



REFLEXIONES SOBRE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DEL PROFESORADO

Think about the health and the quality of life of the teachers

Autores: M^ª Luisa Zagalaz¹; Amador Lara²; Gema Torres³; Javier Cachón⁴

^{1,2,3} Universidad de Jaén. *Contacto: lzagalaz@ujaen.es*

⁴ Grupo de Investigación HUM653

Enviado: 19/12/2009

Aceptado: 22/12/2009

Resumen

Este trabajo de revisión resalta las características más destacadas que, con respecto a la salud y la CDV, inciden en los docentes de todos los niveles de enseñanza. Los datos obtenidos de la revisión bibliográfica y nuestra propia experiencia personal, inducen a continuar el trabajo en una investigación más completa que recoja las características del profesorado y de cómo son observadas por él, para tener criterios determinantes sobre la aplicación de medidas que mejoren su salud y su CDV, especialmente mediante la actividad física lo que repercutirá indefectiblemente en una mayor eficacia de la educación.

A pesar de los pocos estudios realizados sobre el tema, las conclusiones destacan que los factores que influyen de forma más destacada en la salud y CDV son, los ambientales, contextuales y afectivos, que condicionan la motivación; y el sueldo, que subordina la dedicación exclusiva y el acceso a actividades de ocio y cultura.

Palabras clave: Profesorado, escuela, salud, calidad de vida, ecosalud, estrés-distrés, pirámide de Maslow, riesgos, síndrome de burnout.

Abstract

This work of review highlights the characteristics more out-standing that, with regard to the health and the quality of life, they affect in the teachers of all the levels of education. The information obtained of the bibliographical review and our proper personal experience, induce to continue the work in an research more complete that gathers the characteristics of the professors and of how they are observed by they, to have determinant criteria on the application of measures that improve your health and your quality of life, specially by means of the physical activity what will reverberate unfaithfully in a major efficiency of the education.

In spite of few studies realized on the topic, the conclusions emphasize that the factors that influence of form more emphasized in the health and quality of life are, the environmental ones, contextuales and affective, that determine the motivation; and the salary, which subordinates the exclusive dedication and the access to activities of leisure and culture.

Keywords: Teachers, school, health, quality of life, ecosalud, stress - distrés, Maslow's pyramid, risks, syndrome of burnout.

INTRODUCCIÓN

El profesorado es uno de los tres elementos claves de la enseñanza-aprendizaje (alumnado-proceso-profesorado) y debe conjugar como características más significativas, una sólida formación (saber) y unas buenas aptitudes (saber enseñar). Pero, en el siglo XXI, los planteamientos educativos son más complejos, viéndose rodeados de otra serie de requisitos propios de las sociedades más avanzadas que nos hacen reflexionar sobre los aspectos no manifiestos que condicionan la actitud docente, tales como salud y calidad de vida (CDV).

DEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

La Salud. Tradicionalmente el concepto de salud se ha entendido como *la ausencia de enfermedad e invalidez*, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). Por ello, los temas a trabajar en la escuela dando a la Educación para la Salud (EpS) un carácter transversal, eran los que correspondían a la idea de higiene, limpieza, vacunación y normas a seguir ante determinadas situaciones para no contraer enfermedades.

En España, actualmente se desarrollan en las enseñanzas no universitarias una serie de temas transversales que planteaba la LOGSE (1990) con carácter prescriptivo, sin aclarar el significado del término que, según el Diccionario de la RAE, significa *“lo que se extiende atravesado de un lado a otro”* y *“cruzado de una parte a otra”*. Por tanto los temas transversales recogen un conjunto de contenidos esencialmente actitudinales, que abordan problemas personales y sociales de actualidad, incluyéndose en todas las materias, como es el caso de la EpS que, según Gavidia (2001), no trata únicamente de ofrecer información sino de capacitar a las personas para que puedan elegir las pautas de conducta que más les interesen para mejorar su CDV, interés basado en el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, por lo que no se trata únicamente de cuestiones de seguridad o aspectos físicos sino que se consideran otras orientaciones referidas a las dimensiones psíquicas y sociales de la salud que forman parte del proceso educativo.

En este sentido, la *dimensión física* recoge aspectos de infraestructura, equipamiento y limpieza, no tiene barreras arquitectónicas, vigila los accesos y desarrolla, al menos de forma informativa, los temas de salud más actuales. La *dimensión psíquica*, se refiere al ambiente creado en el aula con respecto a la enseñanza-aprendizaje, prestando atención a las necesidades del alumnado, planteando aspectos didácticos adecuados y evitando situaciones amenazantes. Por último, la *dimensión social*, se define por las características de la atmósfera que posee el centro, creadas por todos los estamentos que participan en él, tales como favorecer las relaciones humanas, facilitar los cauces de expresión-comunicación y la toma de decisiones, disponer de gabinete psicopedagógico y realizar revisiones médicas periódicas.

De manera que, el concepto de salud presenta una visión dinámica, de búsqueda de equilibrio, de funcionalidad, y de hacer frente a los problemas del medio (OMS, 1986), invitándonos a mencionar el término de *salud pública ecológica* (Ziglio, 1995), en el que se

establece una conexión entre los problemas de salud de la población y los ambientales, con las características físicas, sociales, culturales y económicas que presenta (Gavidia, 2001).

En nuestro país, a principios del siglo XXI, predomina una concepción ecológica de salud que se preocupa por el desarrollo, desde la infancia, de comportamientos y estilos de vida saludables, de entornos sanos y de ambientes generadores de salud, tanto sociales como físicos; esto es, el individuo, la sociedad de pertenencia y el entorno físico interactuando de manera indisociable (García García, 1998). Ello nos llevará hacia una escuela promotora de salud, que es la que proporciona unas condiciones óptimas para el desarrollo emocional, intelectual, físico y social de las personas que la integran, considerando el contexto físico y ambiental en el que está ubicada.

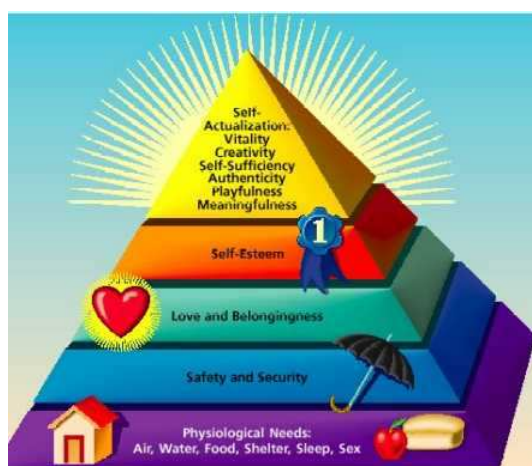
Calidad de vida. La instalación del concepto CDV dentro del campo de la salud es relativamente reciente, desde la socialdemocracia alemana que la define como “un conjunto de condiciones materiales y espirituales que determinan el bienestar efectivo de las personas, sus posibilidades, sus perspectivas individuales y su lugar en la sociedad”, pasando por la deformación del concepto, que llega a definirla como una característica de *la sociedad de la abundancia* (Galbraith, en Rodríguez, 1987), o se enfrenta a esta tendencia con la idea de los países socialistas que aseguraban cumplir las necesidades materiales de la población. Todo ello desde que, en las décadas de los treinta y cuarenta del pasado siglo, los gobernantes decidieron que el indicativo de CDV era el PIB, hasta que en los años cincuenta, la ONU crea un grupo experto integrado por especialistas de la OMS, la OIT y la FAO (1961), que propusieron nueve componentes del nivel de vida: *salud; alimentación y nutrición; educación; vivienda; empleo y condiciones de trabajo; vestido; recreo y esparcimiento; seguridad social; y libertades humanas.*

Asimismo, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) establece por primera vez en 1970, la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se han de enfatizar sus aspectos de calidad. En este sentido, Rueda (2001), expresa que *analizar la CDV de un sector de la sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y que tienen de su existencia en la mencionada sociedad*, destacando la necesidad de limitar un ámbito particular con los espacios de interés y preocupación que manifiestan diferentes autores. Un primer ámbito incluye aspectos decisivos para el bienestar general del ciudadano (*trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos*). Otro está relacionado con la contribución del medio en la CDV, representada por el ambiente atmosférico en el que se incluye *el ruido*. El tercero, de naturaleza psico-social, está vinculado a las interacciones del sujeto (*relaciones familiares, interpersonales, ocio y tiempo libre*). Y, por último, el que hace referencia a cuestiones de cierto orden socio-político (*participación social o seguridad personal y jurídica*). En todos ellos están reflejadas las preocupaciones del profesorado con respecto a su CDV.

Hernández-Ponce y Reimel (2004), en Venezuela, analizan la CDV y participación comunitaria, para determinar si es una propiedad de la persona, del ambiente o de la interrelación entre ambos. Concluyen que la CDV percibida, es una propiedad de la relación persona-ambiente, y que la participación comunitaria organizada se destacó como el factor

más relevante en la interrelación. Levi y Andersson (1972, 1980) señalan que, un alto nivel de vida objetivo, puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o CDV. Aunque, por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la CDV individual es el ajuste o la coincidencia entre las características de la situación (de existencia y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como él mismo las percibe. Por tanto no se puede olvidar el componente vivencial subjetivo de la realidad.

Martínez Coll (2001), observa que la existencia de necesidades insatisfechas es causa de malestar individual y social, y un estímulo para el progreso material. Cuando el individuo se siente físicamente seguro, empieza a buscar la aceptación social; quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo y desea que éste lo acepte. Ello nos lleva a la pirámide del psicólogo neoyorquino Abraham Maslow (1908-1970), en la que las necesidades del ser humano están jerarquizadas y escalonadas de forma tal, que cuando quedan cubiertas las de un orden se empiezan a sentir las del orden superior. Maslow observó que el comportamiento de las personas es diferente cuando disfrutan de un estado de salud positivo, a lo que llamó "psicología del ser". Por tanto, tener buena salud está en relación directa con la CDV.



Figuras 1 y 2.- Pirámide de Maslow (1943).
Imágenes tomadas de <http://4.bp.blogspot.com> y <http://midgaardresearch.files.wordpress.com>

Con carácter general, la idea de CDV adquiere un auge evidente en la década de los noventa, que se mantiene en los primeros años del siglo XXI (Schwartzmann, 2003). Anualmente se publican en revistas médicas más de dos mil artículos, poniendo de manifiesto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. Sin embargo, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor CDV aunque, en ocasiones, se relacionen ambos extremos.

El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios sociales y tecnológicos, la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el pluriempleo, las modificaciones en la estructura familiar, o la pérdida de motivaciones y valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos y,

se sabe que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la CDV (distrés), aunque, a veces es capaz de llenar nuestra vida de energía y vigor (eustrés). Barrios (2006).

Levi (2001) estima que para el 2020 el stress será la causa principal de muerte, vinculándola a afecciones cardiovasculares y depresiones. Esta situación en que conviven el permanente avance de la ciencia, la enorme producción de bienes o los grandes gastos en salud, junto a elevados valores de stress y enfermedades asociadas, lleva a cuestionarse qué pasa en nuestras sociedades, entre las que se incluyen las educativas.

Es por ello que el concepto CDV debe comprender, al menos, los siguientes campos interrelacionados de la vida humana, definidos por Siegrist y Junge (1989) como *aspectos físicos* (enfermedad) y *psicológicos* (depresión, ansiedad, felicidad), *funciones intelectuales y cognoscitivas* (la memoria, la atención y alerta), y *aspectos sociales*, haciendo hincapié en el aislamiento social y en la autoestima, asociados al papel social de las enfermedades crónicas. Con lo que coincide Belkis Cartay (2004), cuando afirma que los criterios para valorar la CDV hacen el problema muy complejo, realizando un análisis de los diferentes trabajos en esta línea, en el que destaca a Reimel (1990), Monreal (1994), Bravo y Failache (1993) y CEPUR (1986), que resaltan elementos materiales, físicos y sociales, aspectos de salud, vivienda y servicios básicos, participación socioeconómica y ciudadana, seguridad personal, ambiente físico o la variable ambiental, a lo que Belkis Cartay, añade connotaciones contextuales urbanísticas, y la OMS (1994), enfatiza la importancia de los factores culturales, definiendo CDV como la *“percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”*. Si a ello añadimos la satisfacción individual, la CDV, *debe ser la expresión de un delicado equilibrio entre el tener, el ser y el hacer* (Palomino y López Pardo, 1999, p. 184).

Sobre este último aspecto, Minayo, Hartz y Buss (2000), señalan tres marcos de referencia: *Histórico*, ya que cada sociedad tiene parámetros diferentes de CDV en distintos momentos. *Cultural*, según las medidas de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades. Y *Clase social a la que se pertenece*, que condiciona las expectativas de cada uno. Todo ello considerando que los procesos de adaptación a las situaciones producen cambios en la valoración y que, los patrones temporales o interpersonales sobre los que se realiza la evaluación de la CDV, son también cambiantes. El cambio es una característica humana que nos recuerda Lewis Carroll en su libro *Alicia en el país de las maravillas*: *“Sabía quién era cuándo me levanté en la mañana, pero desde entonces he cambiado muchas veces”*.

Si trasladamos estos estudios al contexto escolar o académico, observamos que los docentes consideran mayor CDV si en los centros educativos cuentan con los equipamientos adecuados, acceden con facilidad, existe una relación cordial con los equipos directivos, familias y alumnado y es percibido así por ellos, corroborando teorías como la social cognitiva de Bandura (1989), que insiste en la importancia del determinismo recíproco que existe entre la persona, su ambiente y su conducta, por tanto, las condiciones físicas y la capacidad de las personas para percibir positivamente su CDV son determinantes para conseguirla. Donde debemos mencionar también el concepto de *apropiación*, que Chombar de Lauwe (1978), relaciona con el espacio, pero que es extensible a todas las facetas:

“Apropiarse de un lugar no es únicamente hacer de él una utilización reconocida, es establecer con él una relación, integrarlo a las vivencias propias, enraizarse, dejar en él la huella propia y convertirse en actor de su propia transformación”, Zagalaz (2003).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). El concepto de CDV se ha banalizado en nuestros días, hasta el punto que la confusión entre estado de salud y CDV ha dado origen a dilemas éticos, técnicos y conceptuales. Por tal motivo, el Grupo WHOQOL (*The World Health Organisation Quality of Life assessment*) (1995) establece una serie de puntos, en relación a las medidas de la CDVRS que son aceptados por la comunidad científica: *subjetivas* (recoger la percepción de la persona involucrada); *multidimensionales* (relevar diversos aspectos de la vida del individuo en los niveles físico, emocional, social o interpersonal); *que incluyan sentimientos positivos y negativos*; y *que registren la variabilidad en el tiempo* de CDV (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor).

Estilos y calidad de vida. La importancia de la actividad física. Gómez Puerto et al. (2005), coinciden con García García (1998), al afirmar que el hábito de vida físicamente activo, conlleva estilos de vida saludables y tiene efectos positivos frente a las enfermedades, procurando una mayor longevidad y esperanza de vida. Por el contrario, la inactividad física se relaciona con numerosos problemas de salud, desde las enfermedades cardiovasculares hasta problemas psicológicos. El sedentarismo es una lacra de las sociedades occidentales que repercute ampliamente en la obesidad, calificada en USA como una de las plagas del siglo XXI, por lo que actualmente, son las autoridades educativas en consonancia con las sanitarias, las que insisten en la importancia de adquirir hábitos de actividad física regular en la escuela.

Entre tanto, la mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un “conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas”. Donde, mientras que el modelo médico defiende el carácter voluntario de la elección, los autores de orientación psico-social la entienden como involuntaria, en cierta medida, ya que reconocen la influencia de las variables psico-sociales en la adquisición y mantenimiento de los estilos de vida (Pastor et al., 1998).

Ecosalud. Hay que destacar el enfoque de ecosalud, como parte del “movimiento por el desarrollo sostenible mundial” que impulsa acciones ambientales positivas para mejorar la salud y el bienestar a nivel local. Se centra en el lugar que ocupan las personas en su medio ambiente, donde se reconoce la interconexión entre éstas y su entorno biofísico, social y económico, así como la manera en que dichas uniones se reflejan en el estado de salud de la población. La definición del problema y la identificación de soluciones se hacen con la participación directa de la comunidad local, las personas que toman las decisiones y los científicos. Los políticos necesitan soluciones prácticas, apropiadas, factibles y, a ser posible, de bajo costo. *La búsqueda de tales soluciones constituye el núcleo del enfoque de ecosalud*.

Según Lebel (2005), en su enfoque eco-sistémico en salud humana, un grupo de científicos y políticos canadienses e internacionales, está comenzando a darle el valor que merece la ecosalud, que va ganando adeptos en las comunidades de investigación y educativas, lo mismo que entre aquellos que diseñan las políticas. Afirma que las *instituciones de educación* están adoptando, cada vez más, las técnicas de ecosistemas (cursos sobre los enfoques de ecosalud o programas de postgrado interdisciplinario de

ciencias del ambiente). Estos programas dan una esperanza a los investigadores que se aventuraron por estos nuevos caminos, puesto que son la prueba de que las instituciones están cambiando y de que habrá espacio para ellos y sus estudiantes.

La salud en la escuela. La salud está presente en los objetivos de todas las programaciones y se tiene en cuenta en la propia vida del centro, lo que se consigue con un estilo de trabajo capaz de satisfacer a las personas que en ella conviven. Para Gaviria (2001), esta escuela, que se conoce como *saludable*¹, fija entre sus objetivos principales contribuir al desarrollo de la salud de su alumnado, incrementando sus habilidades y promoviendo actitudes y conductas que lo posibiliten. No debe atender sólo a los aspectos físicos o contextuales sino también a los psicológicos (ambiente de aprendizaje adecuado) y a los sociológicos (características de la atmósfera que posee el centro).

Conviene hacer mención también a la Promoción de Salud, como un concepto más amplio en el que se incluyen todos los sujetos que intervienen en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Sobre ella, la *Carta de Ottawa* (1986), dice que es *la capacitación de las personas para aumentar el control sobre su salud y mejorarla*. La *Declaración de Yakarta* (1997), da un paso más al recomendar la alfabetización sanitaria de la población, ofreciendo a todos, educación e información, no sólo de los factores de riesgo sino de las posibilidades de mejorar su CDV.

La escuela ha pasado de una visión de transmisión de información a una generación de actitudes y motivaciones que faciliten la modificación de conductas en un intento de educar la responsabilidad que cada uno tiene con su propia salud. Debe contemplar la importancia que tiene el entorno en la CDV de su alumnado y la necesidad de intervenir en él como una acción de responsabilidad social a la vez que cumple su función educativa. Al modelo de educar la auto-responsabilidad se suma el ambientalista con aspiración de conseguir una educación integral. En este sentido, le corresponde incidir en la mejora de la CDV, la disminución de los factores de riesgo y *“añadir vida a los años y años a la vida”* (Gavidia, 2001).

García García (1998), reconoce que sabemos que una parte importante de los problemas de salud que padece la sociedad actual son imputables al modo de vivir de las personas. Que diversas enfermedades tienen una relación directa con hábitos alimentarios, tabaquismo, alcoholismo y otros tipos de drogadicción, con la falta de actividad física y de habilidades personales para enfrentarse a situaciones vitales conflictivas. Muchas de estas conductas se adquieren en la infancia o en la adolescencia, implantándose de tal forma que tratar de cambiarlas resulta difícil. Continúa diciendo que, desde siempre se ha pensado que la escuela es un lugar idóneo para la promoción de la salud. A ella concurre una amplia y variada población infantil y adolescente que pasa allí muchas horas a lo largo de varios años. Una población en etapas cruciales de desarrollo, en la que existe gran receptividad y permeabilidad para el aprendizaje y asimilación de actitudes positivas hacia la salud y hábitos saludables.

El objetivo que la EpS en la escuela debe proponerse alcanzar es el desarrollo de un creciente interés por la salud como un valor individual y social que permita una adecuada

¹ Escuela Saludable es aquella que posee un ambiente sano donde se aprende de una manera saludable y solidaria con el medio.

CDV a través del conocimiento y la comprensión de la relación directa entre las condiciones del medio, las socioculturales y las conductas individuales. En esta línea, el *Proyecto Ambiental Escolar del Instituto Universitario de Caldas* en Colombia (Jaramillo et al., 1999), busca involucrar estudiantes, profesorado, directivos, empleados, padres y madres y ex-alumnos en la construcción de un estilo de vida tendiente a lograr el bienestar de todos los miembros de la Comunidad Educativa a través del aprendizaje diario, no instructivo sino formativo, que les permitan reflejar su estilo de vida armónico con el medio ambiente, con los miembros de su familia, los amigos y la comunidad a la que pertenecen. Mediante una metodología participativa e interdisciplinaria, trata de conseguir el objetivo principal, *mejorar la CDV de la comunidad educativa del centro*, partiendo de perfeccionar el medio ambiente.

El profesorado. Villarroel y Wooding (2005), realizaron un estudio en Chile, con el que intentan dilucidar si los “Costos² en la Labor del Profesorado” existen y si inciden en el rendimiento del alumnado. A pesar de que el estudio no se dirige a comprobar la CDV o la salud del profesorado, sus conclusiones arrojan datos significativos en este sentido. Con metodologías cuantitativa y cualitativa, concluyen que dichos costos afectan al rendimiento del alumnado en distinta magnitud, siendo mayor en las escuelas municipales donde está la población estudiantil más numerosa y vulnerable. De las once variables que utilizan para el análisis cuantitativo, *estatus laboral, salario, labor emocional y alumno/aula*, no ofrecieron diferencias significativas entre los dos tipos de centros.

Sin embargo destacan, la *escasez de tiempo personal*, situada en segundo lugar como más influyente para los resultados escolares, ya que disponer de él evita la depresión, ansiedad y otros problemas físicos; la *salud* que se resiente cuando hay una alta demanda laboral y poco control personal sobre la tarea y que, ante un trabajo de la responsabilidad de la educación, requiere un alto grado de recompensa laboral; *transporte y trayecto*, donde influyen las distancias, los atascos, las normas de circulación, la utilización de vehículo propio o transporte público; *recursos y equipamiento escolar*, en tercer lugar en la influencia en el aprendizaje, cuya adecuación y buen estado permitirá una mejor labor educativa; *carga laboral*, donde las largas jornadas disminuyen la salud psíquica, producen excesiva fatiga y síndrome de burnout³, además de interferencias en la vida familiar; asimismo, si el profesorado trabaja en más de un centro por la necesidad de aumentar sus ingresos, como ocurre en muchos países latinoamericanos, se producirá un influjo negativo en el rendimiento del alumnado; *violencia*, de gran incidencia en los centros escolares, sobre todo con la aparición del fenómeno conocido como bullying⁴, que hace que el profesorado se encuentre más expuesto a las consecuencias de las expresiones de violencia; y por último,

² Costos, desde el desarrollo humano sostenible, según los autores, son *los aspectos negativos que afectan a la calidad de vida del profesorado*.

³ Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, cuando observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. En las mismas fechas, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “*Sobrecarga emocional*” o “*síndrome del Burnout*” (quemado). Esta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal” que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. <http://www.diezminutos.org/burnout.html>.

⁴ Definido como acoso entre iguales, el «bullying» hace referencia a un grupo de personas que se dedican al asedio, persecución y agresión de alguien, o bien a una persona que atormenta, hostiga o molesta a otra.

ánimo y psico-fisiológicos), e incidir, de modo indirecto, a través de conductas no saludables o estrategias de afrontamiento nocivas (beber alcohol o correr riesgos). De igual modo, el estrés puede inhibir conductas relacionadas con la salud (llevar una vida sana a través del ejercicio físico).

En el estudio de Guerrero (2003), la variable *distrés* incluye elementos de incertidumbre, insatisfacción, actitudes pasivas y sentimientos de indefensión, mientras que la variable *esfuerzo* implica interés, participación y decisión, es decir, formas activas de afrontamiento y mantenimiento de cierto control sobre la situación. En este sentido, la perspectiva transaccional o modelos cognitivos del afrontamiento del estrés, defiende que el desarrollo del desgaste psíquico o *burnout* puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca adaptarse a su entorno laboral. La percepción que el sujeto tenga de los estresantes ambientales y de sus capacidades personales, junto a las estrategias de afrontamiento que emplee para enfrentar el estrés, determinarán el grado de sentirse quemado por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Los resultados indican la presencia de diferencias altamente significativas entre grados de *Despersonalización* y *Agotamiento emocional* (AE), por lo que los docentes universitarios que sufren mayor grado de AE presentan sentimientos de despersonalización más frecuentes y mayores, es decir, que el grado de despersonalización es directamente proporcional al grado de AE, e inversamente al grado de *logro personal*. Por tanto, *las conclusiones extraídas corroboran que en el desgaste profesional están implicados los modos de afrontamiento del estrés*. La autora recomienda la intervención, mediante el desarrollo de programas para entrenar estrategias de manejo y afrontamiento del *burnout*, desde Salud Pública, la Psicología y las Ciencias de la Educación, en las organizaciones educativas e incluso en los currículum de los planes de estudio de estas profesiones, para introducir modificaciones que prevengan las consecuencias nocivas que pueden llegar a derivarse del desgaste psíquico que estos profesionales experimentan.

Insiste Guerrero (2003) en que la Universidad ha de prestar atención a aspectos organizativos y, como propuesta de intervención a nivel departamental, destaca la aportación de Benedito (1991), quien ha sugerido algunas iniciativas y acciones para paliar esta situación y, en general, el malestar docente universitario. También, se refiere a De la Cruz, Grad y Hernández (1991), que proponen un programa de formación para docentes universitarios con un marco teórico, formación previa a la docencia e información acerca de la estructura de la organización y organigrama universitario, así como la formación, una vez producida su incorporación a la tarea docente y después de la misma.

Estas situaciones generan un gran absentismo laboral entre el profesorado, en el que según Latorre y Herrador (2003), destacan los siguientes indicadores: exceso de horas lectivas en Primaria, elevada ratio en Secundaria, complejidad en la atención a la diversidad del alumnado y de las familias, y el escaso reconocimiento social, la falta de colaboración entre compañeros o el esfuerzo vocal (Rabadá y Artazcoz, 2002).

Riesgos Laborales del Docente. Aunque las leyes estatales no recogen la docencia como una profesión de riesgo, la OIT y la OMS, desde 1966, recomiendan a los países europeos la necesidad de vigilar la salud de los docentes y trabajadores de los centros

escolares, indicando que: “La profesión docente, tal como se están desarrollando las sociedades actuales, puede llegar a ser una población de riesgo”.

Según González y Piera (2004) el sector educativo, especialmente en los niveles básicos de la enseñanza, adolece de un compromiso explícito por parte de la administración de una cultura preventiva y falta de formación e información. Lo mismo ocurre en la Unión Europea, donde, Belandía et al. (2004), destacan que en la nueva lista europea de enfermedades profesionales, aprobada en septiembre del 2003, no existe un reconocimiento de las enfermedades profesionales del sector docente. No hay vigilancia expresa en materia de salud y no se realizan evaluaciones de los riesgos laborales.

Las investigaciones realizadas por la Federación de Enseñanza de CCOO en el año 2000, ponen de manifiesto el desconocimiento de la normativa respecto a la Ley de Riesgos Laborales y evidencian los datos más relevantes que relacionan la salud con la labor del docente en los centros escolares (síndrome de *burnout*; problemas de garganta; infecciones; problemas músculo-esqueléticos y cardiovasculares), a los que habría que añadir el estrés, y como consecuencia, el absentismo laboral.

La Universidad Nacional de Cuyo (Argentina), intentó dar soluciones a los problemas de estrés, sedentarismo y falta de actividad física en general, a través de su departamento asistencial, ofertando un programa de actividad física que intentaba mejorar la salud ocupacional y, como consecuencia, la CDV, mediante gimnasia reeducativa, caminatas aeróbicas y ejercicios físicos dirigidos a todo el personal. Para corregir el escaso éxito del programa, Brioude (2005), plantea actividades físicas de carácter recreativo en lugares cercanos al centro y en horas que el personal puede asistir, en las que se incluye la intervención en sobrepeso y obesidad, denominándolo “Salud laboral” (Viela, 2005).

Según Brioude (2005), los problemas que afectan a la CDV del profesorado son las posturas inadecuadas, los movimientos incómodos, el ruido, las temperaturas elevadas, las tensiones psíquicas y los instrumentos no adecuados al trabajo. Para compensar estos problemas diseña un modelo de gimnasia laboral, en el que con ayuda de ejercicios adecuados, alcanza la excitabilidad óptima del sistema nervioso central y contribuye a la finalización de un trabajo determinado. El programa alcanzó el éxito esperado, fundamentalmente, por las estrategias utilizadas en su difusión.

Actualmente en Andalucía se está tomando conciencia de los problemas de salud del profesorado y de cómo condicionan su CDV. En este sentido, se ha puesto en marcha el *I Plan Andaluz de Salud Laboral y Prevención de Riesgos Laborales del Personal Docente (2006-2010)*, que incluye la creación de un Gabinete de seguridad laboral en cada provincia. En consecuencia, se desarrollarán cursos para el aprendizaje de la utilización de la voz, se establecerán servicios de megafonía en los centros y se procederá a la incorporación paulatina a su puesto de quienes tienen problemas psicológicos, evitando la carga docente excesiva. El profesorado opina que estas actuaciones mejorarán su CDV.

CONCLUSIONES

Existen pocos trabajos que investiguen sobre la salud y la CDV del profesorado. De entre ellos, la mayoría se refieren a la consecución de buenos resultados en el aprendizaje del alumnado de las etapas básicas de la enseñanza, y los que se preocupan de los docentes lo hacen en el ámbito universitario.

Los factores que influyen de forma más destacada en la salud y CDV son, los ambientales, contextuales y afectivos, que condicionan la motivación; y el sueldo, que subordina la dedicación exclusiva y el acceso a actividades de ocio y cultura. La falta de unos y otro, abocan en el estrés, que ocasiona el síndrome de burnout, cuyas características físicas y psíquicas perjudican enormemente a la CDV de este colectivo. A todo ello hay que añadir la subjetividad con que el docente percibe estos problemas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bandura, A. (1989). The human agency in social cognitive theory. *American psychologys*, 44, 1175-1184.
- Barrios Marco, F. (2006). *Eustrés y Distrés*. <http://www.efisioterapia.net>.
- Belkis Cartay, A. (2004). Consideraciones en torno a los conceptos de calidad de vida y calidad ambiental. *Fermentum*. Mérida (Venezuela), 41, 491-502. Septiembre-diciembre.
- Brioude, R.J. (2005). *Actividad física=calidad de vida=salud ocupacional*. <http://www.uncu.edu.ar/contenido/index>.
- Chombar de Lauwe, M.J. (1976). L'apropriation de l'espace par les enfants i precessus de socialisation. En Corosec, P., *Apropiation de l'espace. Actes de la tressième conference international de psychologie de l'espace construite*. Strasbourg.
- García García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Rev. Esp. Salud Publica*, Jul./Ago., 72 (4), 285-287. Madrid.
- Gavidia Catalán, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Publica*, nov., 75 (6), 505-516. Madrid.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, Síntesis.
- Gómez Puerto, J.R. et al. (2005). Estilos y calidad de vida. *Revista digital de EF y Deportes*, nº 90, Noviembre. Buenos Aires. <http://www.efdeportes.com>.
- Guerrero Barona, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Revista anales de psicología*, 19 (1), junio, 145-158. Murcia.
- Hernández-Ponce, L.E. y Reimel de Carrasquel, S. (2004). Calidad de vida y participación comunitaria: Evaluación psicosocial de proyectos urbanísticos en barrios pobres. *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (1), 73-86.
- Jaramillo, I. et al. (1999). Mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad educativa. Proyecto ambiental escolar del Instituto Universitario de Caldas. *Revista Luna Azul*, 7, 1-24, julio. http://lunazul.ucaldas.edu.co/downloads/5ece05f7Revista7_8_3.pdf.

- Lebel, J. (2005). *Un enfoque ecosistémico*. Bogotá, Alfaomega. <http://www.idrc.ca>.
- Levi, L. (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. En *Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency*, Brussels, 25-27/10/2001, 17-20.
- Levi, L. y Andersson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población Ambiente y Calidad de Vida*. Méjico. El manual moderno. Trabajo auspiciado por el Comité Nacional Preparatorio Sueco para la Conferencia Mundial de la ONU sobre Población (1972).
- Martínez Coll, J.C. (2001). Las necesidades sociales y la pirámide de Maslow. En *La Economía de Mercado, virtudes e inconvenientes* (10-10-06) http://www.eumed.net/cursecon/2/necesidades_sociales.htm.
- Maslow, A. (1943). *Jerarquía de necesidades*. <http://es.wikipedia.org>.
- Minayo, M.C., Hartz, Z.M., Buss, P. (2000). Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Coletiva*. *Abrasco*, 5 (1), 7-18.
- OMS (1986). *Health Promotion. A discussion document on the concepts and principles*. Oficina Regional para Europa. Copenhague.
- ONU, OIT, FAO (1961). *Guía para la valorización y medición del nivel de vida*. Washington, EUA.
- Palomino Villavicencio, B. y López Pardo, G. (1999). Reflexiones sobre la calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad*, 11 (17), 171- 185.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M.L. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la salud*, 10 (1), 15-52.
- Rueda, S. (2001). Habitabilidad y calidad de vida. En *MTOPYMA, Primer Catalogo Español de Buenas Prácticas*. T-I, Madrid. <http://www.habitat.aq.upm.es/cs/p2/a005.html>.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, diciembre, 9 (2), 09-21.
- Siegrist, J. y Junge, A. (1989). Background material for the workshop on QALYs. Conceptual and methodological problems in research on the quality of life in clinical medicine. *Soc. Sci. Med.*, 29, 463-468.
- Viela, J.R. (2005). Adelgazar=CDV. <http://www.uncu.edu.ar/contenido/index>.
- Villarroel, M. y Wooding, J. (2005). Costos en la calidad de vida del profesor y su influjo en el rendimiento de los alumnos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 36 (5), 1-13.
- WHOQOL Group (1995). La qualita della vita e la sua misura: la prospettiva del WHOQOL. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1 (3), 5-12.
- Zagalaz, M.L. (2003). Coincidencias conceptuales y prácticas entre actividad física y ocio (panel de expertos nº 1). En Ruiz Juan, F. y González del Hoyo, E.P. *Actas del V Congreso Internacional de FEADDEF*, Valladolid: Europa Artes Gráficas, 30-60.
- Zagalaz, M.L. (2006). *Saúde e qualidade de vida docente*. Ponencia invitada al I Congresso Internacional de Educação do Unibave "A Formação Docente na Sociedade da Informação". Orleans, 9-11 de novembro, s/p.
- Ziglio, E. (1995). Innovación y cambio: Aspiraciones de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud. *Primeras Jornadas de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud en España*. Granada, 28-30 de septiembre.