermedad cardiovascular, son en gran medida avisadas por factores de riesgo cardiovascular modificables como la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, hiperglucemia, obesidad, tabaquismo e inactividad física.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011) las enfermedades del corazón y los accidentes cerebrovasculares matan a más de 17.1 millones de personas cada año, lo que representa el 29% de las muertes de todo el mundo, no obstante las enfermedades cardiovasculares no tienen definida la causa precisa que las produce, ya que el origen de éstas no se puede atribuir a un solo factor de riesgo cardiovascular.

En todo trabajo hay una relación entre las condiciones de trabajo y las condiciones de vida, lo cual genera un proceso estrechamente ligado a la salud de los trabajadores y el trabajo, la escuela secundaria no es la excepción, aunque solamente se ha estudiado profundamente el trabajo docente. El trabajador de secundaria (docente, directivo, apoyo técnico y administrativo) ha tenido y tendrá como una de sus características el involucramiento y compromiso de quienes lo practican así como la aparición de enfermedades relacionadas con su proceso de trabajo.

Es por esto que la presente tesis pretende demostrar que existe una relación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y los factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de las Secundarias Generales del Distrito Federal.

CAPITULO I. SECUNDARIAS GENERALES

1.1 ORGANIZACIÓN

En la actualidad se llevan a cabo una gran cantidad de investigaciones para ampliar el conocimiento que tenemos sobre los daños generados por el trabajo.

En las escuelas también se ha realizado un gran esfuerzo para conocer de qué forma influyen estos daños en el desempeño del trabajador dentro y fuera de la escuela, pero aún existen muchas dudas por resolver, es por esto que cada día la investigación en el campo de la educación se vuelve más profunda, precisa y exacta permitiendo así contar con una mayor cantidad de información para entender y ayudar en la escuela, pero es necesario entender la organización y las funciones que desempeña cada trabajador para seguir avanzado en este campo.

La organización de Educación Básica en el Distrito Federal se encuentra constituido por tres niveles: Prescolar, Primaria y Secundaria, siendo este último el de interés para esta investigación. El nivel Secundaria se encuentra organizado dentro de los márgenes que dicta la Secretaría de Educación Pública (SEP).

En la actualidad existen 1,156, 506 profesores de nivel básico en México que dan servicio a 25,603, 606 alumnos (Secretaría de Educación Pública, 2011).

En el D.F. hasta el 2011 había 1,400 escuelas de nivel secundaria de las que 1,099 son secundarias generales, 252 técnicas y 49 telesecundaria. Dentro de las secundarias generales laboran 318,143 trabajadores (160,034 mujeres y 158,109 mujeres) de los cuales 27,269 son docentes (Sistema de Consulta Interactivo de Estadísticas Educativas, 2012).

La SEP define a la educación secundaria como “el último tramo de escolaridad básica obligatoria” (Secretaría de Educación Pública, 2005).

La escuela secundaria, conjuntamente con las escuelas de preescolar y primaria, constituyen la unidad de servicio público que ofrece educación general básica, esencialmente formativa.

Su objetivo primordial es promover el desarrollo integral del educando como un ser individual y social, para que emplee en forma óptima sus capacidades, en beneficio propio y en el de su comunidad, y adquiera la formación que le permita continuar sus estudios del nivel inmediato superior o, incorporarse a la vida productiva.

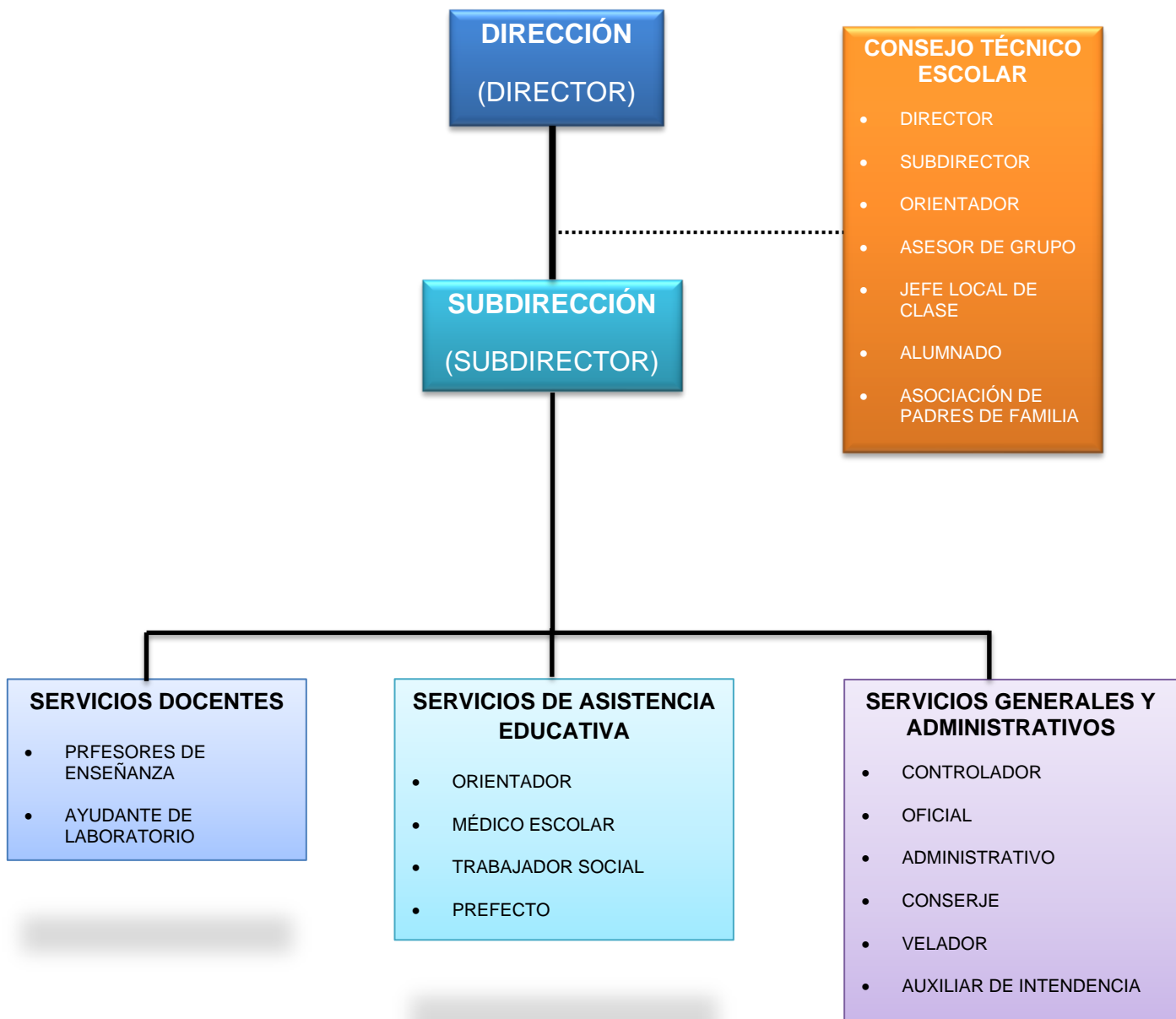
Para que la escuela secundaria cumpla su objetivo es menester que el personal responsable del servicio de educación secundaria, dentro de su ámbito de acción, debe actuar con amplio criterio para tomar decisiones adecuadas; interpretar y aplicar correctamente las disposiciones superiores; tener capacidad para organizar y dirigir grupos, así como practicar convenientemente las relaciones humanas; adoptar actitudes con respeto, responsabilidad, orden y decoro, evitando aquellas manifestaciones de conducta que repercutan en el proceso educativo del educando; tener iniciativa para crear y proponer opciones de trabajo; resolver problemas y plantear soluciones viables y convenientes. (Secretaría de Educación Pública, 1981).

Es por medio de estas palabras de la SEP que se da cuenta de la labor de los trabajadores de secundaria ya que es ardua y caracterizada por ser un trabajo con alto grado de atención, supervisión estricta, exceso de trabajo, intensificación de los ritmos de trabajo para lograr el incremento de la productividad académica, simultaneidad de tareas, alargamiento de la jornada laboral, actividades extra como la preparación de clases, elaboración de material didáctico, diseño y calificación de exámenes.

Por esto para trabajar en una secundaria se necesita tener una preparación especializada, la cual permitirá transmitir a sus alumnos un conocimiento y una actitud que los ayude en los siguientes niveles de educación.

En la SEP existe una serie de funciones que debe poseer y desempeñar cada uno de los trabajadores de secundaria, los cuales se encuentran descritos en el diagrama de puestos (figura 1) que se encuentra en el manual de organización de la escuela secundaria (Secretaría de Educación Pública, 1981).

Figura 1. Diagrama de puestos



1.2 DIRECCIÓN

Los trabajadores que se encuentran dentro de la dirección de la escuela secundaria deben seguir los siguientes lineamientos:

1. Planear, organizar, dirigir y evaluar las actividades académicas, de asistencia educativa, administrativas y de intendencia del plantel, de acuerdo con los objetivos, leyes, normas, reglamentos y manuales establecidos para la educación secundaria, y conforme a las disposiciones de las autoridades educativas correspondientes.
2. Determinar y establecer las Políticas de operación para el logro de los objetivos del plantel.
3. Vigilar el cumplimiento del plan, programas de estudio, reglamentos y disposiciones que rijan el servicio.
4. Realizar, ante los organismos o autoridades correspondientes, las gestiones conducentes que permitan dotar al plantel tanto de los recursos humanos y materiales, como de los servicios necesarios para el cumplimiento de sus labores.
5. Proponer ante la Delegación General o a la Dirección General de Educación Secundaria, cuando se trate de planteles del Distrito Federal, el presupuesto estimado de ingresos del plantel.
6. Vigilar la aplicación del presupuesto y presentar, ante las autoridades educativas correspondientes, la documentación comprobatoria de los gastos.
7. Propiciar un ambiente agradable de trabajo para el mejor desarrollo de las labores del plantel.
8. Establecer y mantener comunicación permanente con la Comunidad escolar con el propósito de que esté informada de las disposiciones que normen las labores del plantel y de lograr su participación consciente y corresponsable en las tareas educativas.

9. Programar las reuniones de las academias locales, y supervisar que éstas cumplan con sus objetivos.
10. Constituir la cooperativa escolar de consumo, tramitar su registro ante la Unidad de Cooperativas Escolares, y vigilar que su funcionamiento esté de acuerdo con las normas específicas vigentes.
11. Vigilar la utilización, aprovechamiento y conservación de todos los recursos con que cuente el plantel.
12. Facilitar la realización de las supervisiones de carácter técnico pedagógico y las auditorías que se determinen, y atender a las recomendaciones ya las disposiciones que señalen las autoridades correspondientes.
13. Promover la realización de actividades culturales, deportivas y recreativas, que coadyuven al desarrollo integral de los educandos.
14. Autorizar la documentación oficial que expida el plantel.
15. Evaluar permanentemente las distintas actividades escolares y mantener informadas a las autoridades educativas acerca del funcionamiento del plantel.

El puesto de director en la mayoría de los casos se encuentra ocupado por ex-maestros de secundaria que han ascendido de puesto por su experiencia laboral y antigüedad en el trabajo.

1.3 CONSEJO TÉCNICO ESCOLAR

Los trabajadores que se encuentran dentro del consejo técnico tienen que seguir los siguientes lineamientos:

1. Auxiliar a la Dirección de la escuela en la planeación, programación, realización y evaluación de las actividades educativas que se desarrollen durante el año escolar.
2. Proponer opciones convenientes para mejorar el servicio educativo.
3. Sugerir a la Dirección estrategias para resolver problemas educativos de la comunidad escolar.

4. Auxiliar a la Dirección en la evaluación periódica del trabajo escolar, con la finalidad de reforzar o reorientar el proceso educativo.

1.4 SUBDIRECCIÓN

Los trabajadores que se encuentran dentro de la subdirección de la escuela secundaria deben seguir los siguientes lineamientos:

1. Colaborar con la Dirección del plantel en la planeación, programación, organización, realización y evaluación de las actividades escolares.
2. Auxiliar a la Dirección en la administración de los recursos humanos, materiales y financieros con que cuenta el plantel, conforme a las normas y a los procedimientos que dicten las autoridades correspondientes; informarle de las necesidades que existan al respecto y proponerle las medidas para subsanarlas.
3. Organizar, dirigir y evaluar las actividades referentes al control escolar de los alumnos del plantel, de acuerdo con los lineamientos establecidos.
4. Definir los horarios de trabajo de todo el personal adscrito al turno correspondiente y presentarlos a la Dirección para su aprobación.
5. Registrar la asistencia, la puntualidad y el comportamiento del personal escolar, e informarlo permanentemente a la Dirección.
6. Proponer la realización de actividades culturales, deportivas y recreativas.
7. Organizar y supervisar el funcionamiento de los laboratorios, talleres, biblioteca y demás servicios escolares.
8. Supervisar y evaluar el desarrollo de las actividades que se encomienden al personal y al alumnado de la escuela.

Al igual que con el puesto de director, el de subdirector se encuentra ocupado por ex-maestros que han ascendido a dicho puesto.

1.5 DOCENTES

Los trabajadores docentes que se encuentran dentro de la dirección de la escuela secundaria deben seguir los siguientes lineamientos:

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

Además de las funciones anteriores en 2005 la SEP completo el perfil del docente de secundaria al realizar una lista con las características con las que debe cumplir:

1. Enfatizar el desarrollo de competencias intelectuales superiores como el análisis, la síntesis y la resolución de problemas.
2. Contribuir a una menor fragmentación de la jornada escolar.
3. Asegurar relevancia y pertinencia de contenidos, reconociendo la realidad de los adolescentes, su diversidad sociocultural y de estilos de aprendizaje.
4. Contribuir a la articulación de la educación básica: entre niveles, modalidades y disciplinas.
5. Actualizar los enfoques de enseñanza a la luz de los resultados de la investigación.
6. Retomar el conocimiento acumulado durante más de 10 años de aplicación de la propuesta curricular vigente.
7. Incorporar las Tecnologías de la Información y de la Comunicación como una poderosa herramienta a lo largo de todo el currículo.
8. Desarrollar e impulsar la formación en valores.
9. Comprender y considerar la naturaleza de los contenidos de las otras asignaturas.
10. Ofrecer espacios de flexibilidad para las escuelas, los maestros y los alumnos.
11. Promover una mayor cercanía entre maestros.
12. Incorporar un enfoque intercultural. (Secretaría de Educación Pública, 2005)

En la actualidad los maestros en la Distrito Federal son seleccionados por medio de un examen el cual es realizado por la SEP.

1.6 ASISTENCIA EDUCATIVA

Los trabajadores contratados como asistentes (orientadores, médicos escolares, tutores y prefectos) deben seguir los siguientes lineamientos:

1. Proporcionar en forma integrada los servicios de orientación educativa, medicina escolar, trabajo social y prefectura, conforme a los objetivos de la educación secundaria, y a las normas, y disposiciones emitidas por la Dirección General de Educación Secundaria.

2. Coadyuvar en las labores docentes para alcanzar en forma óptima los objetivos de la educación secundaria.
3. Atender al alumnado con el objeto de orientarlo, considerando sus intereses y necesidades, y propiciando el desarrollo de sus aptitudes y capacidades.
4. Realizar estudios orientados a identificar las causas que afectan el aprovechamiento y el comportamiento de los alumnos, y proponer las soluciones psicopedagógicas convenientes.
5. Promover la realización de las actividades extraescolares que apoyen la labor educativa.
6. Planear, desarrollar y evaluar programas de educación para la salud en la comunidad escolar.
7. Auxiliar al personal directivo en todas las labores tendientes a vigilar tanto la asistencia y la puntualidad, como el orden en la realización de las tareas educativas y la conservación de instalaciones, mobiliario y equipo.
8. Solicitar a la Subdirección de la escuela los recursos materiales y financieros necesarios para el mejor cumplimiento de su labor.
9. Informar periódicamente a la Subdirección sobre el desarrollo de las actividades de servicios asistenciales que se realicen en el plantel.
10. Desempeñar las comisiones que le sean asignadas por la Dirección de la escuela.

1.7 SERVICIOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS

Los trabajadores generales y administrativos (secretarias, personal de limpieza, comedores, conserjes, encargados de almacén, choferes etc.) que se encuentran dentro de la escuela secundaria deben seguir los siguientes lineamientos:

1. Realizar el registro y control de los recursos humanos, materiales y financieros con que cuente el plantel, conforme a las normas y los procedimientos establecidos así como a las instrucciones y a las disposiciones de las autoridades correspondientes.

2. Formular conjuntamente con la Dirección y de acuerdo con las normas emitidas por la Dirección General de Recursos Financieros, las estimaciones de ingresos y egresos del plantel, y la documentación comprobatoria del gasto escolar.
3. Realizar los trámites conducentes para dotar al plantel de los recursos requeridos para su funcionamiento y desarrollo, controlando la recepción, almacenaje, conservación, distribución y empleo de los mismos.
4. Elaborar y mantener actualizado el inventario de los bienes de activo fijo del plantel, de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios.
5. Llevar a cabo el registro administrativo del personal de la escuela y las tareas relacionadas con el control escolar del alumnado.
6. Proporcionar los servicios de intendencia, aseo, mantenimiento, vigilancia, mensajería y correspondencia.
7. Informar periódicamente a las autoridades educativas, sobre el desarrollo de las actividades que hayan sido encomendadas a esta área.
8. Desempeñar las diversas comisiones que le sean asignadas.

Hay una gran cantidad de factores para tomar en cuenta cuando se habla del trabajo en secundaria, como puede ser la infraestructura, material didáctico, equipamiento escolar, competencia laboral, responsabilidad social, etc., factores que no siempre se encuentran en las manos del trabajador.

Aunque el trabajador es definido en el artículo 8º de la Ley Federal del trabajo como la persona física que presta a otra, física o moral, un trabajo personal subordinado, y el trabajo es definido por la misma Ley como toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica por cada profesión u oficio (Camara de diputados del H. Congreso de la Union, 2006), no basta con saber quién es el trabajador o que funciones desempeña, es necesario saber cuáles son los malestares que lo aquejan.

El docente ha sido estudiado por los investigadores durante mucho tiempo, pero cada día es más necesario hablar de nuevas propuestas en el tema para poder continuar avanzando.

Para Vega (2005) existen modificaciones en la regulación de las relaciones individuales de los trabajadores además de los cambios a los regímenes del tipo de contrato, condiciones de trabajo y hasta ergonomía en el trabajo que afectan al trabajador, tomando en cuenta que la contratación y la terminación de la relación de trabajo son dos momentos claves del desarrollo de la relación laboral individual.

Es debido a estas causas que el trabajador de secundaria frecuentemente presenta malestares dentro y fuera del trabajo, pero existen otras circunstancias que provocan un aumento en la presencia del malestar, por lo cual es importante entender que es lo que puede estar causando esto al trabajador.

CAPITULO II. TRABAJO Y MALESTAR DOCENTE

“No sabemos lo que nos pasa, y eso es lo que nos pasa”

(Ortega y Gasset, 1942)

2.1 RIESGOS DEL TRABAJADOR DE SECUNDARIA

Todos los trabajos en algún momento nos han hecho sentir con algún malestar, pero no todas las veces sabemos que es lo que está causando éste, y los trabajadores de secundaria no son la excepción.

Durante mucho tiempo se ha estudiado el malestar de la profesión docente, pero poco se ha estudiado de los demás trabajadores que existen dentro de las escuelas, en este caso la secundaria. Muchos de los trabajos que existen dentro de la secundaria son desempeñados por personal que en algún momento tuvo la función de profesor, es el caso de los directivos, personal de apoyo y administrativo, pero poco o nada se habla sobre las afecciones que pueden tener estos trabajadores.

Hasta hace poco tiempo se pensaba que el trabajo en las escuelas no tenía algún riesgo para el docente, mucho menos lo tendría para los demás trabajadores de la escuela. Es por esto que se abordará a fondo el los riesgos para el trabajo docente y más adelante se definirán las funciones que desempeña cada tipo de trabajador de las escuelas secundarias.

La docencia siempre fue vista como una profesión sin riesgo, donde el docente prestaba un solo servicio; “dar clases”, pero la gente olvidaba todo el trasfondo cultural y social que hay alrededor del docente, para Birgin (2000) tanto la escolarización como el trabajo docente tal como lo conocemos hoy en día son construcciones históricas que, justamente, dan cuenta de modos de gobierno.

La formación docente no presenta únicamente problemas técnicos, sino también problemas de orden simbólico, político y ético, lo cual remite a nociones como las de cultura ciudadanía y solidaridad (Devalle & Vega, 2004).

Desde hace algunos años, una serie de actitudes negativas que cada vez eran más presentes en el docente, empezó a llamar la atención de los investigadores encontrando que el trabajo docente es una actividad donde existen una gran cantidad de exigencias las cuales afectan directamente la relación salud-trabajo. Por otro lado, hay un aumento de los problemas de salud mental y malestar en los docentes, referidos en la literatura especializada a nivel mundial (Esteve, 1994, Hargreaves, 1996 Cornejo & Quiñonez, 2007).

Las situaciones laborales y los riesgos presentes en el trabajo docente desencadenan una serie de condiciones negativas, las cuales causan un malestar al docente. Existen una gran cantidad de riesgos para el docente, dentro de estos riesgos encontramos las condiciones de trabajo, el ambiente laboral, la proletarización docente, los rápidos cambios que se producen en la sociedad y que replantean la función de la escuela y estos afectan a su vez la salud física y mental de los educadores (Baltazar, 2003).

Sin embargo no sólo los riesgos en el trabajo causan un malestar docente, Esteve (1994) considera al malestar docente como un efecto del cambio social.

2.2 MALESTAR DOCENTE

El malestar docente es la expresión que condensa los efectos permanentes de carácter negativo que afectan al docente, producto de condiciones psicológicas y sociales y abre la posibilidad para reconocer las estrategias personales, grupales, institucionales, comunitarias, para afrontar y desenvolverse en situaciones desfavorables (Leibovich de Figueroa, y otros, 2002).

No podemos 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 a 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 honorarios, las tutorías de 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” (Ayuso, 2006).

Todo el tiempo existen cambios en los factores donde se desenvuelve el docente, ya sean las funciones que desempeña, el lugar de trabajo, el clima, etc. Estos factores fueron ubicados en dos grandes campos por Blase (1984):

1. Factores primarios: Que son los que afectan directamente sobre el maestro del aula; estos factores se convierten en desencadenadores de estrés.
2. Factores secundarios: Que se refieren desde los factores ambientales hasta los de contexto que afectan a la situación en que se desarrolla el trabajo académico (Blase, 1984).

Más adelante Esteve (1994) modificaría muy poco la clasificación de los factores de primer y segundo orden de Blase:

1. Los de primer orden están referidos a aquellos que inciden directamente sobre la acción del profesor en su clase, generando tensiones asociadas a sentimientos y emociones negativos.

Los factores de segundo orden están referidos a las condiciones ambientales, al contexto en el que se ejerce la docencia. La acción de estos últimos es indirecta y afecta la eficacia docente al promover una disminución de la motivación del profesor en el trabajo, de su implicación y de su esfuerzo

Los indicadores de salud laboral docente más utilizados en los estudios cuantitativos actuales pueden ubicarse en tres grandes campos: salud física (trastornos músculo esqueléticos, disfonías, etc.), salud mental (trastornos depresivos y ansiosos), malestar o bienestar psicológico (agotamiento emocional, burnout, satisfacción laboral, compromiso) (Cornejo, 2009).

Hoy en día nuevos cambios crean nuevas exigencias para la actividad docente, resultado de esto la docencia puede llegar a convertirse en un foco de riesgo para el trabajador.

Vazquez (1999) dice que la jornada laboral se vuelve intensiva y extensiva, e incluso hasta los fines de semana y los periodos vacacionales se vuelven parte del trabajo con la consecuente invasión de la vida familiar y el tiempo libre, todo esto debido a que el trabajo tiende a necesitar un 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, el alargamiento de la jornada laboral más allá del horario formal con actividades extras como la preparación de clases, elaboración de material didáctico, diseño y calificación de exámenes, evaluación de trabajos, preparación de ponencias, conferencias, cursos extracurriculares, preparación de artículos para su publicación etc.

CAPITULO III. ESTRÉS LABORAL

3.1 DEFINICIÓN ESTRÉS LABORAL.

“...llama la atención que después de medio siglo de profusa investigación del término estrés, aún siga siendo necesario delimitar el significado de dicho término en revistas especializadas. Y es que posiblemente no exista otro término en psicología sobre el que haya más ambigüedad y abuso. Es utilizado frecuentemente por psicólogos, médicos, psiquiatras, sociólogos... y por la gente en general, tanto en las conversaciones cotidianas como en la radio y televisión...” (Sandín, 1995, pág. 4).

Sandín dice que el estrés es un fenómeno muy estudiado, pero a pesar de su relevancia y la gran cantidad de investigaciones este tema llega a ser un tanto confuso. Es por ello que para poder hablar de estrés hay que hacer un breve repaso de sus antecedentes y entender el uso de este término.

Como antecedente de lo que se conoce actualmente como estrés, se encuentra la palabra “stringere”, que significa provocar tensión (Skat, 1958 en Ivancevich & Matteson, 1992).

El término estrés (stress), proviene de la física y de la arquitectura, ambas disciplinas se han ocupado de la tensión que se produce en los elementos sólidos como respuesta a los empujes ejercidos desde el exterior que, pueden llegar a deformarlos o romperlos. Fue Walter Cannon en el año 1911, quien por primera vez empleó el término a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida y, posteriormente, este término también se utilizó para designar los factores del medio cuya influencia exigen un esfuerzo no habitual de los mecanismos de regulación del individuo (Ayuso, 2006).

Selye (1936) consideraba que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión y los trastornos emocionales o mentales no eran sino el resultante de cambios fisiológicos, como consecuencia definiría al estrés como la respuesta fisiológica, no específica, de un organismo ante toda exigencia que se le haga.

En la década de los 40's el psiquiatra estadounidense Harold G. Wolff desarrolló su teoría donde consideraba al estrés como una reacción del organismo.

En las siguientes décadas, sucesos como las Guerras de Corea y Vietnam, impactarían sobre el estudio del estrés, en éstas los trabajos se enfocaron en la secreción de las llamadas "hormonas del estrés (principalmente las adrenocorticales) y sus efectos sobre el individuo; así como sus consecuencias psicológicas, el impacto de las bombas sobre el ánimo y funcionamiento colectivo, el manejo de los prisioneros en cárceles militares, la supervivencia en tiempo de guerra, el efecto en los campos de concentración, etc. (Lazarus R. , 1991).

Ya para la década de los 80's se investigan hechos de poca consideración que surgen a diario y que hasta ese momento no se habían apreciado, así como estresores de poca importancia que permanecen estables en el medio ambiente con una menor intensidad pero mayor duración, ejemplos de éstos pueden ser el ruido, el hacinamiento, la polución, etc. (Merín, Cano, & Tobal, 1995).

Más adelante Travers y Cooper (1997) darían una aproximación a la gran cantidad de formas para conceptualizar el estrés. Al estudiar el estrés ocupacional, los investigadores se han centrado en uno de los tres enfoques siguientes.

1. El estrés como variable dependiente, es decir, como respuesta. Aquí los investigadores se han centrado en el estrés como respuesta a unos estímulos, como podría serlo una situación o ambiente molestos: por ejemplo, los turnos laborales, entornos perjudiciales. La reacción puede ser fisiológica, psicológica o conductual.

2. El estrés como variable independiente, es decir, como estímulo. Los investigadores se han centrado en el estrés como un fenómeno externo al individuo, sin tener en cuenta las percepciones individuales, las experiencias, etc. El estrés es así un agente disruptivo ambiental.

3. El estrés como variable interviniente, es decir, el enfoque interactivo. Este punto de vista subraya la importancia del modo en que los individuos perciben estas situaciones que se les imponen, y su modo de reaccionar ante ellas; por tanto refleja una <<falta de cohesión>> entre individuos y su entorno, sus antecedentes y estímulos: es un enfoque del tipo estímulo-respuesta (Fisher, 1986).

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 1995).

Martínez (1992) marca una serie de situaciones del trabajo docente que crean estados de estrés, como son: Sobrecarga de trabajo, temor a perder la estabilidad laboral, aislamiento, burocratización del trabajo y conciencia de retribución inadecuada.

Existen condiciones de hacinamiento, presiones económicas, sobre carga de trabajo, ambiente competitivo, circunstancias las cuales se perciben inconscientemente como amenazas. Esto lleva a reaccionar a la defensiva, tornándose irritables y sufriendo consecuencias nocivas sobre todo el organismo, tales como: Hipertensión, Gastritis, úlceras pépticas, disminución de la función renal, problemas del sueño, agotamiento y alteraciones del apetito (Alavarado, 2010).

En el trabajo existen diferentes estresores que pueden ser físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o psicosociales, todos encontrados en el escenario laboral con carácter de estímulos que pueden producir un efecto negativo en el individuo y generar de esta manera una respuesta psicofisiológica del trabajador; cabe mencionar que la mayoría de los estresores no son controlables por el trabajador, pero poco puede hacer si tampoco se conocen los daños que estos pueden ocasionar.

3.2 ESTRÉS LABORAL Y DAÑOS A LA SALUD

Los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que ha sido denominado por Lazarus & Folkman (1984) como estrés laboral.

El estrés laboral crónico aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes; y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo (Gil- Monte, 2006; Aranda, 2006; Calíbrese, 2006; Peinado & Garcés, 1998).

Travers & Cooper (1997) señalan que los costés del estrés para los docentes puede revelarse en manifestaciones emocionales, conductuales y fisiológicas.

El estrés laboral crónico puede tener una gran cantidad de consecuencias en la salud del trabajador: ansiedad, agresividad, apatía, dolor de cabeza, insomnio, aburrimiento, depresión, fatiga, desilusión, culpa, irritabilidad, alteraciones de la memoria, disminución del pensamiento, alteraciones perceptuales, problemas interpersonales, violencia, elevación de glucosa, aumento del colesterol y triglicéridos, son solo algunas de las afecciones que se presentan con mayor frecuencia. Esta sintomatología tienen un coste elevado en términos de daños humano-económico, porque además de deteriorar la salud mental y física de los trabajadores, repercute negativamente sobre la organización en forma de: altos niveles de absentismo y rotación de personal, bajo rendimiento en materia de seguridad, desanimo de los empleados, falta de innovación y baja productividad (Gil-Monte, Nuñez, & Selva, 2006).

Férnandez & Palmero(1999) y Orlandini (1999) presentan una clasificación de los daños psicofisiológicos o psicosomáticos que se pueden derivar del estrés:

1. Trastornos cardiovasculares: enfermedades coronarias, hipertensión arterial, taquicardias, arritmias, lesiones del endotelio vascular y muerte súbita por estrés.
2. Trastornos respiratorios: disnea o dificultad para respirar, síndrome de hiperventilación por mayor frecuencia y amplitud respiratoria y asma bronquial.
3. Trastornos digestivos: úlcera péptica, dispepsia funcional, colitis ulcerosa, síndrome de intestino irritable, disfagia,
4. Trastornos sexuales: impotencia, coito doloroso, dismenorrea, y eyaculación precoz.
5. Trastornos dermatológicos: dermatitis atópica, prurito, psoriasis, cambios vasculares, sudoración exagerada y alopecia.

6. Trastornos musculares: dolor neuromuscular, cefalea tensional, tics y temblores musculares, bruxismo, dolor mio-facial, lumbalgia e hipotonía e hipertonía.
7. Trastornos endócrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, aumento del cortisol, de la prolactina, de la hormona tiroidea, de glucemia plasmática y de lípidos; disminución de la hormona antidiurética y de la testosterona.
8. Trastornos inmunológicos: en general depresión de la respuesta inmune del organismo
9. Trastornos del sistema sanguíneo: neutrofilia y policitemia, aumento de la coagulación, de la agregación plaquetaria y del fibrinógeno.
10. Trastornos de la micción: disuria y retención urinaria, cistitis, polaquiuria y enuresis.
11. Trastornos del sistema reproductor femenino: dismenorrea, hemorragia uterina, amenorrea, pseudociosis y esterilidad, aborto por estrés y riesgo de parto prematuro.

Además de estos trastornos la interacción constante de los trabajadores de la educación con otras personas de la comunidad (padres de familia, compañeros de trabajo, alumnos, etc.) puede producir alteraciones que con el tiempo se convierten en síndromes tales como el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT).

Como bien advierte Japcy (2007), el estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT).

A diferencia del estrés laboral crónico el SQT es propio de ciertas profesiones y tiene características específicas que lo diferencian del agotamiento físico o emocional producido por el estrés laboral, es por ello importante estudiar este síndrome y como afecta a trabajadores que constantemente se encuentran en contacto estrecho y directo con las personas a las que les brinda el servicio.

CAPITULO IV. BURNOUT O SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT).

4.1 DEFINICIÓN DE BURNOUT

Dentro de las diferentes ramas de estudio el burnout consta de una gran cantidad de términos y denominaciones utilizadas para referirse al Síndrome, ya que la expresión original de "Burnout Syndrome" ha sido traducida al español en una gran cantidad de formas diferentes. Es por esta razón que es necesario hacer una breve explicación de las diferencias encontradas entre cada denominación.

Gil-Monte (2005) dice que la literatura nos ofrece al menos diecisiete denominaciones diferentes en castellano para el fenómeno, pero algunas de ellas presentan gran similitud por lo que las clasifica en tres grupos:

1. El primer grupo es aquel que recoge las denominaciones que toman como referencia para la denominación en castellano el término original anglosajón burnout. En este grupo de denominaciones se habla de: síndrome de quemarse por el trabajo, síndrome de estar quemado en el trabajo, síndrome de quemarse en el trabajo, síndrome de estar quemado, síndrome del quemado, estar quemado y quemazón profesional, aludiendo incluso al nivel de quemazón que presentan los sujetos de la muestra.
2. El segundo grupo recoge aquellas denominaciones que optan por una vía alternativa a la traducción literal. Son denominaciones que se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología, en lugar de una traducción más o menos literal del término anglosajón, de manera que junto al termino original emplean la denominación: desgaste psíquico por el trabajo, desgaste ocupacional, desgaste profesional, agotamiento profesional y síndrome de cansancio emocional.

3. El tercer grupo recoge aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral, y por tanto es posible denominarlo como: estrés crónico laboral asistencial, estrés laboral asistencial, estrés profesional, o estrés laboral.

El término de Burnout comenzó a ser utilizado en los años setenta como consecuencia de los estudios sobre estrés, aparece el concepto en los primeros trabajos del psicoanalista Freudenberger, quien acuñó el término de Burnout al pensar lo que sucede después de un incendio: es una imagen devastadora, aquello que antes era una estructura vital, ahora se convierte en desolación; donde antes había actividad, sólo se convierten en pedazos de vida y energía (Freudenberger, 1974).

Poco después, en 1976, el termino Burnout fue usado en los trabajos de la psicóloga Maslach presentados en el Congreso Anual de la American Psychological Association (APA), refiriéndose a una situación de: “sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban quemándose” (Menezes de Lucena, Fernández, Hernández, Ramos, & Contador, 2006).

Para Farber (1983) el Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo el cual surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido, además sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos y es caracterizado por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto-concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como: irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.

Ahora bien, el termino más utilizado desde 1982 es aquel que define a el Burnout como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas (Maslach & Jackson, 1986), pero aunque esta definición es una de las más frecuentes encontradas entre la comunidad científica, Gil-Monte (2005) señala que esta definición es insuficiente y limitada.

La conceptualización de Maslach & Jackson (1986) es delimitada en un modelo que abarca tres grandes elementos o dimensiones que componen el síndrome de Burnout:

1.- Agotamiento Emocional: Cuando el sujeto, al trabajar en el área de asistencia, se involucra demasiado emocionalmente y con frecuencia se siente abrumado por la demanda emocional impuesta por otros sujetos. La respuesta a esta situación puede ser un agotamiento emocional y por lo tanto, parte del Síndrome.

En este estadio, el sujeto no tiene la energía para hacer frente a otro día, sus recursos emocionales están vacíos y no tiene una fuente para abastecerlos.

Cuando el agotamiento emocional ocurre, el sujeto siente que ya no puede dar más de sí mismo. Una manera de manejar este peso emocional es el no involucrarse con los demás, sino distanciarse de ellos; reducir el contacto con la gente al mínimo indispensable y consecuentemente convertirse en un burócrata apegado a las reglas.

El sujeto que se encuentra en esta fase del Burnout cataloga a la gente, dando una misma respuesta a grupos de personas, olvidándose del trato individual, manteniendo relaciones frías y distantes con los sujetos.

2.-Despersonalización: Bajo esta actitud, se ve a los otros a través de un cristal, juzgándolos y hasta esperando lo peor de ellos, esta relación negativa se manifiesta de diferentes maneras.

El sujeto puede volverse cínico o burlón, o rehusarse a ser educado con aquellos que buscan su ayuda, ignorando sus demandas. Muchas veces el sujeto no puede proveer la ayuda, cuidado o servicio solicitado, o bien darlo de manera inapropiada.

Este distanciamiento puede funcionar como una protección cuando se combina con una preocupación genuina por los demás, que es la deseada en el sujeto dedicados al servicio asistencial. No obstante, tener una preocupación y al mismo tiempo mantenerse al margen es una combinación difícil de lograr. El escudo de distanciamiento puede proteger al sujeto de la presión que surge al trabajar de manera más cercana con otros, pero puede también no permitir que surja cualquier sentimiento, provocando un daño a la calidad humana en la relación de ayuda.

Cuando una persona siente presión de demandas externas, la reacción más común es de alejarse y desear o pedir que nadie le moleste. Tener sentimientos negativos acerca de otros puede progresar hasta incluir a uno mismo.

3.- Baja Realización Personal: La falta de realización personal es la percepción de que los logros profesionales y/o personales quedan debajo de las expectativas personales. Surge al comprobar que las demandas exigidas al sujeto exceden su capacidad para atenderlas, llevando sentimientos de minusvalía, fracaso y baja autoestima, así como de rechazo tanto a sí mismo, como a los logros laborales alcanzados (Maslach, 1981 citado en Torres, 2008).

4.2 DEFINICIÓN DE SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SQT)

Gil-Monte y Peiró (1997), definen el Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo (en adelante SQT) 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. Es un proceso que se desarrolla de manera progresiva debido a la utilización de estrategias de afrontamiento poco funcionales con las que los profesionales intentan auto-protegerse del estrés laboral generado por sus relaciones con los clientes de la organización y, en menor medida, por su relación con la organización (Gil-Monte, 2005).

Derivado de su trabajo Gil-Monte propone un modelo de que abarca cuatro dimensiones que componen el SQT:

1.-Ilusión por el trabajo: Definida como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal.

2.-Desgaste psíquico: Definida como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

3.-Indolencia: Definida como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización.

4.-Culpa: Definida como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con las que se establecen relaciones laborales. (Gil-Monte, 2005).

Al hablar del SQT como un proceso se supone la presencia de una secuencia, en el modelo de Gil Monte (2005), se entiende al SQT como una respuesta al estrés laboral crónico, propio de los profesionales que trabajan hacia las personas, caracterizado por la pérdida de la ilusión por el trabajo y desgaste psíquico, luego de lo cuál aparecen actitudes negativas hacia las personas que atienden (indolencia) y algunos de estos profesionales presentarán además sentimientos de culpa.

Para poder evaluar el SQT existen varios instrumentos, siendo el más utilizado a nivel mundial el Maslach Burnout Inventory, (MBI) en sus diferentes versiones: MBI-Human Services Survey (MBI-HSS), MBI-Educators Survey (MBI-ES) y el MBI-General Survey (MBI-GS). Pero debido a ciertas limitantes del MBI como: valores de alfa de Cronbach relativamente bajos en la subescala de despersonalización, validez y ambigüedad factorial en algunos ítems, Pedro Gil-Monte propone el uso de una prueba derivada del MBI, el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) desarrollada en la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSICO) de la Universidad de Valencia (Gil-Monte, 2005).

La escala del CESQT se encuentra formada por 21 ítems, la cual es evaluada de la siguiente manera:

- 1.-Ilusión por el trabajo: Esta dimensión está formada por 6 ítems. Debido a que los ítems que componen esta dimensión están formulados de manera positiva, bajas puntuaciones en esta dimensión indican altos niveles en el SQT.
- 2.-Desgaste psíquico: Está formada por 4 ítems. Esta dimensión es similar a la dimensión de <<agotamiento emocional>> del MBI-HSS.
- 3.-Indolencia: Esta escala quedó formada por 6 ítems. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes. Esta dimensión es similar a la dimensión de <<despersonalización>> del MBI-HSS.

4.-Culpa. Esta escala incorpora 5 ítems. (Gil-Monte, 2005).

Existe una gran cantidad de estudios que citan a los docentes como uno de los grupos más afectados por el SQT, especialmente al docente de secundaria, junto a algunas otras profesiones como la enfermería, la medicina y el trabajo social (Morianana & Herruzo, 2004)

Maslach y Schaufeli (1993), han señalado que aunque el SQT aparece como una psicopatología de los profesionales de los servicios humanos, el fenómeno ha sido descrito en otro tipo de profesionales como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organizaciones, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral.

No solo el SQT es una de las mayores afecciones del docente, también afectan a otros trabajadores de la escuela como el personal de apoyo (orientadores, prefectos, etc), el personal administrativo (secretarias, conserjes, vigilantes, etc.) y personal directivo (directores, subdirectores, supervisores, etc.), además de este síndrome existen una gran cantidad de alteraciones del trabajador que merman el vigor y eficiencia de este.

En la aparición del SQT sin duda inciden variables del entorno social, laboral y de la personalidad del afectado, si bien se ha llegado a identificar una serie de características que desencadenan y facilitan el desarrollo del mismo, la mayoría de las investigaciones se han realizado en una perspectiva transaccional, en la que se estudia al SQT como un proceso de interacción por el cual el sujeto busca adaptarse a las condiciones laborales.

Existen desencadenantes del SQT los cuales son definidos por Gil-Monte y Peiro (1997) como:

1. Variables organizacionales: Son todas aquellas variables relacionadas con el ambiente físico del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto.

2. Variables por desempeño de rol, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: Son aquellas variables relacionadas con jerarquía del puesto, ambigüedad de responsabilidades y tareas, relaciones con los superiores, subordinados y personas a quienes se brinda el servicio y la seguridad que se siente respecto de la continuidad en el trabajo. El rol es definido como demandas y expectativas que pesan sobre la persona que ocupa un determinado puesto.
3. Variables dadas por las tecnologías y demás aspectos de la organización: Son aquellas variables relacionadas con la nueva tecnología la cual puede resultar como una fuente de estrés en el caso de que el trabajador sienta que la nueva tecnología requiere de aptitudes que superan sus habilidades. Otros aspectos de la organización que pueden ser fuente de estrés laboral es la jerarquía, la falta de participación en la toma de decisiones, falta de apoyo de la supervisión y falta de autonomía.
4. Variables personales: Son todas aquellas variables relacionadas con las características del contexto extra-organizacional del trabajador, el ambiente familiar y relaciones sociales.

Las consecuencias del SQT tienen grandes consecuencias y costos tanto para el trabajador como para la organización, es por ello importante conocer la agrupación de síntomas que presenta una persona con SQT, Gil-Monte y Peiro (1997) realizaron una agrupación de síntomas en cuatro categorías: Índices emocionales, índices actitudinales, índices conductuales e índices somáticos.

Frecuentemente las alteraciones físicas son mayormente percibidas por el individuo que las sufre y son las más estudiadas, pero existen aun una gran cantidad de síntomas relacionados con el SQT que no han sido estudiados a fondo, como es el caso de los factores de riesgo cardiovascular.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011) en el mundo una de la mayor causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares con un 29%, en el ámbito laboral son las principales causas de incapacidad temporal o prematura, además de tener un alto grado de complejidad en su tratamiento y un alto costo, de aquí la importancia que tiene buscar la relación que puede existir entre el SQT con y este tipo de patología.

CAPITULO V. RIESGO CARDIOVASCULAR Y SQT

5.1 RIESGO CARDIOVASCULAR EN MÉXICO

El sistema cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos. Desde 1960 hasta el 2000 las principales causas de muerte en México eran los accidentes y aquellas derivadas de la violencia o el cáncer, pero a partir del 2005 y hasta el 2007 las principales causas de muerte en México fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus (Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2009).

Desde 1993 al 2005, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico, de acuerdo con las encuestas nacionales. De acuerdo a datos de la Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC) la prevalencia nacional en población mayor de 20 años fue de 21.3% para obesidad, 26.6% para hipertensión arterial, 30% para síndrome metabólico y 35.3% para hipercolesterolemia. En 2000 y 2005 estas cifras se incrementaron significativamente (Cuadro 1).

Cuadro 1. Prevalencia de Enfermedades Crónicas

Causa	Año	1993	2000	2005
Obesidad		21.3	24.4	30.0
Hipercolesterolemia		35.3	42.6	26.5
Hipertensión arterial		26.6	30.1	30.8
Síndrome metabólico		30.0	43.0	Sin dato

Fuente: (Dirección General de Epidemiología, 1993, Olaiz, y otros, 2006).

Riesgo a la salud entre ellos el cardiovascular, es un término que establece la probabilidad, predicción y pronóstico de presentación de una alteración o enfermedad en el futuro. Identifica a uno o varios elementos medibles, presentes en la cadena causal de una enfermedad. Estos elementos son un fuerte predictor, significativo e independiente de un riesgo futuro para padecer una enfermedad. Su identificación tiene como finalidad intervenir en el proceso fisiopatogénico que da origen a una enfermedad, con el propósito de prevenirla, retardar su presentación o disminuir su agresividad. (Espinosa-Larrañaga, 2008).

El riesgo cardiovascular es medido por la probabilidad que tiene una persona de presentar una enfermedad cardiovascular de este tipo en un periodo determinado de tiempo, generalmente de 5 a 10 años (Smeltzer & Bare, 2002).

El concepto de Factor de riesgo, combina un concepto clásico de motivo de enfermedad, con la probabilidad, predicción y pronóstico de que ocurra. Constituye un elemento medible en la cadena causal de la enfermedad y, por lo tanto, un fuerte predictor, significativo e independiente de un riesgo a futuro para padecer una enfermedad. Su identificación tiene como finalidad intervenir en el proceso fisiopatogénico que da origen a una enfermedad, con el propósito de prevenirla, retardar su presentación o disminuir su agresividad (Espinosa-Larrañaga, 2008).

Para la Secretaría de Salud un factor de riesgo es la condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad o alteración de la salud. (Secretaría de Salud, 2003).

Por tanto, los factores de riesgo cardiovascular son aquellos cuyo efecto de aumentar el riesgo cardiovascular ha sido comprobado (Texas Heart Institute, 2011).

Existen dos grandes categorías para los factores de riesgo cardiovascular: factores de riesgo cardiovascular modificables y no modificables. Los modificables son aquellos que pueden ser detectados y transformados con el fin de retrasar o evitar la aparición de la enfermedad coronaria como la hipercolesterolemia, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, sedentarismo, dieta malsana e inactividad física y los no modificables son la edad, el sexo y los antecedentes familiares. (Martín & Cano, 2005).

Los factores de riesgo cardiovascular son el causante del 75% de enfermedades cardiovasculares en el mundo de los cuales los riesgos cardiovasculares modificables son responsables del 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular (Organización Mundial de la Salud, 2002, 2011).

Dentro de los factores de riesgo modificables más estudiados tenemos a:

a) Obesidad: Es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo (Secretaría de Salud, 2000).

Para el 2009 más de la mitad de la población adulta ya es considerada como obeso en 13 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) entre los que se encuentra México (Organization for Economic Co-operation and Developemnt, 2009)

La obesidad con frecuencia resulta en un deterioro significativo de la salud y es asociado con el aumento de tamaño y numero de las células grasas (The National Center for Biotechnology Information, 1985)

Es el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo, cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas por obesidad. Además el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y hasta el 41% de la carga de algunos canceres son atribuibles a la obesidad. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

La prevalencia de sobre peso y obesidad afecta a cerca del 70% de la población, hay que tomar en cuenta que en México existe un mayor porcentaje de obesidad en las mujeres, la prevalencia de sobrepeso en hombres es de 42.5% y en mujeres es de 37.4%, la prevalencia de obesidad en mujeres es de 34.5% que en hombres de 24.2%, al sumar las prevalencias de sobrepeso y de obesidad se obtiene una prevalencia de 71.9% en mujeres y 66.7% en hombres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) advierte que en México, de 1980 al 2011, la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha triplicado en todas edades, regiones y grupos socioeconómicos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2011).

b) Hipertensión Arterial: Es una enfermedad crónica caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica). (Secretaría de Salud, 2001)

Es la enfermedad crónica no transmisible de mayor prevalencia a nivel mundial (Carrión, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2002) indica a la hipertensión arterial como causante del 50% de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo.

Datos de la encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2006 revelan que el 30.8% de los adultos mayores la padecen, y cerca de la mitad de las personas detectadas con la enfermedad desconocían ser hipertensas. Es importante destacar que la mayor parte de los estados con prevalencia más alta de hipertensión son: Nayarit, Zacatecas, Sinaloa, Coahuila, Baja California Sur, Durango y Sonora (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

c) Hipercolesterolemia: Es la entidad en que la anomalía principal es la elevación de Colesterol Total (CT) (arriba de 200 mg/dl), y característicamente no se presentan xantomas de ningún tipo (xantomas tendinosos: depósitos lipídicos subcutáneos, en forma de protuberancias, localizados frecuentemente en el tendón de Aquiles o en los tendones de los músculos extensores de las manos; xantomas eruptivos: depósitos lipídicos subcutáneos, en sitios de presión; xantomas tuberosos: depósitos lipídicos subcutáneos localizados en rodillas y codos (Secretaría de Salud, 2003).

En el 2002 la hipercolesterolemia era causante del 33% de las enfermedades cardiovasculares en el Mundo (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En México en el 2006 el 26.5% de los adultos presentaban un CT por arriba de lo normal, de los cuales solo el 8.5% tenían un diagnóstico previo. Las entidades con prevalencia de hipercolesterolemia mayores a 30% son: Tamaulipas, Chihuahua, Baja California, Quintana Roo, Baja California Sur, Jalisco y Sinaloa (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

d) Hiperglucemia y Diabetes: Nivel elevado de glucosa (azúcar) en la sangre, valores mayores a 120 mg/dl (Secretaría de Salud, 2001).

Para el 2007 la diabetes era la causa principal de muerte de más de 300 000 personas en los países de la OCDE y la cuarta o quinta causa de muerte en el resto de los países, de las personas que son diagnosticadas con diabetes el 50% muere de una enfermedad cardiovascular y entre el 10-20% de una falla renal (Organization for Economic Co-operation and Development, 2009).

La diabetes afecta a 9 millones de personas en México, siendo el país número 10 entre los que más gastan en atenderla (Coronel, 2011).

En México, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos a nivel nacional fue del 7% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

e) Hipertrigliceridemia: Es la entidad en la que se tienen valores de triglicéridos mayores a 250 mg/dl, con Colesterol-LDL (Lipoproteínas de baja densidad) normal o bajo (Secretaría de Salud, 2003).

f) Tabaquismo: Es definido como la dependencia o adicción al tabaco (Secretaría de Salud, 2000).

Para la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de muerte en el mundo y la segunda para los países de la OCDE. Es el mayor factor de riesgo de muerte prematura, muerte por enfermedad circulatoria o cáncer, cada año mata a cerca de 6 millones de personas y es un importante factor para las enfermedades respiratorias (Organization for Economic Co-operation and Developemnt, 2009; Organización Mundial de la Salud, 2011).

En México la cantidad de hombres que fuman es tres veces mayor a la de las mujeres fumadoras, independientemente de la edad que tengan (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006).

Entre el 10.5% y el 27.8% de los estudiantes de entre 13 y 15 años en México son fumadores activos, es importante señalar que más del 40% de los estudiantes está expuesto al humo del tabaco en sus hogares y más del 50% en lugares públicos (Instituto Nacional de Salud Pública, 2009).

g) Actividad Física: Se define como cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos de nuestro cuerpo el cual provoca un gasto de energía (kilocalorías) adicional al basal. (Instituto Nacional de Salud Pública 2011; Por un México Activo 2011).

La falta de actividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad más importante en todo el mundo y está relacionada con aproximadamente del 21% al 25% de los cánceres de mama y colon, 27% de la diabetes y un 30% de las cardiopatías isquémicas (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En la actualidad es imprescindible conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en la población trabajadora ya que cada tipo de trabajo tiene parámetros diferentes los cuales nos ayudan a aclarar de qué modo se pueden desarrollar enfermedades cardiovasculares en dicho trabajador.

Es importante señalar que la probabilidad de que un trabajador sufra una enfermedad cardiovascular aumenta con cada factor de riesgo que presenta.

El trabajador educativo es uno de los que se encuentra con mayor riesgo cardiovascular, el cual se refiere a trastornos orgánicos y funcionales del sistema cardiovascular y circulatorio, que pueden ocasionar una enfermedad cardiovascular.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) 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 (Oficina Internacional del Trabajo, 1998).

Las enfermedades cardiovasculares son causadas por la acumulación de materia orgánica, principalmente grasa y colesterol, en el interior de los vasos sanguíneos. Este proceso se produce en mayor o menor medida en todas las arterias del organismo, pero cuando las arterias afectadas son las encargadas de aportar sangre al corazón o al cerebro, puede convertirse en un problema más grave (Hernández, Burnout y Síntomas cardiovasculares y presión arterial en un grupo de riesgo, 2004).

Existe una gran cantidad de enfermedades cardiovasculares identificadas, las más frecuentes de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2011) son:

1. La cardiopatía coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio);
2. Las enfermedades cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;
3. Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores;
4. La cardiopatía reumática: lesiones del miocardio y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos;
5. Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento;
6. Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares; coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.
7. Ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales: suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mayoría de los países del mundo, se estima que 691 millones de personas a nivel mundial padecen algún tipo de enfermedad cardiovascular; de los 15 millones de personas fallecidas por enfermedades circulatorias, las enfermedades coronarias ocupan 7.2 millones y los Accidentes Vasculares Cerebrales con 5.7 millones (Eoin, Roland, Amor, Lawrie, Berlin, & Yutaka, 2003; Organización Mundial de la Salud, 2011).

Autores como Aranda (2006) dicen que no todas las ocasiones se puede encontrar asociación entre el SQT y enfermedades cardiovasculares, pero si puede existir relación con alguna de las dimensiones del SQT, en el estudio realizado por Aranda (2006) se encontro relación entre el Agotamiento Emocional y enfermedades cardiovasculares.

5.2 SQT Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Diferentes estudios han concluido que el estrés crónico relacionado con el trabajo produce un deterioro del organismo, y es causa de enfermedades cardiovasculares (Fernández, J, Rödel, & Hernández, 2003).

También existen algunos estudios en los cuales describen cómo se asocian algunos factores de riesgo cardiovascular (alcohol, tabaquismo, diabetes, hipertensión y obesidad) con las lesiones ocasionadas en el trabajo (Guillén, 2008).

Para Castán & Gutiérrez (2004) los distintos sectores en el ámbito laboral; industria, construcción y servicios condicionan un tipo de actividad, condiciones físicas, hábitos e incluso estilos de vida distintos que pueden influir de un modo importante en el desarrollo de los accidentes cardiovasculares.

De acuerdo con el estudio de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2002), el 6% de enfermedades cardiovasculares de hombres y el 22% de las mujeres están originadas por el estrés laboral.

En un estudio dirigido por Peter, Alfredsson, Hammar, Siegrist, Theorell, & Westerholm (1998) con trabajadores suecos, se encontró una relación significativa entre el estrés laboral crónico en términos de desequilibrio del esfuerzo-recompensa y algunos factores de riesgo cardiovascular modificables (hipertensión, aumento de los lípidos aterogénicos y el aumento de fibrinógeno).

Al considerar el deterioro de la salud del trabajador relacionado con el estrés laboral crónico, hay que aludir al protagonismo creciente que en los últimos años ha adquirido el SQT en las investigaciones a nivel mundial. Aunque la incidencia del SQT y sus efectos sobre la salud de los trabajadores puede variar debido a la influencia del sexo del trabajador (Gil-Monte & Peiró, 2000).

Las consecuencias del SQT se sitúan en dos grandes niveles, las consecuencias para el individuo y las consecuencias para la organización (Gil-Monte & Peiro, 1997).

Las cuatro categorías que se han establecido son:

1. Índices emocionales: distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia y ansiedad
2. Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas, cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia
3. Índices conductuales: muestras de agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia e irritabilidad.
4. Índices somáticos: manifestados por problemas respiratorios (asma, taquipnea, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (infecciones, alergias y alteraciones de la piel), problemas sexuales, problemas musculares (dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga o rigidez muscular), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión) y alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión) (Hernández, Juárez, Hernández, & Ramírez, 2005).

Honkonen, y otros (2000) nos dicen que entre algunos de los efectos de salud asociados con el SQT que han sido reportados se encuentran las enfermedades cardiovasculares.

Hoy en día hay una gran cantidad de estudiosos del SQT los cuales manifiestan que profesionales de la salud y los docentes son la población más vulnerable a las enfermedades debidas al estrés al que están expuestos cotidianamente (Freudenberger, 1974, Hernández, Juárez, Hernández, & Ramírez, 2005, Gil-Monte, 2005, Gil-Monte & Peiro, 1997, Maslach & Jackson, 1986) .

También existen diferentes estudios que han concluido que el SQT está relacionado positivamente y significativamente con síntomas y alteraciones cardiovasculares (Gil-Monte, Nuñez, & Selva, 2006, Aranda, Pando, Torres, Salazar, & Aldrete, 2006, Hernández, Juárez, Hernández, & Ramírez, 2005).

Para Ranchal & Vaquero (2008) uno de los factores de riesgo cardiovascular no modificable que influye de forma significativa en la aparición del SQT en docentes es la edad, en el estudio realizado por ellos se encontró que por cada año de edad aumenta la probabilidad de sufrir SQT en 1,3 veces.

En el estudio realizado por Gil-Monte, Nuñez, & Selva (2006) se encontró una relación significativa y positiva entre el SQT y síntomas cardiovasculares los cuales incluían alteraciones psicósomáticas producidas durante el ejercicio en el trabajo (corazón que late más rapido, corte en la respiración y palpitaciones) y problemas percibidos durante el último mes (punzadas en el pecho y dolores de pecho), de igual manera se encontró que el porcentaje de mujeres que habían desarrollado SQT era mayor al de los hombres (aunque no hubo asociación estadísticamente significativa).

Para Hernández, Juárez, Hernández, & Ramírez (2005) aunque se encontró relación estadísticamente significativa entre el SQT y los síntomas cardiovasculares, esto tiende a indicar subjetivamente una primera manifestación de enfermedad cardiovascular, que posteriormente puede ser somatizada y presentarse en cualquiera de sus modalidades.

Al igual que la relación significativa que solo sucede entre los componentes del SQT y las enfermedades cardiovasculares, muchas veces sucede una relación significativa entre los componentes del SQT y los factores de riesgo cardiovascular; es así que Medellín, y otros (2009) hablan de algunos factores de riesgo cardiovascular modificables (colesterol total y colesterol de baja densidad LDL) están relacionados significativamente con uno de los componentes del SQT el Desgaste Psíquico.

Cabe mencionar lo que Siegrist, Peter, Cremer, & Seidel (1997) resaltan que muchos estudiosos del tema pueden tener una gran dificultad al encontrar una relación entre los factores de riesgo cardiovascular y el SQT, ya que hasta el momento son insuficientes las técnicas estandarizadas usadas en los estudios epidemiológicos para conocer lo que se considera indicadores de riesgo cardiovascular, lo que dificulta la comparación entre estudios.

Si bien el estudio del SQT ha obtenido una destacada importancia en los últimos años, es necesario ampliar los descubrimientos teóricos a la práctica, para conocer que otros desencadenantes pueden ocasionar el síndrome y que otras afecciones puede ocasionar el SQT a nivel físico, psíquico y emocional. En la mayoría de los reportes se asocia al SQT con síntomas que podrían estar asociados con un padecimiento cardiovascular y en algunos casos con alteraciones metabólicas, sin embargo los resultados no son concluyentes al respecto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Influye el Síndrome de Quemarse por el Trabajo en la presencia de Factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de secundarias del D.F.?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la relación entre el SQT y la presencia de Factores de riesgo cardiovascular (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperglucemia) en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo en secundarias del D.F.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Medir la prevalencia del SQT en una muestra de profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F.
- Medir los niveles de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperglucemia en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F.
- Medir los niveles de presión arterial y la prevalencia de hipertensión, en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F.
- Calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Índice Cintura/Cadera
- Evaluar el nivel de actividad física y tabaquismo.
- Evaluar si la antigüedad, sexo, horas frente a grupo, tipo de contrato y engagement se asociación con el SQT y los factores de riesgo cardiovascular en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F.

MÉTODO

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

- La presencia del SQT incrementa la prevalencia de Factores de riesgo cardiovascular (obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperglucemia) en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo en secundarias del D.F.

HIPÓTESIS PARTICULARES

- La prevalencia del SQT en los profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F. será alta.
- Los niveles de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e hiperglucemia en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F. serán mayores al promedio reportado en la población general.
- La prevalencia de hipertensión en profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundaria del D.F. serán mayor a la prevalencia poblacional.
- Los Índices de Masa Corporal (IMC) y Cintura/Cadera serán mayores al rango normal.
- El nivel de falta de actividad física y tabaquismo serán elevados.
- La antigüedad, sexo, edad, horas frente a grupo, tipo de contrato y engagement se relacionarán positivamente con el SQT y los factores de riesgos cardiovascular.

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

SQT

- **Definición conceptual:** Es la consecuencia del estrés laboral crónico, éste tiene origen cuando las estrategias de afrontamiento que emplea el individuo no suelen ser efectivas, y funciona como una variable medidora entre el estrés percibido y sus repercusiones (Gil-Monte, 2005).
- **Definición operacional:** El SQT se mide con los puntajes obtenidos de la escala de 4 factores de Pedro Gil-Monte, (ilusión en el trabajo, desgaste psíquico, indolencia y culpa), el cual mide las repercusiones del estrés laboral crónico (Gil-Monte, 2005).

VARIABLES DEPENDIENTES

Factores de riesgo cardiovascular

- **Definición conceptual:** Son aquellos factores cuyo efecto de aumentar el riesgo cardiovascular ha sido comprobado. (Texas Heart Institute, 2011).
- **Definición operacional:** Se mide a través de los valores de Obesidad, Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, Hiperglucemia, Tabaquismo y Actividad física.

Obesidad

- **Definición conceptual:** Es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo. (Secretaría de Salud, 2000).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del Índice de Masa Corporal (IMC), la cual es una medida de asociación entre peso y talla representada por la formula $IMC = \frac{\text{masa kilogramos}}{(\text{estatura} * \text{estatura metros})}$

Hipertensión arterial

- **Definición conceptual:** Es una enfermedad crónica caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial ≥ 140 mm de Hg (sistólica) o ≥ 90 mm de Hg (diastólica). (Secretaría de Salud, 2001).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través de un la toma de presión arterial por medio de un esfigmomanómetro digital, el cual nos da la medida de presión sistólica, la presión diastólica y frecuencia cardiaca.

Hipercolesterolemia

- **Definición conceptual:** Es la entidad en que la anormalidad principal es la elevación de Colesterol Total (arriba de 200 mg/dl), y característicamente no se presentan xantomas (Secretaría de Salud, 2003).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del análisis de la muestra de sangre.

Hipertrigliceridemia

- **Definición conceptual:** Es la entidad en que se tienen valores de triglicéridos mayores a 250 mg/dl (Secretaría de Salud, 2003).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del análisis de la muestra de sangre.

Hiperglucemia

- **Definición conceptual:** Nivel elevado de glucosa (azúcar) en la sangre, valores mayores a 120 mg/dl (Secretaría de Salud, 2001).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del análisis de la muestra de sangre.

Tabaquismo

- **Definición conceptual:** Es definido como la dependencia o adicción al tabaco (Secretaría de Salud, 2000)
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del PUNTAJE OBTENIDO DEL cuestionario de Estilos de Vida (Tovalín, 2010).

Actividad Física

- **Definición conceptual:** Se define como cualquier movimiento corporal producido por la contracción de los músculos de nuestro cuerpo el cual provoca un gasto de energía (kilocalorías) adicional al basal. (Instituto Nacional de Salud Pública 2011; Por un México Activo 2011).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del cuestionario de Estilos de Vida (Tovalín, 2010).

VARIABLES INTERVINIENTES

Edad

- **Definición conceptual:** Número de años cumplidos por el trabajador.
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del cuestionario de datos generales.

Sexo

- **Definición conceptual:** Tipo de género (Hombre o Mujer) al que pertenece la persona encuestada.
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del cuestionario de datos generales.

Antigüedad laboral

- **Definición conceptual:** Número de años con los que el trabajador cuenta dentro del trabajo.
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del cuestionario de datos generales.

Tipo de contrato

- **Definición conceptual:** Acuerdo bajo el que el trabajador de la secundaria se encuentra (base e interinato).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del cuestionario de datos generales.

Horas frente a grupo

- **Definición conceptual:** Es la cantidad de horas que el trabajador se encuentra frente de algún grupo de estudiantes dentro de la escuela.
- **Definición operacional:** Se obtiene a través del cuestionario de datos generales.

Engagement

- **Definición conceptual:** Evalúa la percepción positiva que los trabajadores tienen en su trabajo evaluando el vigor, dedicación y absorción (Schaufeli & Bakker, 2003).
- **Definición operacional:** Se obtiene a través de la Escala de Engagement en el Trabajo de Utrecht (UWES-9) (2003).

DISEÑO

Transversal-correlacional, por medio del cual se realizara la medición de variables psicológicas y biológicas a los trabajadores participantes, analizando la asociación entre las diferentes variables.

PARTICIPANTES

Se obtuvo una muestra a conveniencia de 973 trabajadores (Profesores, directivos, personal de apoyo y personal administrativo de secundarias diurnas del D.F. que estuvieran en activo), ubicados en diferentes secundarias de las delegaciones del D.F. (Azcapotzalco, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Álvaro Obregón, Cuajimalpa, Coyoacán, Magdalena Contreras, Tlalpan, Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza, Iztacalco Benito Juárez, Tláhuac, Xochimilco y Milpa Alta).

INSTRUMENTOS

- A. Para la recolección de datos se uso el cuestionario de datos generales que incluye las variables: sexo, edad, estado civil, escolaridad, otro trabaja, nivel de estudios, puesto laboral, antigüedad en el puesto y en la institución, turno y carga horaria laboral y horas frente a grupo.

- B. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Pedro Gil-Monte, la cual está formada por 20 ítems que se valoran con una escala de tipo Likert. Mediante esta escala el individuo indica, con una escala de intensidad en un rango de 5 adverbios que van de nunca (0) a todos los días (4), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los elementos de la escala. Ilusión por el trabajo (cinco ítems), Desgaste psíquico (cuatro ítems), Indolencia (seis ítems), y Culpa (cinco ítems) (Gil-Monte, y otros, 2006).
- C. Cuestionario de Estilos de Vida, el cual evalúa el tipo y frecuencia de actividad física, así como la intensidad del consumo de cigarro y alcohol en el último año (Tovalín & Rodríguez, Cuestionario de condiciones de trabajo y salud ESTUNAM, 2010).
- D. Escala de Engagement en el Trabajo de Utrecht (UWES-9), la cual evalúa la percepción positiva que los trabajadores tienen en su trabajo evaluando el vigor, dedicación y absorción, consta de 9 preguntas todas formuladas en una escala de intensidad que van de Nunca (1) a Siempre (6), incluye tres dimensiones y el puntaje global (Schaufeli & Bakker, 2003).
- E. Para la toma de peso se usó una báscula electrónica estándar con medida en Kilogramos.
- F. Para la toma de talla se usó un estadiómetro escalado en centímetros.
- G. Para la toma del diámetro de cintura-cadera se usó una cinta métrica escalada en centímetros.
- H. Para la toma de presión arterial se utilizó un baumanómetro eléctrico marca OMRON, Mod. HEM-742INT.
- I. La toma de muestras se realizó por estudiantes de la licenciatura de Q.F.B. previamente entrenados, utilizando material estéril. Las muestras se almacenaron en congelamiento y la determinación del perfil de lípidos (colesterol y HDL) de los participantes se realizó por medio del procedimiento automatizado I.Lab 600. proporcionado gratuitamente por la colaboración del Laboratorio de Microbiología e Inmunología de la F.E.S. Zaragoza UNAM.

PROCEDIMIENTO

Se tramitó el permiso correspondiente en la Secretaría de Educación Pública (SEP), para la aplicación de cuestionarios y toma de sangre a los trabajadores de las diferentes delegaciones del D.F.

Posteriormente se proporcionó a los trabajadores de las distintas secundarias información sobre el proyecto y aquellos que estaban de acuerdo en participar firmaron una carta de consentimiento tanto para el cuestionario como para la toma de muestra de sangre.

Para la toma de datos estudiantes de licenciatura y posgrado previamente entrenados realizaron la aplicación de los cuestionarios en los diferentes centros de trabajo, existiendo un supervisor que organizaba las actividades, las coordinaba y evaluaba la calidad de los datos recolectados.

La toma de muestras de sangre se realizó por estudiantes de la licenciatura de Q.F.B. previamente entrenados, utilizando el material estéril y desechándolo al finalizar cada toma. Las muestras eran almacenadas en un congelamiento en el Laboratorio de Microbiología e Inmunología de la FES Zaragoza UNAM.

RESULTADOS

Se recopiló una muestra a conveniencia de 973 trabajadores de Secundarias Generales del D.F., integrado por 783 Docentes, 97 Personal de apoyo, 55 Administrativos y 27 Directivos, además de 11 trabajadores que no contestaron esta pregunta (Tabla 1).

Tabla 1. Número de trabajadores por actividad y delegación

		Actividad				Total
		Administrativos	Directivos	Docentes	Personal de apoyo	
DELEGACIÓN	Álvaro Obregón	3	0	8	0	11
	Azcapotzalco	9	0	65	3	77
	Benito Juárez	1	0	25	7	33
	Coyoacán	2	3	72	13	90
	Cuajimalpa	0	1	28	7	36
	Cuauhtémoc	0	1	71	3	75
	Gustavo A. Madero	16	4	152	22	194
	Estácalo	4	3	79	4	90
	Magdalena Contreras	4	1	20	5	30
	Miguel Hidalgo	3	8	80	1	92
	Milpa Alta	1	0	23	3	27
	Tláhuac	3	2	20	5	30
	Tlalpan	9	3	68	14	94
	Venustiano Carranza	0	1	48	3	52
	Xochimilco	0	0	24	7	31
Total		55	27	783	97	962

A continuación se muestran las características sociodemográficas y condiciones generales de los trabajadores, indicadores de salud cardiovascular, el nivel de SQT e indicadores de salud, la asociación entre el SQT, indicadores de riesgo cardiovascular y variables intervinientes así como el análisis multivariado.

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 20, Se efectuó el análisis bivariado utilizando la prueba de significancia Chi cuadrada. El nivel de significancia estadística para aceptar asociación significativa entre las variables se estableció en una $p \leq 0.05$.

También se realizó un análisis multivariado con regresión logística no condicional, en la cual se tomaron en cuenta las variables de SQT, Sexo, Edad, Antigüedad, Horas frente a grupo, Tipo de actividad, Actividad física, Pertenencia a carrera magisterial, Tipo de contrato, Estado civil, Escolaridad, Engagement, Número de hijos y Turno. Por medio de este procedimiento se cálculo de la Razón de Momios (probabilidad) de tener un riesgo cardiovascular elevado en presencia del SQT y otros factores de riesgo por medio de Regresión Logística bivariada.

Se presenta la distribución de los trabajadores de Secundarias generales por edad (la N del grafico es de 839, ya que 134 trabajadores no contestaron la pregunta de edad en el cuestionario), la edad media de la población estudiada es de 42.52 años (Figura 2).

Figura 2. Distribución de los trabajadores por edad.

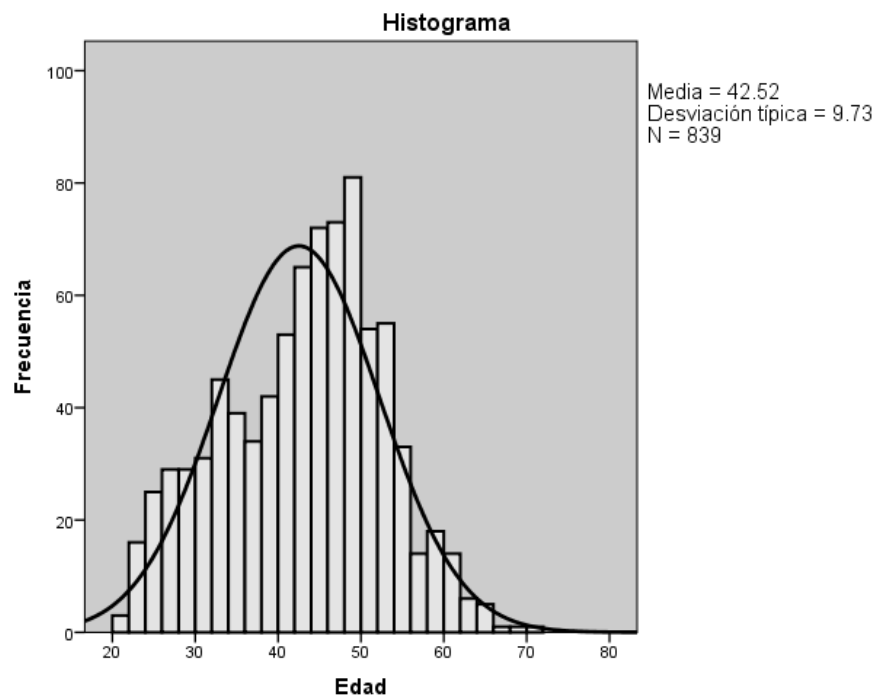


Tabla 2. Frecuencia de grupo de edad.

Válidos	Frecuencia	Porcentaje
21-38	277	28.5
39-47	279	28.7
48 o mas	417	42.9
Total	973	100.0

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CONDICIONES GENERALES DE LOS TRABAJADORES.

Tabla 3. Porcentaje de distribución de estado civil por sexo.

		Estado Civil												Total	
		Soltero		Casado		Unión Libre		Divorciado		Viudo		Separado			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
S e x o	Masculino	58	21.3	177	65.1	17	6.2	14	5.1	2	0.7	4	1.5	272	100
	Femenino	176	27.3	320	49.6	63	9.8	35	5.4	18	2.8	33	5.1	645	100
Total		234	25.5	497	54.2	80	8.7	49	5.3	20	2.2	37	4.0	917	100

En las escuelas secundarias generales prevalece claramente el sexo femenino con un 70.3% sobre el masculino con un 29.7%, además el estado civil predominante es Casado con un 54.2% (Tabla 3).

Tabla 4. Porcentaje de distribución de escolaridad por sexo.

		Escolaridad										Total	
		Secundaria		Preparatoria		Técnica		Profesional		Posgrado			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
S e x o	Masculino	5	2.0	11	4.3	9	3.5	209	82.0	21	8.2	255	100
	Femenino	33	5.5	21	3.5	66	11.0	429	71.7	49	8.2	598	100
Total		38	4.5	32	3.8	75	8.8	638	74.8	70	8.2	853	100

La escolaridad con mayor frecuencia es Profesional con un 74.8% y el de menor frecuencia es la Preparatoria 3.8% (Tabla 4).

Tabla 5. Porcentaje de distribución del número de hijos por sexo

		Número de hijos														Total	
		0		1		2		3		4		5		6			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	53	19	38	13	93	33	70	25	17	6	3	1	1	.4	275	100
	Femenino	138	21	157	24	252	38	87	13	13	2	2	.3	1	.2	650	100
Total		191	20	195	21	345	37	157	17	30	3	5	.5	2	.2	925	100

El número de hijos más frecuente entre los trabajadores es de 2 con un 37.3% seguido de 1 con un 21.1% (Tabla 5).

Tabla 6. Porcentaje de distribución de horas frente a grupo por sexo.

		Horas frente a grupo						Total	
		1 a 20 horas		21 a 30 horas		31 o más horas			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	76	25.9	68	23.2	149	50.9	293	100
	Femenino	203	29.9	192	28.2	285	41.9	680	100
Total		279	28.7	260	26.7	434	44.6	973	100

En las horas frente a grupo podemos notar que es más frecuente que los trabajadores tengan 31 horas o más de trabajo con un 44.6% (Tabla 6).

Tabla 7. Porcentaje de distribución de la antigüedad en el trabajo por sexo.

		Antigüedad en el trabajo						Total	
		1-11 años		12-21 años		22 o más años			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	88	30.0	95	32.4	110	37.5	293	100
	Femenino	229	33.7	218	32.1	233	34.3	680	100
Total		317	32.6	313	32.2	343	35.3	973	100

Dentro de la antigüedad en el trabajo notamos que los grupos de los trabajadores son muy parecidos, todos encontrados alrededor de los 300 trabajadores por grupo (Tabla 7).

Tabla 8. Porcentaje de distribución del tipo de actividad por sexo.

		Tipo de actividad								Total	
		Administrativos		Directivos		Docente		Personal de apoyo			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	7	2.4	9	3.1	255	88.2	18	6.2	289	100
	Femenino	48	7.1	18	2.7	528	78.5	79	11.7	673	100
Total		55	5.7	27	2.8	783	81.4	97	10.1	962	100

Existe una mayor proporción del personal docente dentro del estudio, dentro de estos existe una mayor prevalencia de hombres 88.2% respecto a las mujeres 78.5% (Tabla 8).

Tabla 9. Porcentaje de distribución del turno de trabajo por sexo.

		Turno de trabajo						Total	
		Matutino		Vespertino		Mixto			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	134	47.7	15	5.3	132	47	281	100
	Femenino	465	69.9	22	3.3	178	26.8	665	100
Total		599	63.3	37	3.9	310	32.8	946	100

El turno con mayor cantidad de trabajadores es el matutino con 63.3%, con una mayor proporción de mujeres dentro de este 63.3% (Tabla 9).

Tabla 10. Porcentaje de distribución de la edad por sexo.

		Edad						Total	
		21-38 años		39-47 años		48 o más años			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	63	21.5	74	25.3	156	53.2	293	100
	Femenino	214	31.5	205	30.1	261	38.4	680	100
Total		277	28.5	279	28.7	417	42.9	973	100

Hay una mayor cantidad de trabajadores con una edad de 48 años o más con 42.9% y la presencia de los hombres es mayor dentro de este grupo con un 53.2% (Tabla 10).

Tabla 11. Porcentaje de distribución del tipo de contrato por sexo.

		Tipo de contrato						Total	
		Interinato		Base		Ambos			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	82	28.9	162	57	40	14.1	284	100
	Femenino	221	33.7	382	58.2	53	8.1	656	100
Total		303	32.2	544	57.9	93	9.9	940	100

Dentro del tipo de contrato se encontró que el 57.9% de los trabajadores se encuentran contratados con base, aunque es importante mencionar que existen un 9.9% de los trabajadores que cuenta con ambos tipos de contrato (Tabla 11).

Tabla 12. Porcentaje de distribución del nivel de Engagement por sexo.

		Engagement										Total	
		Muy alto		Alto		Promedio		Bajo		Muy Bajo			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	62	35.0	56	31.6	49	27.7	9	5.1	1	0.6	177	100
	Femenino	125	33.0	123	32.5	102	26.9	24	6.3	5	1.3	379	100
Total		187	33.6	179	32.2	151	27.2	33	5.9	6	1.1	556	100

En cuanto al nivel de Engagement se encontró que el 65.8% se encontraba con niveles altos o muy altos y solo el 7% se encontraba en niveles bajos o muy bajos (Tabla 12).

Tabla 13. Porcentaje de distribución del nivel de SQT por sexo.

		SQT								Total	
		Bajo		Medio		Alto		Patológico			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	140	54.7	58	22.7	31	12.1	27	10.5	256	100
	Femenino	267	47.3	144	25.5	95	16.8	58	10.3	564	100
Total		407	49.6	202	24.6	126	15.4	85	10.4	820	100

De acuerdo a los datos obtenidos el 15.4% de la población se encuentra con niveles altos de SQT y el 10.4% con SQT patológico, porcentaje considerable en esta población (Tabla 13).

2. Indicadores de salud cardiovascular

En este apartado se presenta el análisis correspondiente a la prevalencia de los indicadores de salud cardiovascular.

Tabla 14. Porcentaje de Índice de Masa Corporal (IMC) por sexo.

		IMC										Total	
		Bajo peso		Normal		Pre-obeso		Obesidad Grado 1		Obesidad Grado 2			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	1	.3	41	14.1	155	53.3	79	27.1	15	5.2	291	100
	Femenino	6	.9	152	22.7	288	43.0	156	23.3	68	10.1	670	100
Total		7	.7	193	20.1	443	46.1	235	24.5	83	8.6	961	100

El 80% de la muestra (761 trabajadores) se encuentra dentro de alguna categoría por arriba del peso normal: pre-obeso, obesidad grado 1 y obesidad grado 2.

La categoría con mayor frecuencia fue pre-obeso con 443 trabajadores predominada por el sexo masculino, en la categoría obesidad grado 2 la proporción de mujeres es mayor a la de los hombres con un 10% del total de mujeres contra un 5% del total de los hombres (Tabla 14).

Tabla 15. Porcentaje de Índice cintura/cadera (ICC) por sexo.

		ICC				Total	
		Alta		Normal			
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	138	47.6	152	52.4	290	100.0
	Femenino	92	13.8	576	86.2	668	100.0
Total		230	24.0	728	76.0	958	100.0

De los 230 trabajadores que se encuentran con el ICC alta el 60% son hombres (Tabla 15).

Tabla 16. Porcentaje de hipertensión arterial por sexo.

		Hipertensión arterial				Total	
		Normal		Alta			
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	208	71.5	83	28.5	291	100.0
	Femenino	560	83.3	112	16.7	672	100.0
Total		768	79.8	195	20.2	963	100.0

Se encontraron 195 trabajadores con hipertensión arterial de los cuales el 57.4% son mujeres (Tabla 16).

Tabla 17. Porcentaje de hiperglucemia por sexo.

		Hiperglucemia				Total	
		Normal		Alta			
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	246	84.0	47	16.0	293	100.0
	Femenino	543	80.2	134	19.8	677	100.0
Total		789	81.3	181	18.7	970	100.0

De los 181 trabajadores con hiperglucemia alta el 74% son mujeres (Tabla 17).

Tabla 18. Porcentaje de Hipertrigliceridemia por sexo.

		Hipertrigliceridemia						Total	
		Limítrofe		Recomendable		Alto riesgo			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	20	6.8	242	82.6	31	10.6	293	100
	Femenino	47	6.9	574	84.7	57	8.4	678	100
Total		67	6.9	816	84.0	88	9.1	971	100

Se encontraron 88 trabajadores con hipertrigliceridemia en alto riesgo de los cuales 64.8% son mujeres (Tabla 18).

Tabla 19. Porcentaje de Hipercolesterolemia por sexo.

		CT						Total	
		Recomendable		Limítrofe		Alto riesgo			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	247	84.3	25	8.5	21	7.2	293	100
	Femenino	565	83.3	70	10.3	43	6.3	678	100
Total		812	83.6	95	9.8	64	6.6	971	100

Dentro de los 64 trabajadores encontrados con alto riesgo en hipercolesterolemia el 67.2% fueron mujeres (Tabla 19).

Tabla 20. Porcentaje de Fumadores por sexo.

		Fuma				Total	
		No		Si			
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	222	77.6	64	22.4	286	100
	Femenino	559	85.5	95	14.5	654	100
Total		781	83.1	159	16.9	940	100

De los 940 trabajadores que contestaron si fumaban o no fumaban solo 159 trabajadores contestaron que si fuman, 95 mujeres y 64 hombres (Tabla 20).

Tabla 21. Porcentaje de Actividad física por sexo.

		Actividad física						Total	
		Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	70	25.8	129	47.6	72	26.6	271	100
	Femenino	253	41.1	229	37.2	133	21.6	615	100
Total		323	36.5	358	40.4	205	23.1	886	100

En la categoría de actividad física, los tres grupos se encontraron muy similares, predominados por las mujeres. De los trabajadores con falta de ejercicio el 78.3% son mujeres (Tabla 21).

3. SQT E INDICADORES DE SALUD CARDIOVASCULAR

En este apartado se presenta el análisis correspondiente a la asociación entre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y los indicadores de salud cardiovascular.

Tabla 22. Relación de SQT e Hipertensión Arterial

		Hipertensión arterial				Total	
		Alta		Normal			
		N	%	N	%	N	%
SQT	Bajo	85	21.2	316	78.8	401	100
	Medio	37	18.4	164	81.6	201	100
	Alto	15	12.1	109	87.9	124	100
	Patológico	30	35.3*	55	64.7	85	100
Total		167	20.6	644	79.4	811	100

Chi-cuadrada $p=0.001$

Es evidente que dentro de los riesgos de salud cardiovascular la hipertensión arterial es una de las enfermedades de mayor prevalencia en México, la asociación es clara ya que de los 85 trabajadores que presentaron SQT Patológico 30 trabajadores presentan Hipertensión Arterial Alta (Tabla 22).

Tabla 23. Relación de SQT con Actividad física

		Actividad física						Total	
		Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
		N	%	N	%	N	%	N	%
SQT	Bajo	119	31.6	154	40.8	104	27.6	377	100
	Medio	69	38.3	77	42.8	34	18.9	180	100
	Alto	51	43.6	39	33.3	27	23.1	117	100
	Patológico	36	45.6*	33	41.8	10	12.7	79	100
Total		275	36.5	303	40.2	175	23.2	753	100

Chi-cuadrada $p=0.013$

Otro factor de riesgo cardiovascular con el que se encontró asociación fue con la actividad física realizada por los trabajadores.

Si los trabajadores realizan una actividad adecuada es menos probable tener SQT, de los 79 casos con SQT Patológico el 12.7% son los que realizan una actividad física adecuada, el otro 87.3% son aquellos trabajadores que solo realizan una actividad física moderada o les hace falta ejercicio (Tabla 23).

Con respecto a las variables de Índice de Cintura Cadera (ICC), Hipertrigliceridemia, Hipercolesterolemia y Tabaquismo no se encontró una asociación estadísticamente significativa por lo cual no se presenta dicho análisis.

Es importante destacar que dentro de las variables estudiadas se encontró relación entre el SQT con el Índice de Masa Corporal (IMC) e Hiperglucemia, pero no fue significativa la prueba de significancia, en el caso del IMC la falta de relación estadística pudo deberse a que en esta población el 80% de los trabajadores se encontraba con un peso fuera de lo normal (pre-obeso, obesidad grado 1 y obesidad grado 2).

4. ASOCIACIÓN SQT, INDICADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y VARIABLES INTERVINIENTES

En este apartado se presenta el análisis estadístico correspondiente a la asociación entre SQT, indicadores de salud cardiovascular y variables de confusión. Para las asociaciones se utilizó la prueba de Chi-cuadrada.

Tabla 24. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y actividad.

Actividad			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Administrativos	SQT	Bajo	13	86.7	2	13.3	15	100
		Medio	12	92.3	1	7.7	13	100
		Alto	5	83.3	1	16.7	6	100
		Patológico	1	100.0	0	.0	1	100
	Total	31	88.6	4	11.4	35	100	
Directivos	SQT	Bajo	8	80.0	2	20.0	10	100
		Medio	6	75.0	2	25.0	8	100
		Alto	5	100.0	0	.0	5	100
		Patológico	1	33.3	2	66.7	3	100
	Total	20	76.9	6	23.1	26	100	
Docente	SQT	Bajo	261	78.6	71	21.4	332	100
		Medio	126	80.8	30	19.2	156	100
		Alto	89	87.3	13	12.7	102	100
		Patológico	47	64.4	26	35.6*	73	100
	Total	523	78.9	140	21.1	663	100	
Personal de apoyo	SQT	Bajo	29	78.4	8	21.6	37	100
		Medio	19	82.6	4	17.4	23	100
		Alto	10	90.9	1	9.1	11	100
		Patológico	6	75.0	2	25.0	8	100
	Total	64	81.0	15	19.0	79	100	
Total	SQT	Bajo	311	78.9	83	21.1	394	100
		Medio	163	81.5	37	18.5	200	100
		Alto	109	87.9	15	12.1	124	100
		Patológico	55	64.7	30	35.3	85	100
	Total	638	79.5	165	20.5	803	100	

* $p \leq 0.01$

Se encontró una asociación entre el tipo de actividad realizada, hipertensión y SQT ($p=0.003$) siendo mayor la frecuencia de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta en el personal Docente con 35.6% (Tabla 24).

Tabla 25. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y antigüedad.

Antigüedad			Hipertensión arterial				Total			
			Normal		Alta		N		%	
			N	%	N	%				
1-11 años	SQT	Bajo	113	83.1	23	16.9	136	100		
		Medio	63	91.3	6	8.7	69	100		
		Alto	39	92.9	3	7.1	42	100		
		Patológico	21	84.0	4	16.0	25	100		
	Total		236	86.8	36	13.2	272	100		
12-21 años	SQT	Bajo	96	81.4	22	18.6	118	100		
		Medio	50	78.1	14	21.9	64	100		
		Alto	34	87.2	5	12.8	39	100		
		Patológico	23	69.7	10	30.3	33	100		
	Total		203	79.9	51	20.1	254	100		
22 o más años	SQT	Bajo	107	72.8	40	27.2	147	100		
		Medio	51	75.0	17	25.0	68	100		
		Alto	36	83.7	7	16.3	43	100		
		Patológico	11	40.7	16	59.3*	27	100		
	Total		205	71.9	80	28.1	285	100		
Total	SQT	Bajo	316	78.8	85	21.2	401	100		
		Medio	164	81.6	37	18.4	201	100		
		Alto	109	87.9	15	12.1	124	100		
		Patológico	55	64.7	30	35.3	85	100		
	Total		644	79.4	167	20.6	811	100		

*** $p \leq 0.01$**

Se encontró asociación entre el tipo de antigüedad, hipertensión y SQT ($p=0.001$) siendo el grupo con mayor antigüedad el más afectado, este puede ser un factor con implicaciones negativas ya que los trabajadores con 22 años o más son los que presentan un mayor nivel de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta 59.3% (Tabla 25)

Tabla 26. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y carrera magisterial.

Carrera Magisterial			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Si	SQT	Bajo	80	80.0	20	20.0	100	100
		Medio	32	80.0	8	20.0	40	100
		Alto	39	76.5	12	23.5	51	100
		Patológico	13	40.6	19	59.4*	32	100
	Total		164	73.5	59	26.5	223	100
No	SQT	Bajo	216	78.0	61	22.0	277	100
		Medio	63	91.3	6	8.7	69	100
		Alto	113	82.5	24	17.5	137	100
		Patológico	39	79.6	10	20.4	49	100
	Total		431	81.0	101	19.0	532	100
Total	SQT	Bajo	296	78.5	81	21.5	377	100
		Medio	95	87.2	14	12.8	109	100
		Alto	152	80.9	36	19.1	188	100
		Patológico	52	64.2	29	35.8	81	100
	Total		595	78.8	160	21.2	755	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró asociación entre el tener carrera magisterial, hipertensión y SQT ($p=0.000$). La relación entre el SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta fue mayor en aquellos trabajadores que si cuentan con Carrera Magisterial 59.4% (Tabla 26).

Tabla 27. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y contrato.

Contrato			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Interinato	SQT	Bajo	102	79.1	27	20.9	129	100
		Medio	59	88.1	8	11.9	67	100
		Alto	37	92.5	3	7.5	40	100
		Patológico	15	78.9	4	21.1	19	100
	Total		213	83.5	42	16.5	255	100

Base	SQT	Bajo	181	79.7	46	20.3	227	100
		Medio	80	74.8	27	25.2	107	100
		Alto	61	88.4	8	11.6	69	100
		Patológico	33	61.1	21	38.9*	54	100
	Total		355	77.7	102	22.3	457	100
Ambos	SQT	Bajo	24	72.7	9	27.3	33	100
		Medio	21	91.3	2	8.7	23	100
		Alto	9	75.0	3	25.0	12	100
		Patológico	5	71.4	2	28.6	7	100
	Total		59	78.7	16	21.3	75	100
Total	SQT	Bajo	307	78.9	82	21.1	389	100
		Medio	160	81.2	37	18.8	197	100
		Alto	107	88.4	14	11.6	121	100
		Patológico	53	66.3	27	33.8	80	100
	Total		627	79.7	160	20.3	787	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró una asociación en cuanto al tipo de contrato, Hipertensión Arterial y SQT ($p=0.003$). Los trabajadores de Base son aquellos en los que se encontró un mayor nivel de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta 38.9% (Tabla 27).

Tabla 28. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y Edad.

Edad			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
21-38 años	SQT	Bajo	98	89.9	11	10.1	109	100
		Medio	59	90.8	6	9.2	65	100
		Alto	38	92.7	3	7.3	41	100
		Patológico	24	92.3	2	7.7	26	100
	Total		219	90.9	22	9.1	241	100
39-47 años	SQT	Bajo	95	84.1	18	15.9	113	100
		Medio	50	79.4	13	20.6	63	100
		Alto	34	82.9	7	17.1	41	100
		Patológico	15	68.2	7	31.8	22	100
	Total		194	81.2	45	18.8	239	100

48 o más años	SQT	Bajo	123	68.7	56	31.3	179	100
		Medio	55	75.3	18	24.7	73	100
		Alto	37	88.1	5	11.9	42	100
		Patológico	16	43.2	21	56.8	37	100
	Total		231	69.8	100	30.2	331	100
Total	SQT	Bajo	316	78.8	85	21.2	401	100
		Medio	164	81.6	37	18.4	201	100
		Alto	109	87.9	15	12.1	124	100
		Patológico	55	64.7	30	35.3	85	100
	Total		644	79.4	167	20.6	811	100

***p≤0.01**

Se encontró una asociación entre edad, Hipertensión Arterial y SQT (p=0.000). Aquí podemos apreciar que la edad es un factor que también influye en la presencia de SQT Patológico y la presencia de Hipertensión Arterial Alta ya que los trabajadores con 48 años de edad o más son los que presentan estas afectaciones en mayor medida 56.8% (Tabla 28).

Tabla 29. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y estado civil.

Estado Civil			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Soltero	SQT	Bajo	64	78.0	18	22.0	82	100
		Moderado	44	86.3	7	13.7	51	100
		Severo	29	85.3	5	14.7	34	100
		Patológico	22	71.0	9	29.0	31	100
	Total		159	80.3	39	19.7	198	100
Casado	SQT	Bajo	171	77.0	51	23.0	222	100
		Moderado	80	78.4	22	21.6	102	100
		Severo	47	88.7	6	11.3	53	100
		Patológico	20	57.1	15	42.9*	35	100
	Total		318	77.2	94	22.8	412	100
Unión Libre	SQT	Bajo	27	90.0	3	10.0	30	100
		Moderado	18	81.8	4	18.2	22	100
		Severo	15	100.0	0	.0	15	100
		Patológico	3	75.0	1	25.0	4	100
	Total		63	88.7	8	11.3	71	100

Divorciado	SQT	Bajo	19	86.4	3	13.6	22	100
		Moderado	4	57.1	3	42.9	7	100
		Severo	7	100.0	0	.0	7	100
		Patológico	4	100.0	0	.0	4	100
	Total		34	85.0	6	15.0	40	100
Viudo	SQT	Bajo	5	62.5	3	37.5	8	100
		Moderado	3	75.0	1	25.0	4	100
		Severo	2	66.7	1	33.3	3	100
	Total		10	66.7	5	33.3	15	100
Separado	SQT	Bajo	13	92.9	1	7.1	14	100
		Moderado	6	100.0	0	.0	6	100
		Severo	3	60.0	2	40.0	5	100
		Patológico	3	50.0	3	50.0**	6	100
	Total		25	80.6	6	19.4	31	100
Total	SQT	Bajo	299	79.1	79	20.9	378	100
		Moderado	155	80.7	37	19.3	192	100
		Severo	103	88.0	14	12.0	117	100
		Patológico	52	65.0	28	35.0	80	100
	Total		609	79.4	158	20.6	767	100

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

Se encontró asociación entre el estado civil, hipertensión y SQT ($p=0.007$, 0.051). En cuanto al estado civil los trabajadores casados presentaron un mayor nivel de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta con 42.9%, de igual manera los trabajadores Separados presentaron un alto porcentaje de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta con un 50% (Tabla 29).

Tabla 30. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y escolaridad.

Escolaridad			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Secundaria	SQT	Bajo	11	78.6	3	21.4	14	100
		Moderado	4	100.0	0	.0	4	100
		Severo	7	100.0	0	.0	7	100
		Patológico	0	.0	2	100.0*	2	100
	Total		22	81.5	5	18.5	27	100

Preparatoria	SQT	Bajo	11	84.6	2	15.4	13	100
		Moderado	4	80.0	1	20.0	5	100
		Severo	5	83.3	1	16.7	6	100
		Patológico	1	100.0	0	.0	1	100
	Total		21	84.0	4	16.0	25	100
Técnica	SQT	Bajo	21	77.8	6	22.2	27	100
		Moderado	5	83.3	1	16.7	6	100
		Severo	11	73.3	4	26.7	15	100
		Patológico	3	75.0	1	25.0	4	100
	Total		40	76.9	12	23.1	52	100
Profesional	SQT	Bajo	206	77.4	60	22.6	266	100
		Moderado	71	87.7	10	12.3	81	100
		Severo	110	79.1	29	20.9	139	100
		Patológico	37	63.8	21	36.2*	58	100
	Total		424	77.9	120	22.1	544	100
Posgrado	SQT	Bajo	30	83.3	6	16.7	36	100
		Moderado	7	87.5	1	12.5	8	100
		Severo	11	84.6	2	15.4	13	100
		Patológico	4	66.7	2	33.3	6	100
	Total		52	82.5	11	17.5	63	100
Total	SQT	Bajo	279	78.4	77	21.6	356	100
		Moderado	91	87.5	13	12.5	104	100
		Severo	144	80.0	36	20.0	180	100
		Patológico	45	63.4	26	36.6	71	100
	Total		559	78.6	152	21.4	711	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró asociación entre la escolaridad, hipertensión y SQT ($p=0.010$). Los trabajadores con nivel de Escolaridad Profesional son aquellos en los que se presenta mayor nivel de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta 36.2%, pero dentro de la misma muestra dos trabajadores con Secundaria también presentaron esta misma condición, lo cual nos ejemplifica, que si el trabajador cuenta con un mayor grado escolar es mas frecuente que se encuentre dentro de niveles patológicos de SQT y es muy probable presentar hipertensión aun con niveles menores de escolaridad (Tabla 30).

Tabla 31. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y engagement.

Engagement			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Muy Bajo	SQT	Moderado	1	100.0	0	.0	1	100
		Patológico	3	75.0	1	25.0	4	100
	Total		4	80.0	1	20.0	5	100
Bajo	SQT	Bajo	4	100.0	0	.0	4	100
		Moderado	5	83.3	1	16.7	6	100
		Severo	7	100.0	0	.0	7	100
		Patológico	10	66.7	5	33.3	15	100
	Total		26	81.3	6	18.8	32	100
Promedio	SQT	Bajo	29	85.3	5	14.7	34	100
		Moderado	30	81.1	7	18.9	37	100
		Severo	30	78.9	8	21.1	38	100
		Patológico	14	60.9	9	39.1	23	100
	Total		103	78.0	29	22.0	132	100
Alto	SQT	Bajo	59	73.8	21	26.3	80	100
		Moderado	31	88.6	4	11.4	35	100
		Severo	32	97.0	1	3.0	33	100
		Patológico	2	33.3	4	66.7*	6	100
	Total		124	80.5	30	19.5	154	100
Muy alto	SQT	Bajo	86	78.2	24	21.8	110	100
		Moderado	22	71.0	9	29.0	31	100
		Severo	7	77.8	2	22.2	9	100
		Patológico	1	50.0	1	50.0	2	100
	Total		116	76.3	36	23.7	152	100
Total	SQT	Bajo	178	78.1	50	21.9	228	100
		Moderado	89	80.9	21	19.1	110	100
		Severo	76	87.4	11	12.6	87	100
		Patológico	30	60.0	20	40.0	50	100
	Total		373	78.5	102	21.5	475	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró una asociación entre el tipo de actividad realizada, hipertensión y engagement ($p=0.000$). Contrario a lo que la teoría nos dice, los trabajadores con Engagement Alto son los que presentaron SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta en mayor medida 66.7%, es en este caso que el engagement no funciona como agente protector (Tabla 31).

Tabla 32. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y número de hijos.								
Número de hijos			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
0	SQT	Bajo	55	78.6	15	21.4	70	100
		Moderado	40	88.9	5	11.1	45	100
		Severo	20	80.0	5	20.0	25	100
		Patológico	17	85.0	3	15.0	20	100
	Total		132	82.5	28	17.5	160	100
1	SQT	Bajo	61	80.3	15	19.7	76	100
		Moderado	36	81.8	8	18.2	44	100
		Severo	30	96.8	1	3.2	31	100
		Patológico	13	72.2	5	27.8	18	100
	Total		140	82.8	29	17.2	169	100
2	SQT	Bajo	120	82.2	26	17.8	146	100
		Moderado	53	76.8	16	23.2	69	100
		Severo	39	81.3	9	18.8	48	100
		Patológico	13	46.4	15	53.6*	28	100
	Total		225	77.3	66	22.7	291	100
3	SQT	Bajo	50	71.4	20	28.6	70	100
		Moderado	26	81.3	6	18.8	32	100
		Severo	11	100.0	0	.0	11	100
		Patológico	8	66.7	4	33.3	12	100
	Total		95	76.0	30	24.0	125	100
4	SQT	Bajo	10	71.4	4	28.6	14	100
		Moderado	3	60.0	2	40.0	5	100
		Severo	5	100.0	0	.0	5	100
		Patológico	0	.0	1	100.0	1	100
	Total		18	72.0	7	28.0	25	100

5	SQT	Bajo	3	100.0	0	0	3	100
		Moderado	1	100.0	0	0	1	100
		Severo	1	100.0	0	0	1	100
	Total	5	100.0	0	0	5	100	
6	SQT	Bajo	1	100.0	0	0	1	100
	Total	1	100.0	0	0	1	100	
Total	SQT	Bajo	300	78.9	80	21.1	380	100
		Moderado	159	81.1	37	18.9	196	100
		Severo	106	87.6	15	12.4	121	100
		Patológico	51	64.6	28	35.4	79	100
	Total	616	79.4	160	20.6	776	100	

***p≤0.01**

Se encontró una asociación entre el número de hijos, hipertensión y SQT (p=0.001). La mayor frecuencia de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta fue en los trabajadores con 2 hijos 53.6%. (Tabla 32).

Tabla 33. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y sexo.								
Sexo			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Masculino	SQT	Bajo	96	69.6	42	30.4	138	100
		Moderado	44	75.9	14	24.1	58	100
		Severo	26	83.9	5	16.1	31	100
		Patológico	18	66.7	9	33.3	27	100
	Total	184	72.4	70	27.6	254	100	
Femenino	SQT	Bajo	220	83.7	43	16.3	263	100
		Moderado	120	83.9	23	16.1	143	100
		Severo	83	89.2	10	10.8	93	100
		Patológico	37	63.8	21	36.2*	58	100
	Total	460	82.6	97	17.4	557	100	
Total	SQT	Bajo	316	78.8	85	21.2	401	100
		Moderado	164	81.6	37	18.4	201	100
		Severo	109	87.9	15	12.1	124	100
		Patológico	55	64.7	30	35.3	85	100
	Total	644	79.4	167	20.6	811	100	

***p≤0.01**

Se encontró asociación entre el sexo, hipertensión y SQT ($p=0.001$). La mayor frecuencia de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta fue sobre todo en el sexo Femenino con 36.2%, contrario a lo que se esperaba ya que en otros estudios una de los agentes protectores para mantener niveles bajos de SQT ha sido el sexo (Tabla 33).

Tabla 34. Asociación entre el nivel de SQT, Hipertensión arterial y turno.								
Turno			Hipertensión arterial				Total	
			Normal		Alta			
			N	%	N	%	N	%
Matutino	SQT	Bajo	201	80.7	48	19.3	249	100
		Moderado	100	82.0	22	18.0	122	100
		Severo	70	89.7	8	10.3	78	100
		Patológico	33	70.2	14	29.8*	47	100
	Total	404	81.5	92	18.5	496	100	
Vespertino	SQT	Bajo	19	76.0	6	24.0	25	100
		Moderado	7	100.0	0	.0	7	100
		Patológico	2	100.0	0	.0	2	100
	Total	28	82.4	6	17.6	34	100	
Mixto	SQT	Bajo	91	75.2	30	24.8	121	100
		Moderado	52	78.8	14	21.2	66	100
		Severo	36	85.7	6	14.3	42	100
		Patológico	20	58.8	14	41.2**	34	100
	Total	199	75.7	64	24.3	263	100	
Total	SQT	Bajo	311	78.7	84	21.3	395	100
		Moderado	159	81.5	36	18.5	195	100
		Severo	108	88.5	14	11.5	122	100
		Patológico	53	65.4	28	34.6	81	100
	Total	631	79.6	162	20.4	793	100	

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

Se encontró asociación entre el turno, hipertensión y SQT ($p=0.055$, $p=0.048$). La mayor frecuencia de SQT Patológico e Hipertensión Arterial Alta fue sobre todo en aquellos trabajadores con turno Mixto con 41.2%, pero aquellos trabajadores con turno Matutino también presentaron un a elevada frecuencia de SQT Patológico e Hipertensión Alta con 29.8%, esto puede deberse a que los trabajadores que cubren más de un turno se encuentran bajo mayor demanda de trabajo, niveles elevados de estrés laboral y un mayor cansancio físico (Tabla 34).

Tabla 35. Asociación entre nivel de SQT, Actividad física y sexo.

Sexo			Actividad física						Total	
			Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
			N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	SQT	Bajo	26	19.8	65	49.6	40	30.5	131	100
		Moderado	17	32.7	26	50.0	9	17.3	52	100
		Severo	9	31.0	9	31.0	11	37.9	29	100
		Patológico	11	42.3*	11	42.3*	4	15.4	26	100
	Total		63	26.5	111	46.6	64	26.9	238	100
Femenino	SQT	Bajo	93	37.8	89	36.2	64	26.0	246	100
		Moderado	52	40.6	51	39.8	25	19.5	128	100
		Severo	42	47.7	30	34.1	16	18.2	88	100
		Patológico	25	47.2	22	41.5	6	11.3	53	100
	Total		212	41.2	192	37.3	111	21.6	515	100
Total	SQT	Bajo	119	31.6	154	40.8	104	27.6	377	100
		Moderado	69	38.3	77	42.8	34	18.9	180	100
		Severo	51	43.6	39	33.3	27	23.1	117	100
		Patológico	36	45.6	33	41.8	10	12.7	79	100
	Total		275	36.5	303	40.2	175	23.2	753	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró asociación de el sexo, actividad física y el SQT ($p=0.049$). La mayor frecuencia de SQT Patológico se encontró en los Hombres que realizan una actividad física moderada y aquellos que les hace falta realizar ejercicio ambos con 42.3% (Tabla 35).

Tabla 36. Asociación entre nivel de SQT, Actividad física y actividad

Actividad			Actividad física						Total	
			Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
			N	%	N	%	N	%	N	%
Administrativos	SQT	Bajo	6	50.0	5	41.7	1	8.3	12	100
		Elevado	2	33.3	2	33.3	2	33.3	6	100
		Severo	3	30.0	6	60.0	1	10.0	10	100
		Patológico	0	.0	1	100.0	0	.0	1	100
	Total	11	37.9	14	48.3	4	13.8	29	100	
Directivos	SQT	Bajo	2	22.2	4	44.4	3	33.3	9	100
		Elevado	2	40.0	3	60.0	0	.0	5	100
		Severo	2	50.0	2	50.0	0	.0	4	100
		Patológico	2	66.7	1	33.3	0	.0	3	100
	Total	8	38.1	10	47.6	3	14.3	21	100	
Docente	SQT	Bajo	99	31.5	128	40.8	87	27.7	314	100
		Elevado	44	44.9	32	32.7	22	22.4	98	100
		Severo	53	36.6	65	44.8	27	18.6	145	100
		Patológico	33	47.1*	28	40.0	9	12.9	70	100
	Total	229	36.5	253	40.4	145	23.1	627	100	
Personal de apoyo	SQT	Bajo	10	27.8	15	41.7	11	30.6	36	100
		Elevado	3	37.5	2	25.0	3	37.5	8	100
		Severo	10	50.0	4	20.0	6	30.0	20	100
		Patológico	1	20.0	3	60.0	1	20.0	5	100
	Total	24	34.8	24	34.8	21	30.4	69	100	
Total	SQT	Bajo	117	31.5	152	41.0	102	27.5	371	100
		Elevado	51	43.6	39	33.3	27	23.1	117	100
		Severo	68	38.0	77	43.0	34	19.0	179	100
		Patológico	36	45.6	33	41.8	10	12.7	79	100
	Total	272	36.5	301	40.3	173	23.2	746	100	

* $p \leq 0.01$

Se encontró asociación entre el tipo de actividad, actividad física y el SQT ($p=0.015$). La mayor frecuencia de SQT Severo se encontró en los Docentes que les hace falta realizar ejercicio con 47.1%, se observa que la actividad física funciona como un agente protector, disminuyendo el nivel de SQT conforme al nivel de actividad física, esto puede deberse a que el ejercicio desempeña un papel de factor des-estresante en el trabajador (Tabla 36).

Tabla 37. Asociación entre nivel de SQT, Actividad física y carrera magisterial

Carrera Magisterial			Actividad física						Total	
			Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
			N	%	N	%	N	%	N	%
Si	SQT	Bajo	27	28.7	44	46.8	23	24.5	94	100
		Elevado	17	44.7	13	34.2	8	21.1	38	100
		Severo	11	25.0	25	56.8	8	18.2	44	100
		Patológico	11	36.7	15	50.0	4	13.3	30	100
	Total		66	32.0	97	47.1	43	20.9	206	100
No	SQT	Bajo	85	32.7	99	38.1	76	29.2	260	100
		Elevado	29	45.3	20	31.3	15	23.4	64	100
		Severo	55	43.7	49	38.9	22	17.5	126	100
		Patológico	23	51.1*	17	37.8	5	11.1	45	100
	Total		192	38.8	185	37.4	118	23.8	495	100
Total	SQT	Bajo	112	31.6	143	40.4	99	28.0	354	100
		Elevado	46	45.1	33	32.4	23	22.5	102	100
		Severo	66	38.8	74	43.5	30	17.6	170	100
		Patológico	34	45.3	32	42.7	9	12.0	75	100
	Total		258	36.8	282	40.2	161	23.0	701	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró asociación entre la pertenencia a carrera magisterial, actividad física y el SQT ($p=0.021$). La mayor frecuencia de SQT Patológico se encontró en los trabajadores que no pertenecen a carrera magisterial y que les hace falta ejercicio con 51.1% (Tabla 37).

Tabla 38. Asociación entre nivel de SQT, Actividad física y contrato.

Contrato			Actividad física						Total	
			Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
			N	%	N	%	N	%	N	%
Interinato	SQT	Bajo	46	38.7	44	37.0	29	24.4	119	100
		Elevado	15	41.7	13	36.1	8	22.2	36	100
		Severo	29	46.8	21	33.9	12	19.4	62	100
		Patológico	7	38.9	6	33.3	5	27.8	18	100
	Total		97	41.3	84	35.7	54	23.0	235	100

Base	SQT	Bajo	59	26.9	94	42.9	66	30.1	219	100
		Elevado	30	44.8	22	32.8	15	22.4	67	100
		Severo	29	31.5	46	50.0	17	18.5	92	100
		Patológico	22	44.9*	24	49.0	3	6.1	49	100
	Total		140	32.8	186	43.6	101	23.7	427	100
Ambos	SQT	Bajo	9	31.0	11	37.9	9	31.0	29	100
		Elevado	5	45.5	3	27.3	3	27.3	11	100
		Severo	10	43.5	9	39.1	4	17.4	23	100
		Patológico	5	71.4	2	28.6	0	.0	7	100
	Total		29	41.4	25	35.7	16	22.9	70	100
Total	SQT	Bajo	114	31.1	149	40.6	104	28.3	367	100
		Elevado	50	43.9	38	33.3	26	22.8	114	100
		Severo	68	38.4	76	42.9	33	18.6	177	100
		Patológico	34	45.9	32	43.2	8	10.8	74	100
	Total		266	36.3	295	40.3	171	23.4	732	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró asociación entre el tipo de contrato, actividad física y el SQT ($p=0.001$). La mayor frecuencia de SQT Patológico se encuentra en los trabajadores de base que les hace falta realizar ejercicio con 44.9%, recordando que los trabajadores de base son aquellos que tienen un mayor número de horas de trabajo en la escuela, lo cual, aumenta sus niveles de estrés laboral (Tabla 38).

Tabla 39. Asociación entre nivel de SQT, Actividad Física y edad

Edad			Actividad física						Total	
			Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
			N	%	N	%	N	%	N	%
21-38 años	SQT	Bajo	32	31.7	42	41.6	27	26.7	101	100
		Elevado	18	47.4	13	34.2	7	18.4	38	100
		Severo	25	41.7	27	45.0	8	13.3	60	100
		Patológico	10	40.0	13	52.0	2	8.0	25	100
	Total		85	37.9	95	42.4	44	19.6	224	100
39-47 años	SQT	Bajo	30	28.8	41	39.4	33	31.7	104	100
		Elevado	20	50.0	13	32.5	7	17.5	40	100
		Severo	23	41.1	25	44.6	8	14.3	56	100
		Patológico	11	52.4*	9	42.9	1	4.8	21	100
	Total		84	38.0	88	39.8	49	22.2	221	100

48 o más años	SQT	Bajo	57	33.1	71	41.3	44	25.6	172	100
		Elevado	13	33.3	13	33.3	13	33.3	39	100
		Severo	21	32.8	25	39.1	18	28.1	64	100
		Patológico	15	45.5	11	33.3	7	21.2	33	100
	Total		106	34.4	120	39.0	82	26.6	308	100
Total	SQT	Bajo	119	31.6	154	40.8	104	27.6	377	100
		Elevado	51	43.6	39	33.3	27	23.1	117	100
		Severo	69	38.3	77	42.8	34	18.9	180	100
		Patológico	36	45.6	33	41.8	10	12.7	79	100
	Total		275	36.5	303	40.2	175	23.2	753	100

* $p \leq 0.01$

Se encontró una asociación entre el edad, actividad física y el SQT ($p=0.019$). La mayor frecuencia de SQT Patológico se encontró en trabajadores con 39 a 47 años de edad, que les hace falta realizar ejercicio con 52.4% (Tabla 39).

Tabla 40. Asociación entre nivel de SQT, Actividad física y número de hijos

Número de hijos			Actividad física						Total	
			Falta de ejercicio		Moderado		Adecuado			
			N	%	N	%	N	%	N	%
0	SQT	Bajo	23	32.9	24	34.3	23	32.9	70	100
		Elevado	8	30.8	15	57.7	3	11.5	26	100
		Severo	19	43.2	17	38.6	8	18.2	44	100
		Patológico	6	30.0	11	55.0	3	15.0	20	100
	Total		56	35.0	67	41.9	37	23.1	160	100
1	SQT	Bajo	21	30.9	26	38.2	21	30.9	68	100
		Elevado	17	56.7	7	23.3	6	20.0	30	100
		Severo	13	31.0	19	45.2	10	23.8	42	100
		Patológico	10	62.5**	6	37.5	0	.0	16	100
	Total		61	39.1	58	37.2	37	23.7	156	100
2	SQT	Bajo	40	30.1	55	41.4	38	28.6	133	100
		Elevado	19	44.2	14	32.6	10	23.3	43	100
		Severo	24	42.1	22	38.6	11	19.3	57	100
		Patológico	9	36.0	10	40.0	6	24.0	25	100
	Total		92	35.7	101	39.1	65	25.2	258	100

3	SQT	Bajo	20	29.4	33	48.5	15	22.1	68	100
		Elevado	4	36.4	3	27.3	4	36.4	11	100
		Severo	8	28.6	17	60.7	3	10.7	28	100
		Patológico	5	45.5	5	45.5	1	9.1	11	100
	Total		37	31.4	58	49.2	23	19.5	118	100
4	SQT	Bajo	5	35.7	8	57.1	1	7.1	14	100
		Elevado	1	20.0	0	.0	4	80.0	5	100
		Severo	4	80.0	0	.0	1	20.0	5	100
		Patológico	1	100.0*	0	.0	0	.0	1	100
	Total		11	44.0	8	32.0	6	24.0	25	100
5	SQT	Bajo	1	50.0	1	50.0			2	100
		Moderado	1	100.0	0	.0			1	100
	Total		2	66.7	1	33.3			3	100
6	SQT	Bajo			1	100.0			1	100
	Total				1	100.0			1	100
Total	SQT	Bajo	110	30.9	148	41.6	98	27.5	356	100
		Elevado	49	42.6	39	33.9	27	23.5	115	100
		Severo	69	39.0	75	42.4	33	18.6	177	100
		Patológico	31	42.5	32	43.8	10	13.7	73	100
	Total		259	35.9	294	40.8	168	23.3	721	100

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

Se encontró asociación entre el número de hijos, actividad física y el SQT ($p=0.027$, $p=0.007$). La mayor frecuencia de SQT Patológico se encontró en los trabajadores que tienen 4 hijos y les hace falta realizar ejercicio con 100% también se encontró asociación entre los trabajadores que tienen 1 hijo y les hace falta hacer ejercicio, podría pensarse que a mayor número de hijos mayor es el nivel de estrés al que es sometido el trabajador además de la falta de tiempo para poder realizar actividad física, pero en los trabajadores con mayor número de hijos los niveles de SQT son menores, en cambio en trabajadores con menor número de hijos es mayor el nivel de SQT (Tabla 40).

5. ANÁLISIS MULTIVARIADO, REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA NO CONDICIONAL

Se construyó por medio de la regresión logística, un modelo para evaluar la asociación del SQT con la hipertensión incluyendo a las variables que resultaron significativas en el análisis bivariado para controlar el efecto de otros factores asociados a esta enfermedad.

Las variables que se incluyeron en el modelo son las siguientes:

Variable dependiente	Valores
Hipertensión Arterial	90/140
Variables Independientes	Valores
SQT	Bajo-Moderado-Severo (0), Patológico (1)
Sexo	Hombres (0), Mujeres (1)
Edad	21-47 años (0), 48 o más años (1)
Antigüedad	1-21 años (0), 22 o más años (1)
Horas frente a grupo	1 a 30 horas (0), 31 o más horas (1)
Tipo de actividad	Administrativos-Directivos-Personal de apoyo (0), Docentes (1)
Actividad física	Falta de ejercicio-moderado (0), Adecuada (1)
Pertenencia a carrera magisterial	No (0), Si (1)
Tipo de contrato	Interinato-Ambos (0), Base (1)
Estado civil	Soltero-Unión libre-Divorciado-Viudo-Separado (0), Casado (1)
Escolaridad	Secundaria-Preparatoria-Técnica-Posgrado (0), Profesional (1)
Engagement	Muy bajo-Bajo-Promedio (0), Alto-Muy alto (1)
Número de hijos	0-1-3-4-5-6 (0), 2 (1)
Turno	Matutino-Vespertino (0), Mixto (1)

Las variables incluidas en el modelo que resultaron significativas fueron SQT, Sexo y Edad. El modelo se ajusta de forma adecuada al modelo logístico en base al resultado de la prueba de Hosmer-Lemeshow, $p=0.659$.

De acuerdo a este modelo el presentar SQT patológico se asocia significativamente con tener Hipertensión Arterial y los trabajadores con SQT tienen una Razón de Momios de 2.4, que implica una probabilidad 2.4 veces mayor de tener hipertensión que los trabajadores con niveles menores de SQT, después de controlar por el efecto del sexo y la edad.

En esta población también resultó significativa la relación entre la edad y la hipertensión con una RM de 2.5, y el sexo femenino es un factor protector que reduce 40% este riesgo.

Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Razón de Momios	I.C. 95%	
							Inferior	Superior
SQT Patológico	.875	.254	11.894	1	.001	2.398	1.459	3.943
Paso 1 ^a Sexo	-.485	.185	6.847	1	.009	0.616	.428	.885
Edad	.931	.181	26.406	1	.000	2.538	1.779	3.620
Constante	-1.592	.185	73.732	1	.000	.203		

a. Variable(s) introducida(s) en el paso 1: SQT bivariado, sexo, edad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es un hecho que a nivel mundial hace falta mayor investigación en el ámbito de la Salud Ocupacional, los factores de riesgo cardiovascular relacionado a otros elementos como el SQT, tampoco existe, es por eso importante hacer una exploración previa en la cual se tome en cuenta a todos los trabajadores de la Escuela Secundaria.

Los trabajadores de Secundaria del D.F. a causa de sus funciones de trabajo, su ambiente laboral y el tipo de organización en la que laboran, están expuestos a largos periodos de trabajo y un trato directo con alumnos, lo cual puede provocar cansancio físico y emocional en ellos, derivando en estrés laboral crónico. Esto es lo que ha provocado la acumulación de factores de riesgo cardiovascular y la presencia de SQT no solo en los docentes, en todos los trabajadores.

Dentro de los resultados obtenidos se quería conocer la prevalencia de trabajadores que cumplió con los criterios de SQT Patológico y compararlos respecto a la población general pero no existen datos precisos en la literatura, en esta muestra la prevalencia de SQT Patológico fue de 10.4% que es similar a lo obtenido a otro estudio realizado por Torres (2008) con docentes de nivel medio superior del D.F, que es la población más parecida a la que se trabajo, con una prevalencia de 19%.

En esta investigación se encontró que los trabajadores con SQT Patológico tienen 2.4 veces mayor probabilidad de tener Hipertensión arterial que aquellos con niveles bajos de SQT, además de que el sexo femenino funciona como un factor protector que reduce 40% este riesgo, esto coincide con algunos estudios, como el estudio dirigido por Peter, Alfredsson, Hammar, Siegrist, Theorell, y Westerholm, (1998) en el cual se encontró relación entre el estrés laboral crónico e hipertensión en trabajadores suecos y el estudio realizado por Hernández, Juárez, Hernández, y Ramírez (2005) con enfermeras mexicanas en el cual se encontró relación entre presentar hipertensión y SQT.

Por tanto la Hipótesis general planteada es rechazada ya que el SQT solo incrementa la prevalencia de la Hipertensión Arterial y no así con la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglucemia y Obesidad.

Los niveles reportados en los trabajadores de secundaria comparados con datos de la población general obtenidos por el Instituto Nacional de Salud Pública (2006) se encontró que el porcentaje de la población con hipercolesterolemia es de 6.6% muy por debajo de la prevalencia a nivel nacional, que es de 26.5%, la prevalencia de hiperglucemia fue de 18.7% muy por encima de la prevalencia a nivel nacional que es de 7% y la prevalencia de hipertrigliceridemia fue de un 9.1% en cuyo caso no existe datos de la prevalencia a nivel nacional; En cuanto a la prevalencia de Hipertensión arterial fue de 20.2% por debajo a la prevalencia nacional que es de 30.8%.

En el caso de la Obesidad el aumento de peso en la población fue uno de los factores que al tener una prevalencia del 80% por encima de la prevalencia nacional que es del 70%, no permitió analizar correctamente las pruebas estadísticas. Del total de la población 30% presenta obesidad grado 1 o 2, asociado a el 36.5% de la población que no realiza una actividad física adecuada, y a el 16.9% que son fumadores, complementado con la mala alimentación de los trabajadores, es lo que autores como Tovalín, Marroquín, Rodríguez, Unda, y Sandoval (2010) han asociado con bajo apoyo grupal y falta de apoyo en las tareas del hogar, inseguridad laboral, baja libertad de decisión en su actividad lo que puede generar una baja seguridad en el empleo, agotamiento emocional y físico. Aunado a esto se encontraron valores fuera de lo normal en el índice de cintura/cadera con una prevalencia del 24%.

Por lo tanto se puede concluir que el SQT tiene una relación muy importante con la Hipertensión arterial en estos trabajadores, combinado a las nuevas exigencias del trabajo, las cuales han ido favoreciendo una alta presión ejercida por los alumnos y padres de familia a los servicios que se brindan dentro de las secundarias.

Es primordial impulsar acciones de intervención a corto plazo que eviten posibles daños a la salud en los trabajadores lo cual generaría un mal funcionamiento de la institución la cual ofrece uno de los principales servicios a la sociedad mexicana.

La presente investigación aporta datos sobre la problemática de la salud de los trabajadores de escuela secundaria del D.F. e intenta formar parte de la explicación del SQT y como es creado dicho fenómeno, generando datos que contribuyan a la aplicación de políticas que ayuden a mejorar la salud laboral.

Se recomienda para estudios próximos realizarlos más a fondo con los trabajadores en los que se detecte SQT Patológico, además de que aquellos que cuentan con 3 o más Factores de Riesgo Cardiovascular. Por otro lado es importante realizar programas de intervención y evaluación para mejorar hábitos asociados a riesgos cardiovasculares modificables, así como, fomentar condiciones laborales óptimas para el trabajador las cuales favorezcan la reducción de la prevalencia de SQT en los trabajadores de secundaria.

REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad en el Trabajo. (2002). *OSHA*. Recuperado el 27 de Agosto de 2011, de <http://europe.osha.eu.int/>
- Alavarado, J. (2010). Síndrome de burnout y su relación con el rendimiento laboral del docente de educación media superior. Tesis de Licenciatura. Distrito Federal, México: UNAM.
- Aranda, C. (Diciembre de 2006). Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de salud pública*, XV(29), 1-7.
- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., & Aldrete, M. (2006). Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del estado. *Psicología y salud*, 16(001), 15.21.
- Ayuso, J. (10 de Julio de 2006). *Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout*. Recuperado el 16 de Marzo de 2011, de Revista Iberoamericana de educación: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf>
- Baltazar, R. (2003). *El trabajo grupal como una estrategia preventiva para disminuir el malestar docente en las y los educadores de personas jóvenes y adultas*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Birgin, A. (2000). La docencia como trabajo: la construcción de nuevas pautas de inclusión y exclusión. En P. Gentili, & F. Gaudencio, *La ciudadanía negada: políticas de exclusión en la educación y el trabajo*. Buenos Aires: CLACSO.
- Blase, J. (1984). A data based model of how teachers cope with work stress. *Journal of Education Administration*, 22(2), 173-191.
- Camara de diputados del H. Congreso de la Union. (01 de Abril de 2006). *Ley Federal del Trabajo*. Recuperado el 15 de Marzo de 2011, de www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf

- Carrión, C. (27 de Julio de 2011). *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de http://www.insp.mx/images/stories/INSP/Docs/cts/cts_mayo.pdf
- Castán, F., & Gutiérrez, M. (2004). Factores de riesgo cardiovascular y tipo de actividad en una población laboral. *Seguridad y Salud en el Trabajo*, 18-43.
- Cornejo, R. (Mayo-Agosto de 2009). Condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente en profesores de enseñanza media de Santiago de Chile. *Educación Social*, 30(107), 409-426.
- Cornejo, R., & Quiñonez, M. (Diciembre de 2007). Factores asociados al malestar bienestar docente. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y cambio en Educación*, 5(5).
- Coronel, M. (15 de Mayo de 2011). Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2011/05/15/lo-que-nos-cuesta-diabetes>
- Da Silva, H., Daniel, E., & Pérez, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre profesionales sanitarios de un hospital general. (27), 310-320.
- Devalle, A., & Vega, V. (2004). *La diversidad en la docencia*. Buenos Aires: Troquel.
- Dirección General de Epidemiología. (1993). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*. Distrito Federal.
- Eoin, B., Roland, F., Amor, C., Lawrie, P., Berlin, R., & Yutaka, I. (2003). Recomendaciones de la sociedad Europea de hipertensión para medir la tensión arterial en forma convencional, ambulatoria. *Revista oficial de la sociedad internacional de hipertensión*, 821-848.
- Espinosa-Larrañaga. (2008). Factores de riesgo cardiovascular, epidemiología clínica y enfermedad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(3), 233-236.
- Esteve, J. (1994). *El malestar docente*. Barcelona: Paidós.
- Farber, B. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.

- Fernández, A., J. S., Rödel, A., & Hernández, R. (2003). El estrés laboral un nuevo factor de riesgo ¿que sabemos y qué podemos hacer? *Atención primaria*, 31(18), 524-526.
- Fernández, E., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona, España: Ariel.
- Fisher, S. (1986). *Stress and Strategy*. Londres: Lawrence Erlbaum associates.
- Freudenberger, H. (1974). The staff burnout. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P., & Peiro, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 135-149.
- Gil-Monte, P., García-Jueas, J., Nuñez, E., Carretero, N., Roldán, M., & Caro, M. (2006). *Validez factorial del "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT)*. Recuperado el 24 de Agosto de 2011, de <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/articulos/ansiedad/estres/24872/>
- Gil-Monte, P., Nuñez, E., & Selva, Y. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: un estudio técnico de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 227-232.
- Guillén, J. (Noviembre de 2008). Asociación entre accidentes de enfermedades crónico degenerativas en trabajadores del ISSSTEP durante 2006. Tesis de posgrado. Distrito Federal, México: UNAM.
- Hargreaves, A. (1996). *Profesorado, cultura y postmodernidad: cambian los tiempos, cambia el profesorado*. Madrid: Morata.
- Hernández, C. (2004). Burnout y Síntomas cardiovasculares y presión arterial en un grupo de riesgo. Estado de México: UNAM.

- Hernández, C., Juárez, A., Hernández, E., & Ramírez, J. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista Enfermedades IMSS*, 13(3), 125-131.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., . . . Lönnqvist, J. (2000). The association between burnout and physical illness in the general population, results from the Finnish Health. *Psychosom*, 61(1), 59-66.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (10 de Enero de 2011). *Obesidad y sobrepeso con prevalencia al triple*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de Instituto Nacional de Salud Pública: <http://www.insp.mx/noticias/nutricion-y-salud/1510-en-mexico-obesidad-y-sobrepeso-con-prevalencia-al-triple.html>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. (2009). *Mortalidad ¿de que mueren los mexicanos?* Recuperado el 25 de Marzo de 2011, de <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresion/poblacion/defunciones.asp>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2009). *Encuesta de Tabaquismo en Jóvenes en México: Análisis descriptivo 2003, 2005, 2006, 2008*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2011). *¿Qué es la actividad física? y ¿Por qué es importante realizar Actividad Física?* Recuperado el 5 de Septiembre de 2011, de Instituto Nacional de Salud Pública: http://www.insp.mx/bajale/docs/talleres/actividad_fisica.pdf
- Ivancevich, J., & Matteson, M. (1992). *Estrés y trabajo*. México: Trillas.
- Japcy, M., & Stefano, V. (14 de Noviembre de 2007). Burnout: "síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leibovich de Figueroa, N., Schufer, M., Marro, C., Aranda, E., Domínguez, S., Schmidt, V., . . . Marconi, A. (2002). El malestar docente. En N. Leibovich de Figueroa, & M. Schufer, *El "malestar" docente y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

- Martín, A., & Cano, J. (2005). *Atención primaria conceptos, organización y práctica* (Quinta ed.). Barcelona: Elsevier.
- Martínez, D. (1992). *El riesgo de enseñar*. Mexico: Fundación SNTE para la Cultura del Maestro Mexicano.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (Segunda ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Shaufeli, M. (1993). *Historical and conceptual development of Bournout*. New York: Taylor Francis.
- Medellín, J., Juárez, A., Vázquez, L., Gómez, R., García, P., Velazquez, Y., & Ávila, M. (Enero-Marzo de 2009). Síndrome de Quemarse por el Trabajo e Indicadores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de la Industria Maquiladora del Ramo Automotriz. *Ciencia & Trabajo*, XI(31), 5-8.
- Menezes de lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos, F., & Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18(004), 791-796. Recuperado el 24 de Marzo de 2011, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72718417>
- Merín, J., Cano, A., & Tobal, M. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y estrés*, 113.130.
- Moriana, J., & Herruzo, J. (Septiembre de 2004). Estrés y Burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(003), 597-621.
- Oficina Internacional del Trabajo. (1998). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shama, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., & Sepulveda, J. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *El número de defunciones y discapacidades puede reducirse en más del 50%*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr83/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (Enero de 2011). Recuperado el 26 de Agosto de 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (Marzo de 2011). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2009). *Health at Glance*. Paris: OECD publishing.
- Orlandini, A. (1999). *El estrés qué es y cómo evitarlo*. (Segunda ed.). Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Ortega y Gasset, J. (1942). Esquema de la crisis y otros ensayos. *Revista de Occidente*, 83.
- Peter, R., Alfredsson, L., Hammar, N., Siegrist, J., Theorell, T., & Westerholm, P. (1998). High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *J Epidemiol Community Health*(52), 540-547.
- Por un México Activo. (2011). *Programa de activación física*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2011, de Por un México Activo: <http://www.deporte.org.mx/culturafisica/pnaf/index.html>
- Ranchal, A., & Vaquero, M. (2008). Burnout, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio en el profesorado. *Medicina y seguridad del trabajo*, LIV(210), 47-55.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En B. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos, *Manual de psicopatología* (pág. 4). Madrid: McGraw-Hill.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (Noviembre de 2003). UWES Utrecht Work Engagement Scale. *Preliminary Manual*. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University.
- Secretaría de Educación Pública. (Septiembre de 1981). *Manual de organización de la escuela de educación secundaria*. Recuperado el 25 de Marzo de 2011, de <http://camp.gob.mx/C15/C9/reglamentos-manuales/Document%20Library/MANUAL%20DE%20ORG%20ESCUELA%20DE%20EDUCACION%20SECUNDARIA.pdf>

- Secretaría de Educación Pública. (Mayo de 2005). *Propuesta Curricular para la educación secundaria 2005*. Recuperado el 15 de Marzo de 2011, de <http://basica.sep.gob.mx/reformasecundaria/doc/proc/proconstru.pdf>
- Secretaría de Educación Pública. (10 de Marzo de 2011). *Estadística Educativa*. Recuperado el 31 de Agosto de 2011, de Secretaría de Educación Pública: http://www.sep.gob.mx/es/sep1/ESTADISTICA_EDUCATIVA
- Secretaría de Salud. (12 de Abril de 2000). Recuperado el 28 de Agosto de 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html>
- Secretaría de Salud. (12 de Abril de 2000). Recuperado el 8 de Septiembre de 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Secretaría de Salud. (18 de Enero de 2001). Recuperado el 28 de Agosto de 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/015ssa24.html>
- Secretaría de Salud. (17 de Enero de 2001). Recuperado el 2011 de Agosto de 28, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>
- Secretaría de Salud. (21 de Julio de 2003). Recuperado el 28 de Agosto de 2011, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/037ssa202.html>
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocivous agents. *Nature*, 22-49.
- Siegrist, J., Peter, R., Cremer, P., & Seidel, D. (1997). Chronic work stress is associated with atherogenic lipids an elevated fibrinogen in middle-aged men. *J Intern Med*(242), 149-156.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermería Medico Quirúrgica* (Novena ed., Vol. I). Bogota, Colombia: McGraw-Hill.
- Texas Heart Institute. (Septiembre de 2011). *Factores de riesgo cardiovascular*. Recuperado el 15 de Febrero de 2012, de Texas Heart Institute: http://texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm
- The National Center for Biotechnology Information. (11 de Febrero de 1985). *Health Implications of Obesity*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2011, de The National Center for Biotechnology Information: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15155/>
- Torres, A. (2008). El síndrome del trabajador quemado en docentes del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Oriente. Tesis de licenciatura. Distrito Federal, México: UNAM.

- Tovalín, H., & Rodríguez, M. (2010). Cuestionario de condiciones de trabajo y salud ESTUNAM. Distrito Federal, México: UNAM.
- Tovalín, H., Marroquín, R., Rodríguez, M., Unda, S., & Sandoval, J. (14 de Octubre de 2010). *El estudio de la relación entre los estresores laborales y las enfermedades cardiovasculares en trabajadores*. Recuperado el 04 de Abril de 2012, de Red de Investigadores sobre Factores Psicosociales en el Trabajo A.C.:
<http://www.factorpsicosociales.com/tercerforo/simposios/documentos/Si1.1.pdf>
- Travers, C., & Cooper, C. (1997). *El estrés de los profesores*. Barcelona: Paidós.
- Vazquez, M. (1999). Daños a la salud asociados a los programas de estímulos en académicos del Colegio de Posgraduados en Ciencias Agrícolas. Tesis Maestría. D.F., México: UAM Xochimilco.
- Vega, M. (2005). *La reforma laboral en América Latina: 15 años después, un análisis comparado*. Lima: Oficina Internacional del Trabajo.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de condiciones de trabajo y salud ESTUNAM (Tovalín & Rodríguez, 2010).



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 Tovalín Ahumada en la FES Zaragoza de la UNAM, al 56 2307 08 ext. 106.

Nombre y Firma del trabajador:

Nombre y Firma del entrevistador1:

CUESTIONARIO DE CONDICIONES DE TRABAJO Y SALUD-CONACYT/UNAM1

1. Centro de Trabajo: _____ 2. Horas frente a grupo: _____
3. Nombre: _____ 4. Sexo: (Masc.) (Fem.) 5. Edad (años): _____
6. Edo. Civil: (Soltero) (Casado) (Unión Libre) (Divorciado) 7. Escolaridad: (Prim) (Sec) (Pre) (Tec) (Profe)(Posg)
(Viudo) (Separado)
8. Número 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.**

14. POR FAVOR INDIQUE QUE TAN FATIGADO (CANSADO) SE SIENTE EN ESTE MOMENTO.

No fatigado	Poco fatigado	Algo Fatigado	Muy fatigado
1	2	3	4

LEA CUIDADOSAMENTE CADA PREGUNTA SOBRE SU ESTABILIDAD LABORAL, MARQUE CON UNA X.

DURANTE EL ÚLTIMO AÑO:				
15. ¿Qué tan estable es su empleo?	1. Estable y regular	2. Es Temporal	3.Hay despidos frecuentes	4. Es temporal y hay muchos despidos frecuentes
16. ¿Con qué frecuencia estuvo en una situación cercana a que le despidieran?	1. No estuve en esa situación	2. Pocas Veces	3.Algunas veces	4. Frecuentemente
17. ¿Qué tan probable es que usted pierda su empleo en los próximos dos años?	1.Nada Probable	2.Poco probable	3.Algo probable	4. Muy probable

ELIGE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO:

	No, Estoy Totalmente en Desacuerdo	Estoy en Desacuerdo	Estoy de Acuerdo	Si, Estoy Totalmente de Acuerdo
18. En mi trabajo necesito aprender cosas nuevas	1	2	3	4
19. Mi trabajo implica muchas actividades repetitivas (que se repiten)	1	2	3	4
20. Para mi trabajo tengo que ser creativo/a (proponer cosas nuevas)	1	2	3	4
21. En mi trabajo puedo tomar muchas decisiones por mi mismo/a	1	2	3	4
22. Mi trabajo requiere de mucha habilidad (conocimiento, experiencia)	1	2	3	4
23. Tengo mucha libertad para decidir cómo hacer mi trabajo	1	2	3	4
24. Existe variedad (son distintas) en las actividades que realizo en mi trabajo	1	2	3	4
25. Mis opiniones cuentan mucho en mi trabajo	1	2	3	4
26. En mi trabajo tengo la oportunidad de desarrollar mis propias habilidades	1	2	3	4
27. Tengo que trabajar muy rápido	1	2	3	4
28. Tengo que trabajar muy duro	1	2	3	4
29. No se me pide que realice una cantidad excesiva de trabajo	1	2	3	4
30. Tengo suficiente tiempo para terminar mi trabajo	1	2	3	4
31. La seguridad en mi empleo es buena (es estable)	1	2	3	4
32. En mi trabajo tengo que responder a órdenes contradictorias, no claras	1	2	3	4
	No, Estoy Totalmente en Desacuerdo	Estoy en Desacuerdo	Estoy de Acuerdo	Si, Estoy Totalmente de Acuerdo
33. Mi jefe se preocupa del bienestar del personal a su cargo	1	2	3	4
34. Mi jefe presta atención a lo yo que digo	1	2	3	4

35. Mi jefe ayuda a que el trabajo se realice	1	2	3	4
36. Mi jefe es bueno para lograr que se trabaje bien en equipo	1	2	3	4
37. Mis compañeros de trabajo son competentes para hacer su labor	1	2	3	4
38. Mis compañeros de trabajo se interesan en mí, como persona	1	2	3	4
39. Mis compañeros de trabajo son amigables	1	2	3	4
40. Mis compañeros de trabajo ayudan a que el trabajo se realice	1	2	3	4

ELIJA UNA SOLA OPCIÓN PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SOBRE EL RECONOCIMIENTO A SU LABOR:

	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
41. En mi trabajo mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	4	3	2	1	0
42. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario	4	3	2	1	0
43. En mi trabajo me tratan injustamente	0	1	2	3	4
44. Pienso que el reconocimiento por mi desempeño que recibo en mi trabajo es adecuado	4	3	2	1	0

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	0	1	2	3	4

personal.					
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
	Nunca	Raramente: algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
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
65. No me apetece hacer ciertas cosas de mi trabajo.	0	1	2	3	4
66. Estoy harto/a de mi trabajo.	0	1	2	3	4
67. Me siento decepcionado/a por lo que es mi trabajo.	0	1	2	3	4
68. Creo que merezco algo mejor que éste trabajo.	0	1	2	3	4
69. Hay momentos en los que me gustaría desaparecer de mi trabajo.	0	1	2	3	4
70. Pienso que estoy estancado/a y no progreso en mi trabajo.	0	1	2	3	4

71. Creo que algunas cosas que hago en mi trabajo no sirven para nada.	0	1	2	3	4
72. Pienso que la institución me está utilizando.	0	1	2	3	4

**A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE SITUACIONES QUE PUEDEN HABER OCURRIDO EN SU TRABAJO
INDIQUE CON QUE FRECUENCIA LE HAN OCURRIDO:**

	No ha ocurrido	Pocas veces	Es frecuente	Muy frecuente
73. No dejan que se exprese	0	1	2	3
74. Critican su trabajo	0	1	2	3
75. Lo evitan	0	1	2	3
76. Prohíben a otros que se le hable	0	1	2	3
77. Crean rumores falsos sobre usted.	0	1	2	3
78. Lo agreden los usuarios, trabajadores u otras personas	0	1	2	3

INDIQUE CON QUE FRECUENCIA TIENE CONFLICTOS EN SU TRABAJO

	Nunca	Raro algunas veces al año	A veces: algunas veces al mes	Frecuente: algunas veces por semana	Muy frecuente: todos los días
79. Tiene conflictos con su supervisor/a	0	1	2	3	4
80. Tiene conflictos con sus compañeros/as	0	1	2	3	4
81. Tiene conflictos con los alumnos	0	1	2	3	4
82. Tiene conflictos con los familiares de los alumnos	0	1	2	3	4
83. Tiene conflictos con la dirección del centro	0	1	2	3	4
84. Tiene conflictos con otros trabajadores del centro	0	1	2	3	4

**LA SIGUIENTE PREGUNTA ES PARA PERSONAS QUE CONVIVAN CON ALGUIEN (PAREJA, HIJOS, PADRES...)
SI VIVE SOLO/A , NO LA CONTESTE. ELIJA SOLO UNA RESPUESTA**

85. ¿Qué parte del trabajo familiar y doméstico haces tú?	
-Hago la mayor parte de las tareas familiares y domésticas	
-Hago aproximadamente la mitad de las tareas familiares y domésticas	
-Hago más o menos una cuarta parte de las tareas familiares y domésticas	
-Sólo hago tareas muy puntuales	
-No hago ninguna o casi ninguna de estas tareas	

ELIGE UNA SOLA RESPUESTA PARA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SOBRE SU TRABAJO EN CASA:

	Siempre	Muchas veces	Algunas Veces	Solo alguna vez	Nunca
86. Si no puedo hacer el trabajo doméstico ¿Las tareas domésticas se quedan sin hacer?	4	3	2	1	0
87. Cuando estás en la escuela, ¿Piensas en las tareas domésticas y familiares?	4	3	2	1	0
88. ¿Hay momentos en los que necesitarías estar en la escuela y en casa a la vez?	4	3	2	1	0

DURANTE SU TRABAJO SE EXPONE A

89. Ruido excesivo (es difícil escuchar a otros)	1. Si	2. No
90. Mala iluminación	1. Si	2. No
91. Puede oler o usa sustancias irritantes o molestas	1. Si	2. No
92. Existe mucho polvo	1. Si	2. No
93. Debe tomar o mover objetos pesados	1. Si	2. No
94. Mantiene una posturas incómoda durante su trabajo	1. Si	2. No
95. Tienen periodos cortos de descanso	1. Si	2. No
96. Su sitio de trabajo es inadecuado o peligroso	1. Si	2. No

ELIGE UNA OPCIÓN PARA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

97. ¿Qué tipo de medio de transporte utiliza durante el día? (puede marcar más de uno):	1. A pié ()	5. Metrobús ()
	2. Microbús ()	6. Taxi ()
	3. Metro ()	7. Trolebús ()
	4. Auto propio ()	8. Bicicleta ()
98. ¿Cuánto tiempo tarda en transportarse de ida de su hogar a su trabajo?		
99. ¿Su casa está sobre una calle o avenida con tránsito intenso?	1. Si	2. NO
100. ¿Su casa es cercana a alguna fábrica o taller?	1. Si	2. NO
101. ¿Su casa es cercana a alguna gasolinera?	1. Si	2. NO

102. POR FAVOR INDIQUE CUAL CONSIDERA QUE ES SU ESTADO DE SALUD EN ESTE MOMENTO.

Muy mala	Mala	Buena	Excelente
1	2	3	4

INDIQUE CON QUÉ FRECUENCIA LE SURGE O SIENTE LO SIGUIENTE.

103. Se ha sentido perfectamente bien y con buena salud	Mejor de lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor
104. Ha sentido la necesidad de tomar un vitamínico	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
105. Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
106. Ha sentido la sensación de estar enfermo/a	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
107. Ha padecido dolores de cabeza	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
108. Ha tenido sensación de opresión o pesadez en la cabeza o que la cabeza le va a estallar.	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
109. Ha tenido oleadas de calor o escalofríos	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

	absoluto	habitual	que lo habitual	que lo habitual
110. Sus preocupaciones le han hecho perder el sueño	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
112. Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un jalón toda la noche	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
113. Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
114. Se ha sentido con los nervios de punta y malhumorado/a	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
115. Ha tenido pánico sin motivo	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
116. Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
117. Se ha notado nervioso/a y apunto de “explotar” constantemente	No, en lo absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
118. Ha logrado mantenerse ocupado/a y activo/a	Más activo de lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
119. Le cuesta más tiempo hacer las cosas	Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
120. Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo bien las cosas	Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho pero que lo habitual
121. Se ha sentido satisfecho/a con las maneras de hacer las cosas	Más satisfecho	Aproximadamente lo mismo.	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
122. Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida.	Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
123. Se ha sentido capaz de tomar decisiones.	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
124. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
125.¿ Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

126. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
127. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
128. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
129. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
130. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
131. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente, lo he pensado

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES FRASES E INDIQUE QUÉ TANTO SE AJUSTAN A COMO ACTÚA ANTE SUS PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA (casa, trabajo, escuela, familia, etc.).

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
132. Acostumbro acumular mis problemas porque me es difícil resolverlos prontamente	1	2	3	4	5
133. Cargo con mis problemas y a veces con los de los demás, aunque eso me afecte	1	2	3	4	5
134. Acostumbro pedir consejo a familiares, amigos o a mi pareja para resolver aquellos problemas que no puedo solucionar solo/a	1	2	3	4	5
135. Pienso que los problemas por más difíciles que sean, tienen solución	1	2	3	4	5
136. No planeo la solución de un problema, sólo dejo que ocurra algo que me ayude a solucionarlo.	1	2	3	4	5
137. Pienso que estar abierto/a a varias opiniones para resolver un problema tiene mejor resultado que centrarse sólo en una.	1	2	3	4	5

138. Cualquier solución puede funcionar para resolver los problemas	1	2	3	4	5
139. Yo creo que los problemas son consecuencia de nuestros errores y hay que aceptarlos.	1	2	3	4	5
140. Para resolver un problema hay que reflexionar mucho y planear la mejor solución.	1	2	3	4	5
141. Un problema se resuelve cuando se es consciente de qué lo originó o causó.	1	2	3	4	5
142. Busco solucionar los problemas que se me presentan.	1	2	3	4	5
143. Para solucionar un problema busco el apoyo de familiares y amigos	1	2	3	4	5
144. Considero que me merezco los problemas que me pasa.	1	2	3	4	5
145. Tener un problema me altera emocionalmente.	1	2	3	4	5
146. Cuando tengo un problema evito enfrentarlo directamente.	1	2	3	4	5
147. Creo que cada problema tiene sólo una solución.	1	2	3	4	5
148. Me imagino cómo solucionar los problemas, pero no llevo a cabo esas soluciones.	1	2	3	4	5
149. Mis problemas se producen porque otras personas los provocan	1	2	3	4	5
150. Mis problemas se producen porque yo los provoco	1	2	3	4	5

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	
	Si	No		Si	No
151. Hipertensión arterial (Presión alta)	Si	No	162. Ansiedad	Si	No
152. Cardiopatía isquémica (Infarto)	Si	No	163. Migraña	Si	No
153. Diabetes Mellitus	Si	No	164. Alcoholismo	Si	No
154. Colesterol elevado	Si	No	165. Accidentes de tránsito	Si	No

155. Triglicéridos elevados	Si	No	166. Accidente de trabajo	Si	No
156. Cirrosis hepática	Si	No	167. Violencias (asalto, agresión, etc.)	Si	No
157. Asma bronquial	Si	No	168. Úlcera, gastritis, duodenitis	Si	No
158. Bronquitis Crónica	Si	No	169. Cáncer (¿Cuál?):	Si	No
159. Alergias	Si	No	170. Problemas sexuales	Si	No
160. Fatiga	Si	No	171. Otra enfermedad ¿cual?):	Si	No
161. 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					
171. Infecciones vías respiratorias,	Si	No	178. Dolor en mano-muñecas	Si	No
172. Otitis media	Si	No	179. Dolor en brazos	Si	No
173. Conjuntivitis	Si	No	180. Dolor en piernas	Si	No
174. Gastritis, úlcera, colitis	Si	No	181. Dificultad para conciliar el sueño	Si	No
175. Dolor de cabeza intenso	Si	No	182. Angustia sin razón alguna	Si	No
176. Dolor de cuello	Si	No	183. Sentirse estresado	Si	No
177. Dolor de espalda	Si	No		Si	No

DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES USTED SE INCAPACITÓ Y DEJÓ DE TRABAJAR POR 4 O MÁS DÍAS A CAUSA DE:

184. Enfermedad general	Si	No
185. Enfermedad de trabajo	Si	No
186. Accidente de trabajo	Si	No
187. Accidente de trayecto (de transporte)	Si	No
188. Accidente no de trabajo	Si	No

POR FAVOR INDIQUE SI DURANTE EL ÚLTIMO MES HA REALIZADO ESTAS ACTIVIDADES		
189. Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	SI	NO
190. Fuma	SI	NO
191. Toma bebidas con alcohol	SI	NO
192. Toma café normal (con cafeína)	SI	NO
193. ¿Cuántos días a la semana hace ejercicio:		
194. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?:		
195. ¿Cuántos bebidas con alcohol toma a la semana?		
196. ¿Cuántas tazas de café normal toma al día?		

POR FAVOR INDIQUE LA CALIDAD DE SU SUEÑO				
	NUNCA	RARA VEZ	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
197. Duerme 6 o menos horas al día	1	2	3	4
198. Duerme mal y se levanta cansado	1	2	3	4
199. Le cuesta trabajo dormirse o se despierta en varias ocasiones durante la noche	1	2	3	4
200. Se mantiene con sueño durante el día.	1	2	3	4
201. Utiliza pastillas para dormir	1	2	3	4
202. Ronca	1	2	3	4

ENCUANTO A LA RELACIÓN DE SU TRABAJO CON SU FAMILIA INDIQUE:							
	Nunca (Ninguna vez)	Casi Nunca (Pocas veces al año)	Algunas veces (Una vez al mes o menos)	Regularmente (Pocas veces al mes)	Bastantes veces (Una vez a la semana)	Casi siempre (Pocas veces por semana)	Siempre (Todos los días)

203. Se lleva trabajo a su casa	0	1	2	3	4	5	6
204. Las demandas de su trabajo interfieren con su vida familiar	0	1	2	3	4	5	6
205. Las necesidades de su familia interfieren con su trabajo	0	1	2	3	4	5	6

INDIQUE CUANTAS VECES O CON QUE FRECUENCIA SE HA SENTIDO ASÍ:

	Nunca (Ninguna vez)	Casi Nunca (Pocas veces al año)	Algunas veces (Una vez al mes o menos)	Regularmente (Pocas veces al mes)	Bastantes veces (Una vez a la semana)	Casi siempre (Pocas veces por semana)	Siempre (Todos los días)
206. En mi trabajo me siento lleno de energía	0	1	2	3	4	5	6
207. Me siento fuerte y vigoroso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
208. Estoy entusiasmado con mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
209. Mi trabajo me inspira	0	1	2	3	4	5	6
210. Por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar	0	1	2	3	4	5	6
211. Soy feliz cuando estoy absorto (metido) en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
212. Estoy orgulloso del trabajo que hago	0	1	2	3	4	5	6
213. Estoy inmerso en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
214. Me “dejo llevar” por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6

Sobre su higiene bucal por favor indique lo siguiente:		
215. ¿Cuántas veces se cepilla los dientes al día?		
216. ¿Usa enjuague bucal?	Si	No
217. ¿Usa hilo dental?	Si	No
218. ¿Padece de inflamación y/o dolor de las encías?	Si	No
219. Al cepillarse, ¿presenta sangrado?	Si	No
220. ¿Se le ha roto o dañado algún diente?	Si	No
221. ¿Le falta algún diente?	Si	No
222. ¿Usa puente o piezas postizas?	Si	No
223. ¿Le han diagnosticado enfermedad periodontal	Si	No

¡Muchas gracias por su participación!

Sus respuestas servirán para proponer mejoras a sus condiciones de trabajo.

Por favor revise si contestó todas las preguntas

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SERÁ ANOTADA POR EL ENTREVISTADOR.			
224. Peso Kg.:	225. Talla m.:	226. Cintura cm.:	227. Cadera cm.:
228. Frecuencia cardíaca:	229. Presión Diastólica Media:	230. Presión Sistólica Media:	