



Facultat de Psicologia, Ciències
de l'Educació i de l'Esport Blanquerna

Universitat Ramon Llull

Tesis Doctoral

EVALUACIÓN DE LA SALUD LABORAL DOCENTE: ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE

Victoria Fernández Puig

Dirección: Dr. Andres Chamarro y Dr. Jordi Longás

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mis directores de tesis, el Dr. Ander Chamarro y Dr. Jordi Longàs, su acompañamiento firme, claro y eficiente. Con el Dr. Jordi Longàs he compartido el interés y la dedicación a la salud de los docentes desde el año 2000, y sin su apoyo no puedo imaginar esta tesis. También agradezco al Dr. Jordi Segura sus indicaciones y ánimos a lo largo de este camino.

Y, en segundo lugar, quiero agradecer al Dr. Jordi Cebrià, en paz descansa, todos los momentos que compartimos. Fue él quien despertó mi curiosidad sobre los procesos de desarrollo del síndrome del quemado por el trabajo y quien me acompañó en esos primeros años de descubrimientos de teorías y modelos; gracias a su proximidad, buen humor, libertad y sentido pragmático. Con él aprendí a investigar y descubrí lo mucho que disfruto con ello. Por ello, esta tesis no puede dejar de ser un homenaje a esta gran persona, el Dr. Jordi Cebrià, que sigue viva en el interior de los que lo conocimos.

También agradezco al Dr. Carles Virgili sus numerosas indicaciones y su apoyo a lo largo de este recorrido, a la Dra. Montserrat Castelló su acompañamiento y dirección en la elaboración del proyecto de investigación, y al Dr. Sergi Corbella, Dra. Susanna del Cerro, Dra. Eva Liesa, Dra. Paula Mayoral, Dr. Eduard Longàs, Mateo Capell, por sus sugerencias y apoyo en el estudio de la salud de los docentes.

También agradecer explícitamente a todo el grupo de investigación Comunicación y Salud, con el que he compartido esta aventura.

Quiero agradecer a Blanquerna, a este espacio de estudio, aprendizaje e investigación, todos estos años en los que me he sentido acogida, inspirada y acompañada por unos valores humanos que alientan el trabajo comprometido.

Son muchas las personas que dan vida a este espacio, y es a todas ellas que dirijo mi agradecimiento.

Agradezco a Jordi Gassiot, su confianza y apoyo, su compromiso con la salud de los docentes. A través de Gassiot Assegurances, representa el puente que une la investigación con la aplicación en la vida real y por lo tanto, ha sido una importante fuente de motivación en esta investigación.

También quiero aprovechar para agradecer a mis padres lo que ha sido una pasión por el estudio, por el aprendizaje. Ellos alentaron mi capacidad de aprender, me proporcionaron una sólida formación, y su vida ha sido y continúa siendo un ejemplo de compromiso y trabajo. También agradecer a toda mi familia extensa, amigas y amigos, pues gracias a ellos me siento querida y apreciada y he podido realizar esta investigación.

Barcelona, 7 de julio de 2014

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	13
1.1 MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.2 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3 OBJETIVOS.....	18
1.4 ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.....	18
1.5 PRINCIPIOS ÉTICOS.....	20
2. PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD LABORAL	21
2.1 TRABAJO, SALUD LABORAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS.....	21
2.2 SALUD Y PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL DE LA SALUD.....	27
2.3 EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL.....	35
3. LA PROFESIÓN DOCENTE	41
3.1 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA PROFESIÓN DOCENTE.....	41
3.1.1 EL DOCENTE COMO PROFESIONAL.....	41
3.1.2 FUNCIONES DE LA ESCUELA.....	46
3.1.3 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DOCENTES.....	51
3.2 DESARROLLO PROFESIONAL DEL DOCENTE.....	57
3.2.1 MODELOS DE DESARROLLO PROFESIONAL.....	60
3.2.2 ADQUISICIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DOCENTES.....	64
3.3 CONDICIONANTES DE LA PROFESIÓN DOCENTE Y SU SALUD LABORAL.....	67
3.3.1 CONDICIONANTES DERIVADOS DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO.....	70
3.3.2 CONDICIONANTES DERIVADOS DE LA ORDENACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO Y LAS ORGANIZACIONES ESCOLARES.....	74
3.3.3 CONDICIONANTES EN LA DOCENCIA EN TANTO QUE PROFESIÓN DE AYUDA.....	76
4. RIESGOS EN LA PROFESIÓN DOCENTE	81
4.1 ESTUDIOS SOBRE LA SALUD DE LOS DOCENTES.....	81
4.2 PRINCIPALES RIESGOS EN LA PROFESIÓN DOCENTE.....	87
4.2.1 RIESGOS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.....	88
4.2.2 RIESGOS RELACIONADOS CON SOBRESFUERZO Y AFECCIONES DE LA VOZ.....	88
4.2.3 RIESGO DE PROBLEMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS.....	91
4.3 RIESGOS PSICOLABORALES.....	92
4.3.1 ESTRÉS LABORAL.....	93
4.3.2 SÍNDROME DE QUEMADO POR EL TRABAJO O <i>BURNOUT</i>	97
4.3.2.A. Definición del SQT.....	97
4.3.2.B. Desarrollo del SQT.....	99

4.3.2.C. Sintomatología del SQT y primeras manifestaciones en los docentes.....	101
4.3.2.D. El SQT: Riesgo propio de las profesiones de ayuda	105
5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA SALUD DOCENTE	109
5.1 MODELO DE RUDOW (1995) BASADO EN LA ACTIVIDAD DOCENTE	110
5.1.1 FUNDAMENTOS DEL MODELO DE RUDOW	110
5.1.2 MODELO DE RUDOW (1995).....	113
5.2 MODELOS DE LA PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL POSITIVA	122
5.2.1 MODELOS BASADO EN LA EXPERIENCIA DE ÉXITO	122
5.2.2 MODELO DE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES (JD-R)	126
5.2.3 DEMANDAS.....	126
5.2.3.A. Recursos	128
5.2.3.B. Espirales de deterioro de la salud y espirales de ganancia	130
5.2.4 MODELO RED: INCLUSIÓN DE LA EFICACIA EN EL MODELO JD-R.....	134
6. EVALUACIÓN DE LA SALUD DOCENTE	141
6.1 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD Y AFECTACIONES.....	141
6.1.1 CUESTIONARIOS DE SALUD GENERAL	142
6.1.2 EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS	144
6.1.3 EVALUACIÓN DEL SQT	146
6.2 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE BIENESTAR LABORAL	147
7. CONCLUSIONES PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DOCENTE	151
8. MÉTODO	159
8.1 DISEÑO.....	159
8.2 PARTICIPANTES.....	159
8.3 INSTRUMENTO	162
8.4 PROCEDIMIENTO.....	163
9. RESULTADOS.....	167
9.1 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE ÍTEMS	167
9.2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO	167
9.3 RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIALES CONFIRMATORIOS	169
9.4 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y CORRELACIONES DE LOS COMPONENTES.	172
9.5 DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO	173
9.6 RESULTADOS GENERALES	174
9.7 RESULTADOS DEL ANÁLISIS CLÚSTER	182

10. DISCUSIÓN.....	185
10.1 CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE	185
10.2 ANÁLISIS DE LOS FACTORES.....	186
10.3 RESULTADOS GENERALES DE LOS FACTORES.....	190
10.4 RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES.....	193
10.5 RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS CLÚSTERS.	198
10.6 IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN.....	199
11. CONCLUSIONES FINALES.....	207
11.1 . PARTICULARIDADES Y APORTACIONES DEL CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE.....	207
11.2 . ESTADO DE SALUD DE LOS DOCENTES DE LA ESCUELA CONCERTADA DE CATALUNYA.	209
11.3 LIMITACIONES	210
11.4 LÍNEAS DE FUTURO.....	211
12. BIBLIOGRAFIA.....	215
13. ANEXO: CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE	241

1. INTRODUCCIÓN

La tesis que se propone tiene como finalidad la mejora de la evaluación de la salud laboral de los docentes. La función de estos profesionales es contribuir al desarrollo integral de niños y adolescentes facilitando su crecimiento y comprometiéndose en el acompañamiento de este proceso. Los docentes viven en primera persona las problemáticas que presenta la escuela. En el día a día se enfrentan a situaciones a menudo imprevistas, situaciones relacionadas con el proceso de educar y en las que entran en juego elementos de carácter sociocultural -como estilos de vida, puntos de vista y/o opciones- que van a requerir irremediamente del posicionamiento y compromiso de los docentes. La respuesta colectiva e individual que se de va a tener efectos en el crecimiento y en el desarrollo de la personalidad de los alumnos. De allí la grandeza y la responsabilidad de la tarea que realizan los docentes que les otorga un lugar primordial en la sociedad

Así pues, en el entorno escolar, cada docente es un ser humano, en torno al cual pivotan actitudes, compromisos éticos, afectos, valores, posibilidades de comunicación, todos ellos necesarios para el bienestar de los que le rodean, sobre todo de aquellos que aprenden con él. En esta circunstancia, un docente que se siente con energía y competente genera relaciones de apoyo y confianza con alumnos, con el equipo en el que forma parte, con el entorno social, y esto revierte en un entorno saludable y afecta la calidad de la educación que se promueve entre todos. Sin embargo, esto deja de ser posible si los docentes no están suficientemente capacitados y/o se encuentran inmersos en un entorno negligente, sin recursos, sin apoyos y son testigos impotentes de las necesidades educativas de sus alumnos. Estas condiciones ponen en riesgo su salud personal y profesional y, también, la educación de los alumnos y, por lo tanto, requieren de una intervención preventiva de la salud y promotora del bienestar a nivel organizativo.

En consecuencia, el estudio de la salud de los docentes en su actividad profesional, enmarcado en la prevención de riesgos laborales y la promoción de la salud laboral, no puede separarse de las características específicas de esta actividad, estando muy vinculada a la generación de una educación escolar satisfactoria y saludable para toda la comunidad educativa.

En este contexto, la aportación de este trabajo es el diseño de un cuestionario para la evaluación de la salud laboral específico para los docentes.

1.1 MOTIVACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El interés personal por la salud de los docentes se remonta al inicio de los cursos de doctorado, el año 1999, cuando por primera vez el Dr. Jordi Cebrià, en paz descansa, nos habló del *burnout*, como se decía entonces, y de cómo afectaba a los docentes. A partir de ahí, focalicé mi interés en esta temática, integrando la experiencia de varios años de docente en diversos centros públicos de secundaria y con la convicción de que la investigación es una herramienta útil en la mejora de la calidad de la docencia.

El primer proyecto que realizamos fue el Projecte Interdisciplinar "La construcció de la satisfacció professional i el *burnout* en els mestres", dirigido por la Dra. Montserrat Castelló Badia, el Dr. Jordi Riera y el Dr. Lluís Botella. Fruto de esta participación fue el proyecto de investigación "La síndrome de desgast professional, *burnout*, en l'exercici de la docència. Anàlisi dels factors inherents a la professió docent", dirigido por la Dra. Montserrat Castelló y el Dr. Jordi Cebrià. Fue realizada entre los años 2000 y 2004 y recibió el apoyo de una beca de la Fundació Ramon Llull-Catalana de Occidente, a la cual estoy muy agradecida. Este proyecto de investigación incluye un estudio teórico sobre el síndrome del desgaste profesional o Síndrome del Quemado por el Trabajo (SQT) en la docencia y los principales factores relacionados con la salud del docente. La investigación mostró que en los centros concertados de

la muestra los sujetos con un nivel bajo de satisfacción docente y con un nivel bajo de gestión del aula tienen un riesgo mucho mayor que los que manifiestan un nivel medio. En concreto, para la satisfacción docente, el Odds Ratio fue de 17,38 (IC 95% = 2,35-128,25) en la dimensión de Agotamiento Emocional (AE), y de 4,39 (IC95% = 1,59 - 12,10) en la dimensión de Realización Personal. Para Gestión del aula, el Odds Ratio obtenido fue de 8,76 (IC 95% = 1,10-70,00) en la dimensión de Realización Personal. Estos resultados nos confirmaron la importancia de la satisfacción docente y de la gestión del aula en la salud de los docentes (Fernández-Puig, Castelló y Cebrià, 2004).

La segunda investigación, "Uso de indicadores de salud en la prevención del Síndrome de desgaste profesional" fue una investigación cualitativa presentada como proyecto de tesis el año 2004 y realizada en los años 2005 a 2009. El objetivo del estudio fue identificar las fuentes de satisfacción y sus efectos en el docente, así como las fuentes de frustración y sus efectos a partir del modelo de Rudow (1995). Los resultados mostraron que la satisfacción en la docencia proviene de las relaciones de afecto y respeto con el alumnado para el 93% de los docentes, y para el 30 % de los docentes por el interés e implicación de los alumnos en las actividades de enseñanza-aprendizaje, así como de su progreso personal y académico. En relación a los efectos de la vivencia de satisfacción, los efectos más importantes fueron: motivación y sentido de la actividad (27%), sensación de competencia profesional alta (10%), un estado emocional de alegría y satisfacción (21%), y un estado de bienestar y energía (8%). En relación a las fuentes de frustración, predominó la originada por los alumnos (51%) y por la actividad (47%). Entre sus efectos, destacar el estado emocional alterado (26%) y la pérdida de motivación y de sentido (17%). Estos resultados vienen a confirmar el modelo tomado de referencia y permiten ver cómo una vivencia satisfactoria implica un incremento en la motivación, en la autoeficacia profesional y en el bienestar físico y emocional, mientras que los efectos de la frustración generan en el docente un estado poco propicio para la realización de la actividad: pérdida de energía y

mayor cansancio; emociones desagradables, inseguridad en relación a la competencia profesional y una respuesta de desmotivación acompañada de la sensación de que no tiene sentido lo que se está haciendo (Fernández-Puig, Cebrià, Palma, Farriols, Segura y Segarra, 2009).

A partir del acuerdo firmado en el curso 2007-08 entre Assegurances Gassiot S.L., Fundació d'Escoles Cristianes de Catalunya (FECC), Agrupació Escolar Catalana (AEC) y el Servei d'Assessorament i Intervenció Psicopedagògica (SAIP) de la FPCEE Blanquerna para llevar a cabo un estudio, con finalidad preventiva, sobre el estado de salud de los docentes de las escuelas concertadas de Cataluña se inició la investigación que ha permitido realizar esta tesis. Una revisión del estado de la cuestión puso de manifiesto la ausencia de cuestionarios adecuados para la evaluación de la salud docente. Ciertamente, se constató la disponibilidad de una amplia diversidad de cuestionarios que evaluaban aspectos de interés en relación a la salud docente. Entre ellos destacan varios cuestionarios para la medida del Síndrome del Quemado por el Trabajo (SQT), psicopatología laboral de mayor prevalencia en la profesión docente, y cuestionarios sobre sintomatología del estrés, sobre salud general y sobre trastornos de la voz. Sin embargo, era notoria la falta de un instrumento de evaluación que reuniera todos los aspectos relevantes en la evaluación de la salud de los docentes. Con este objetivo, se realizó una investigación dirigida por el Dr. Jordi Segura. Para el diseño del cuestionario se tuvieron en cuenta todos los aspectos relacionados con los riesgos docentes, tal como corresponde a un instrumento para la vigilancia de la salud y, tomando como referencia una concepción amplia de salud, se incorporaron medidas del nivel de bienestar en la actividad docente. Siguiendo los procedimientos metodológicos adecuados, se concluyó el cuestionario para la evaluación de la salud de los docentes. Este cuestionario consta de 70 ítems, evalúa riesgos de la profesión docente y bienestar en la actividad docente y reúne las propiedades psicométricas necesarias para ser utilizado como instrumento de evaluación (Segura, Cebrià y Longás, 2008).

A partir de este primer cuestionario, se realizó un estudio sobre la salud de los docentes de centros concertados. Esta fase, dirigida por el Dr. Jordi Longàs, se realizó los cursos 2008-2010 y concluyó con un informe general y un informe particular para cada centro colaborador (Longàs, Fernández-Puig, Virgili, Longàs, Capell y del Cerro, 2010). La oportunidad de trabajar con la valiosa información recogida en aras de profundizar las estrategias de evaluación de la salud docente abrieron la puerta a la realización de esta investigación.

1.2 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

A pesar de que los riesgos laborales y la salud de los docentes han sido motivo de investigaciones y estudios empíricos, en estos momentos no se dispone de un instrumento de evaluación de la salud laboral específico para los docentes. A partir de la observación de esta necesidad se ha considerado conveniente la creación de un cuestionario de salud docente. Este instrumento debe permitir realizar la evaluación del estado de salud de los docentes individualmente y también de forma colectiva. Por ello, ha de ser un instrumento completo en cuanto a sus ámbitos de evaluación y de fácil aplicación e interpretación.

Como marco de referencia se han considerado dos modelos teóricos que se complementan entre ellos: el modelo dual de espirales de ganancia-pérdida (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011) y el modelo de Rudow (1995). Además de coincidir en una concepción positiva de la salud laboral, ambos modelos entienden el proceso de desarrollo del SQT docente como un proceso en espiral negativa de pérdida progresiva de salud opuesto a un proceso en espiral positiva de ganancia de salud. A partir de ellos, y después de un estudio detallado de los riesgos docentes, se podrán abordar los objetivos propuestos.

Además de los estudios de estos autores, en este trabajo se han incorporado las aportaciones del equipo investigador de las universidades de Finlandia que

durante los años 2004-2009 llevaron a cabo una investigación de ámbito nacional "Learning and development in comprehensive school" sobre el bienestar pedagógico de los docentes siguiendo, entre otros, el modelo de Rudow (1995) expuestas en publicaciones recientes (Soini, Pyhältö y Pietarinen, 2010; Atjonen, Kordeakoski y Mehtaläinen, 2011; Pyhälto, Pietarinen y Salmela-Aro, 2011).

1.3 OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Crear y validar un Cuestionario de Salud Docente (CSD) para su uso en la vigilancia de la salud de los docentes.
- Analizar el estado de salud de los docentes de las escuelas concertadas de Cataluña mediante la aplicación del Cuestionario de Salud Docente.

1.4 ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Este trabajo se estructura en tres partes, además de las referencias y anexo.

En la primera parte se expone el marco teórico del trabajo. En primer lugar (capítulo 2) se aborda el estudio de los principios de la evaluación de la salud laboral y los instrumentos utilizados dentro del marco de la vigilancia de la salud. Para ello se parte de analizar la relación trabajo-salud y los conceptos básicos de la prevención de riesgos, con énfasis en los riesgos psicolaborales por su relevancia en la profesión docente, además de estudiar los aspectos relacionados con la presencia de salud, entendiendo que la evaluación de la salud también debe considerarlos. A continuación (capítulo 3), se indaga sobre la profesión docente, sus características particulares y los condicionantes en

que se enmarca. En el cuarto capítulo se realiza una descripción de los riesgos laborales a los que está expuesto un docente a partir de los estudios sobre causas de bajas laborales y sobre la prevalencia de síntomas en la profesión docente, para estudiar cada uno de los principales riesgos de la profesión docente, especialmente del estrés y el SQT. De esta forma se definen los riesgos que deberán considerarse en el cuestionario de salud docente. En el quinto capítulo se presentan los dos modelos teóricos de referencia que hemos mencionado: el modelo de Rudow (1995) y los modelos de espirales de ganancia-pérdida (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011). Estos modelos avalan la creación de un instrumento que reúna indicadores de afectaciones de la salud y de presencia de salud en la actividad docente. Dedicamos el capítulo sexto a revisar los instrumentos disponibles para evaluar la salud de los docentes, tanto los riesgos que le afectan como las manifestaciones de bienestar en la docencia. Esta revisión sirve de base para identificar los ámbitos que deberán considerarse en la elaboración de un cuestionario completo y específico para la profesión docente. Por último, el séptimo capítulo permite cerrar la investigación teórica presentando las conclusiones que nos permiten la elaboración del cuestionario.

En la segunda parte se expone el trabajo empírico realizado en esta investigación. Se trata de un diseño ex post facto, organizado siguiendo la estructura clásica: método (capítulo 8), resultados (capítulo 9) y discusión (capítulo 10) en función de los dos objetivos establecidos. El diseño del cuestionario se realiza a partir de análisis factoriales confirmatorios, mientras que el estudio del estado de salud de los docentes consiste en un estudio descriptivo.

En la tercera y última parte de este manuscrito se exponen las conclusiones y la prospectiva para continuar la investigación.

1.5 PRINCIPIOS ÉTICOS

En esta investigación se han considerado los cuatro principios éticos referidos a continuación.

1. Principio de no maleficencia, por el cual la colaboración en la investigación es totalmente voluntaria, la realización de la actuación requerida por el sujeto investigado no supone ningún peligro ni puede producir daño en ninguno de los aspectos considerados, la participación ha sido anónima, y por tanto, se respeta el principio de respeto a la intimidad, y los resultados obtenidos en ningún caso serán utilizados para justificar un empeoramiento de las condiciones laborales y/o la imagen social del grupo investigado. Esto queda garantizado por el hecho de que las conclusiones a obtener buscan la mejora de la salud laboral de los docentes.

2. Principio de beneficencia, por el cual la investigación aporta un instrumento de evaluación de la salud de los docentes con el objetivo de contribuir a mejorar la prevención de los riesgos docentes, y en ningún caso, el bien colectivo subyuga el bien individual de los sujetos investigados .

3. Principio de autonomía, dado que en esta investigación todos los sujetos que participan son sujetos con autonomía personal, es decir, capaces de responsabilizarse de ellos mismos, que han sido informados de los objetivos de la investigación y del carácter voluntario y anónimo de la participación, y que han firmado un consentimiento informado.

4. Principio de justicia, que se cumple por no producirse ninguna discriminación de personas u organizaciones en la realización de esta investigación ni en la difusión de sus resultados.

2. PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD LABORAL

En este capítulo se exponen los principios que fundamentan la evaluación de la salud laboral, en el marco de la prevención de riesgos y de promoción de la salud laboral. Primero se analiza la relación entre trabajo y salud, exponiendo en primer lugar los efectos del trabajo que generan salud en el trabajador, y en segundo lugar, los que pueden deteriorar la salud. Aquí se sientan las bases de la prevención de riesgos psicolaborales, que son los que mayor influencia tienen en la actividad profesional de los docentes. En un segundo apartado se desarrolla el concepto de salud. A pesar de que en los últimos años, esta nueva visión ha ido ganado presencia en el ámbito de la investigación, a efectos de nuestro estudio consideramos conveniente definirla y analizar sus repercusiones en la Psicología del Trabajo. Por último, nos centramos en analizar los contenidos de evaluación de la salud laboral, de vigilancia de la salud y los instrumentos que permiten su medida por ser el tema específico en el que se enmarca la elaboración y estudio psicométrico del Cuestionario de Salud Docente objeto de esta tesis.

2.1 TRABAJO, SALUD LABORAL Y PREVENCIÓN DE RIESGOS

En su acepción económica, el trabajo se define como el esfuerzo físico y/o mental destinado a la producción de bienes y servicios requeridos para atender las necesidades de la sociedad, por el cual, la persona que lo realiza recibe una compensación económica. El trabajo desempeña varias funciones importantes para la persona. En primer lugar, es fuente de riqueza y un medio para satisfacer las necesidades materiales como son la vivienda, la alimentación, la educación y el descanso, siendo muchas de ellas importantes para la salud (Rodríguez, Zarco y González, 2009). Sirve como elemento de

integración social al situar a la persona en un contexto de relaciones interpersonales y favorecer su sentimiento de pertenencia y su participación en un entorno laboral y profesional concreto. Por otro lado, cumple una función de desarrollo de capacidades, ya que a través de él, la persona se apropia de saberes, competencias y motivaciones profesionales y sociales, los desarrolla y los aplica. Sobre todo en la actualidad, el trabajo requiere un proceso de aprendizaje continuo para adaptarse a los cambios de necesidades y recursos laborales. El trabajo también es un promotor privilegiado de la salud psicológica del sujeto, al proporcionar un sentimiento de dignidad y autonomía y favorecer su autoestima. Además de estas funciones, otros aspectos que se ven afectados por el trabajo son el status social, la calidad de vida laboral y la satisfacción con su aportación social (Benavides, Ruiz-Frutos y García, 2004; Gómez Etxebarria, 2012; Hacker, 1998; Rodríguez et al., 2009).

Basándose en la idea del trabajo como elemento transformador del sujeto que lo realiza, Hacker (1998) describe las consecuencias profesionales y personales que el trabajo aporta al proceso de realización del profesional:

- Competencia profesional, incluyendo capacidades, conocimientos, habilidades, estrategias y estilos profesionales. En la profesión docente, algunas de estas competencias son: competencia pedagógica, competencia instruccional, competencia de comunicación, competencia emocional, habilidades de gestión de actividades en grupo, resolución de conflictos, capacidad de motivar hacia el aprendizaje, capacidad de asumir responsabilidades y de tomar decisiones.
- Vinculación motivacional en relación al trabajo. Incluye motivación, sentido de significado del trabajo, implicación profesional y personal en el rendimiento, vivencia de éxito, satisfacción profesional, actitudes sociales y sentido de justicia.
- Estados psicofisiológicos, autoconcepto y autoestima, desarrollados por el trabajo. En cuanto a los primeros son deseables la relajación, alegría,

proximidad social, aprecio, seguridad... Todos ellos repercuten en la valoración de la propia actividad y en él desarrollan un autoconcepto positivo y autoestima del sujeto.

Así pues, la realización del trabajo en unas buenas condiciones es una forma primordial para el desarrollo de competencias y capacidades en el sujeto y contribuye al desarrollo de su personalidad.

Sin embargo, el trabajo realizado en malas condiciones puede poner en peligro la integridad física y psíquica de las personas y ocasionar, entre otros, accidentes, enfermedades profesionales, patologías como estrés, ansiedad y lesiones musculoesqueléticas, costes sociales (Benavides et al., 2004; Rodríguez et al., 2009; Sevilla y Villanueva, 2000). Estos riesgos son llamados riesgos laborales y su prevención está regulada por ley. En concreto, la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (art. 4) indica que "se entenderá por riesgo laboral la posibilidad de que un/a trabajador/a sufra un determinado daño derivado del trabajo y define los daños derivados del trabajo como las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo". En el campo jurídico, se diferencia entre accidente laboral, enfermedad laboral y enfermedades relacionadas con el trabajo: El accidente laboral supone un fenómeno súbito que produce un traumatismo rápido en el trabajador; la enfermedad profesional se engendra de forma lenta y gradual por la incidencia de unos factores de riesgo de tipo crónico; y las enfermedades relacionadas con el trabajo son aquellos trastornos de la salud que, pese a no ser originados exclusivamente por el trabajo, se ven influidos por las condiciones laborales de una forma importante. Se manifiestan en forma de patologías inespecíficas como fatiga general, fatiga muscular y/o insatisfacción con el trabajo (Gómez Etxebarria, 2009). Los indicadores más frecuentes de estas patologías son: tensiones y dolores musculares, vértigos y mareos, síntomas cardiovasculares y trastornos respiratorios (Benavides et al., 2004; Gómez Etxebarria, 2009; Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2013; Rodríguez et al., 2009).

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales incluye los riesgos psicosociales y organizacionales. Estos riesgos afectan al funcionamiento psicológico del sujeto y están ocasionados por la forma en que se organiza el trabajo. Sus consecuencias pueden ser psicológicas, como aumento de irritabilidad, ansiedad o agotamiento mental, pero también pueden tener consecuencias a nivel físico, siendo algunas de las más frecuentes la presión alta, contracturas, insomnio, problemas gastrointestinales o cardíacos, que pueden asociarse a estos riesgos (Gómez Etxebarria, 2009; Sevilla y Villanueva, 2000).

Los factores de riesgo son aquellos aspectos del trabajo que generan riesgos para la salud. En concreto, por factor de riesgo se entiende aquella característica o aspecto del ambiente o inherente al trabajo que afecta la realización del trabajo y conlleva un aumento de la probabilidad del riesgo de que la salud de los trabajadores se vea afectada. Pueden ser de tipo mecánico, físico, químico, biológico, psicológico y social. Una atención especial merecen los factores de riesgo psicosociales. Son aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo así como de su contexto social y ambiental, que tienen la potencialidad de generar experiencias estresantes y pueden llegar a causar daños físicos, sociales o psicológicos en los trabajadores perjudicando su salud (Gómez Etxebarria, 2009; OIT, 2013; Vega, 2001b). Éstos provocan respuestas de tipo fisiológico, a partir de reacciones neuroendocrinas, respuestas emocionales (irritabilidad, sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivas (dificultades en la atención, concentración, o toma de decisiones, memoria, etc.) y conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, riesgos innecesarios, etc.). Sus repercusiones negativas afectan a los trabajadores y también al proceso y resultados del trabajo (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS], 2010). De acuerdo con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en su Artículo 2, cuando existen riesgos que son inherentes a la actividad laboral y no

pueden ser eliminados existe la obligación de evaluar estos riesgos, generar las condiciones para prevenir y minimizar sus efectos, e informar a los trabajadores para que sean parte activa en la prevención. Como veremos, por las características de la función docente, este tipo de riesgos son los que tienen mayor incidencia en la profesión docente.

Tal como apuntábamos antes, los factores laborales se pueden clasificar en tres apartados: a) condiciones del ambiente, b) características del trabajo, y c) contexto laboral (Leka, Griffiths y Cox, 2004). Siguiendo a Gómez Etxebarria (2009), destacamos:

a) Condiciones del ambiente,

- Condiciones físicas: como temperaturas extremas, ruido, vibraciones...
- Condiciones químicas: vapores, gases, polvillo...
- Condiciones biológicas: bacterias, hongos...
- Condiciones de instalaciones y equipos, por ejemplo, hacinamiento, falta de ventilación, mala iluminación o malas instalaciones eléctricas.
- Ergonómicos, relacionados con los movimientos repetitivos, el acarreo o levantamiento de peso.

b) Características de trabajo,

- Tiempo de trabajo: jornadas, turnos, pausas, vacaciones...
- Formas de remuneración: salarios, primas pluses...
- Realización del trabajo: ritmo acelerado, trabajo con el público, acumulación de tareas, escasez de medios...
- Contenido del trabajo: excesivo número de alumnado, exceso de responsabilidad, falta de expectativas profesionales...
- Organización del trabajo: jornada laboral, ritmos, monotonía, repetitividad...
- Estabilidad : inseguridad laboral, inestabilidad en el puesto.
- Protección jurídica del trabajador: legislación, derechos, sindicatos...

c) Contexto de la organización

- Planificación en el trabajo: falta de participación, desorientación sobre funciones y tareas.
- Comportamiento en el trabajo: Sistemas de relaciones laborales: democracia, formación, estilo de mando, autoritarismo en la dirección.
- Relaciones y clima de trabajo. Conflictos en las relaciones personales.
- Servicios sociales: transporte, alimentación.

En función de estos factores el esfuerzo que requerirá el trabajo será diferente dado que su incidencia variará la carga que supone la tarea encomendada. Tal como expone Piédrola Gil (2001), la carga laboral se define como el conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. Se distinguen tres tipos de cargas:

a) Carga física: es el esfuerzo físico que requiere la ejecución del trabajo. Este esfuerzo produce un incremento del consumo de energía y un aumento de los ritmos respiratorios y cardíacos. También se analizan la postura corporal y los movimientos repetitivos.

b) Carga mental: es el esfuerzo cognitivo que depende de la cantidad de información, de la dispersión y variabilidad de los canales sensoriales, del grado de atención que se requiere, de la velocidad de respuesta exigida y de la responsabilidad personal. Esta carga produce fatiga nerviosa, sobre todo por el esfuerzo prolongado de atención y concentración.

c) Carga emocional: nivel de activación emocional: es elevada en trabajos que implican situaciones de contacto cara a cara con los receptores de sus servicios. Esta carga aumenta si el trabajador no puede satisfacer las demandas que se le hacen, si debe evitar la expresión de sus emociones, si se le requiere una respuesta emocional empática con el destinatario o si a

menudo la respuesta de los destinatarios es negativa o desagradable (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

A partir de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales del año 1995, los riesgos psicosociales han recibido la atención que merecen. Sin embargo se enfrentan a algunas dificultades que, siguiendo a Vega (2001a), son las siguientes:

- Falta de información respecto a la nocividad de los factores de riesgo psicosocial sobre la salud de los trabajadores.
- Concepción de que los problemas de estrés son de carácter individual y sólo afectan a personas "predispuestas"
- Asociación del estrés a trabajos de alta cualificación
- Consideración de la prevención en el ámbito individual y no en el ámbito organizativo.
- Actitud de incredulidad ante la imposibilidad de controlar o eliminar los factores psicosociales.

Así pues, según las condiciones laborales, el trabajo puede generar competencia y salud o bien puede ser fuente de riesgo y malestar. Por ello es necesario evaluar y prevenir estos riesgos en los trabajadores.

2.2 SALUD Y PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL DE LA SALUD

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el año 1948, la salud se entiende como un estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía. El año 1976, en el X Congreso de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, se definió la salud como aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa. En la Carta de Otawa, 1986, se incluyen como elementos de salud los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas (Benavides et al.,

2004). A partir de estos documentos, la salud se entiende como un equilibrio dinámico, en el cual los individuos o grupos tienen la capacidad óptima para afrontar las condiciones de la vida. Por parte del sujeto, el estado de salud supone la identificación de necesidades y aspiraciones así como la capacidad de gestionar el entorno para alcanzarlos. Por parte de la sociedad, supone la creación de un tipo de organización social que es generadora de condiciones de vida y condiciones de trabajo seguras y agradables.

Este nuevo modelo de salud ha tenido varias repercusiones en la forma de analizar la salud. Greiner (1998) destaca las siguientes:

- Salud en positivo versus salud en negativo: promocionar la salud, como forma de evitar la presencia de enfermedad, es decir, enfocar el objetivo en su forma positiva. Esto favorece una conducta proactiva.
- Salud multidimensional y continua versus salud bidireccional y dicotómica: Si bien antes se entendía: enfermo o sano, ahora son varias las dimensiones a considerar en relación a la salud en un sujeto, y existe una continuidad entre sus extremos.
- Proceso de salud versus estado de salud: La salud se entiende como potencial o capacidad de afrontar y regular los desequilibrios y de poder actuar sobre el entorno. Comprender la salud como proceso permite distinguir entre la historia de la salud, como desarrollo en el pasado, el equilibrio de salud, en el presente, y el potencial de salud, en el futuro.
- Generación de salud, Sanogenesse versus Healthismus. Mientras que Healthismus se refiere al concepto de salud centrado en el individuo, responsable de generar y estabilizar su salud, la generación de salud, Sanogenesse, defiende la importancia de las condiciones generadoras de salud, aquellas que facilitan la gestión activa de la salud a nivel

individual y colectivo. Este término lo propone Hacker (1991) y deriva del término de Salutogenese de Antonovsky (1979), que defiende la condición social de la salud y la enfermedad (Greiner, 1998).

Finalmente, Greiner (1998) destaca como principales criterios descriptivos del estado de salud los siguientes:

- Salud como ausencia de síntomas, enfermedad o incapacidades.
- Ausencia de dolor o molestias.
- Experiencia psicológica positiva
- Valoración adecuada de la propia competencia.
- Capacidad de disfrutar, de confiar y de amar.
- Resistencia frente a las demandas
- Capacidad y potencial para establecer y lograr metas a largo plazo.
- Capacidad de afrontar demandas y exigencias sociales y de superar crisis.
- Percepción del sentido de las actividades vitales.

Desde ésta y otras concepciones, algunos autores han introducido el concepto de adaptación a la idea de salud, asociándola al equilibrio entre la persona y sus condiciones medioambientales. Así, se plantea como un fenómeno psicobiológico y social dinámico de ajuste del organismo a su medio, en el que el concepto de salud involucra ideas de adaptación y balance y el de enfermedad de desequilibrio y desadaptación (Becker, 2001).

La psicología positiva y la psicología de la salud ocupacional surgen con la intención de investigar en base a esta concepción de la salud. La Psicología de la Salud Ocupacional es definida el año 1990 por Raymond como la disciplina que cuyo propósito es el desarrollo y promoción de la salud en el trabajo. Su interés está centrado en la creación de organizaciones laborales saludables, en las cuales los empleados se impliquen, desarrollen sus capacidades y se sientan reconocidos (Rodríguez et al. 2009; Schaufeli, 2004).

Esta disciplina se enmarca dentro de la Psicología Positiva, por lo que también se denomina Psicología Organizacional Positiva. La Psicología Positiva, cuyos autores más representativos son Seligman y Csíkszentmihályi, se ocupa de estudiar los factores y recursos capaces de generar bienestar, capacidad y salud (Vera, 2006). Así, mientras que la mayoría de la investigación se ha centrado en buscar la manera de prevenir el desarrollo de trastornos en sujetos potencialmente vulnerables, la investigación en el marco de la psicología positiva se centra en el estudio de estados psicológicos positivos, como optimismo, humor, confianza, alegría, creatividad, gratitud, principalmente, y en el estudio de sus repercusiones en el estado de salud física (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Los estudios empíricos realizados indican que estos estados no sólo son indicadores de salud, sino que también tienen influencia en el mantenimiento de la salud: a mayor presencia de estados positivos, menor es la intensidad y duración de los trastornos y, además, los procesos de recuperación son más breves (Fredrickson y Joiner, 2002; Ouweneel, Le Blanc, Schaufeli y Van Wijhe, 2012).

La Psicología Positiva es una rama de la psicología que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología (Vera, 2006, p.5).

Una de las aportaciones más interesantes, confirmada por investigaciones empíricas, es la teoría de Fredrickson sobre las emociones positivas, (B&BT: Broaden and Build Theory of Positive Emotions), que ha permitido constatar el papel fundamental de estas emociones en la ampliación y creación de nuevos recursos personales. Su teoría defiende que las emociones positivas tienen funciones complementarias a las que tienen las emociones negativas (Fredrickson y Joiner, 2002; Simbula y Guglielmi, 2013). Mientras que las emociones de ira, rabia y miedo son útiles para solucionar problemas de supervivencia inmediata al generar una respuesta específica que ayuda a

enfrentar la situación, las emociones positivas, aún teniendo patrones diferentes a nivel fenomenológico, comparten la propiedad de ayudar a ampliar los repertorios de pensamiento y de acción, y a construir reservas de recursos físicos, intelectuales, psicológicos y sociales disponibles para momentos futuros de crisis. Es decir, las emociones positivas propician formas de pensar que amplían el rango de respuestas posibles. En este sentido, las emociones positivas han contribuido a descubrir posibilidades, a generar nuevas habilidades y a mejorarlas, siendo fundamental su papel en la creación de vínculos afectivos entre personas (Llorens, Schaufeli, Salanova y Bakker, 2007; Vecina, 2006). Los estudios experimentales han demostrado que las emociones positivas se relacionan con una organización cognitiva más abierta, flexible y compleja, con la habilidad para integrar distintos tipos de información, y con una forma de pensar más creativa (Vecina, 2006). Así pues, emociones como la alegría, el entusiasmo, la satisfacción, el orgullo, la complacencia, la sorpresa, entre otras, no sólo son agradables sino que mejoran la capacidad de descubrir y crear, así como la calidad de las relaciones sociales (Fredrickson y Joiner, 2002; Vecina, 2006).

Entre los conceptos que maneja la psicología positiva destaca el concepto de bienestar psicológico, desarrollado por Ryff, y que presenta seis dimensiones donde cada una define un reto diferente relacionado con el desarrollo del potencial de uno mismo (Vázquez et al., 2009). Siguiendo a Ryff y Lee (1997), estas dimensiones son:

- Autoaceptación: Las personas se sienten bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- Relaciones positivas con los otros: han desarrollado y mantienen relaciones cálidas con los demás.
- Control ambiental: dan forma a su medio para así satisfacer sus necesidades y deseo.

- Autonomía: han desarrollado un sentido de individualidad y de libertad personal.
- Propósito en la vida: han encontrado un propósito que unifica sus esfuerzos y sus retos.
- Crecimiento personal: mantienen una dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de sus capacidades.

La investigación de la Psicología Organizacional Positiva ha identificado varias medidas para observar los resultados de las intervenciones, entre las que destacan el *engagement* laboral y el *flow* laboral, ambos indicadores de una relación óptima con el trabajo. Incluyen aspectos afectivos, cognitivos y motivacionales en relación al trabajo. El *engagement* laboral es una medida afectiva y cognitiva multidimensional de bienestar, y se define como un estado mental positivo, de satisfacción, relacionado con el trabajo y caracterizado por vigor, dedicación y absorción, donde el vigor se caracteriza por altos niveles de energía y por el deseo de invertir esfuerzo en el trabajo, la dedicación hace referencia a una alta implicación laboral, con sentimientos de significación, inspiración, orgullo y reto por el trabajo y la absorción hace referencia a una experiencia de disfrute y concentración mientras se realiza el trabajo.

We define engagement as a positive, fulfilling, work-related state of mind that is characterized by vigor, dedication, and absorption.(...) Vigor is characterized by high levels of energy and mental resilience while working, the willingness to invest effort in one's work, and persistence also in the face of difficulties. Dedication is characterized by a sense of significance, enthusiasm, inspiration, pride, and challenge.(...) Absorption is characterized by being fully concentrated and happily engrossed in one's work, whereby time passes quickly and one has difficulties with detaching oneself from work (Schaufeli y Bakker, 2002, p.295).

El *engagement* expresa en qué medida el trabajador se siente activo y está implicado en mejorar su desempeño y los resultados del trabajo. Sus

dimensiones son dimensiones opuestas a las dimensiones del SQT: agotamiento, despersonalización y falta de realización personal (Llorens et al., 2007).

El *flow* en el trabajo se define como una experiencia positiva en periodo breve de tiempo que se caracteriza por la vivencia de absorción, disfrute y motivación intrínseca. Por absorción se entiende un estado de concentración total por el cual el trabajador está inmerso en su trabajo. Por disfrute se entiende la valoración cognitiva y emocional de felicidad y placer en relación a la calidad de su vida laboral. Y por motivación intrínseca se refiere a la necesidad de realizar la actividad laboral con el objetivo de experimentar el placer y la satisfacción que de ella se deriva, por lo que el trabajador está profundamente interesado en su trabajo y fascinados por lo que realizan. Es un concepto desarrollado por Bakker, a partir del concepto de *fluir* de Csíkszentmihályi (Bakker, 2001; Salanova, Bakker y Llorens, 2006)

Estos dos conceptos son muy próximos y, de hecho, comparten la variable absorción. La principal diferencia es que el *engagement* es un estado más persistente y generalizado, mientras que el *flow* hace referencia a una experiencia óptima puntual y limitada en el tiempo (Salanova et al., 2006). Sin embargo, las últimas investigaciones cuestionan la estabilidad del *engagement* y demuestran que puede fluctuar en cortos periodos de tiempos, de un día a otro, e incluso a lo largo del día (Ouweneel et al., 2012).

Ambos conceptos están relacionados con la motivación intrínseca hacia el trabajo:

Motivation is usually considered namely as a psychological process that includes activation or energy, effort or persistence, as well as the direction towards a goal. (...) Work engagement covers the basic dimensions of intrinsic motivation, which ensures goal oriented behaviour and

persistence in attaining objectives along with high levels of activation (vigour) as well as feeling enthusiastic, identifying with and being proud of one's job (dedication) (Salanova y Schaufeli, 2008, p.118).

Estudios sobre el aprendizaje muestran que los estados de *engagement* y *flow* son estados óptimos para adquirir conocimiento y competencias porque van acompañados de un funcionamiento afectivo y cognitivo capaz de tolerar los estados de confusión previos a la comprensión y favorecedor de la memorización de la experiencia (D'Mello y Graesser, 2012; Sandi, Venero y Cordero, 2001).

Students in the state of engagement /flow are continuously being challenged within their zones of optimal learning and are experiencing two steps episodes alternating between confusion and insight. In contrast to these presumably beneficial engagement /flow -confusion- engagement /flow cycles, there are the harmful oscillations between boredom and frustration, when a confused learner gets stuck and experiences frustration, which can trigger confusion if the additional impasse is detected (D'Mello y Graesser, 2012, p. 154).

Los estudiantes en el estado de *engagement* están en sus zonas de aprendizaje óptimo experimentando episodios alternados entre confusión y comprensión. En contraste con estos ciclos beneficiosos están las oscilaciones perjudiciales entre el aburrimiento y la frustración: cuando un estudiante está poco motivado y se queda estancado experimenta frustración y, de nuevo, confusión (D'Mello y Graesser, 2012).

Otras medidas de bienestar en el trabajo son la satisfacción, el entusiasmo, el compromiso, la motivación, entre otras, y relacionados con éste se encuentran la autoestima y la autoeficacia (Extremera, Duran y Rey, 2010).

2.3 EVALUACIÓN Y VIGILANCIA DE LA SALUD LABORAL

El Reglamento de los Servicios de Prevención (17-1-97) establece que el procedimiento para establecer acciones preventivas en la empresa debe basarse en el conocimiento de las condiciones de cada uno de los puestos de trabajo, para identificar y evitar los riesgos y evaluar los que no puedan evitarse (Art.2.2), articulándose en varias etapas. Tal como señalan Sevilla y Villanueva (2000), la primera de ellas es la identificación de riesgos y de trabajadores expuestos mediante la recopilación de información sobre cada uno de los puestos de trabajo, incluyendo en ella los puntos de vista de los trabajadores/as (Art.5.1), con el fin de conocer:

- Las características y organización del trabajo.
- Las materias primas y equipos de trabajo.
- El estado de salud y características de los/as trabajadores/as.

Por ello, a partir de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en el estudio de los procedimientos de identificación, medición y seguimiento de riesgos en el trabajo, pueden distinguirse dos orientaciones diferentes y complementarias:

- a) Evaluación de los factores de riesgos laborales, que analiza aquellas condiciones de la tarea, de la organización y del lugar de trabajo susceptibles de tener efectos negativos sobre la salud del trabajador con el objetivo de evitar daños a través de la modificación de sus causas en la organización del trabajo protocolos, diseños y procesos específicos y diferenciados (ISTAS, 2010).
- b) Evaluación de la salud y del bienestar de los trabajadores, que tiene por objetivo valorar el estado de salud y su posible relación con el trabajo (riesgos laborales), atendiendo tanto a la identificación de accidentes y enfermedades profesionales, como a discapacidades y alteraciones del

bienestar del trabajador. Este procedimiento se incluye en el área de Vigilancia de la Salud (Benavides et al., 2004).

Ambas tareas son imprescindibles en la prevención de riesgos. La evaluación de factores de riesgo estudia el nivel de exposición a los riesgos psicosociales y se adelanta a los efectos que, quizás a largo plazo, puedan tener en la salud de los trabajadores mientras que la evaluación de la salud estudia el estado de salud en los trabajadores. Se enmarca dentro de la vigilancia de la salud.

El Libro Blanco de la “Vigilancia de la Salud para la Prevención de Riesgos Laborales” del Sistema Nacional de Salud (2003) define la vigilancia de la salud de los trabajadores como la expresión que engloba una serie de actividades referidas tanto a individuos como colectivos, orientadas a la prevención de los riesgos labores y cuyos objetivos generales tiene que ver con la identificación de problemas de salud y la evaluación de intervenciones preventivas (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT], 2007). El principal objetivo de la vigilancia de la salud es determinar la exposición de los trabajadores a los peligros para la salud, la detección temprana de enfermedades relacionadas con el trabajo que desempeñan, y la puesta en marcha de medidas para su prevención. Asimismo, la vigilancia de la salud tiene un papel fundamental en el reconocimiento de enfermedades profesionales con períodos de latencia largos (OIT, 2013). Se pueden diferenciar dos líneas complementarias:

- a) Vigilancia de la salud a nivel individual, centrada en la detección precoz, gestión del caso, identificación de trabajadores susceptibles y adaptaciones de la tarea a trabajadores afectados.
- b) Vigilancia de la salud a nivel colectivo, que se refiere a valorar el estado de salud de los trabajadores, alertar sobre posibles situaciones de riesgo y evaluar la eficacia del plan de prevención, mediante la recopilación de

datos sobre los daños derivados del trabajo en la población activa (de cualquier ámbito geográfico, empresa o territorio) y así poder conocer y controlar los mismos y poder realizar análisis epidemiológicos. En efecto, en esta dimensión colectiva, conocer el estado de salud de los trabajadores es imprescindible para poder describir la importancia de los efectos de los riesgos laborales en poblaciones determinadas (su frecuencia, gravedad y tendencias de mortalidad y morbilidad), establecer la relación causa-efecto entre los riesgos laborales y los problemas de salud derivados de éstos, conocer qué actividades de prevención hay que llevar a cabo, su priorización, por ejemplo, en función de su frecuencia y su gravedad, y evaluar la efectividad de dichas medidas preventivas (Buedo, García, Gallo y Guzmán, 2004; Gómez Etxebarria, 2012; Solé, Solórzano y Piqué, 2012).

Desde este punto de vista, una valoración negativa de la salud de los trabajadores informa de la necesidad de examinar parámetros laborales como exigencias, comunicación, autonomía y apoyo social, así como de introducir las medidas preventivas a nivel organizativo que eliminen la repercusión negativa de las condiciones de trabajo (Benavides et al., 2004).

La vigilancia de la salud comprende las siguientes actividades: información sobre el estado de salud de los trabajadores para identificar riesgos, evaluaciones periódicas de salud y exámenes médicos, estudios de absentismo por enfermedad, estadísticas de accidentes, análisis epidemiológicos e investigación de las causas de los daños para la salud (Gómez Etxebarria, 2009; Serra y García-Gómez, 2004; Solé et al., 2012;).

En este contexto, los cuestionarios de salud percibida son uno de los instrumentos más utilizados para realizar un seguimiento del estado de salud individual y colectiva. Se trata de encuestas estandarizadas sobre indicadores de bienestar y de sintomatología, cuya importancia estriba en informar sobre la

calidad de la salud que el sujeto aprecia en su persona. Con ellos se obtiene información sobre la percepción que tienen los sujetos sobre su propio estado de salud, revisando la presencia de síntomas, pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían definir un problema de salud (Serra y García-Gómez, 2004). Permiten recoger información de forma homogénea entre todos los sujetos, identificar niveles de incidencia de alteraciones diversas, realizar estudios de comparación entre grupos de sujetos así como observar cambios a lo largo del tiempo. Esta forma de evaluación de la salud es el primer paso en la prevención de riesgos. En el caso de obtenerse en el conjunto de los trabajadores un nivel bajo de salud, estará indicando la necesidad de examinar parámetros laborales como exigencias, comunicación, autonomía, apoyo social y de introducir las medidas preventivas a nivel organizativo que sean pertinentes (Fidalgo y Pérez, 1999).

Siguiendo a Nogareda (2000), las ventajas de estas técnicas para la evaluación de la salud en un colectivo de trabajadores son las siguientes:

- Se obtiene la visión del trabajador, que es quien sufre este tipo de problema. Este carácter subjetivo de la evaluación es necesario dada la influencia de la propia percepción en la generación de estados relacionados con el estrés.
- Pueden ser aplicadas a un gran número de individuos.
- Supone un coste de tiempo reducido tanto para los sujetos como para el examinador.
- La naturaleza impersonal de estas pruebas, el vocabulario estandarizado, el mismo orden de las preguntas, y una presentación e instrucciones normalizadas, ofrecen una gran garantía de uniformidad en las mediciones.
- Los encuestados pueden tener una mayor confianza en el anonimato y sentirse más libres para expresar sus opiniones.
- Pone a la persona encuestada en una actitud poco obligada para la respuesta inmediata.

Dado que la evaluación de la salud debe incluir aspectos relacionados con el bienestar y el funcionamiento óptimo de los trabajadores, los cuestionarios deben abarcar aspectos como la autoeficacia, satisfacción, motivación intrínseca, *engagement* y *flow* (Schaufeli, 2004). De esta forma se considera que un trabajador está sano, no sólo cuando no está enfermo sino cuando además presenta un estado de funcionamiento óptimo, está motivado por su trabajo, satisfecho, comprometido con la organización y adaptado a su entorno laboral (Salanova et al., 2014; Schaufeli, 2004). Por último, dado que la salud del trabajador se ve afectada de manera diferente en función de la profesión y del puesto de trabajo que desarrolla, es necesario adaptar el cuestionario de salud a la actividad que realiza el trabajador, atendiendo de forma específica los trastornos más frecuentes asociados a ésta. Para ello, se requieren instrumentos de evaluación adecuados y específicos (Benavides et al., 2004; Gil-Monte y Peiró, 2000).

En resumen, destacamos para la elaboración de un cuestionario de salud docente lo siguiente: a) una comprensión del trabajo que como actividad genera desarrollo profesional en el trabajador siempre que se realice en unas condiciones adecuadas; b) una concepción de la salud laboral que considera tanto las manifestaciones de deterioro de la salud como las de bienestar; y c) la necesidad de realizar una vigilancia de la salud que considere los riesgos específicos asociados a la profesión.

3. LA PROFESIÓN DOCENTE

Este capítulo está dedicado a la ofrecer una perspectiva general sobre las características propias de la profesión docente, analizando los aspectos singulares como profesión de servicio, vinculada a las políticas públicas, y muy interdependiente de los cambios profundos cambios que experimenta nuestra sociedad. A partir de este análisis, nos aproximamos a la descripción de los principales condicionantes que explican tanto los riesgos laborales de la docencia como las posibilidades de satisfacción y bienestar que ofrece.

3.1 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DE LA PROFESIÓN DOCENTE

La profesión docente tiene unas características singulares debido a que las funciones que le son propias están sujetas a cambios y redefiniciones continuas. Ello es debido a que la función general de educar a la infancia y la adolescencia significa responder a unas necesidades cambiantes, atribuidas por la sociedad de cada momento, complejas y con cierto grado de ambigüedad. Además, la función educativa del docente se realiza en el marco de la educación escolar, regulada por el Estado, sujeta a tensiones propias y a una relación dialéctica con la sociedad y, específicamente, la política. Todo ello determina el tipo de demandas y de reconocimiento que el docente recibe en su actividad profesional, incidiendo en su salud laboral.

3.1.1 EL DOCENTE COMO PROFESIONAL

El docente realiza una actividad laboral regulada por un contrato y que le sirve como medio de vida. Su actividad está sujeta a unas condiciones laborales que aunque pueden variar de un centro educativo a otro, tienen en todos los casos

muchas características en común. Y es así, independientemente de la titularidad del centro educativo en el que cada docente desarrolla su trabajo, por tratarse de una profesión regulada por la Administración que está al servicio de una política pública. Entre otros aspectos se debe tener en cuenta las siguientes características comunes en la profesión.

- La actividad docente supone principalmente trabajo en el aula, con la obligatoriedad de desarrollar un currículum establecido externamente en grupos generalmente homogéneos de edad pero heterogéneos en capacidades e intereses. Esta tarea comporta procesos de acompañamiento personal, que pueden ser intensos en forma de tutoría explícita, y que requieren en mayor o menor grado la participación de las familias, también heterogéneas y diversas.
- Las condiciones laborales están fijadas de modo homogéneo para el colectivo, tanto en los aspectos retributivos como en las variables que preconfiguran las cargas de trabajo, como son el número de horas de clase, número de alumnos, tipo de asignaturas, horas de reunión, etc.
- La gestión y organización del centro también responde a un patrón básico definido por ley y de obligado cumplimiento, que sin eclipsar otros factores sí representa un marco singular para el desarrollo de funciones en relación a la organización que también corresponde asumir a los docentes. En mayor o menor grado según las responsabilidades asumidas, los docentes se implican en el liderazgo y en mecanismos de participación en la gestión del centro, regulación de la convivencia, etc.
- También el tiempo laboral responde a una regulación homogénea en variables como el calendario, los horarios, el sistema de permisos, licencias y excedencias, etc. que determinan regularidad en los ritmos

de trabajo y marcan las mismas ventajas e inconvenientes para toda la profesión.

- Las condiciones materiales para el ejercicio de la docencia, como la organización de los espacios, las condiciones ambientales y físicas, los recursos materiales, etc. son también similares en la gran mayoría de centros del país, aunque obviamente existen escuelas que se sitúan muy por encima de los estándares.
- Finalmente, la profesión se desarrolla en un marco de alta estabilidad laboral, con posibilidad de mantener el puesto de trabajo una vez conseguido, pero a la vez sujeto a reducidas posibilidades de promoción o desarrollo de la carrera profesional si no se transita hacia la gestión escolar, que en parte es como acceder a una nueva profesión.

A las características de tarea colectiva, alta regulación, baja competitividad y escasa promoción, debe sumarse la alta complejidad de la profesión. En efecto, el análisis general de la actuación profesional, sin considerar las posibles obligaciones con la organización y el sistema educativo, indica que además de los condicionantes explicados, el docente desarrolla una serie de tareas diversas y complejas, como son la programación y adaptación del proceso pedagógico a las características y posibilidades de los educandos, el dominio de los recursos didácticos, la aplicación de técnicas de motivación personal, la dinamización del grupo clase y la evaluación. Se trata de unas tareas a través de las cuales los docentes dan respuesta a unas demandas sociales que varían con el tiempo. Sarramona, Noguera y Vega (1998) expresan con precisión esta relación existente entre lo que de modo general podríamos conocer como los saberes profesionales, adquiridos por la persona en su formación inicial y continua, y su vinculación a las exigencias externas, que obviamente no se ajustan necesariamente a estos saberes.

Los profesionales de la educación son aquellos cuya tarea "es intervenir, realizando las funciones pedagógicas para las que se han habilitado" (...) Lo que distingue a los profesionales de la educación es su competencia y habilitación en funciones pedagógicas, que son actividades específicas basadas en el dominio de aquel conocimiento autónomo de la educación que permite generar decisiones pedagógicas, y cuyo concurso es necesario para satisfacer la demanda social de calidad en la educación" (Sarramona et al., 1998, p106).

Abocados a una notable indefinición de la profesión docente, por la propia esencia de lo que es educar a los menores y ante el debate de a quién corresponde hacerlo, los mismos autores plantean delimitar la profesión a "un ámbito específico de actuación (la escuela), preparación técnica y científica para resolver los problemas propios de su ámbito de actuación, compromiso de actualización y perfeccionamiento de los conocimientos y habilidades que le son propios, ciertos derechos sociales como individuo y como colectivo profesional, autonomía en la actuación y compromiso deontológico con la práctica docente" (Sarramona et al., 1998).

Desde la sociología de las profesiones, y aparte del debate sobre la ambigüedad de las tareas docentes y la responsabilidad de educar, el hecho de conceptualizar al docente como profesional permite entenderlo como: a) poseedor de una base de conocimiento suficientemente amplia para desarrollar su tarea; b) capaz de generar conocimiento sobre su práctica y de buscar los recursos necesarios para mejorarla; c) con una actitud positiva hacia su desarrollo profesional continuo; d) con autonomía en la realización de su tarea, capaz de adecuarla al contexto y de cooperar con otros profesionales; e) con un código ético y mecanismos de autocritica (Imbernón, 1998). De lo que se desprende una exigencia respecto a la docencia vinculada a la profesionalidad y no a la vocación, en dónde ser docente guarda más relación con las competencias (querer y saber) que con la misión (sentirse llamado o gustar).

Así pues, la profesión docente y la cultura profesional docente tiene que ver con los conocimientos existentes, con las orientaciones conceptuales sobre la función docente, con los procesos de formación inicial, con los requisitos de acceso, con el estatus y condiciones de trabajo, con la formación permanente, con la evaluación del trabajo, con los itinerarios profesionales, con la política educativa y curricular y con los procesos de innovación (Imbernón, 1998).

Fernández-Enguita (1993, 2008) ha recurrido con frecuencia al concepto semiprofesión para referirse a la docencia, dada la ambigüedad de tareas, la dependencia como empleado o trabajador, las exigencias de trabajo intelectual y por lo tanto de orientación más liberal, y el nivel limitado de autonomía.

En este tipo de trabajo, el educativo, no es el colectivo de trabajadores el que define cuáles son los objetivos del proceso o su finalidad, tampoco eligen los medios o el objeto ni la forma de organizarse para llevar adelante ese proceso de trabajo, es decir, no programan ni planifican el proceso de trabajo; quienes tienen ese poder son las administraciones educativas (ADEMYS, 2011, p.7).

La cuestión de la autonomía, según la literatura consultada, parece un tema central para valorar las posibilidades y dificultades de profesionalización real de la docencia en el sentido de asociar la profesión más con los saberes específicos que con el salario. Como afirma Bolívar (2006), la docencia está fuertemente regulada por un conjunto de normas propias, tutelada y sobrerregulada por la administración educativa antes que por las demandas de los "clientes". Y, en consecuencia, numerosos factores que regulan la profesión, como son las políticas educativas, la investigación, el diagnóstico, la evaluación de resultados, el diseño curricular y la selección de valores, contenidos e instrumentos, se definen de forma externa al colectivo docente (Fernández-Enguita, 2008; Sarramona et al., 1998), actuando como condicionantes laborales, y a nuestro entender más cercanos a situaciones de malestar que de bienestar.

Profundizando en esta cuestión resulta revelador el análisis que realiza Tardiff (2004) al destacar la posición paradójica del docente en relación a los saberes de su profesión. El autor afirma que los docentes tienen como función principal la generación de saberes en los alumnos, sin embargo, no gozan de autonomía en relación a ellos sino que les son dados. Así pues, los conocimientos curriculares que transmiten vienen definidos en los programas, materias y currículos por la administración pública y el sistema educativo. Y, por otro lado, las universidades y los formadores asumen la tarea de producción y legitimación de los saberes científicos y pedagógicos, siendo competencia de los docentes su apropiación en su proceso de formación para después aplicarlos en el contexto educativo. En realidad son pocos los docentes que pueden participar en la generación de conocimiento pedagógico a partir de su experiencia profesional. Así pues, el docente ni selecciona los saberes que transmite ni genera ningún saber a través de su actividad. Situación que lleva a los docentes a ocupar una posición devaluada en relación a sus saberes. Ello, en definitiva, podría explicar la poca consciencia del docente como agente activo de un colectivo y, de algún modo, cierto grado de vulnerabilidad como profesional.

3.1.2 FUNCIONES DE LA ESCUELA

Habida cuenta de que el docente como profesional, tal como hemos explicado, debe cumplir con las funciones que la sociedad atribuye a la escuela -y que en relación a nuestra investigación no es un tema menor dada la relación existente entre funciones, conflicto de rol y sobrecargas laborales- en este apartado nos detenemos a analizar las funciones sociales de la escuela

Para indagar en la función social que desempeña o debe desempeñar la escuela en los países occidentales en la actualidad resulta necesario referirse

al marco establecido a finales del siglo pasado por la UNESCO, a través del informe de Jackes Delors. En él se definen cuatro principios rectores para la educación del siglo XXI, orientados hacia el desarrollo de las personas, y que buscan dar respuesta a las necesidades sociales de la era del conocimiento y la globalización. Su ámbito no queda restringido a una etapa vital, puesto que como premisa primera afirma la necesidad de proponer una educación a lo largo de toda la vida (Delors, 1996). Concretamente, propone estructurar la educación en torno a cuatro aprendizajes fundamentales:

- Aprender a conocer. Este objetivo consiste en proporcionar a la persona conocimientos e instrumentos necesarios para poder comprender el mundo que le rodea. A través de la adquisición de estos conocimientos también se busca ejercitar la atención, la memoria y el pensamiento, estimular su curiosidad intelectual y su espíritu crítico, aprender a analizar situaciones y aprender formas de comunicación satisfactorias para él y para los demás. Y todo ello capacita a la persona para aprender de forma autónoma.
- Aprender a hacer. Este objetivo incluye en la educación la adquisición de competencias para utilizar los conocimientos y procedimientos recibidos en situaciones concretas de ámbito personal, familiar o profesional. También se incluye la adquisición de unas competencias sociales y personales que faciliten el trabajar en equipo, asumir iniciativas y riesgos, desarrollar capacidades personales y profesionales e implicarse en el trabajo.
- Aprender a convivir. Este objetivo se orienta fundamentalmente al desarrollo de aptitudes para establecer relaciones estables y eficaces entre las personas y para una resolución de conflictos de manera pacífica. Son de interés especial las propuestas dirigidas a facilitar experiencias de conocimiento mutuo y cooperación dado que ayudan a eliminar prejuicios desfavorables y actitudes dogmáticas.

- Aprender a ser: Señala la necesaria contribución de la educación al desarrollo global de cada persona de forma que esté dotada de un pensamiento autónomo y crítico, de capacidad de elaborar un juicio propio, de determinar por sí mismo qué desea hacer en las diferentes circunstancias de la vida, de inteligencia, sensibilidad, sentido estético, responsabilidad individual, espiritualidad, entre otras cualidades y actitudes de los seres humanos.

Más que nunca, la función esencial de la educación es conferir a todos los seres humanos la libertad de pensamiento, de juicio, de sentimientos y de imaginación que necesitan para que sus talentos alcancen la plenitud y seguir siendo artífices, en la medida de lo posible, de su destino. (...) el desarrollo tiene por objeto el despliegue completo del ser humano en toda su riqueza y en la complejidad de sus expresiones y de sus compromisos (Delors, 1996, p.106).

Estos objetivos de la educación en general se concretan más al hacer referencia a una forma específica de educación: la educación escolar. Según Coll (2001), las principales características de la educación escolar son:

- Dar acceso a los alumnos a un conjunto de saberes y formas culturales esenciales para su desarrollo. Desde estos saberes y formas será posible que los alumnos construyan su identidad personal, en el marco de un contexto social y cultural determinado.
- Posibilitar los procesos de socialización, relacionados con la incorporación del joven a su sociedad y a su cultura, y los procesos de individuación de los jóvenes, encaminados en la construcción de la identidad personal. La adquisición de aprendizajes es fuente de desarrollo personal de los alumnos en la medida en que los sitúe individualmente y de forma activa, constructiva y crítica en y ante el contexto social y cultural del cual forman parte.

Promover el desarrollo de los miembros más jóvenes de la sociedad, caracterizado por una ayuda sistemática, planificada y sostenida que sólo se puede garantizar en la escuela.

Si miramos la historia de la escuela como institución comprendemos mejor cómo han evolucionado las funciones que le son propias, tanto en su definición conceptual como, muy especialmente, en su intensidad y complejidad. La escuela universal surge con la revolución industrial, a partir del reconocimiento de las necesidades de mano de obra más cualificada y, también, del reconocimiento de ciertas necesidades que tenían niños y jóvenes para poder desarrollarse e incorporarse al mundo social. La creación de esta institución tal como la conocemos ahora, con sus funciones propias, su espacio, su organización, calendario y horarios aparece entre finales del siglo XIX y primer tercio del siglo XX. Los sistemas escolares se conciben como instituciones de masas que dispensan a toda la población un tratamiento uniforme con una planificación centralizada. Ello supuso la formación de un cuerpo docente y el desarrollo del sistema escolar moderno. A partir de allí se fueron definiendo los contenidos a enseñar, la formación de los docentes, los procesos de selección de los docentes, y demás aspectos, hasta el establecimiento del sistema educativo como forma administrativa reguladora de la normativa sobre las tareas y funciones de los docentes y del marco normativo que organiza la escuela.

En un principio, la función primera de la escuela era la alfabetización de niños y jóvenes, mucho de ellos hijos de personas que no sabían leer. Actualmente las funciones sociales de la escuela son mucho más complejas. Carbonell (1994) destaca las siguientes funciones:

- Custodia, sobre todo a partir del establecimiento de enseñanza escolar como obligatoria y con un horario que permite que tanto el padre como

la madre puedan acceder a una vida laboral compatible con la educación de los hijos.

- Preparación para el trabajo, al ayudar a establecer una organización del tiempo, unas formas de disciplina y de comunicación en un entorno social determinado, unos recursos para el aprendizaje de una cultura básica y unos mecanismos de evaluación.
- Formación de futuros ciudadanos que se incorporarán al sistema social. En las sociedades democráticas el ideal de ciudadanía se relaciona con valores de responsabilidad, participación, solidaridad, diálogo, libertad y democracia, y estos son los valores que desde la escuela se promueven. Sin embargo, entran en contradicción con el sistema social imperante regido por valores de competitividad y exclusión social.
- Igualdad de oportunidades a partir del reconocimiento del derecho a la educación. En coherencia con el modelo de estado del bienestar de Europa en estas últimas décadas, se defiende la necesidad de una pedagogía centrada en dar oportunidad a todos los alumnos y alumnas y en compensar los mecanismos reproductores de las desigualdades sociales y se propone una escuela comprensiva, donde priman los ideales de convivencia, de excelencia y de atención a la diversidad. De nuevo, esta propuesta entra en contradicción con un mundo globalizado y altamente competitivo, y supone un gran reto social, que sólo puede asumir la escuela si cuenta con el apoyo decidido de todos los agentes sociales educativos.

A partir del análisis de estas funciones de la escuela, podemos entrever lo que la sociedad espera de la institución escolar y lo que determinará las finalidades y el contenido de la tarea docente. Cambios en las demandas de la sociedad a la educación escolar suponen también cambios en la función docente y ello

implica que los docentes están sujetos a procesos de reformulación de su función. Así, cambios en la familia como institución social, en el mercado laboral, en las tecnologías, avances continuos en la ciencia, nuevas formas de comunicación y gestión de la información o crecientes desafíos al concepto de ciudadanía son tan sólo algunos de los factores que inciden en este dinamismo constante (Longás, 2010).

Podemos concluir afirmando que la naturaleza de la educación la convierte en una gran tarea transversal, en la que participan todos los agentes sociales y, en consecuencia, abierta a la corresponsabilidad. La escuela, sus profesionales, tienen una importante cuota de esta responsabilidad y se deben a las directrices que define la sociedad mediante la gestión del sistema educativo. Pero los cambios cada vez más acelerados en las necesidades sociales, la tecnología y el conocimiento, la cultura y los valores obligan a la escuela a una dinámica de adaptación al cambio que puede ser desestabilizadora y estresante. Además, debemos considerar que lograr una buena educación requiere una acción social colectiva. El docente trabaja para conseguir unos objetivos que en buen grado no define, para los que necesariamente no ha sido capacitado en su formación profesional inicial y, lo que a la postre genera mayor incertidumbre, cuyo logro no depende exclusivamente de la calidad de su trabajo. Las expectativas y exigencias sociales depositadas en la escuela se traducen en unas características y condicionantes de la profesión docente que pueden incrementar el riesgo laboral en tanto que suponen altas demandas profesionales, bajo control sobre finalidades y recursos, e incertidumbre ante el logro de resultados.

3.1.3 FUNCIONES Y COMPETENCIAS DOCENTES

Genéricamente entendemos que la función de la profesión docente se deriva del desarrollo y cumplimiento de la función de la escuela. Como define

Imbernón (1998), en una sociedad democrática la función de la profesión docente es el ejercicio de unas tareas de carácter laboral educativo al servicio de una colectividad, con unas competencias en la acción de enseñar, en la estructura de las instituciones y en el análisis de los valores sociales. El desempeño de estas funciones requiere de un amplio repertorio de competencias por parte del profesional. Su análisis muestra la alta complejidad de esta profesión y nos permitirá, a partir de esta constatación, analizar en un apartado posterior la dificultad y reto que supone mantener la competencia profesional a lo largo de la vida laboral de cada docente.

Para aproximarnos al conocimiento detallado de qué supone desarrollar la función docente sintetizamos las aportaciones de Scriven (1994), Imbernón (1998) y Schalock, Cowart y Staebler (1993), autores clásicos que a finales del siglo XX, en una década con gran interés investigativo alrededor de la profesionalización docente y su evaluación, establecieron categorías de análisis complementarias. Según un análisis sistémico veremos a continuación que el docente tiene obligaciones o responsabilidades profesionales con la sociedad, la escuela como organización profesional o centro de trabajo y con los alumnos, tanto individualmente como en su realidad grupal.

a) Funciones respecto al entorno no escolar: Son las funciones que tiene el docente como profesional docente de una comunidad social. Las más importantes son:

- Respetar las normas y prescripciones que reglamentan la educación escolar y mejorar el currículum, adaptándolo a las necesidades presentes en el entorno cultural y social.
- Integrar el medio natural, social y cultural en el proyecto educativo.
- Contribuir a la mejora del sistema educativo y de la profesión, mediante la investigación sobre la enseñanza, implicación en organizaciones profesionales, acciones de transferencia de conocimiento, etc.

- Participar en servicios en/ para la comunidad.

b) Funciones respecto a la escuela y la institución: Son las funciones derivadas de su condición de miembro de un equipo docente y una organización, que tiene una cultura propia debido al estilo directivo, los procesos de gestión, las prioridades, jerarquías, estilos de comunicación, etc. Las más importantes son:

- Participar en los aspectos organizativos y de gestión del centro escolar.
- Trabajar de forma cooperativa y en equipo con compañeros, directivos y padres.
- Contribuir al funcionamiento colegial y democrático del centro.
- Contextualizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en el medio social y cultural.
- Participar en el diseño de las estrategias de formación permanente.
- Promover y realizar actividades de innovación y mejora del clima educativo.

c) Funciones respecto al alumno/a y al grupo clase: Son las funciones derivadas de la responsabilidad como docente y educador, constituyendo el núcleo central de la profesión docente. Las más importantes son las siguientes:

- Instruir, enseñar o dar acceso a conocimientos de materias, asignaturas o disciplinas científicas, ya sean específicas o transversales, ya sea en las áreas propias y/o en las materias transversales. Ello supone tanto el dominio suficiente de la disciplina o área de conocimiento, como la capacidad de organizar los procesos de aprendizaje. El docente, en cualquier etapa educativa, debe:
 - Programar las intervenciones educativas con objetivos adecuados i adaptadas al contexto.
 - Planificar de forma flexible de actividades de enseñanza-aprendizaje en el aula.

- Desarrollar actividades de enseñanza-aprendizaje.
 - Adoptar o crear medios para la docencia (materiales, técnicas, instrumentos...).
 - Adaptar los contenidos y las actuaciones curriculares e instruccionales a alumnos con diferentes niveles, motivaciones y capacidades.
 - Organizar metodologías y recursos didácticos complementarios para establecer las estrategias pedagógicas pertinentes.
- Dinamizar grupos y gestionar las interacciones en el aula, dado que el docente ante los grupos de alumnos actúa como líder formal y tiene la responsabilidad de guiar, incentivar y controlar.
 - Conocer y comunicar con los alumnos de forma individual o grupal.
 - Gestionar el ambiente de trabajo en el aula mientras se realizan las actividades de enseñanza-aprendizaje.
 - Gestionar la convivencia y disciplina, favoreciendo el orden y tipo de conducta facilitadoras de un clima de trabajo y aprendizaje.
 - Motivar a los alumnos para implicarlos en su aprendizaje y en el grupo, aspectos muy interdependientes.
- Evaluar los procesos y los resultados de aprendizaje de los alumnos, en su doble función de ayuda a mejorar el propio aprendizaje y de acreditación.
 - Desarrollo de competencias de evaluación, centradas en la evaluación de los avances realizados por los alumnos.
 - Establecer criterios claros y operativos capaces de indicar el progreso de los alumnos.
 - Construir, administrar y corregir instrumentos de evaluación.
 - Determinar las formas de puntuación y calificación tanto del proceso como de los resultados de los aprendizajes adquiridos.
 - Realizar los procesos técnico-administrativos que exige la evaluación en la educación formal.

- Analizar los resultados individuales y grupales, tanto a nivel individual como en equipo docente (juntas de evaluación y reuniones departamentales).
- Redactar informes sobre el rendimiento de los alumnos y comunicar a alumnos y familias los resultados.

A las funciones correspondientes a los tres ámbitos propuestos, debemos añadir la dimensión moral de su tarea que lleva a plantear la exigencia del comportamiento ético de modo transversal o aplicado en todos los ámbitos de actuación. El docente está comprometido en el cumplimiento profesional a un comportamiento ético y responsable ante el trabajo y al conocimiento de sus deberes (Imbernón, 1998; Sarramona et al., 1998).

La sintética exposición del inventario de funciones de la profesión docente nos abre la puerta a preguntarnos sobre qué conocimientos, habilidades y, en definitiva, competencias caracterizan una buena profesionalidad.

Siguiendo a Imbernón (1998, p. 25), por conocimiento pedagógico se entiende el conocimiento utilizado por los profesionales de la enseñanza, siendo un conocimiento que se va construyendo y deconstruyendo constantemente durante la vida profesional del docente en su relación con la teoría y la práctica. Se trata de un conocimiento complejo y práctico, de un saber (teórico) y de un saber hacer (práctico o procedimental) que requiere además un tipo de actitudes determinadas. Los diferentes conocimientos que se aplican en la docencia (Atjonen et al., 2011; Imbernón, 1998; Schullman, 1986) se pueden clasificar en:

- Conocimientos sobre contenidos disciplinares, en referencia a la comprensión y actualización de los contenidos relacionados con la materia o disciplina que se imparte. Tienen un peso mayor conforme aumenta el nivel de enseñanza.

- Conocimientos sobre contenidos pedagógicos, referidos a la habilidad de transmitir conocimiento a los alumnos a través de múltiples métodos de enseñanza de forma que éstos realmente los puedan comprender e integrar.
- Conocimientos psicopedagógicos generales, que hacen referencia a las estrategias de gestión del aula, organización del aprendizaje y de su acompañamiento, técnicas de comunicación y enseñanza efectivas. Se centran en la habilidad para responder a situaciones cotidianas del aula y para generar ambientes estimuladores del aprendizaje.

La adquisición de esta amplitud de conocimientos no es la clave de una profesionalidad sólida, pues la competencia pedagógica se materializa en su interacción, ya que es un conocimiento adquirido que se aplica a un proceso heterogéneo y variable que precisa de una continua interpretación y ejecución. Como defiende Imbernón (1998), el docente trabaja en situaciones complejas donde interactúan muchos aspectos: cognitivos, emocionales, culturales, éticos, entre otros. Para poder afrontar situaciones de incertidumbre, contextualizadas e idiosincráticas, el docente debe estar preparado para interpretar la situación y tomar decisiones sobre los objetivos y las actuaciones en muy poco tiempo.

El trabajo del docente consiste no tan sólo en transmitir información, ni siquiera conocimientos, sino en presentarlos en forma problemática, situándolos en un contexto y poniendo los problemas en perspectiva, de manera que el alumno puede establecer nuevos nexos. La relación pedagógica trata de lograr el pleno desarrollo de la personalidad del alumnado, respetando su autonomía.(...) Son el trabajo y el diálogo con el docente lo que contribuye a desarrollar el sentido crítico del alumno. (...) Por ello, el docente debe poder ejercer competencias pedagógicas muy

variadas y competencias personales como la empatía y la paciencia (Delors, 1996, p.166).

Por lo tanto, la competencia es, no sólo la adquisición de unas habilidades y conocimientos, sino también la capacidad de responder de forma pedagógica en cada situación, lo que implica reflexionar, organizar, seleccionar acciones y actuar de forma que se optimice la situación de enseñanza- aprendizaje. La competencia pedagógica es, por tanto, necesariamente adaptable y transferible (Imbernón, 1994) y tiene un claro componente de eficacia y de desempeño. Conocimientos y competencias están muy relacionados y ambos son básicos para la percepción de una autoeficacia profesional alta. Cuando ésta se da el docente experimenta satisfacción profesional pues, como individuo, toma conciencia del bagaje amplio de destrezas que domina y de la capacidad estratégica que permite aplicarlas de forma adecuada y creativa.

3.2 DESARROLLO PROFESIONAL DEL DOCENTE

Desde la perspectiva de la profesionalización suele diferenciarse el concepto de formación del concepto de socialización profesional. La formación es un proceso institucionalizado y explícito de adquisición de conocimientos, mientras que la socialización es un proceso de adquisición de habilidades, capacidades y saberes, un proceso informal y largo por el cual el profesional desarrolla valores, actitudes, intereses, capacidades y saberes a partir de su experiencia en una cultura determinada, la que está en vigor en los grupos en los que pretende integrarse como miembro. Es en el proceso de socialización como el docente adquiere las competencias (Tardif, 2004) y el que permite introducir el concepto de desarrollo profesional en la docencia.

El concepto de desarrollo profesional en el docente está referido a la evolución de sus competencias pedagógicas y a las posibilidades de promoción

intrínsecas a la docencia. Es cierto que la mayoría de docentes tienen la misma responsabilidad cuando empezaron que después de muchos años. Aun así, sí que existen diferentes cambios a lo largo de la vida profesional en relación a su competencia personal y en relación al colectivo docente. El desarrollo profesional se puede entender como un proceso de crecimiento personal y colectivo que ha de revertir en un mejor servicio a la sociedad. Y cada día se hace más evidente la importancia de introducir elementos organizacionales que lo favorezcan (Sarramona et al., 1998).

Diversos estudios señalan que los docentes consideran su experiencia en el ejercicio de la docencia como la fuente privilegiada de su competencia principal: "saber enseñar". Por ello, Tardif (2004) afirma que los fundamentos de la competencia profesional docente están constituidos por los saberes adquiridos mediante la experiencia profesional. Se trata de conocimientos prácticos, no sistematizados, en torno a la comprensión, interpretación y orientación de la práctica docente y enraizados en el contexto de múltiples interacciones que representan condicionantes diversos para la actuación del profesor y exigen improvisación y habilidades personales. En el ejercicio de la función docente, el docente desarrolla estilos de enseñanza, competencias, habilidades, recursos, formas de relación, todo lo cual se manifiesta a través de un saber ser y saber hacer validados por el trabajo cotidiano. Son saberes de carácter narrativo y social, y no tanto teórico o técnico, que resultan operativos frente a problemas y situaciones presentes (Tardif, 2004).

Este valor esencial de la experiencia profesional en el desarrollo y afianzamiento de las competencias profesionales nos remite a la importancia de los procesos de socialización en la docencia, procesos largos y complejos que determinan cómo el docente entiende y realiza su propio trabajo. Y es que a partir de la integración y participación del docente en la vida cotidiana de la escuela, en su relación con los colegas y los alumnos, el docente adquiere un repertorio de competencias de carácter cognitivo e instrumental así como un

repertorio de maneras de ser y de hacer propias de la cultura profesional en la que se ha integrado. El proceso de compartir entre docentes los saberes “experienciales” les otorga cierta objetividad, un modo de sistematización y generación de un discurso capaz de informar a otros docentes y de legitimar las prácticas (Tardif, 2004).

Otro aspecto importante en el desarrollo de las competencias docentes es el que corresponde estrictamente a la dimensión personal. En su trabajo, el docente está presente como persona completa, con su cuerpo, emociones, expresión afectiva, comunicación, gestos, lenguaje, y con su historia de relaciones con los otros y consigo mismo. Es una persona comprometida con su historia, personal, familiar, escolar, social..., a partir de la cual comprende, interpreta y responde a las nuevas situaciones (Tardif, 2004). El ejercicio de la tarea profesional del docente conlleva el desarrollo de una capacidad creadora que hace de él un experto en generar situaciones de aprendizaje, en función de los procesos personales de construcción del conocimiento de los alumnos, para intervenir adecuadamente en ellos y facilitar su aprendizaje. Siguiendo al autor citado, el docente no realiza su tarea estableciendo una relación impersonal y rígida. La tarea de enseñar requiere una implicación personal tanto cognitiva como afectiva, y una implicación de su forma de ser, pensar, sentir... Todo educador traspone a su práctica lo que él o ella es como persona. No existe una forma objetiva o general de enseñar. De esta forma, el docente elabora sus instrumentos, construye su lugar de trabajo y genera sus dinámicas de interacciones, y todo ello, conforme sus competencias y repertorios personales.

Así mismo, conforme el docente ejerce su profesión adquiere competencias de carácter personal como son el cuidado del bienestar personal en la profesión, seguridad emocional con los alumnos, confianza en sus capacidades para afrontar problemas y resolverlos, confianza en el trato con alumnos conflictivos, establecimiento de relaciones positivas con compañeros y dirección y en ellas

entran en juego elementos motivacionales, emocionales y relacionales de carácter personal (Imbernón, 1998).

En resumen, el docente, en el proceso de socialización, adquiere competencias cognitivas, pedagógicas y personales relacionadas con el conocimiento de la materia, la planificación y organización de la clase, la forma de tratar con los alumnos, de conducir el grupo, de dar pruebas de imaginación, de tener una personalidad atractiva, de aprender a regularse en sus intervenciones. A partir de ellas, el docente se vive a sí mismo como docente y asume subjetiva y objetivamente su tarea (Tardif, 2004).

3.2.1 MODELOS DE DESARROLLO PROFESIONAL

Los primeros estudios centrados en profesores noveles los realizó Veenman (1984) y siguen siendo una referencia dado que su análisis de las dificultades y preocupaciones iniciales de los docentes en sus primeros años de profesión y el modo cómo evolucionaban dibujaron un itinerario de desarrollo profesional. Veenman (1984) describe tres fases en el desarrollo del docente en función de la evolución de sus inquietudes.

- a) Preocupaciones relacionadas con la adecuación del docente a su función: En esta fase, se cuestiona la competencia profesional y la capacidad para mantener el control de la clase, por lo que es muy necesario ser apreciado y reconocido por los alumnos y recibir el reconocimiento del resto de compañeros. Es la fase de socialización.

- b) Preocupaciones relacionadas con situaciones de enseñanza y aprendizaje: En esta fase el interés se desplaza hacia la experimentación con métodos y materiales, el desarrollo de habilidades

en el ejercicio de la profesión, y también, la experimentación y aceptación de frustraciones.

- c) Preocupaciones centradas en la persona: La tercera fase ya está marcada por las inquietudes relacionadas con los alumnos, en sus necesidades sociales y emocionales, en sus aprendizajes y en su desarrollo como personas. No puede surgir si no se ha logrado un sentido de competencia profesional adecuada y un dominio sobre diferentes métodos e intervenciones educativas.

Woolfolk (2008) añadirá que, aunque la tendencia de crecimiento profesional sea la explicada, la preocupación por la gestión del aula y por los efectos de la docencia en los alumnos es constante a lo largo de toda la carrera profesional, viéndose agravada por la necesidad de afrontar los cambios sociales y culturales de nuestro tiempo.

La evolución natural de las preocupaciones va acompañada de la adquisición de destrezas y la asunción de retos más complejos o sofisticados. En este sentido, Leithwood, Menzies y Jantzi (1996) formulan un modelo de seis fases en el ejercicio de la vida docente que explican una vida o desarrollo profesional.

- a) Fase de desarrollo de destrezas básicas, marcada por llegar a dominar destrezas de gestión de clase y usar diferentes métodos de enseñanza-aprendizaje.
- b) Fase de competencia en las destrezas básicas de la enseñanza, en la que el profesor adquiere habilidades muy desarrolladas para crear las condiciones de trabajo y guiar el aprendizaje de los alumnos.

- c) Fase de desarrollo de flexibilidad instruccional, en la que el profesor dispone de varias estrategias y es capaz de experimentar nuevas combinaciones.
- d) Fase de competencia profesional amplia y reflexiva, donde el docente es un experto en los procesos de enseñanza-aprendizaje.
- e) Fase de contribución al desarrollo didáctico de los compañeros, en la que el docente experto podría tutelar a profesores noveles, elaborar documentos, materiales, comunicar experiencias.
- f) Fase de participación en decisiones educativas sobre el sistema educativo, en la que el docente experto podría formar parte de equipos de trabajo para la creación de condiciones pedagógicas y organizativas que favorezcan la innovación y la comunicación en el ámbito de la docencia.

Cabe señalar que estas dos últimas fases apenas pueden desarrollarse en la actualidad de un modo general al no contar con el marco institucional adecuado, siendo una limitación en el desarrollo de los docentes. Sin embargo, cuando la organización o centro educativo en el que participa el docente favorece el desarrollo en estas fases se favorece la implicación y satisfacción del docente. Formar parte de un proyecto colectivo y exitoso e incorporarse a un modelo ampliado de profesionalidad, en el que unos se hacen cargo de los otros y existe sentimiento de corresponsabilidad profesional, también se apunta como oportunidad de crecimiento personal y bienestar profesional.

De modo complementario, para concluir este apartado, recogemos el análisis de los posibles modelos de desarrollo profesional que identifica Imbernón (1998) cuando analiza los modos de aprendizaje profesional.

- a) Desarrollo profesional guiado individualmente o autodirigido. Los profesores son los diseñadores de su formación y aprendizaje, los que determinan los objetivos y seleccionan las actividades para lograrlos. Puede tomar varias formas, desde la lectura de textos profesionales, a asistencia a cursos, a trabajo en grupo, a realización de proyectos al aula o en el centro. El profesorado es activo, conoce sus necesidades y está dispuesto a aprender.

- b) Desarrollo profesional basado en la observación-evaluación. Es el conjunto de programas y actividades que proporcionan reflexión a los profesores sobre su práctica docente. Se basa en el estudio de fragmentos de procesos de enseñanza-aprendizaje con el fin de mejorar la práctica docente. Algunas de sus formas son: la supervisión, la colaboración entre dos o más profesores, tutoría entre pares, por la cual un profesional experimentado y de confianza se compromete en la formación y desarrollo de un docente novel. Estas actividades requieren que el programa no sea impuesto, sino propuesto por el profesorado.

- c) Desarrollo profesional basado en la participación en procesos de desarrollo y /o mejora. Se basa en la idea de que el colectivo docente actúe como una comunidad de investigación que trabaja en un proyecto común. En la medida en que los profesores se impliquen en proyectos de diseño y desarrollo curricular, el profesor genera aprendizajes significativos y participa de los procesos de colaboración que fortalece sus relaciones con los compañeros y compañeras de trabajo.

- d) Desarrollo profesional basado en el entrenamiento, enfatizando el valor que representan las destrezas del profesor en el ámbito didáctico. El objetivo es la eficacia docente, y el profesor se concibe como un técnico. La enseñanza y la formación del profesorado se entienden como una ciencia aplicada, que obtiene el conocimiento de la investigación

empírica y desarrolla estrategias tecnológicas para su aplicación práctica. La formación incluye la exploración de una teoría, la demostración o modelado de una destreza, la aplicación de una destreza en condiciones simuladas, la retroacción sobre la ejecución y el coaching en su puesto de trabajo.

- e) Desarrollo profesional basado en la indagación. Tiene como objetivos desarrollar hábitos de indagación, formar profesores autónomos, reflexivos, investigadores adaptativos, investigadores en acción. El profesor se considera un agente activo de su formación. Las modalidades son numerosas y van desde proyectos de investigación-acción a traer un diario como instrumento de reflexión sobre la práctica. La indagación puede ser una actividad individual, en pequeños grupos o guiada por investigadores externos. Su proceso puede estar más o menos formalizado. Considera importante mejorar las capacidades investigadoras de los docentes (Imbernón, 1998).

3.2.2 ADQUISICIÓN Y VALIDACIÓN DE LAS COMPETENCIAS DOCENTES

El análisis de los conocimientos que requiere el docente para desarrollar sus competencias nos permite identificar tres niveles: teórico, técnico y estratégico. Los dos primeros, los conocimientos teóricos y el dominio técnico de destrezas y habilidades, son el objetivo de la etapa de formación inicial universitaria y buena parte de la formación profesional continua. Además de los planes curriculares que ordenan la formación, reglada o no, también el aprendizaje desde el ejercicio docente permite adquirir conocimientos de tipo práctico o aplicado. Tal como han demostrado investigaciones recientes, la práctica cotidiana constituye para los profesores la base para la validación de sus competencias. En relación a las situaciones que encuentra, el docente desarrolla ciertas disposiciones y habilidades personales. En este sentido la

práctica se convierte en un proceso de aprendizaje, en el que se transforma y adapta la formación anterior (Tardif, 2004).

Sin embargo la experiencia por si sola puede no ser suficiente para un sólido desarrollo profesional, puesto que sólo la reflexión sobre la práctica (aprendizaje hermenéutico-reflexivo) que incluye la sensibilidad experiencial y la indagación teórica garantiza la capacidad estratégica del docente. Sin este tipo de aprendizaje, que permite a los docentes construir de forma permanente su propio conocimiento apoyados en la reflexión compartida y en la comprensión situacional, no parece posible un verdadero desarrollo profesional. De hecho, si el conocimiento pedagógico es aplicado sin reflexión, existe el riesgo de que este conocimiento sea la reproducción de uno anterior, que siga repitiéndose sin adaptarse a la situación.

No queremos negar con ello que la experiencia que suministra la aplicación del conocimiento informa sobre su adecuación y permite que éste sea objeto de reflexión, sea cuestionado, analizado y legitimado. Es indudable que en las interacciones con los alumnos se validan las competencias y saberes docentes. La principal fuente que tiene el docente para poder obtener la confirmación de su capacidad de enseñar es la valoración de su actuación en el aula. En ella el docente pone en juego su competencia profesional. Por ello, las respuestas de los alumnos se convierten en los mejores indicadores de la competencia docente, pues es a partir de ellas que se percibe si la gestión del aula ha sido correcta, si las actividades propuestas han facilitado o no los procesos de aprendizaje, si la relación personal es satisfactoria, si se reconoce la autoridad, si el clima del aula es agradable, si hay motivación para aprender, si se sienten seguros en su proceso, si la dinámica de trabajo ha sido adecuada, etc.

Job well done, so I gave immediate feedback to her, 'Mary, you've, now listen the rest of you, you've really done this task so well, I can definitely hear it'. Oh, the smile on her face and the good feeling, oh boy ... So,

maybe that's the kind of a little incident. That I try to notice every day (Soini et al., 2010, p.742).

Van Horn, Schaufeli y Enzman (1999) consideran que para que el profesor se sienta competente, es necesario que reciba una respuesta positiva por parte de los alumnos: ya sea de progreso, de entusiasmo y/o de gratitud. Para sentirse satisfechos con su trabajo los docentes necesitan que sus alumnos progresen, que tengan ganas de aprender y que estén agradecidos por sus intervenciones educativas. Aunque debe tomarse esta afirmación con prudencia, pues la investigación muestra que la sensación de competencia puede variar a lo largo del día en función del grupo clase al que se enseña. Algunos grupos responden mejor que otros a las intervenciones pedagógicas, en general, o al estilo pedagógico de un docente en particular. Esto supone que la validación de la competencia docente situada sólo sobre la respuesta de los alumnos puede ser relativamente fiable dada su variabilidad en función de los grupos y los momentos. Factores adversos como un número excesivo de alumnos, una mala gestión a nivel de centro escolar o alumnos con dificultades en el comportamiento podrían poner en peligro el sentimiento de competencia profesional, aún en los docentes mejores y más expertos (Woofolk, 2008).

Esta circunstancia pone en valor la importancia que para el desarrollo de la profesionalidad docente tiene la práctica-reflexiva (Liston y Zeichner, 1993; Zeichner, 1994). Porque como indica Tardif (2004), la valoración de la competencia docente no sólo se produce mediante el feedback positivo de sus alumnos, sino también por el reconocimiento y apoyo profesional y personal que el docente puede recibir de compañeros y, sobre todo, de la dirección y de la administración. Ésta es otra fuente importante en la validación de la competencia profesional, aunque como el docente se enfrenta solo a los alumnos y el aula, no deja de ser la autovaloración la referencia más valiosa, aunque lo deje sometido a sus propias exigencias y expectativas.

Pero sabemos que la reflexión sobre la práctica, tanto en clave de autoevaluación como especialmente en forma de reflexión compartida, tiene como resultado la precipitación de un determinado conocimiento profesional especializado, de forma que el docente aprende a interpretar, comprender y reflexionar sobre la enseñanza. Esta capacidad es la que resalta Schön (1992) cuando habla del profesorado como un profesional práctico-reflexivo, que se enfrenta a situaciones de incertidumbre, contextualizadas e idiosincráticas, que recurre a la investigación como una forma de decidir e intervenir prácticamente sobre ellas, y que hace emerger nuevas concepciones y discursos teóricos (Imbernón, 1998; Tardif, 2004).

Conforme con esta concepción, Monereo, Castelló, Clariana, Palma y Pérez (2000) presentan un programa para la adquisición de procedimientos de aprendizaje efectivo que considera los siguientes aspectos: a) entrenamiento y práctica, es decir, conocer diferentes procedimientos y aprender a realizarlos y ejercitarlos, b) revisión y supervisión, es decir un seguimiento y apoyo en las primeras experiencias reales y c) análisis de resultados. Este último es un aspecto necesario y a menudo descuidado, pues si no hay buenos medios para evaluar los resultados, el docente no puede constatar las mejoras introducidas por la innovación. Sólo cuando el docente ha comprobado la utilidad de una innovación, la introducirá en su práctica. De esta forma, el profesional protege su práctica de cambios continuos que podrían desorientar a los alumnos, e introduce aquellas mejoras que considera eficaces.

3.3 CONDICIONANTES DE LA PROFESIÓN DOCENTE Y SU SALUD LABORAL

Desde que Esteve (1987) realizó los primeros estudios en España sobre el malestar docente se puso de manifiesto la enmarañada relación entre condiciones laborales, condicionantes de la educación escolar y las situaciones

de desgaste profesional docente. En pleno proceso de reforma educativa, Pérez (1993) detecta como principales problemas de los docentes en España el aislamiento profesional, la incertidumbre, la complejidad y el carácter cambiante de la propia tarea docente, la dependencia intelectual externa y el deterioro del prestigio social y del estatus económico. En el mismo período, para Imbernón (1998) las condiciones en que se realiza la función docente no favorecen una cultura profesional equilibrada. Concretamente destaca la falta de gratificaciones morales provocadas en el propio profesorado, el aislamiento en el aula, el ambiente de trabajo del profesorado, la tendencia a la rutina formal por el desarrollo de un limitado número de esquemas prácticos, las limitaciones de las atribuciones, la soledad educativa, la escasa formación inicial, la jerarquización y burocratización crecientes, el bajo autoconcepto profesional, la mala gestión de la violencia en el alumnado, la falta de control inter e intraprofesional y la desvalorización de la función pedagógica como factores que afectan a la salud de la profesión. Otros estudios en Cataluña sobre la satisfacción de los docentes, indican el descontento con las condiciones para el desarrollo profesional docente, en concreto con las posibilidades de promoción profesional, de investigación e innovación y con la disponibilidad de espacios para la reflexión sobre su práctica (Martínez, 2008).

Los resultados de un estudio sobre los cambios que han sucedido a partir de la entrada en vigor de la LOGSE, un momento de cambio en la ordenación del sistema educativo y de cambios sociales progresivos también reflejados en la práctica docente, indican que para el 78% de los docentes encuestados la realización de sus tareas educativas ha tenido mayor dificultad, siendo éstas mucho más difícil para más de un 50% de los docentes de todos los niveles educativos (51% en Educación Infantil y Educación Primaria, y 57% en ESO). Una concreción de la mayor dificultad asociada a la práctica docente se hace patente en el aumento de energía física y psíquica que profesores y profesoras, maestros y maestras, emplean en sus tareas: el 60% de las personas

consultadas manifiestan que el trabajo progresivamente les ha exigido mayor gasto de energía física, emocional y/o mental (Sevilla y Villanueva, 2000).

Merecen especial atención las dificultades del profesorado de Secundaria, derivadas fundamentalmente del cambio de su función tradicional de especialista en su campo disciplinar hacia una función de educador, centrado en los alumnos, y ello en un marco de escasez de recursos materiales y de profesorado de apoyo, con un incremento de alumnado con necesidades educativas especiales o procedentes de otras culturas, con problemas de comprensión de la lengua vehicular, carencia de herramientas para combatir la indisciplina de los alumnos, falta de participación y voz en los procesos de implementación y evaluación de la organización del sistema educativo (Bolívar, 2006). Se puede afirmar que al profesorado de secundaria se le ha modificado su trabajo, han empeorado sus condiciones al tener que atender a más alumnos, se ha producido una disminución de su prestigio social y no hay correspondencia entre su formación y las condiciones de acceso y las tareas que asume.

Por lo aportado en los estudios citados, parecería que el conjunto de condicionantes que la sociedad y el sistema educativo imponen a los docentes está generando un notable deterioro de la profesión docente. Evitando el alarmismo, sí que ante los importantes datos de prevalencia de los riesgos psicosociales en la docencia que presentamos en el capítulo siguiente debe reconocerse cierta vulnerabilidad en esta profesión. Diversas realidades que caracterizan y confluyen en la profesión podrían, en su conjunto, explicar esta problemática. Primero, los condicionantes externos que provienen de la sociedad y escapan al control docente y que además de incidir en las cargas laborales obligan a una permanente adaptación al cambio. Segundo, la dificultad de conseguir un desarrollo profesional pleno dada su complejidad, la idiosincrasia de la cultura profesional y las múltiples limitaciones del sistema y

las escuelas. Tercero, sabemos que el mero hecho de ser una profesión de ayuda supone, junto a una alta motivación, un importante riesgo.

3.3.1 CONDICIONANTES DERIVADOS DE LOS CAMBIOS SOCIALES Y LA EVOLUCIÓN DEL CONOCIMIENTO

La educación es una actividad compartida donde, además de la intervención de los docentes, también intervienen agentes, grupos y medios de comunicación, diversos, constituyendo una necesidad y una cuestión sociopolítica fundamental. En una sociedad pluralista y democrática, la adquisición de ciertas actitudes y valores se materializa especialmente fuera del marco escolar y su logro depende en gran medida del papel que jueguen otros agentes educadores, en especial la familia y el marco social próximo. Estas metas educativas demandan un compromiso previo de todos los agentes educativos implicados para realizar una actuación coherente y de mutuo refuerzo. Tal como expresábamos, el momento histórico también está presente en la actuación docente, no sólo determinando sus condiciones y su reconocimiento social, sino, también, cuestionando y modificando su función. Todo esto repercute en las demandas y expectativas a las que tiene que hacer frente el profesorado. La complejidad creciente de la sociedad se traduce en cambios importantes en relación a las demandas que se hacen sobre la educación escolar. Así lo describe un profesor de secundaria:

Los cambios son tan acelerados que es difícil prever su repercusión en las formas de pensar y de actuar. Los profesores de enseñanza secundaria, afectados también por los cambios, nos sentimos incapaces de analizar, interpretar y comprender lo que está sucediendo a nuestro alrededor. Nuestros mayores esfuerzos se orientan a salvar las apariencias, es decir, a justificar nuestras propias prácticas. También se encaminan a afrontar y dar solución a las continuas contingencias que produce el aula (Revenga, 2001, p.79).

Simultáneamente se producen cambios vertiginosos en el conocimiento, las disciplinas científicas y las tecnologías. Esta evolución constante exige a los docentes que actualicen continuamente los contenidos de las materias, pero también que actualicen las formas de enseñar, porque del mismo modo que ocurre en otros campos del saber, los conocimientos psicopedagógicos están sujetos a reformulaciones continuas. En relación con todo ello destacamos los condicionantes que consideramos más determinantes.

- a) Cambios sociales acelerados y vertiginosos: Los cambios políticos, técnicos, culturales, económicos, demográficos, la evolución acelerada de las estructuras materiales, institucionales y de las formas de organización de la convivencia los avances relacionados con el conocimiento científico, el pensamiento, la cultura y el arte obligan a una reconsideración permanente de los curriculums y planes de estudio. Por ello, en el momento actual se produce un aumento cada vez mayor del volumen de información y de conocimientos así como una mayor velocidad en la incorporación de nuevas herramientas en la vida cotidiana. (Imbernón, 1998; Tardiff (2004). Los cambios profundos en la tecnología y sistemas de comunicación han puesto en crisis las formas tradicionales de transmisión y comunicación y suponen un reto importante en la docencia actual.

- b) Aumento de las desigualdades sociales: En los últimos años se constata una mayor generación de riqueza pero distribuida de forma desigual, creando bolsas de pobreza y de marginación que afectan a los colectivos más vulnerables de la sociedad. La escuela es un espacio fundamental para la generación de cohesión social, Sin embargo, lo que se produce es una creciente diferenciación entre centros escolares, con la consiguiente desigualdad entre ellos y entre sus alumnos. Estas desigualdades ahondan en las desigualdades sociales, y es uno de los

principales problemas a los que tiene que enfrentarse el sistema educativo (Marchesi, 2007).

- c) Contradicciones entre los valores del modelo de éxito social y escolar: frente a las funciones de custodia y de preparación para el trabajo, que hacen de la escuela un elemento perpetuador de la estructura social, las funciones de formación de ciudadanos y de igualdad de oportunidades, colocan a la escuela como instrumento de igualdad y desarrollo social en contradicción con otras tendencias sociales. Por ello, existe una tensión entre las demandas de educar en la cooperación, la sostenibilidad y la convivencia y los modelos de sociedad que favorecen el consumismo, el interés por la posesión de bienes materiales, la competitividad y el individualismo (Longás, 2010).

Tal vez la contradicción más importante se manifiesta entre los valores que la sociedad transmite de forma velada y a veces explícita y los que pide a la escuela que promueva en sus alumnos. En una sociedad abiertamente competitiva, individualista, violenta y desigual, se reclama que la escuela asuma la responsabilidad de promover la lealtad, la igualdad, la paz y la solidaridad en sus alumnos (Marchesi, 2007, p.23).

- d) Heterogeneidad mayor del colectivo de alumnos: La presencia de nuevas culturas debido al incremento de la emigración y las crecientes desigualdades sociales suponen un incremento de las necesidades educativas de los alumnos y requieren más atención y recursos por parte de los docentes (Marchesi, 2007).
- e) Evolución de los conocimientos y competencias pedagógicas: El conocimiento propiamente profesional del docente, está en un desarrollo continuo que afecta igualmente a valores pedagógicos, procedimientos, métodos, formas de organización, procedimientos de investigación,

recursos didácticos y uso de nuevas tecnologías de carácter psicopedagógico (Sarramona et al., 1998; Triadó, 2008). En los últimos veinte años, la naturaleza de la ayuda pedagógica ha cambiado mucho. Frente al predominio de métodos de transmisión de conocimiento, en la actualidad se enfatiza los métodos de instrucción basados en la reflexión y la autonomía (Sarramona et al., 1998). Así mismo, la influencia de las nuevas tecnologías en los procesos de aprendizaje supone un reto importante a la innovación y en el interés de los alumnos.

- f) "Desresponsabilización" de otros agentes educativos: La escasa responsabilidad de otros agentes educativos respecto a su propia tarea educativa, como sería el caso de muchas familias, hipoteca el éxito escolar y añade un importante incremento en las demandas que los docentes deben atender (Marchesi, 2007).

- g) Desvalorización del rol docente: Esta vivencia de la desvalorización del rol docente, no ajena a lo que también sucede en otras profesiones, condiciona también la posición de padres y alumnos ante los docentes y la escuela. Tal fenómeno tiene muchas repercusiones en los docentes, pues dificultan su reconocimiento como figuras de autoridad competentes en la gestión y evaluación pedagógicas. Esto se pone de manifiesto en situaciones cotidianas como cuando hay discrepancia con las decisiones tomadas por el equipo docente, e incluso puede derivar en situaciones de enfrentamiento y agresión verbal o física. La desvalorización de la competencia profesional, el rigor científico y la capacidad de los docentes por una sensación extendida en la población de que en educación todo es opinable (Marchesi, 2007).

3.3.2 CONDICIONANTES DERIVADOS DE LA ORDENACIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO Y LAS ORGANIZACIONES ESCOLARES

Las prescripciones y organización del sistema educativo, que responden a las políticas públicas que desarrolla la administración, así como el funcionamiento de la institución escolar, conforman el contexto educativo en el que se establecen las formas de trabajo en equipo, de gestión, de intereses educativos, de comunicación, de disciplina, entre otros. Todas ellas tienen máxima influencia en la educación de los alumnos como futuros ciudadanos, y condicionan explícitamente la tarea docente, tanto en su positiva vertiente de hacerla posible como en las limitaciones que pueden restringirla o incluso dificultarla. Tardiff (2004) considera que este contexto relacional y social constituye las condiciones y condicionantes que más estructuran la práctica educativa de los docentes. Aunque en ocasiones resulta difícil separarlas de la realidad social, ese contexto más amplio al que nos referimos en el anterior apartado, sí podemos identificar al menos los siguientes:

Demandas excesivas por aumento de alumnos y/o de número de clases: un excesivo número de alumnos por clase y un exceso de demandas educativas suponen que el docente no tiene tiempo para atender a sus alumnos. Es una condición laboral de sobrecarga, e implica un aumento de riesgos laborales. (Salanova, Martínez y Lorente, 2005).

Aumento de los contenidos curriculares: Este aumento es debido a la incorporación en la formación escolar de temas relevantes como la violencia social, la educación viaria, la prevención de enfermedades, etc. Si a esto se suma el incremento de conocimientos incorporados en determinadas áreas, como matemáticas, tecnología, ciencias de la naturaleza o humanidades, el resultado son programas imposibles de cumplir. Esta sobrecarga genera dificultades en el desarrollo de las capacidades básicas de los alumnos, provocando desinterés y desmotivación en el alumnado (Marchesi, 2007).

Aumento de tareas organizativas y burocráticas: Estas tareas requieren tiempo, privan de atender aspectos más centrales de su función docente y son vivenciadas como una falta de apoyo y reconocimiento a las tareas docentes (Tardif, 2004, Bolívar, 2006).

Falta de recursos disponibles: A menudo los docentes deben realizar su función sin disponer de recursos pedagógicos necesarios para desarrollar las tareas exigidas, lo que provoca frustración y mayor autoexigencia por parte de los docentes. (Sevilla y Villanueva, 2000).

Incremento de las funciones educativas del docente: La extensión y complejidad de la función de educador ha ido creciendo por un aumento de las necesidades educativas que recaen en los sistemas educativos y la escuela. El docente, además de atender el desarrollo personal de los alumnos, es mediador en situaciones conflictivas familiares, es un modelo de referencia. Estas demandas han crecido por la disminución de la capacidad educadora y socializadora de la familia y comunidad (Bolívar, 2006).

Escasa cultura colaborativa en el colectivo docente: Los estudios indican que los profesores no suelen percibirse a sí mismos como un grupo profesional activo y colaborador que aprende frente los desafíos. Mientras que los docentes sí se sienten activos y valoran su actividad en sus propias clases y asignaturas, no se consideran a sí mismos como agentes profesionales activos en la construcción de un bienestar en la educación escolar. Y esto está relacionado con el patrón vertical y jerárquico de diseño y gestión del sistema educativo. Sin una cultura profesional sólida, las formas sociales de comunicación y participación en la comunidad educativa se debilitan, de modo que los docentes no pueden actuar como agentes profesionales activos capaces de aportar mejoras en la realización de sus tareas ni en la dinámica de las escuelas (Sevilla y Villanueva, 2000; Tardif, 2004). Una cultura colaborativa

requiere de espacios y ocasiones para compartir la experiencia docente, para atender las inquietudes e iniciativas de los docentes, para incentivar experiencias, proyectos, soluciones creativas para poder dar respuesta a las necesidades y problemas educativos. Cuando se consigue, ni que sea en el reducido espacio de un centro educativo, se genera bienestar y logra un eficiente protector de la salud laboral (Longás et al., 2012).

3.3.3 CONDICIONANTES EN LA DOCENCIA EN TANTO QUE PROFESIÓN DE AYUDA

La profesión docente se considera una profesión de ayuda. Siguiendo la descripción de una profesión de ayuda que presentan Enzman y Kleiber (1998), podemos constatar que:

- La actividad docente está relacionada con personas, personas que no pueden por si solas solucionar o lograr algo.
- El carácter humano del trabajo hace que éste sea escogido más como vocación que como trabajo.
- Implica un modo específico de actuar, y va unido a una ética profesional.
- La coordinación con otros profesionales es difícil, ya que conviven perspectivas, objetivos y métodos diferentes, y, por último:
- En la profesión de ayuda, la persona es su propio instrumento de trabajo: sus capacidades comunicativas, percepciones, gestos, etc...

Inherente a la tarea de educar y a la docencia como profesión de ayuda, cuyos objetivos son el bienestar de los destinatarios y el máximo desarrollo de sus posibilidades, aparecen como condicionantes al menos los siguientes:

a) Intangibilidad y amplitud de los objetivos pedagógicos: En la enseñanza es difícil, si no imposible, especificar con claridad si se han logrado o no los objetivos. Principalmente sucede por las siguientes circunstancias:

- Los procesos de enseñanza y aprendizaje no acaban nunca. Enseñar "is a never-ending task". Siempre se puede desear un aprendizaje más sólido o más amplio en los alumnos.
- Los objetivos docentes son numerosos y pueden ser contradictorios entre sí, por lo que será necesario dar preferencia a unos o a otros en función del momento. Algunas de las tensiones más frecuentes se relacionan con : aprender algo versus experimentar, transmitir saberes versus potenciar el desarrollo personal, generar relaciones de cooperación versus incentivar la excelencia.
- Los objetivos docentes son difíciles de evaluar puesto que son difíciles de operativizar. Es el propio docente el que tiene que considerar si los aprendizajes realizados son suficientes y significativos. Esto puede llevar a tener la sensación de conseguir nada (Marchesi, 2007).

b) Necesidad de implicación de los alumnos en tanto que seres humanos: La pedagogía se basa en relaciones humanas y esto significa que el objeto de la enseñanza son los alumnos, es decir, seres humanos en un proceso de desarrollo, individualizados y socializados. Cada alumno/a se encuentra en una situación particular, con capacidades y posibilidades diferentes, perteneciendo a un grupo social concreto, es decir, cada alumno tiene una naturaleza biológica, individual, social y simbólica propia. Así pues, el docente puede conocer la realidad familiar, social y/o económica en la que está inmerso el o la alumna sin tener ninguna posibilidad de modificarla. Además, los alumnos tiene estados de ánimo variables y que influyen en sus habilidades comunicativas y su

disposición frente a las tareas. También, están influidos por variables externas como la hora del día, las condiciones meteorológicas. Así pues, el docente no tiene control directo sobre los alumnos (Bolívar, 2006).

- c) **Obligatoriedad de la escolarización y la integración a un centro escolar:** La escuela como institución con su normativa y proyecto educativo establece un sistema de funcionamiento al que deben integrarse los alumnos. Dado que a menudo, la elección del centro escolar está condicionada y que la asistencia a las clases es obligatoria, los alumnos pueden tener actitudes de desmotivación o desvalorización frente a la educación escolar. Por ello, los docentes se ven en la necesidad de convencer a los alumnos de que ir a la escuela es una oportunidad para aprender. El docente necesitará recursos para motivar e implicar a los alumnos en sus procesos de aprendizaje, es decir, necesitará generar una autoridad a partir de la cual pueda animar, incitar y cultivar una disposición positiva hacia el estudio, lo cual es más difícil cuando se trata de alumnos de entornos marginados, sin recursos ni apoyos, ni perspectivas profesionales (Sevilla y Villanueva, 2000).
- d) **Incierta y tardía verificación del logro de resultados:** Los resultados se pueden poner de manifiesto al cabo de un tiempo, incluso años, como sucede con la capacidad para integrarse en el mundo laboral. Si concretamos en la socialización de los alumnos, ¿cómo puede definirse de manera clara y precisa? ¿Cómo se puede saber si los alumnos incorporan lo que se les ha enseñado? Por otro lado, la educación es una tarea colectiva, y los resultados son efecto de muchas circunstancias por lo que es difícil valorar las huellas que deja un docente determinado en el alumno (Martínez, 2008). Así pues, el resultado de la enseñanza es intangible, difícil de medir, y puede manifestar mucho tiempo después.

- e) Erosión de la confianza en los saberes transmitidos: La confianza en relación al interés de los conocimientos impartidos por la escuela ha disminuido en estos últimos años. La consideración de que los saberes escolares no responden a los saberes socialmente útiles en el mercado del trabajo, cuestionan la escolarización y el éxito escolar como estrategia que posibilita el acceso al mundo laboral y social (Tardif, 36). Por otro lado, la falta de reconocimiento por parte de los alumnos de los beneficios que otorga la propia educación escolar, produce un aumento de actitudes y comportamientos de rechazo, oposición o descalificación hacia las propuestas educativas (Sevilla y Villanueva, 2000).

No obstante, también inherente a la docencia como profesión de ayuda sujeta al acompañamiento de niños y adolescentes, destaca la importancia de la satisfacción docente, satisfacción que experimenta el profesional al realizar su trabajo. De hecho, esta satisfacción hace que la docencia, a pesar de las dificultades que se han presentado, sea una de las profesiones que más satisfacciones genera.(explicar).La satisfacción con la docencia está relacionada con estar orgulloso de la profesión, encontrar atractiva la actividad de enseñar, valorar positivamente las posibilidades de desarrollo de capacidades personales y profesionales, sentirse un buen profesional y tener el deseo de ejercer esta profesión (Kramis, 1995). En unos estudios sobre satisfacción docente, Barth (1997) analiza las diferencias entre las ventajas y quejas de los profesores no satisfechos respecto de los satisfechos. Sus resultados muestran que los profesores poco satisfechos consideran la seguridad y la independencia como las ventajas más destacadas mientras que sus quejas hacen referencia a la relación con los alumnos, dificultades para gestionar la disciplina y el ambiente de trabajo en el aula y la falta de confianza en sus habilidades profesionales. En contraposición, los profesores satisfechos con la docencia destacan como ventajas el hecho de trabajar con gente joven y la satisfacción inherente a la docencia, mientras que sus quejas hacen referencia a un exceso de trabajo y de tareas administrativas, falta de tiempo,

de recursos y de materiales didácticos y de poco reconocimiento social. Según Barth, esto muestra la función motivadora de la actividad docente satisfactoria: poder compartir con los alumnos y constatar la influencia positiva en ellos, insustituible por aspectos de carácter más contractual, como son la seguridad o el horario (Barth, 1997). Claramente la relación con los alumnos es el elemento central en la satisfacción docente, por lo cual, los profesores más insatisfechos son aquellos que tienen una relación poco satisfactoria con los alumnos. Las principales fuentes de satisfacción en la docencia son: a) percibir la contribución del docente al aprendizaje del alumno, b) percibir la influencia en los procesos de enseñanza-aprendizaje y c) la interacción con gente joven o con niños (Barth, 1997; Kramis, 1995). Con la intención de ilustrar esta satisfacción tan particular transcribimos dos de las respuestas de los docentes a la pregunta: ¿Qué es lo que te da satisfacción en la docencia? en el marco de una investigación cualitativa piloto.

"Quan a través de la classe m'adono que estic fent quelcom important, i també quan m'adono que no només ensenyo (i aprenc) la matèria, sinò que ensenyo (i aprenc) a viure en un món ple de valors". Docente de ESO, escuela concertada.

"Despertat la imaginació. Sorprendre els alumnes amb una música, o una imatge, o amb un plantejament nou d'una classe coneguda, deixar preguntes a l'aire, generar dubtes, fer comprensible la macroeconomia, despertar sensibilitat social i esperit crític". Docente de ESO, escuela pública.

4. RIESGOS EN LA PROFESIÓN DOCENTE

En este capítulo se describen de forma exhaustiva los riesgos laborales a los que está expuesta la profesión docente. Inicialmente se presentan resultados de varios estudios sobre la salud docente, constatando a partir de las causas de bajas laborales transitorias y de estudios sobre la prevalencia de síntomas y trastornos en la profesión docente cuáles son las principales afectaciones en la salud laboral de este colectivo. Ello permite, a continuación, analizar cuáles son los principales riesgos físicos en la docencia (enfermedades infecciosas, problemas con la voz y problemas musculoesquelético) y las causas y repercusiones a partir de estudios específicos. Finalmente, en el tercer apartado, se abordan de modo específico los riesgos psicosociales más importantes en la docencia: el estrés y el Síndrome de Quemado por el Trabajo (SQT). La exposición se centra en las características de estos trastornos y en sus repercusiones en la salud de los docentes. A través de todos ellos se obtiene una visión completa de los riesgos y afectaciones específicas de la docencia que se deberán considerar en la elaboración del cuestionario de salud docente.

4.1 ESTUDIOS SOBRE LA SALUD DE LOS DOCENTES

Como fuentes de información sobre la salud docente se han considerado las causas de bajas en la docencia y la prevalencia de malestares y patologías en los docentes.

A pesar de la falta de estudios actualizados sobre bajas docentes en España, los estudios encontrados permiten una aproximación a la naturaleza de los problemas de salud laboral de los docentes y a la importancia de su incidencia. En relación a las causas de bajas laborales de los docentes, sus resultados

muestran una alta incidencia de trastornos relacionados con la voz, malestares musculoesqueléticos y malestares psíquicos. A continuación se presentan los resultados de algunos estudios de referencia.

Los resultados del estudio sobre las bajas oficiales de los docentes de España en el curso 1997-1998 realizado por Sevilla y Villanueva (2000) indican que un 31% de los docentes han tenido baja oficial. Los motivos de las bajas y su frecuencia en relación a la población total son los siguientes:

- Procesos infecciosos típicos estacionales, gripe, catarro, etc.: 9%
- Afecciones musculoesqueléticas, lumbalgias, cervicales, fracturas accidentales, etc.: 7,3%.
- Problemas otorrinolaringológicos, sobre todo afonías: 7,3%
- Problemas psicológicos o psiquiátricos, que constituyen el motivo del 2,6% de las bajas oficiales.
- Afecciones cardiovasculares: 1%

En relación a la duración de las bajas, se observa que los profesores y profesoras de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) tienen un promedio de 54 días en la primera baja, los de Educación Primaria tienen un promedio de 28 días y los docentes de Educación Infantil tienen 16 días de promedio.

Un estudio clásico de Calvete y Vila (1997) sobre los motivos de baja de los docentes del país vasco en el curso 1994-1995 indican que las causas más frecuentes y el porcentaje de población afectada por ella son las siguientes:

- Enfermedades infecciosas y parasitarias: 7%
- Problemas osteomusculares y tejido conjuntivo : 4,82%
- Traumatismos y otros accidentes: 2,78%
- Trastornos mentales: 3,17%
- Otorrinolaringología : 3,22%

- Trastornos de la fonación: 2,25%
- Aparato respiratorio: 1,77%
- Aparato digestivo: 1,16%
- Síntomas generales: 1,02

Estos datos agrupados en las categorías anteriores muestran resultados muy semejantes a los anteriores:

- Procesos infecciosos típicos estacionales, gripe, catarro, etc.: 7%
- Afecciones musculoesqueléticas, lumbalgias, cervicales, fracturas accidentales, etc.: 7,6%
- Problemas otorrinolaringológicos, sobre todo afonías : 5,47%
- Problemas psicológicos o psiquiátricos: 3,17%

Por último, un estudio sobre los motivos de baja de docentes de la escuela pública de Andalucía indica que de las 122.000 bajas producidas entre los años 1999 y 2004: el 34% de las bajas se debe a afecciones respiratorias y alteraciones de la voz; el 20% por afectaciones del sistema musculoesquelético; y un 9% por alteraciones de tipo psicológico, siendo estas bajas de una duración mayor, en torno a los 70 días (Comisión Ejecutiva Confederal de UGT [UGT], 2006).

En relación a la prevalencia de malestares y patologías en los docentes, se disponen de varios estudios. Destacan el estudio de Ranchal y Vaquero (2008b) que indican como patologías más frecuente en la población docente encuestada las siguientes: Osteomuscular, Otorrinolaringológica (ORL) e Infecciones, y Psiquiatría. Sus resultados señalan que la patología de ORL e Infecciones es la que obtiene mayores tasas de incidencia tanto "de vez en cuando" con el 62,2%, como "frecuentemente" con un 24,2%, siendo las más frecuentes la faringitis (58,5%) y las disfonías (19,5%). En segundo lugar, se presentan las patologías osteomusculares con una incidencia del 68,2%, en

concreto lumbalgia (48,3%) y cervicodorsalgia (31%). Y finalmente, se encuentran las patologías de origen psiquiátrico con una tasa del 53,9%, con un 44,4% indicando estrés y un 25,9% indicando depresión (Ranchal y Vaquero, 2008b). Estas patologías son más frecuentes en las mujeres (Santana, De Marchi, Junior, Girondoli y Chiappeta, 2012).

Otro estudio de interés sobre el estado de salud de los docentes es el llevado a cabo en el año 2010 en Buenos Aires (ADEMYS, 2011), cuyos resultados señalan que durante el mes anterior,

- el 38% de docentes manifiestan problemas vinculados con la voz,
- el 40% de docentes indican sufrir dolores de espalda a menudo.
- el 39% de los docentes sufre alguna contractura todos los días o algunos días por semana.
- el 55% manifiesta tener dolores de cabeza algunos días
- el 32% siente dolores en las piernas algunos días por semana o algunos días al mes,
- el 28% presenta malestares gastrointestinales también algunos días.
- el 62% ha trabajado nervioso o tenso por motivos laborales,
- el 55% ha estado irritable.
- el 50% ha tenido problemas para concentrarse.

Los estudios de Sliwinska-Kowalska y colaboradores indican que presenta trastornos de la voz un 33% de los docentes frente al 9,6% de la población, y presentan disfonía funcional un 17,4% de docentes frente a un 7,2% de la población en general (Sliwinska-Kowalska, Niebudeck-Bogusz, Fiszler, Los-Spychalska, Kotylo, Sznurowska-Przygicka y Modrzewska, 2006). Estos autores también muestran la relación entre problemas en la voz y tensión alta en la musculatura del cuello (Sliwinska-Kowalska et al., 2006). En relación al género, las mujeres presentan una vulnerabilidad mayor que la mostrada por los hombres (Nerrière et al., 2009; Rusell, Oates y Greenwood, 1998). En el

estudio de ADEMYS, los problemas en la voz afectan a un 42% de las docentes frente a un 24% de hombres, la sensación de agotamiento todos o varios días a la semana, afecta a un 77% de las mujeres frente a un 43% de hombres y, por último, en relación a dificultades para concentrarse, lo sufren un 52% de las docentes frente a un 40% de los docentes (ADEMYS, 2011). Analizando las diferencias en función de los niveles educativos en los que imparte el docente, se observan que los problemas en la voz afectan más a los docentes de Educación Infantil y Educación Primaria que a los de ESO y postobligatoria (ADEMYS, 2011; Kankare, Geneid, Laukkanen y Vilkmán, 2012). En concreto, el estudio de Kankare y colaboradores muestra que el 50% de los docentes de Educación Infantil sufre varios síntomas relacionados con la voz a lo largo de un mes y el 21% cada semana, mientras que un 11% ha recibido diagnóstico de alteraciones orgánicas en las cuerdas vocales (Kankare et al., 2012).

(Erick y Smith (2011) han realizado una revisión de los estudios sobre malestares musculoesqueléticos en docentes de todo el mundo, observando que su prevalencia es muy superior de la que presentan otras ocupaciones. Los resultados sobre la prevalencia de estos trastornos difieren en función de los estudios, siendo los valores más frecuentes entre un 40-67% de docentes. Concretando la zona del cuerpo, el malestar en el cuello presenta una prevalencia entre un 45-67% de los docentes, siendo menor la correspondiente al dolor en los hombros. La prevalencia de malestar lumbar es alta, llegando al 77% en docentes de niños discapacitados. Por último, la prevalencia de dolor en las piernas se encuentra entre un 5-55%. En cuanto a variables sociodemográficas, estos autores observan una mayor incidencia entre las mujeres y una menor incidencia entre los especialistas en Educación Física seguramente por tener mejor condición y hábitos menos sedentarios (Erick y Smith, 2011).

Centrados en riesgos psicolaborales, estudios sobre la prevalencia del estrés entre los trabajadores de la Comunidad Europea indican que el estrés es un factor presente en el 30% de las bajas laborales y que en torno a un 1,5% de los trabajadores han sufrido alguna enfermedad ocasionada por estrés laboral (Duran y Corral, 2009). Por otro lado, los estudios empíricos muestran que la prevalencia del estrés entre los docentes es mayor que en la población general y que correlaciona con puntuaciones bajas en salud mental y emocional (Altaroz, 2001; Janice, Leka y MacLennan, 2013; Schaufeli, 2005). Los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo indican que un 33% del personal de servicios afirma que las exigencias del trabajo son motivo de disminución de su estado de salud y un 54% del personal docente declara sufrir una sensación de estrés (INSHT, 2007). Un estudio sobre estrés en los docentes muestra diferencias en función del género, señalando mayor nivel de estrés en los hombres frente a una mayor frecuencia de síntomas somáticos y una mayor satisfacción docente en las mujeres (Matud, de Abona y Matud, 2002). También se observan diferencias en relación al estado emocional en función del nivel educativo. Siendo mayor el número de docentes de ESO y postobligatoria que sufren irritabilidad en relación a docentes de Educación Infantil y Educación Primaria (ADEMYS, 2011). Consideramos de interés los resultados del estudio realizado en centros públicos de Catalunya por Arellano, Gimeno, Noguera y Rabadà (2007) que señalan un nivel de sintomatología conductual (37,5%) y cognitiva (31,2%) entre los docentes mucho mayor que en otros profesionales (21,7% y 18,8%). Ahora bien, estos resultados se ven compensados por un mayor nivel de satisfacción (68,7%) entre los docentes frente a otros profesionales (62,4%).

La prevalencia del SQT en docentes ha oscilado entre el 33% y el 49%, si se consideran afectados docentes que tienen un nivel elevado en la dimensión de agotamiento y en despersonalización o falta de realización personal, bajando a entre un 3% y un 13% cuando se consideran valores elevados en las tres dimensiones del SQT (León Rubio, León-Pérez y Camero, 2013; Longas,

Chamarro, Riera y Cladellas, 2012; Ranchal y Vaquero, 2008a; Steinhardt, Smith, Faulk y Gloria, 2011). El estudio sobre la prevalencia del SQT en docentes de la escuela concertada catalana indica que el 20% de los docentes presenta un nivel de riesgo en una sola dimensión y un 1,3% presenta un nivel elevado en las tres dimensiones (Longás et al., 2012). En función del género, los estudios muestran un mayor nivel de agotamiento en las mujeres y un mayor nivel de despersonalización en los hombres (León-Rubio et al., 2013; Steinhardt et al., 2011). Así mismo, los resultados de estos autores indican que los docentes de ESO muestran niveles mayores de SQT respecto a los de Educación Primaria, siendo el nivel educativo el aspecto que tiene mayor influencia en el SQT (León-Rubio et al., 2013; Matud et al., 2002; Steinhardt et al., 2011). Se ha observado que el profesorado con mayor insatisfacción presenta más sintomatología somática y síntomas de ansiedad y estrés junto con un nivel menor de autoeficacia (Matud et al., 2002). Por último, los estudios muestran que los docentes muestran en los primeros cinco años un agotamiento y un deterioro de su salud superior a otros trabajadores, siendo una posible causa el alto nivel de sobrecarga y la motivación por la docencia (Pretsch, Flunger y Schmitt, 2011).

4.2 PRINCIPALES RIESGOS EN LA PROFESIÓN DOCENTE

Así pues, las estadísticas sobre motivos de baja indican que los principales riesgos para salud relacionados con la profesión docente son las enfermedades infecciosas, las afecciones de la voz, los malestares musculoesqueléticos y los problemas psicológicos o psiquiátricos. A continuación, se presentan con más detalle estos riesgos propios de la profesión docente.

4.2.1 RIESGOS DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS

Son enfermedades que se transmiten por contaminantes biológicos. Este es el caso de enfermedades infecciosas de las vías respiratorias, gripes y conjuntivitis bacterianas, entre otras (Gay, Milán, Noguera y Embuena, 2003). Pueden ser el resultado de permanecer en un ambiente inadecuado como un espacio mal ventilado, con un nivel de ruido excesivo, con contaminantes químicos como la tiza, con corrientes de aire o con cambios bruscos de temperatura u otros problemas derivados de una mala climatización. Como consecuencia de estos riesgos el docente puede desarrollar alergias, resfriados, gripes, problemas respiratorios y cansancio, entre otros (Gay et al., 2003).

4.2.2 RIESGOS RELACIONADOS CON SOBRESFUERZO Y AFECCIONES DE LA VOZ

El ejercicio de la docencia hace imprescindible el uso intensivo de la voz para gestionar las actividades del aula, mantener la atención de los alumnos y comunicar con el equipo docente y padres. Por ello, el docente se considera un profesional de la voz, es decir, un trabajador que utiliza la voz como herramienta y medio principal de su desempeño laboral. Las disfonías y, en general, los problemas de garganta son los más relacionados con la práctica docente (Kankare et al., 2012; McAleavy, Adamson, Hazlett, Donegan y Livesey, 2009; Nerrière, Vercambre, Gilbert y Kovess-Masféty, 2009; Ranchal y Vaquero, 2008b).

Después de repetidas demandas, el 1 de enero de 2007 entró en vigor el Real Decreto 1299/2006 mediante el cual se incluyen los trastornos de la voz en los docentes en el catálogo de enfermedades profesionales dentro del grupo de enfermedades profesionales causadas por agentes físicos. Así pues, en el

anexo 1, código 2L0101 aparecen los "nódulos de las cuerdas vocales a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz por motivos profesionales" para las "Actividades en las que se precise uso mantenido y continuo de la voz, como son los profesores, cantantes, actores, teleoperadores, locutores" (Ranchal y Vaquero, 2008b).

El espectro de la disfunción vocal más frecuente en los docentes comprende varias entidades: afonía, o pérdida de la voz; diplofonía o doble tono, disresonancia, fatiga vocal o empeoramiento de la voz con el uso prolongado, disfonía específica de tono y la odinofonía. En ellas se producen una o más alteración de los parámetros de la voz: timbre, intensidad y altura tonal. Las enfermedades más frecuentes de la voz en el ámbito docente son: la patología nodular en las cuerdas vocales, los problemas relacionados con las disfonías hiperfuncionantes, el edema de Reinke y el pólipo laríngeo. Son característicos los picores, dolores y carraspeo en la garganta, tensión en el cuello, voz entrecortada y cansancio al hablar. (McAleavy et al., 2009; Ranchal y Vaquero, 2008b; Escalona, Sánchez y Gonzalez, 2007). Además, los datos estadísticos muestran un incremento considerable de la incidencia de las enfermedades otorrinolaringológicas (ORL) durante los últimos 20 años, siendo frecuente que estas patologías se desarrollen en procesos cada vez más severos y crónicos. (Ranchal y Vaquero, 2008b).

Los factores de riesgo asociados a los problemas de la voz están relacionados principalmente con las condiciones del ambiente y con las demandas de educativas. Así un ambiente con mal aislamiento del exterior, ruido, falta de ventilación y polvo en suspensión junto con un número de alumnos elevado, con dificultades para concentrarse en las tareas y falta de recursos materiales para llevarlas a cabo, es un factor de riesgo alto que además puede suceder de forma más o menos cotidiana (Gómez Etxebarria, 2012). También son importantes los factores psicosociales, como el estilo de liderazgo, el diseño de las tareas, y el apoyo profesional, y los factores psicoemocionales

relacionados con vivencias de estrés y ansiedad, sensación de falta de control y de falta de compensaciones (Bermúdez de Alvear, Martínez, Rius y Esteve, 2004; Gonzalez- Sansvisens y Vila, 2011; Kooijman, de Jong, Thomas, Huinck, Donders, Graamans y Schutte, 2006; Nerrière et al., 2009; Sliwinska-Kowalska et al., 2006). Los factores psicoemocionales aumentan la probabilidad de deterioro de la voz dado que se ha comprobado que las emociones negativas influyen en la producción de la voz, provocando un cambio en los patrones de fonación, lo que va a requerir más esfuerzo vocal (Kooijman et al., 2006). El cansancio emocional es una de las variables que aumenta el riesgo de sufrir afectaciones de la voz. (Bermúdez de Alvear et al., 2004; Gómez Etxebarria, 2012)

Conviene resaltar la importancia de la formación del docente sobre el uso y cuidado de la voz. Algunas de las causas de los principales trastornos tienen relación con hablar demasiado alto, inspirar de forma inadecuada, o constante o insuficiente, articular de forma rápida y pobre, utilizar un tono inadecuado, estar tenso, no atender a las señales de cansancio de la voz, automedicarse, y/o no descansar lo suficiente. Las indicaciones principales para el cuidado de la voz son el desarrollo de hábitos que logren la relajación de cuello, hombros y cara, una respiración utilizando el diafragma, una articulación correcta para la emisión de las palabras y la utilización de articulaciones como resonadores, así como el mantenimiento de hábitos de salud general (Gómez Etxebarria, 2012; González-Sansvisens y Vila, 2011). Por ello, es conveniente tener presente los resultados de los estudios que demuestran una mejora considerable del estado de la voz a partir de la participación en cursos de educación de la voz, siendo la prevalencia de las patologías en los docentes participantes significativamente inferior a la de los docentes que no han realizado ninguna formación preventiva (McAleave et al., 2009; Nerrière et al., 2009; Rusell et al., 1998).

4.2.3 RIESGO DE PROBLEMAS MUSCULO-ESQUELÉTICOS

Según informa la OIT, en la UE los trastornos musculoesqueléticos (TME) son los trastornos de salud relacionados con el trabajo más comunes, representando el 59% de todas las enfermedades profesionales reconocidas que abarcaban las Estadísticas Europeas sobre Enfermedades Profesionales en 2005 (OIT, 2013). En concreto, en el profesorado, los estudios muestran que el riesgo de afecciones musculoesqueléticas es muy frecuente. El trabajo docente implica posturas y movimientos repetidos, y la frecuencia y el esfuerzo que requieren estos movimientos suponen un riesgo de afectaciones del aparato locomotor por microtraumatismos de repetición y posturas erróneas mantenidas. Entre ellos destacan por su importancia (Gómez Etxebarria, 2012):

- Postura de bipedestación, que obliga al docente a desplazarse de un lado a otro o permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. El trabajo en la pizarra requiere estirar brazos, girar la cabeza, flexionar el tronco....
- Problemas por levantar pesos. En el caso de los docentes de Educación Infantil los riesgos están relacionados con la necesidad de agacharse, subir a los niños en brazos o mover objetos de un lugar a otro. También es frecuente la necesidad de cargar libros, libretas u otros materiales de un lugar a otro o de un aula a otra ,
- Posturas con la cabeza inclinada hacia abajo. Sucede en el aula, cuando el docente va a atender dudas y/o revisar tareas de los alumnos/nas que están sentados, cuando está trabajando en el ordenador, realiza tareas de planificación, corrección o burocráticas, ...
- Ergonomía adecuada para niños: este problema se presenta en la Educación Infantil dado que el mobiliario está adaptado a los niños y,

exige que el adulto se agache. Los docentes deben inclinarse para múltiples tareas como pueden ser ayudarles, corregirles, ordenar sus pertenencias, acompañarles al baño, ...

- Y otros como: caídas, torceduras, ...

Los estudios sobre prevalencia indican que la musculatura más afectada es la musculatura de la espalda relacionada con la columna vertebral, siendo los daños más frecuentes contracturas, dolores cervicales o dorsales, hernias discales y lumbalgias. (ADEMYS, 2011; Erick y Smith, 2011; Gay et al. 2003; Solana, 2011). Por otro lado, los estudios señalan que la vivencia de estrés, la tensión cervical y los problemas de la voz son riesgos que interaccionan entre sí incrementando sus efectos. De ahí que dada la tensión elevada a la que está sometido el docente durante la mayor parte del tiempo, aumente la incidencia de este tipo de riesgos (Bermúdez de Alvear et al., 2004).

4.3 RIESGOS PSICOLABORALES

Por riesgo psicolaboral entendemos el estado de desequilibrio en el trabajador generado como consecuencia de la imposibilidad de responder adecuadamente a las demandas de su trabajo, y ello por la presencia de factores de riesgo psicosocial que intervienen en la generación de *distress* y de malestar. Estos factores se encuentran en el trabajo, ya sea en las condiciones laborales, el ambiente, la organización, la carga de trabajo, el sistema de apoyo y supervisión y/o de la formación del trabajador...

Las principales psicopatologías laborales en los docentes son el estrés docente y el síndrome de quemado por el trabajo (SQT).

4.3.1 ESTRÉS LABORAL

El término de estrés se utiliza con diferentes significados, todos ellos relacionados con una situación de demanda alta a la que debe responder un individuo. Se puede entender estrés como elemento desencadenante, o *estresor*, estrés en tanto que efecto y estrés en tanto interacción entre uno y otro. Por estar centrados en el riesgo laboral, aquí hacemos referencia al estrés en tanto efecto, Así pues, podemos definir de estrés como una respuesta psicofisiológica de tensión o esfuerzo que sufre el individuo desencadenada por una situación de demandas internas o externas que amenazan su bienestar. Mediante esta respuesta el sujeto pone en marcha todos sus recursos. Estas situaciones pueden implicar un deterioro del organismo, sin embargo, también pueden ser situaciones que produzcan un desarrollo de las capacidades del individuo. El primer autor que estudió estas dos formas de respuesta fue Seyle. En sus últimos trabajos concluyó que se podían diferenciar dos tipos opuestos de estrés: el estrés positivo o *eutrès*, y el estrés negativo o *distrès*.

- El estrés positivo o *eutrès* es aquella tensión que genera competencia y salud en el sujeto. El *eutrès* hace referencia a una respuesta psicofisiológica agradable, gratificante y saludable. Frente a una situación donde las demandas son altas, la persona se siente en condiciones de dar el máximo de sí misma, se siente motivada y con ánimos. De esta forma el *eutrès* es fuente de aprendizaje, la persona aumenta sus competencias, genera una actitud de confianza en relación a las demandas y convierte las dificultades en estímulos para su desarrollo.
- El estrés negativo o *distrès* es aquella tensión que genera alteraciones en la autorregulación del organismo. Es una experiencia desagradable y frustrante. La vivencia de *distrès* crónico es la vivencia de frustración y de impotencia porque, a pesar de los esfuerzos realizados, los logros no

se consiguen y las demandas no se pueden satisfacer. La persona no se ve capaz de dar respuesta, y, por lo tanto, siente debilidad, incompetencia y/o impotencia. Este *distrès* vivido de forma crónica origina una pérdida de salud y bienestar (Barth, 1997).

El estrés negativo o *distrès* relacionado con el trabajo puede definirse como el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento frente a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y angustia, por la percepción de un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para responder, con la consecuente sensación de no poder hacer frente a esa situación (Comisión Europea, 2002, Gil-Monte y Peiró, 1997).

Según Sandi, Venero y Cordero (2001), las alteraciones por el *distrès* crónico están relacionadas con la liberación de glucocorticoides por la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, eje HHA, y su presencia en numerosos órganos del cuerpo. Su objetivo es resistir, por lo tanto, reduce al mínimo las necesidades del sistema y activa los sistemas inhibitorios. Esta situación genera alteraciones en varios sistemas funcionales del organismo:

- Alteraciones en el sistema cardiovascular: el aumento de glucocorticoides en la sangre produce un aumento de la presión sanguínea y una aceleración del ritmo cardíaco. Dado que hay una mayor concentración de glucosa en la sangre, aumenta el riesgo de formación de placas y, también, de isquemia coronaria.
- Alteraciones en el sistema digestivo: la principal es el daño en las paredes del estómago, producidos por la disminución de la calidad de la mucosa protectora del estómago, a raíz de los ácidos gástricos, y facilitados por la disminución de circulación sanguínea y por la

disminución de la eficacia del sistema inmunológico. También hay un aumento de bacterias y agentes patógenos en la saliva, por lo que hace que se incrementen los problemas dentales.

- Alteraciones en las capacidades cognitivas: se produce una pérdida de memoria, de capacidad de atención y de concentración fundamentalmente por el efecto de la presencia de glucocorticoides en el hipocampo. También queda disminuida la capacidad para realizar procesos conscientes de búsqueda de nuevas soluciones. El sujeto se da cuenta del incremento de dificultades cognitivas, lo que agrava la sensación de indefensión.
- Alteraciones en el estado emocional, por haber muchos receptores de los glucocorticoides en el sistema límbico. El estado de ánimo queda muy afectado y se produce una mayor susceptibilidad al miedo. Esto favorece que la persona tienda a evitar relaciones sociales, a quedarse bloqueada, sin encontrar una respuesta proactiva ante las dificultades. Por otro lado, se produce una disminución de testosterona que produce pérdida de agresividad, y, por tanto, más sensación de indefensión y de falta de dominio, favoreciendo estados de ánimo como la tristeza y la apatía.
- Alteraciones en el sistema inmunológico: tradicionalmente se pensaba que el sistema inmune funcionaba de forma independiente al sistema nervioso y el sistema neuronal. Sin embargo, desde hace unos años las investigaciones han demostrado que estos tres sistemas están íntimamente relacionados (Sandi et al., 2001).

Cuando esta situación persiste, el organismo pierde la capacidad de adaptación, queda en un estado de bloqueo general y falla el funcionamiento de los sistemas de retroalimentación que permiten disminuir la liberación de

hormonas cuando éstas ya no son necesarias. Todo ello conlleva una serie de alteraciones psicofisiológicas graves que pueden derivar en diversos (Moya-Albiol, Serrano, González-Bono, Rodríguez-Alarcón y Salvador, 2005).

Siguiendo a Sandi y colaboradores (2001), en el ámbito psicofisiológico, las manifestaciones más frecuentes son:

- Trastornos gastrointestinales: trastornos en el esófago, úlcera péptica, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa...
- Trastornos cardiovasculares; hipertensión arterial, arritmias cardíacas, enfermedades coronarias...
- Trastornos respiratorios: asma bronquial, síndrome de hiperventilación..
- Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes, hipoglucemia ...
- Trastornos dermatológicos: prurito, hiperhidrosis, urticaria, dermatitis atópica, alopecia areata ...
- Trastornos del sistema esqueleto-muscular: tensiones y contracturas, lumbalgias, cefaleas, fatiga crónica, fibromialgia, artritis reumática.
- Disminución de las capacidades cognitivas: como son pérdida de memoria, de concentración, pensamiento rígido y obsesivo, despistes frecuentes, lentitud en el procesamiento de la información...
- Desestabilización del estado emocional: el estado de ánimo, con manifestaciones frecuentes de irritabilidad, ansiedad, enfado, desánimo, tristeza y/o apatía.
- También se pueden producir trastornos del sueño, de la alimentación y / o sexuales y trastornos por deficiencia sistema inmunológico (Gómez Etxebarria, 2012; Sandi et al., 2001).

Por otro lado, los efectos negativos de carácter cognitivo destacados en el estudio de Villanueva, Losada, de la Cruz y Recio, (2002) son los siguientes: preocupaciones; incapacidad para tomar decisiones, sensaciones de confusión,

incapacidad para concentrarse, dificultad para dirigir la atención, sentimientos de falta de control, estrechamiento de la atención, desorientación, olvidos frecuentes, bloqueos mentales, hipersensibilidad a la crítica. Y, por último, los estudios empíricos de Kyriacou y Pratt, (1985) muestran que el estrés crónico está muy relacionado con la sensación de agotamiento físico, emocional y cognitivo en los docentes.

Dadas la importancia de sus consecuencias y el nivel alto de incidencia, el estrés es un riesgo que requiere de actuaciones preventivas. La prevención de vivencias de *distrès* crónico puede realizarse en tres escenarios posibles:

- Actuar sobre las demandas, reduciendo exigencias o reorganizándolas.
- Aumentar la capacidad para dar respuesta a estas demandas, aumentando los recursos materiales, personales u organizacionales, o generando nuevas respuestas.
- Actuar sobre las consecuencias: reduciendo el impacto de la vivencia en el trabajador a partir de su respuesta cognitiva, emocional y somática. (Martínez-Losa y Bestratén, 2010a).

4.3.2 SÍNDROME DE QUEMADO POR EL TRABAJO O *BURNOUT*

4.3.2.A. Definición del SQT

El SQT es una respuesta al *distrès* laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia la propia función profesional, junto con la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Ocurre principalmente en las profesiones de ayuda, es decir, en las profesiones que prestan un servicio de apoyo a un destinatario (Gil-Monte y Peiró, 1997). Los principales ámbitos profesionales en los que aparece el SQT son: el ámbito sanitario, el ámbito educativo y el ámbito

asistencial. El SQT ha sido tipificado como accidente de trabajo en España (sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000; Recurso Núm.: 4379/1999 siendo la profesión docente una profesión de riesgo (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005).

En todos los casos, el profesional consigue su propósito en la medida en que logra establecer un vínculo de confianza y de autoridad con la persona beneficiaria. El fracaso en establecer este vínculo de confianza está en el origen del SQT. Sus principales manifestaciones son agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimiento de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima (Farber, 1983).

La definición del SQT propuesta por Cristina Maslach, es la siguiente:

Burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment that occur among individuals who do "people work" of some kind. It is a response to the chronic emotional strain of dealing extensively with other human beings, particularly when they are troubled or having problems. Thus, it can be considered one type of job stress. Although it has some of the same deleterious effects as other stress responses, what is unique about burnout is that the stress arises from the social interaction between helper and recipient. (Maslach, 1982, p.2).

Este síndrome se caracteriza por tres dimensiones que sirven de base para su medida con el Maslach *Burnout* Inventory (Maslach y Jackson, 1981). Son las siguientes (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001):

- Agotamiento emocional, es decir la sensación de estar vacío, de no tener fuerzas para responder a las exigencias derivadas del contacto con otras personas, necesarias en la actividad laboral. La persona se siente agotada y tiene la sensación de no poder dar más.
- Despersonalización, deshumanización: Se caracteriza por la percepción de las personas a las que se atiende como objetos insensibles junto con reacciones poco empáticas. Aparece una actitud negativa y cínica frente a ellos e incluso la creencia de que estas personas son culpables, y por lo tanto, merecedores de sus problemas y dificultades.
- Realización personal reducida. El profesional se siente cada vez menos competente, cada vez menos eficaz y exitoso. Empieza a valorarse negativamente, sobre todo en relación con su trabajo, pero también se puede extender a otros ámbitos privados. Se sienten infelices con ellos mismos e insatisfechos con su rendimiento en el trabajo. Baja su autoestima. Llega a afectar las relaciones con su entorno afectivo.

El SQT tiene su origen en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral. Cuando estas relaciones conllevan una exigencia desmedida y una tensión psíquica emocional y cognitiva, se dan las condiciones que propician el patrón de respuestas de SQT (Gil-Monte, 2005).

4.3.2.B. Desarrollo del SQT

El SQT se desarrolla de forma lenta y discontinua. Los síntomas del SQT suelen aparecer después de 10 o más años de profesión y puede acabar con el abandono de la profesión. Afecta a docentes que ya han completado su proceso de socialización y que no han encontrado la satisfacción docente que

esperaban. Varios autores como Barth (1990), Cherniss (1993), Gusy (1995) y Friedman (1995) han estudiado las fases de su desarrollo:

- a) Fase latente: experiencia de estrés. Es una fase de entusiasmo y de dedicación. La persona está muy comprometida con el trabajo, se implica emocionalmente con las personas que atiende, dedica mucho tiempo y esfuerzo. En esta fase se producen las primeras experiencias de frustración y los consiguientes sentimientos de inadecuación profesional. En función del proceso de socialización, el docente tendrá recursos para aprender de ellas y mejorar su competencia, o se verá obligado a no darles importancia y aumentar el esfuerzo para lograr resultados más satisfactorios.

- b) Fase manifiesta: Aparición de síntomas estables. En esta fase es donde más influyen las condiciones laborales. Las condiciones laborales pueden favorecer u obstaculizar el sentimiento de competencia del docente. Los primeros síntomas del SQT están relacionados con la repetición de experiencias de inadecuación y de inseguridad, de falta de energía y de disminución de las capacidades profesionales. Se inicia una progresión sintomática: sentimientos de irritabilidad, de preocupación, de reducción de la eficacia y de la satisfacción profesional, dudas sobre la propia capacidad para realizar el trabajo y aumento de la vulnerabilidad personal. Pueden aparecer problemas de sueño, dolores musculares y dificultad de concentración, síntomas cognitivos, como dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, así como síntomas emocionales como sensación de fracaso, desesperanza y estados de ánimo fluctuantes. También se deteriora la relación con los alumnos y, a menudo con los compañeros. Para disminuir los efectos negativos de las experiencias repetidas de fracaso, el profesional se protege: adopta una actitud cínica delante de los alumnos, evita las relaciones interpersonales, trabaja sin compromiso y desea cambiar de

actividad. Al mismo tiempo, adopta una actitud de falta de atención y de cuidado de sí mismo, lo que se manifiesta en un deterioro de las relaciones sociales, en la pérdida de hábitos saludables, en conductas autodestructivas y en propensión a los accidentes.

- c) Fase cronificada: Síndrome de SQT. Hablamos de síndrome de SQT cuando ya está desarrollada la enfermedad. El docente se considera a sí mismo profesionalmente incompetente. Puede sufrir aislamiento social, depresión, desesperanza o pesimismo general y desarrollar conductas autodestructivas. Por ser una psicopatología basada en el estrés, los trastornos fisiológicos más frecuentes son los trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, sexuales, endocrinos e inmunológicos (Barth, 1990; Cherniss, 1993; Domènech, 1995; Friedman, 1995).

4.3.2.C. Sintomatología del SQT y primeras manifestaciones en los docentes.

La sintomatología propia del síndrome aparece después de experimentar durante un tiempo una sensación de fracaso a pesar de unos esfuerzos insistentes. El profesional manifestará unos síntomas u otros en función de sus puntos más vulnerables. Tratándose de un trastorno de carácter psicosocial, su sintomatología muy variada y sin una entidad clínica definida, y afecta al profesional de forma idiosincrática.

Gusy (1995) expone la sintomatología del SQT organizada en torno a cinco ámbitos: a) síntomas psíquicos, b) físicos, c) conductuales, d) sociales y f) actitudes problemáticas:

- a) Síntomas psíquicos:

- Emocionales: sentimiento de fracaso, de angustia, tristeza, miedo, preocupación, sentimiento de aversión, irritabilidad, preocupación, frustración, desconfianza...
- Cognitivos: rigidez en el pensamiento y resistencia a los cambios, problemas de concentración y de atención,...
- Motores: tics, tensiones

b) Síntomas físicos:

- Malestares psicósomáticos: Agotamiento y cansancio, problemas de sueño, problemas sexuales, dolores reumáticos, dolores musculares...
- Enfermedades: aumento de resfriados y gripes, de dolores de cabeza y otros.
- Reacciones fisiológicas: aumento de la frecuencia cardíaca, de las pulsaciones....

c) Síntomas conductuales:

- Comportamiento individual: aumento del consumo de sustancia como el café, el tabaco, el alcohol, y/u fármacos, aumento de la agresividad.
- Comportamiento en relación al trabajo: aumento de errores, pérdida de eficacia, aumento de las pausas...

d) Síntomas sociales:

- Relación con los clientes: pérdida de los sentimientos positivos, evitación del contacto, dificultades para concentrarse y escuchar a los clientes, aislamiento...
- Relación con los compañeros: Aislamiento y retirada, disminución de las discusiones con los compañeros/se...
- Relaciones exteriores al trabajo: problemas de pareja y/o familiares, soledad, separaciones y divorcio, ...

e) Actitudes problemáticas:

- Relación con los clientes: actitudes estereotipadas, cinismo, humor negro, pérdida de empatía, demostraciones de poder.
- Trabajo: Desilusión, pérdida del idealismo, visión negativa del puesto de trabajo.

Rudow (1995) presenta la sintomatología principal del SQT en cuatro ámbitos: a) reacciones emocionales, b) reacciones cognitivas, c) reacciones comportamentales relacionadas con la competencia docente y d) reacciones psicósomáticas.

a) Reacciones emocionales:

- Reacciones depresivas: sentimientos de culpa, sentido de inadecuación, nerviosismo, pesimismo, sentimiento de desesperanza, apatía, tristeza.
- Reacciones agresivas: reproches, descalificaciones y culpabilización de los alumnos, falta de paciencia, desconfianza, intolerancia, actitudes conflictivas y exigencias arbitrarias.

b) Reacciones cognitivas:

- Problemas de concentración, de memoria, desorganización, dificultad para tomar decisiones, carencia de creatividad y de flexibilidad, pensamiento rígido y obsesivo, distracciones frecuentes.

c) Reacciones comportamentales relacionadas con la competencia docente:

- Pérdida de contacto con los alumnos, pérdida de la empatía, desorganización del trabajo, carencia de preparación de las clases, conflictos con los padres y con el equipo directivo.

d) Reacciones psicósomáticas:

- Trastornos del sueño, problemas respiratorios, dolores de cabeza, dolor de espalda, palpitaciones, ansiedad generalizada y/o crisis de ansiedad,

problemas digestivos, trastornos sexuales, enfermedades cardiovasculares, trastornos de la alimentación, y alergias.

Algunos estudios han demostrado la relación entre el SQT y un deterioro de las funciones cognitivas realizadas principalmente en el hipocampo y en el cortex prefrontal. Estas zonas son sensibles a un aumento de concentración de glucocorticoides, alteración que sucede en una vivencia de *dístrès* crónico. Esto puede explicar la disminución observada en la memoria a corto plazo, en la calidad y velocidad de los procesos de planificación y de regulación de la ejecución de una actividad, con aumento de olvidos, pensamiento obsesivo, dificultad para concentrarse, y también, en un estado de ánimo irritable o depresivo (Moyano y Riaño-Hernández, 2013; Sándström, Rhodin, Lundberg, Olsson y Nyberg, 2005; Villanueva et al., 2002).

En relación al cansancio emocional, éste suele estar acompañado de cansancio físico, con baja predisposición a enfrentarse a un nuevo día. Este cansancio proviene de la tensión y puede aumentar la vulnerabilidad ante las enfermedades virales, produciendo además diversos trastornos gastrointestinales, problemas de espalda, tensiones de cuello, dolores de cabeza, náuseas y problemas respiratorios (Gil-Monte y Peiró, 1999; Sevilla y Villanueva, 2000). El cansancio es la dimensión que mayor relación muestra con la satisfacción laboral (Gil-Monte y Peiró, 1999). Los estudios muestran que una vivencia de agotamiento sostenida en el tiempo favorece el absentismo, disminución de la eficacia, falta de compromiso, falta de motivación, baja autoestima, problemas de relación, falta de tolerancia y de motivación (Sangganjanavanich y Balkin, 2013).

Por último, el desarrollo de la sintomatología del estrés hasta el estado de SQT se observa por el cambio desde una sobreimplicación en los problemas, una hiperactividad emocional, una sensación de agotamiento y falta de energía temporal, propias del estrés, a una actitud de falta de implicación, de

embotamiento emocional y de agotamiento acompañado de falta de motivación y de energía psíquica, consecuencias de la vivencia de estrés crónico que deriva en SQT (Fidalgo, 2005)

4.3.2.D. El SQT: Riesgo propio de las profesiones de ayuda

Todas las denominadas profesiones de ayuda, entre las que se incluyen las profesiones de ámbito sanitario, asistencial y educativo, se caracterizan por la importancia de la relación personal, del contacto directo entre el profesional y el destinatario. Siguiendo a Gusy (1995) y Enzman y Kleiber (1998), se pueden concretar estas características entorno a cuatro cuestiones:

- a) Importancia del aspecto motivacional o vocacional en las profesiones de ayuda. La motivación de ayudar, de lograr un mayor bienestar en otros es importante en la elección de este tipo de profesión. Es una motivación de carácter social, hacia la comunidad. Gil Monte (2005) habla de una orientación comunal frente a una orientación de intercambio.
- b) En las relaciones sociales entran en juego aspectos muy personales. El tono de voz, la mirada, el ritmo de los movimientos afectan las relaciones personales. Por ello, se puede decir que, en la relación de ayuda, toda la persona del profesional es el instrumento más importante.
- c) En la actividad de ayuda, la experiencia emocional es fundamental. Tiene funciones específicas: - ayuda a establecer un vínculo de confianza con la persona que se ayuda, de forma que ésta se sienta segura y reconozca la autoridad del profesional; - sirve para orientar las posibles estrategias de ayuda; - tiene una función valorativa en relación a la consecución o no de los objetivos establecidos; - es la experiencia que sostiene la motivación para la realización de los esfuerzos que este tipo de actividad requiere.

- d) La valoración de los resultados requiere conocer en qué medida se han logrado cambios positivos y significativos en los destinatarios de la ayuda. Algunos cambios pueden valorarse con criterios objetivos mientras que otros son más difícil de evaluar, lo cual dificulta la obtención de retroalimentación profesional y también la comunicación entre profesionales.

Maslach (1982) estudio las situaciones que suponen una carga emocional alta en las profesiones de ayuda. En general, tratar con personas ya es una actividad demandante. Se requiere mucha energía para permanecer en calma en una situación de conflicto, para vivir con paciencia las frustraciones, recelos, provocaciones o rabia de las personas a las que se atiende. Y éstas son situaciones que los profesionales de ayuda deben gestionar con frecuencia. Por otro lado, el nivel de estrés emocional aumenta cuando se trata de atender a personas necesitadas. El contacto con estas personas conlleva una activación de estos problemas en uno mismo. El profesional puede intentar defenderse de estas emociones distanciándose o dirigiendo su aversión a la persona afectada. En el caso de la docencia, esto sucede cuando un alumno vive situaciones familiares difíciles, no recibe suficiente apoyo y/o rechaza la ayuda que le ofrece el docente. El profesional vive emociones negativas cuando, aún reconociendo que no estaba en su mano, constata que la persona a la que ayuda no ha podido superar las dificultades, o cuando ve que, a pesar de sus esfuerzos, no hay mejoría. El fracaso permanente, la incapacidad para conseguir progresos son problemas que desafían la persistencia del profesional y suponen un desgaste emocional elevado. Por último, existe el peligro de implicarse demasiado en los problemas de las personas que se atienden. Esto lleva a excederse en el apoyo, quitando responsabilidad a la persona ayudada, y facilitando que se viva el fracaso como consecuencia de una falta de competencia (Maslach, 1982).

Por último, es importante remarcar que a pesar de que el SQT se manifiesta a nivel individual, sus causas se encuentran en las condiciones del trabajo, y afectan a todo el colectivo, siendo los sujetos más vulnerables los que desarrollan el síndrome. Es decir, el SQT es una enfermedad psicolaboral, desencadenada por las condiciones del trabajo. Las diferencias individuales modifican la forma en que se manifieste, mostrándose la sintomatología en relación a los sistemas más vulnerables de la persona. Sin embargo, son las condiciones independientes de las personas las que favorecen la emergencia de procesos de desgaste.

That is, specific working conditions of a specific position merge, come into effect, and produce these reactions in its incumbents, independent of individual differences. The individual differences will merely modify the extent of these reactions as well as the perceptions and cognitive operations. Moreover, results clearly demonstrate that burnout is not just a phenomenon to be found in people's mind, depending on their consistent perceptions and interpretations of their work situation. Results show that there is a path from stimulus condition, defined independently from the persons reporting their perceptions and reactions, to exactly these reactions. This findings has substantial implications for interventions. (Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli, 2001, pp 510).

El SQT debe percibirse como un fenómeno social, colectivo y relacional, y no como un fenómeno individual. Y por ello, su prevención requiere principalmente de medidas preventivas a nivel organizativo, medidas que eliminen o reduzcan los factores de riesgo, mejorando condiciones organizacionales, de diseño de la actividad profesional y de las formas de apoyo profesionales (Boada, de Diego y Agulló, 2004; Gil-Monte; 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997; Hanaken, Bakker y Schaufeli, 2006; Leka y Jain, 2010; Maslach et al., 2001; Pyhälto et al., 2011).

5. MODELOS EXPLICATIVOS DE LA SALUD DOCENTE

Existen diversos modelos que explican las interacciones entre la actividad y la salud profesional. A efectos de nuestro proyecto, nos interesan dos modelos teóricos que permiten incluir aspectos explicativos de la profesión docente y muestran las dimensiones negativas pero también las positivas que, como vimos en el capítulo 3, son muy importantes en la construcción de una profesionalidad docente saludable. Se trata del modelo de Rudow (1995) y de los modelos JD-R y RED de espirales de ganancia-pérdida (Salanova, Llorens y Schaufeli, 2011; Llorens et al., 2007; Salanova et al., 2006). Ambos modelos defienden unos procesos en espiral: un proceso en espiral positiva, generadora de motivación, competencia y satisfacción, y un proceso en espiral negativa o espiral de deterioro de la salud, caracterizada por una vivencia reiterada de fracaso, que produce agotamiento y conduce a una falta de motivación y de satisfacción, y a largo plazo, a una pérdida de salud.

En el primer apartado se expone el modelo de Rudow (1995), que articula los procesos de interacción entre el profesional y el entorno laboral en la realización de la actividad y está basado en la psicología del trabajo de Hacker (1998). En el segundo apartado se expone el modelo de JD-R y el modelo RED, que incluye la autoeficacia. Estos modelos se desarrollan dentro del marco de la Psicología Organizacional de la Salud y ha sido objeto de múltiples investigaciones empíricas. El tercer y último apartado tiene como objetivo analizar las implicaciones de estos modelos en la comprensión de la evaluación de la salud docente, para identificar los ámbitos más relevantes. Estos modelos integran la evaluación de los aspectos de deterioro de la salud: trastornos, alteraciones o patologías, con la evaluación de aspectos de bienestar en la realización de la actividad laboral: *engagement*, satisfacción, autoeficacia,

motivación intrínseca e implicación, y por ello, pueden ser considerados como modelos de referencia en la construcción de un cuestionario para la salud docente CSD.

5.1 MODELO DE RUDOW (1995) BASADO EN LA ACTIVIDAD DOCENTE

Este modelo está basado en la psicología de la actividad, que establece que la actividad humana es un elemento mediador que transforma al sujeto que la realiza. En este modelo se articula el proceso secuencial de las fases de realización de la actividad y los efectos a corto y a largo plazo, positivos y negativos, que genera en el profesional. Por ello, permite organizar los recursos y estrategias personales y laborales para la prevención.

5.1.1 FUNDAMENTOS DEL MODELO DE RUDOW

El modelo de Rubikon y la dialéctica entre condiciones de inicio y finales propuesta por Hacker (1998) están en la base del modelo de Rudow.

El modelo de Rubikon (Figura 1), creado por Heckhauser (1980) y presentado por Hacker (1998) analiza la estructura secuencial de una actividad volitiva en tres fases secuenciales: a) Fase motivacional, b) fase volitiva y c) fase de valoración. En cada una de ellas se ponen en juego competencias diferentes.

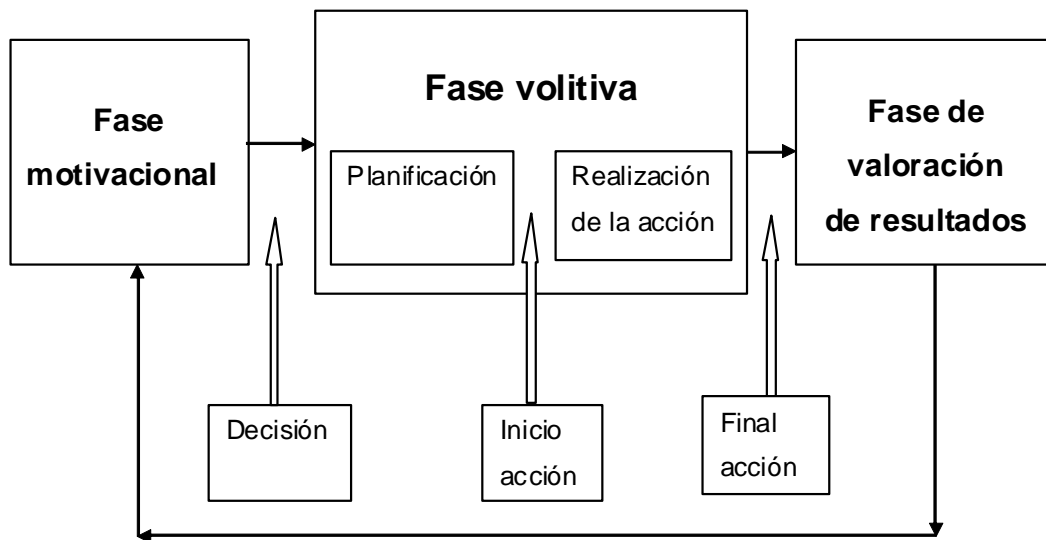
Describimos las características de las fases.

a) Fase motivacional.

Es la fase previa a la realización de la actividad. Su objetivo es imaginar y valorar objetivos, expectativas, deseos, recursos, estrategias, posibilidades, consecuencias. Para ello, el profesional mantiene una atención abierta, creativa y analiza posibilidades y revisa experiencias anteriores y entran en juego su

motivación, compromiso y confianza en capacidad. Esta fase concluye con la decisión de realizar una acción concreta con un objetivo específico y asumible.

Figura 1: Modelo de Rubikon de Heckhausen presentat per Hacker (1998)



b) Fase volitiva.

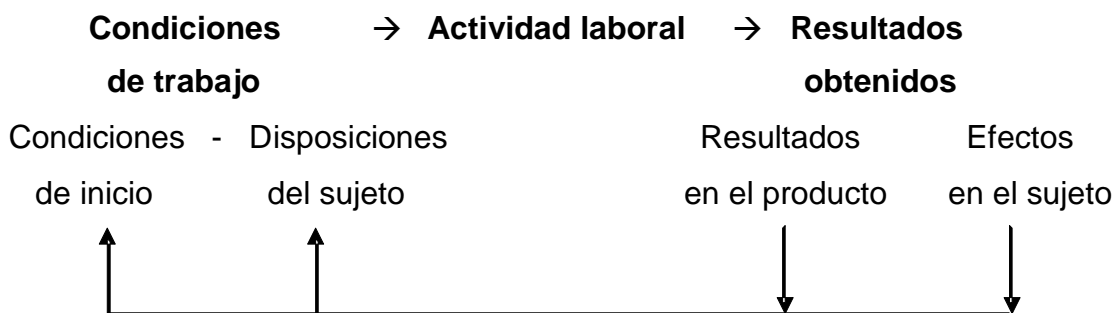
En esta fase el sujeto planifica y lleva a cabo la acción manteniendo el esfuerzo y superando dificultades. Abarca todo el proceso de realización de la actividad, es decir todos los procesos implicados están relacionados con la planificación y ejecución de la actividad y con la, persistencia frente las adversidades. En ella, el profesional dedica todos sus esfuerzos a gestionar su acción teniendo en cuenta las interacciones que realiza, la selección de opciones adecuadas, de momentos adecuados, búsqueda de recursos, iniciativas de acción y persistencia de los esfuerzos. En esta fase volitiva, se inhibe todo lo que no sea relevante, y se activa lo relevante, tanto a nivel cognitivo, como perceptivo: atención consciente, reflexión consciente, decisiones, control voluntario de la acción...

c) Fase de valoración de la actividad.

En esta fase se valoran los resultados obtenidos, el desarrollo de la actividad, las relaciones establecidas con los demás agentes implicados, las competencias profesionales adquiridas y/o consolidadas, también, efectos generadores de bienestar o de malestar en el profesional.

La segunda idea que está en la base de la estructura en espirales del modelo de Rudow (1995) es la dialéctica entre condiciones de inicio y finales propuesta por Hacker (1998) (Figura 2)., que implica un cambio en el análisis tradicional de las condiciones iniciales como desencadenantes de los resultados finales. En su propuesta de análisis, Hacker (1998) introduce dos elementos en el inicio, condiciones de realización y disposiciones del sujeto antes de hacer la actividad y dos elementos finales: resultados de la actividad y los efectos de ésta en el sujeto que la ha realizado. La dialéctica que se produce entre ellos conforma un sistema retroalimentado.

Figura 2: Dialéctica condiciones iniciales y finales según Hacker (1998)



Esta dialéctica pone en evidencia cómo los resultados obtenidos afectan las condiciones organizacionales y los recursos disponibles en el inicio de la nueva actividad; y cómo afectan también a las disposiciones iniciales del profesional en la nueva actividad. Los resultados de la actividad realizada, a través de la

experiencia vivida por el sujeto, afectarán: a) la valoración de sus futuras posibilidades de éxito, b) valoración de su competencia profesional: de sus conocimientos, de sus estrategias y recursos, y c) la valoración de su relación afectiva con el trabajo (Hacker, 1998).

En este punto, esta dialéctica explica la estructura en espiral del modelo de Rudow: una experiencia de éxito aumenta la motivación y mejora la competencia profesional; y si la experiencia es de fracaso, se genera frustración y se cuestiona la competencia. Es decir, en la medida en que la actividad ha conducido a buenos resultados, ésta promueve las cualidades y disposiciones personales en el sujeto, y éste puede reconocer su participación y valorar su actividad laboral de forma positiva.

Hacker señala la importancia de este proceso dialéctico. Su consideración permite concebir los resultados de la actividad como generadoras de nuevas condiciones de trabajo más o menos saludables según incrementen o disminuyan las capacidades del trabajador/a. Hacker considera las condiciones de trabajo y las repercusiones de la actividad en su unidad dialéctica: los resultados (o productos) del trabajo ejercen un efecto recíproco en el sujeto, y siendo una nueva condición en su siguiente actividad.

5.1.2 MODELO DE RUDOW (1995)

El modelo desarrollado por Rudow se basa en los conceptos de carga-esfuerzo (Belastung-Beanspruchung-Konzept) y en la conceptualización de la actividad laboral desarrollada por Hacker. La aportación más interesante de este modelo es la organización en espirales positivas y negativas de los efectos positivos y negativos, y a corto y largo plazo, la articulación de condiciones y factores del lugar de trabajo y de los aspectos fisiológicos, emocionales, cognitivos y motivaciones de los procesos.

Tal como dijimos, Rudow considera que el proceso de la experiencia laboral es un proceso en espiral ya que los efectos modifican la incidencia de las cargas objetivas. Si son positivos, de forma subjetiva disminuyen las cargas haciéndolas más agradables, mientras que si son negativos, las aumentan, es decir, la carga subjetiva es mayor, aún cuando la carga objetiva sea la misma.

A continuación presentamos cada uno de los componentes del modelo con más detalle.

a) Fase anterior al sujeto: cargas objetivas.

Se trata de las tareas que deben satisfacerse en el puesto de trabajo en unas condiciones determinadas:

- Demandas del puesto de trabajo: Son las tareas propias del trabajo: formar y educar, (Bindungs- und Erziehungsaufgaben) y se concretan en las horas de clase, número de alumnos, materias, en los resultados exigidos, presión de tiempo,...
- Condiciones de realización que incluye: a) condiciones laborales higiénicas, como el ruido, temperatura, polvo, b) clima relacional en el que se desarrollan las relaciones entre profesor/a-alumno/a, entre profesores, profesor/a-padres, profesor/a-administración, c) recursos materiales disponibles, y d) recursos organizacionales. Estos últimos incluyen nivel de control y grados de libertad sobre la actividad, variedad de tareas, formación permanente, sistemas de supervisión y asesoramiento, participación en decisiones, medidas de promoción de la salud laboral, y la cultura o clima de trabajo.

b) Fase de redefinición de las cargas: cargas subjetivas.

Esta fase señala la transformación que necesariamente han de hacer las cargas adjudicadas a un lugar de trabajo a las cargas vividas y asumidas por el

profesional. En la redefinición participan diversos procesos: procesos motivacionales, relacionados con la motivación intrínseca hacia la docencia, el sentido de su trabajo; procesos cognitivos como la valoración de la propia competencia profesional, de las propias destrezas, habilidades y capacidades, y valoración de las interacciones sociales que implica. Esta distinción entre cargas objetivas y cargas subjetivas es coincidente con el concepto de apreciación de Lazarus en su teoría sobre el estrés.

Así pues, las cargas objetivas serán redefinidas de una manera u otra en función los saberes y competencias profesionales de que dispone el sujeto, de su proceso de socialización profesional, de los valores y compromisos con los que afronte su profesión, de las competencias sociales y del clima relacional en que se encuentre. Este concepto se acerca al concepto de cargas del trabajo expuesto en el primer capítulo. Puede distinguirse unas cargas físicas, en función del esfuerzo físico que requiera la tarea, unas cargas cognitivas, si se requiere la activación de procesos cognitivos para el afrontamiento de las demandas como pueden ser la concentración, la atención, selección, análisis procesamiento y elaboración de información, evaluación de situaciones, ...y unas cargas emocionales, en función de la implicación afectiva que requiera la tarea, de lo gratificante que sea, de la calidad de las interacciones personales que se establecen, entre otros.

c) Fase de planificación

Una vez definida la meta, el sujeto planifica y prepara las diferentes acciones. Sus componentes principales son: el proyecto que orienta la actividad, la organización secuencial y jerárquica de las acciones implicadas, los procesos de regulación necesarios para su ejecución, las estrategias de afrontamiento y los elementos de retroalimentación.

d) Fase de realización de la acción

En esta fase el sujeto, siguiendo el plan establecido, realiza la secuencia de acciones objetivas orientadas a la meta. Para ello debe regular múltiples procesos, unos más relacionados con aspectos volitivos, como intenciones, propósitos, necesidades, convicciones, y otros procesos de carácter predominante cognitivo, por los cuales se deciden las acciones y se resuelven las dificultades e imprevistos que van surgiendo en el curso de la acción. Estos últimos están más relacionados con la competencia profesional y la disposición de recursos y estrategias. El análisis de la realización de la actividad tiene en consideración el conjunto de elementos cognitivos, afectivos, emocionales y relacionales que suponen un esfuerzo para la persona.

e) Fase de valoración de la acción

Responde a la valoración de la acción realizada y a los resultados obtenidos. Principalmente se valoran los siguientes aspectos: a) valoración de los resultados obtenidos en los alumnos, b) valoración de las consecuencias sobre el propio profesional, c) valoración de la calidad del proceso de realización en relación a la propia competencia profesional: capacidades, habilidades y estilo profesional; y en relación a las interacciones sociales realizadas y la calidad del apoyo de otros sujetos. Esta valoración del sujeto está mediada por la valoración de otros agentes sociales, como puede ser el equipo directivo, la administración, el equipo docente y el colectivo profesional, en general.

f) Esfuerzo psicofísico

Se identifica con este concepto los procesos que se desarrollan en el sujeto a partir de su actividad y que le suponen gasto de energía mental y física. En la realización de la actividad docente, el esfuerzo psicofísico es un fenómeno necesario asociado al empleo de las disposiciones psicofísicas del sujeto. Se entiende como la confrontación inmediata en el tiempo de las condiciones psíquicas y físicas del sujeto para actuar y dar respuesta a las exigencias de la actividad. Estos procesos van acompañados de un gasto psicofísico en función del aumento de actividad psicofísica, lo que se manifiesta en

fundamentalmente en dos ámbitos: a) el esfuerzo psíquico, que viene representada por la tensión psíquica vivenciada; b) los cambios somáticos en diferentes sistemas funcionales: sistema nervioso, circulatorio, hormonal, inmunológico, que se manifiestan en diferentes indicadores de gasto, sobre todo en parámetros vegetativos y bioquímicos.

El esfuerzo psicofísico del docente genera unos efectos, entendidos como el conjunto de fenómenos psicofisiológicos posteriores a la realización de la acción, a nivel emocional (satisfacción, inquietud, agradecimiento, placer, proximidad, etc.), a nivel físico (cansancio, tensión, cansancio, tensión etc.) y a nivel cognitivo (seguridad, autoeficacia, etc.). Estos efectos se pueden diferenciar en torno a dos ejes: eje del tiempo y eje del bienestar.

En relación al tiempo, se distinguen las reacciones debidas al esfuerzo y las consecuencias. Las primeras son inmediatas y de carácter reversible, mientras que las consecuencias son fruto de repeticiones, por lo que tienen una mayor duración y son más estables.

En relación al bienestar y la salud, básicamente se diferencian entre efectos positivos y negativos. Son positivos si incrementan el bienestar y conducen a una mejora de la regulación psicofísica, es decir, a una mejora de las disposiciones al rendimiento y a la acción del profesional. Son negativos si generan malestar y conducen a una desestabilización de la regulación psicofísica, es decir, a una disminución de las disposiciones al rendimiento y a la acción del profesional.

a) Fenómenos positivos asociados al esfuerzo:

Son respuestas que suponen un aumento del rendimiento profesional. Rudow destaca el bienestar y una actividad cognitiva eficiente. Por un lado, el bienestar es un concepto multidimensional en el cual se incluye estados de

ánimo positivos como p.e. alegría, satisfacción, tranquilidad, serenidad, equilibrio y buen humor.

La actividad cognitiva eficiente hace referencia a una valoración positiva de las cargas y a una adecuada intensidad y efectividad de los procesos de aprendizaje. Entre ambos aspectos existe una interrelación, de forma que, si aumenta el bienestar también aumenta la efectividad de la actividad cognitiva, mientras que, si la intensidad y efectividad de los procesos de aprendizaje disminuyen, se produce una pérdida de bienestar. Entre las consecuencias positivas del esfuerzo se encuentra el desarrollo de las capacidades cognitivas. En general, una actividad cognitiva con una carga adecuada genera un aumento de capacidades, puesto que supone la adquisición de un repertorio de comportamientos y estrategias de acción

Otra consecuencia deriva del estado de estabilidad emocional positivo, que se manifiesta en un nivel alto de satisfacción laboral. La estabilidad emocional y un repertorio de comportamientos y estrategias capaces de dirigir la acción establecen unas condiciones suficientes para realizar la actividad con un nivel alto de competencia profesional. Esto tiene repercusiones en el autoconcepto, en la autoestima, y finalmente en el nivel de salud psíquica y física del sujeto. De esta forma, se cumplen las condiciones fundamentales para el desarrollo de la personalidad del trabajador. Y por la dialéctica entre efectos y condiciones, este desarrollo se convierte en las nuevas condiciones para que puedan producirse, de nuevo, una actividad y unos resultados y reacciones positivos.

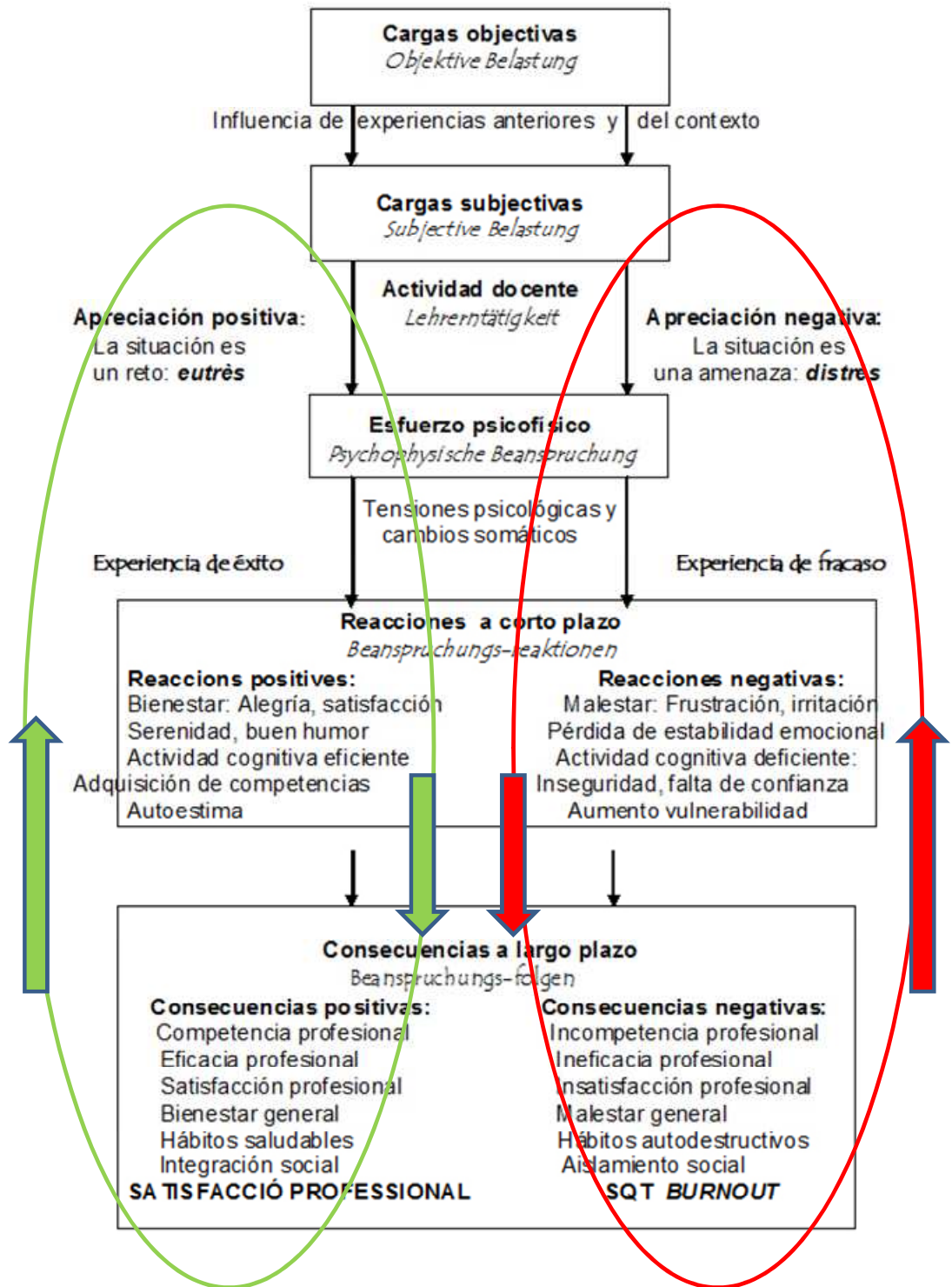
b) Fenómenos negativos asociados al esfuerzo.

En cuanto a los efectos del esfuerzo de carácter negativo, Rudow señala como los más importantes el cansancio, la monotonía, la saturación y el estrés. Estos efectos conllevan una reducción de las competencias profesionales. De hecho, una forma de medir el cansancio es midiendo la capacidad de rendir en tareas concretas, ya que el cansancio provoca alteraciones en el sujeto, disminuyendo

su capacidad para ejecutar de forma correcta las tareas relacionadas con la definición de objetivos, la planificación, la realización y con la elaboración de valoraciones, ya que sujeto tiende a realizar una valoración negativa de las demandas, de los resultados, de su competencia profesional y del apoyo recibido por los otros.

De esta forma se inicia un proceso inverso al descrito en los fenómenos positivos: La alteración del estado de bienestar disminuye la efectividad de la actividad cognitiva y, por otro lado, las emociones que acompañan a la actividad son negativas, el sujeto tiende a sentir frustración, impotencia, o aislamiento y disgusto consigo mismo. Al perder estabilidad emocional, el sujeto se vuelve más susceptible y más vulnerable en las relaciones interpersonales que mantiene. Todo ello afecta las competencias requeridas. En un primer momento, con la intención de superar las dificultades, los esfuerzos aumentan, y esto lleva a un aumento del cansancio y, por lo tanto, de la desestabilización de la regulación psicofísica. En definitiva, disminuyen las disposiciones al rendimiento y a la acción, no hay estabilidad emocional y la valoración del sujeto de su propia actuación es negativa. Esto supone una condición favorable para trastornos de la salud. Finalmente, la competencia reducida y las alteraciones de la salud se convierten en las nuevas condiciones de la actividad laboral. Todo ello afecta aspectos personales como el autoconcepto y la autoestima y se produce una reducción del desarrollo de la personalidad.

Figura 3: Modelo de Rudow (1995)



Las reacciones positivas o negativas al esfuerzo actúan como moderadores de la próxima actividad, es decir, tienen una función de retroalimentación. Cuando son positivas, el profesional confirma su capacidad, aumenta su competencia y tiende a fijarse objetivos más altos. Las reacciones negativas generan un malestar que, en caso de que persista, ocasionan una desestabilización crónica. En relación a la prevención, las reacciones negativas pueden tener una función de alerta. Para ello el profesional necesita estar informado y reconocerlas. De hecho, las reacciones negativas pueden ser utilizadas como señales de aviso a partir de las cuales realizar cambios en las respuestas de adaptación y de realización de la actividad laboral. Los cambios y modificaciones se pueden hacer en diferentes ámbitos: en las condiciones de trabajo, en el establecimiento de metas, en la selección de estrategias de acción, en la preparación de la actividad, en la realización y en la valoración de los resultados .

Siguiendo el modelo de Rudow se han realizado estudios sobre el bienestar del docente, entendiendo que este bienestar es condición para el desarrollo de la competencia profesional, de la satisfacción y del *engagement*.

The strain reactions are positive when they improve the psychophysical action regulation; they are negative when they result in a destabilization of the psychophysical action regulation. Sense of well-being, emotional stability, job satisfaction, and pedagogical action competence constitute positive strain reactions or consequences. Although the teaching profession bears positive as well as negative strain phenomena, these phenomena have been studied very little. (Rudow, 1999, p.50)

Así pues, este modelo pone la atención en el estudio de la vivencia de los docentes, analizando las cargas objetivas, las interacciones en la actividad docente y las reacciones de las mismas en los profesionales, diferenciando efectos positivos, como son autoeficacia, satisfacción y sensación de bienestar

físico y emocional, y efectos negativos, como pueden ser sentido de inadecuación, frustración y sensación de malestar físico y/o emocional. Así mismo, también establece diferencias entre reacciones o efectos a corto plazo y consecuencias, o efectos a largo plazo.

5.2 MODELOS DE LA PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL POSITIVA

En este apartado se presentan los modelos en torno a la vivencia de éxito, el modelo JD-R de Demandas y Recursos, y el modelo RED que incluye el recurso personal de la eficacia percibida, para concluir con un estudio sobre demandas y recursos en la profesión docente.

5.2.1 MODELOS BASADO EN LA EXPERIENCIA DE ÉXITO

Estos modelos consideran que la realización del trabajo es saludable cuando se desarrolla la competencia profesional, que promueve satisfacción e implicación y están basados en la Teoría Social Cognitiva.

El modelo basado en la satisfacción de Halls, del año 1971 (Figura 4), propone que cada vez que la persona logra por ella misma una meta que valora como importante y que le suponía un reto, experimenta una sensación de éxito que le proporciona confianza en sus capacidades y un sentido de eficacia. Esta sensación de éxito le aporta autoestima y satisfacción profesional, crea una relación afectiva positiva con su trabajo, y favorece que el profesional se comprometa más, aumentando su motivación y su implicación en el trabajo.

En este modelo, la experiencia de éxito es central. Una experiencia de éxito confirma y fortalece la eficacia del profesional, frente al efecto de una experiencia de fracaso, que la debilita.

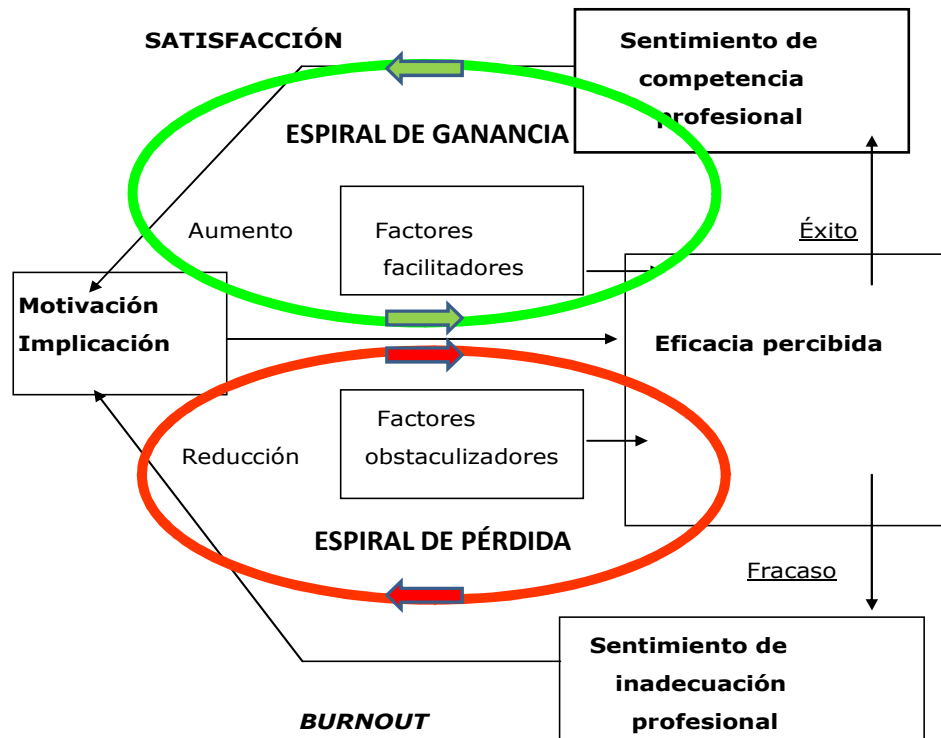
The most effective way of building a strong sense of efficacy is through mastery experiences. Successes build a robust efficacy. Failures undermine it, especially in early phases of efficacy development (Bandura, 2011, p.9).

Cuando el profesional fracasa y no logra sus metas, se pone en cuestión su eficacia. El profesional puede utilizar esta situación como una oportunidad para mejorar sus competencias y puede formularse interrogantes como: ¿Podría hacerlo mejor? ¿He realizado las intervenciones adecuadas? ¿Ha sido ajustada esta intervención? Estos interrogantes sobre su actuación son formas de reflexión y son el motor para la actualización de teorías, instrumentos, métodos y competencias del profesional (Pines, 1993). A partir de ellos, el profesional puede reconsiderar sus objetivos, modificar actuaciones, incrementar sus esfuerzos y/o buscar el apoyo del equipo docente. De esta forma, la experiencia de una vivencia de fracaso fortalece su capacidad para experimentar y superar obstáculos y para persistir en su esfuerzo por mejorar sus competencias.

Sin embargo, cuando profesional tiene una vivencia cotidiana y reiterada de fracaso, pierde la confianza en su competencia profesional y tiene la sensación de no ser válido. En la relación afectiva con el trabajo predomina la frustración o la impotencia y puede empezar a tener la sensación de que nunca conseguirá unos resultados significativos. Probablemente tenderá a retirarse emocionalmente, disminuirá su implicación, dejará de desarrollar sus competencias, bajará su autoestima y sentirá que su trabajo no tiene sentido (Pines, 1993). Todo ello conlleva un aumento de la probabilidad de trastornos psíquicos y físicos (Cherniss, 1993). Por lo tanto, unas condiciones laborales que dificulten el logro de metas y la sensación de competencia de los

profesionales, suponen un nivel de riesgo alto para el bienestar y la salud de los profesionales.

Figura 4: Modelo de Harrison (1983) y de Cherniss (1993)



Harrison diferencia entre factores facilitadores de éxito proporcionados por el entorno y los que dependen del profesional. Entre los primeros destaca los siguientes: a) apoyo del entorno a la función del profesional: claridad de las demandas y expectativas, reconocimiento de su función, b) disponibilidad de recursos suficientes para desarrollar las funciones, y c) Información sobre la propia actuación y la de la institución. Como facilitadores de éxito del profesional destaca: a) el conocimiento y dominio de las habilidades para ofrecer esta ayuda, b) establecimiento de metas alcanzables y c) evaluación de progresos parciales (Harrison, 1983).

Según Cherniss (1993), la influencia del entorno es mayor que la influencia de las condiciones personales del profesional. Confirmando la propuesta de Bandura, Cherniss sostiene que la autoeficacia se mantiene en un entorno positivo y que da apoyo, mientras que un entorno punitivo y demandante hace disminuir la autoeficacia del profesional al no proporcionarle experiencias de éxito. Ello se muestra por los efectos en la autoeficacia al cambiar de entorno. El regreso a un entorno favorecedor, permite al profesional recuperar su sentido de autoeficacia. Evidentemente, los entornos reales no son ni totalmente positivos ni totalmente frustrantes, sino que se da una combinación y el profesional pasa por momentos diferentes. Investigaciones recientes han encontrado que las experiencias de éxito tienen un efecto mayor en la percepción de eficacia que las experiencias de fracaso. Por ello, los entornos positivos son aquellos que posibilitan estas experiencias, haciendo que las experiencias de fracaso formen parte de un aprendizaje. Estudios recientes han demostrado que, para promover la eficacia del profesional conviene generar un entorno donde se den de forma regular experiencias positivas en las relaciones con los alumnos y entre el equipo docente. Estas experiencias compensan otras experiencias de frustración y fracaso, permitiendo que el profesional continúe implicado y comprometido (Beltman, Mansfield y Price, 2011).

Positive events in teachers' lives had a much stronger lifting of teachers' self-efficacy than the lowering effect of negative events. (...) The presence or absence of positive experiences had a stronger impact on teacher efficacy than negative experiences. In addition, the frequency of experiences (at the local level) was a stronger influence than their intensity.(...) Teachers were able to cope with negative experiences, as long as they had regular, local positive experiences in their schools and with their students (Beltman et al., 2011, p.192).

El sentido de competencia y el sentimiento de eficacia son el resultado de experiencias en las que el profesional ha sido capaz de intervenir en el entorno y de afrontar sus retos. Según Harrison (1983), los profesionales sólo son

capaces de desarrollar una respuesta afectiva positiva hacia su trabajo si tienen la percepción de que su trabajo produce cambios significativos en las personas a las que atiende. En conclusión, la experiencia de éxito aporta un sentimiento de eficacia, que es fundamental para el bienestar y para el desarrollo del profesional.

5.2.2 MODELO DE DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES (JD-R)

El modelo Demandas y Recursos laborales (Job Demands-Resources, JD-R) fue creado por Demerouti y se enmarca dentro de la Psicología Ocupacional de la Salud (Demerouti et al., 2001). Este modelo especifica cómo se producen los procesos de *engagement* o deterioro en función de dos grupos específicos de condiciones laborales: las demandas del trabajo y los recursos del trabajo. Basado en el modelo de Karasek, incluye un abanico más amplio de demandas y de recursos generales y específicos (Schaufeli et al., 2009).

5.2.3 DEMANDAS

Demandas del trabajo son aquellos aspectos físicos, sociales u organizacionales del trabajo que requieran esfuerzo físico o mental y, por tanto, están asociados con cierto costo fisiológico y, como por ejemplo, el agotamiento (Demerouti et al., 2001).

En concreto, en la profesión docente, los resultados empíricos indican que las principales demandas en la profesión docente son: sobrecarga laboral, problemas de comportamiento de los alumnos, ambiente físico no adecuado (Hakanen, Bakker y Schaufeli, 2006; Fernet, Guay, Senécal y Austin, 2012), equipamientos deficitarios, gestión de los centros educativos, conflictos interpersonales y clima social (Fernet et al, 2012; Skaalvik y Skaalvik, 2010). Un estudio realizado entre docentes de Catalunya indica que las demandas que más afectan la salud del docente son la exigencia psicológica de la tarea docente, los problemas de disciplina, la falta de reconocimiento, la falta de

apoyo de las familias y la falta de colaboración entre compañeros (Gay et al., 2003).

El estudio sobre obstáculos en el logro de los objetivos educativos de Salanova y colaboradores indica que los más importantes, agrupados según resultados de AFE son: a) Factor 1, relacionado con los recursos y con el apoyo: Escasez de recursos tecnológicos en el centro, problemas con el material didáctico para dar la clase, fallos o averías en las instalaciones, mucha dificultad para obtener el apoyo del personal de servicio y de la administración y muchas dificultades en la coordinación con los compañeros y/o dirección; y b) Factor 2: relacionado con los alumnos y padres: Actitud negativa y excesiva indisciplina de los alumnos, desinterés y falta de motivación por aprender, actitudes negativas de padres respecto al aprendizaje de los hijos. Los resultados indicaban que el primer factor tenía una influencia mucho mayor que el segundo (Salanova et al., 2005)

Otro estudio sobre desafíos relacionados con el contexto del aula y de la docencia indica que los más importantes son: Gestionar la clase y los alumnos problemáticos, atender las necesidades de los alumnos más desaventajados, conocimiento pedagógico y sobre la materia, sobrecarga laboral, falta de tiempo y exceso de tareas burocráticas, cursos y clases difíciles, material didáctico, falta de recursos y de equipamientos, relación con los padres, equipo docente desorganizado y que da poco apoyo (Beltman et al., 2011). Según Schaufeli, las demandas están relacionadas con : a) los alumnos: mal comportamiento, falta de interés y motivación; b) docencia : materiales docentes inadecuados, demasiadas horas, falta de tiempo para atender y dirigir a los alumnos, para preparar clases, para corregir ... c) con los compañeros: compañeros poco implicados o incompetentes, d) con la dirección de la escuela: una dirección ineficiente, falta de apoyo del supervisor y d) con cambios en el sistema educativo: falta de participación, aumento de la burocracia (Schaufeli, 2005).

Recursos del trabajo son aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales y organizacionales del trabajo que puedan realizar cualquiera de las siguientes: a) ser funcional para la consecución de los objetivos del trabajo, b) reducir las demandas de trabajo reduciendo los efectos físicos y psicológicos asociados a ellas, c) estimular el crecimiento y el desarrollo personales. Estos recursos están relacionados con la promoción de la salud ya que permiten afrontar de forma sana un nivel alto de demandas (Demerouti et al., 2001).

5.2.3.A. Recursos

Los recursos ayudan a la adquisición y consolidación de competencias y al desarrollo profesional y, por lo tanto, son los elementos imprescindibles para generar satisfacción en el trabajo (European Trade Union Committee for Education [ETUCE], 2011). También satisfacen necesidades humanas básicas como son la necesidad de autonomía, de relacionarse y de competencia (Fernet et al., 2012).

Previo al estudio de los recursos, es conveniente delimitar que situaciones en la docencia son consideradas situaciones de éxito por los docentes. Estas situaciones fueron definidas a partir de un estudio cualitativo entre profesores de Finlandia. Como experiencias de éxito en la docencia destacaron las siguientes:

- Relación con alumnos y entorno de aprendizaje: actividades pedagógicas que son bien recibidas por los alumnos, motivación de los alumnos hacia el tema y su planteamiento, el fomento del pensamiento de cada uno, una atmósfera de aprendizaje positiva.
- Métodos de enseñanza versátiles, aprendizaje cooperativo, objetivos docentes claros y enseñanza concreta y ilustrativa.
- Asesoramiento variado, habilidades docentes y colaboración en el equipo docente (Atjonen et al., 2011, p. 285)

Los estudios sobre recursos en el trabajo docente indican como principales: el control sobre el trabajo, la autonomía, disponer de normas y metas adecuadas y claras, apoyo social, tener feedback sobre la actuación, posibilidad de utilizar las propias habilidades y de oportunidades para aprender e innovar, y, finalmente, disponer de asesoramiento tutorial, supervisory coaching (Hakanen et al., 2006). Así pues, varios recursos están relacionados con el apoyo social, una de las variables del entorno que más relación ha mostrado con el desarrollo del SQT en la docencia (Gusy, 1995). Puede distinguirse diferentes formas de apoyo: apoyo informativo, que consiste en recibir información útil para afrontar el problema; apoyo instrumental, que son acciones dirigidas a solucionar el problema; apoyo emocional, que son muestras de empatía, confianza, aprecio y reconocimiento; y apoyo de supervisión, que ayudan a saber qué cosas se hacen bien, que se puede mejorar y cómo, y qué conviene modificar (Gusy, 1995).

En España, el estudio sobre facilitadores en el logro de los objetivos educativos de Salanova y colaboradores indica que los más importantes, agrupados en factores, son:

- Fácil acceso a la información y materiales relevantes para preparar las clases
- Cambiar el tipo de actividades que se están realizando en clase
- Hacer broma cuando hay aburrimiento
- Ausencia en la clase de alumnos problemáticos
- Amonestar y expulsar a los alumnos conflictivos
- Competencia del personal administrativo y administración
- Que los alumnos participen activamente en clase
- Tener todo el apoyo de los compañeros cuando uno lo necesita
- Buena gestión de las reuniones
- Recurrir a padres, tutores y/o psicólogos.

Los resultados del estudio muestran que los facilitadores tienen un efecto amortiguador de la relación entre obstáculos y consecuencias negativas (Salanova et al., 2005).

Un estudio sobre estos recursos entre docentes de Catalunya indica que los recursos que más valoran los docentes son la relación entre docentes, el apoyo mutuo, la satisfacción laboral, la relación con los alumnos y el reconocimiento social y la motivación docente (Gay et al., 2003)

5.2.3.B. Espirales de deterioro de la salud y espirales de ganancia

El principio central del modelo JD-R es la generación de procesos en espiral negativa de deterioro de la salud y de procesos motivacionales en espiral positiva.

In conclusion, according to the JD-R model, the two sets of working conditions evoke different processes: (1) a strain process in which high demands deplete employees' mental energy and thus may produce burnout and involuntary sickness absence; (2) a motivational process in which sufficient job resources foster employee motivation and thus may produce work engagement (Schaufeli et al., 2009, p. 896).

El modelo JD-R plantea una espiral negativa de deterioro de la salud producida por un exceso de demandas laborales, o bien por una falta de recursos laborales.

En el primer caso, cuando hay un exceso de demandas laborales, los efectos en la salud están asociados a un aumento del agotamiento, con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad frente a trastornos diversos. Este proceso se entiende a partir del modelo de control de gestión de la demanda de Hockey, que estudia las estrategias que utiliza el individuo para poder mantener su rendimiento cuando hay factores de estrés, como ruido, calor, mucha carga de

trabajo o falta de tiempo. Estas estrategias consisten en la movilización de la activación simpática, autónoma y endocrina, en un aumento del esfuerzo subjetivo para mantener un control activo en el procesamiento de información, o en ambos. Cuanto mayor es la activación o el esfuerzo, mayores son los costos fisiológicos para el individuo. El efecto a largo plazo de una estrategia de compensación de este tipo puede ser un gasto muy alto de energía con el consiguiente desgaste o agotamiento (Schaufeli et al., 2009). Los estudios corroboran la relación entre agotamiento y unas condiciones de trabajo nocivas (Fernet et al., 2012)

According to this model, employees under stress face a trade-off between the protection of their performance goals (benefits) and the mental effort that has to be invested in order to achieve these goals (costs). When job demands increase, regulatory problems occur in the sense that compensatory effort has to be mobilized to deal with the increased demands whilst maintaining performance levels. This extra compensatory effort is associated with physiological and psychological costs such as increased sympathetic activity, fatigue, and irritability (Schaufeli et al., 2009, 894).

Los efectos sobre el profesional del exceso de demandas no siempre se pueden compensar con una mayor disponibilidad de recursos. Algunos estudios muestran una relación entre el exceso de demandas, inhibición de la capacidad de aprender y mayor dificultad para recuperarse del trabajo, por lo cual el exceso de demandas es una situación de riesgo que debe ser prevenida (Taris, Kompier, De Lange, Schaufeli y Schreurs, 2003).

En el segundo caso, cuando faltan recursos laborales, como pueden ser apoyo o participación en la toma de decisiones, los efectos de la espiral negativa están más asociados con la disminución de la implicación, y un aumento de riesgo de SQT (Schaufeli, Taris y van Rhenen, 2008). Ambas circunstancias

generan una espiral negativa de mayor agotamiento, falta de implicación y deterioro de la salud (Hakanen et al., 2006; Salanova y Schaufeli, 2008).

En la espiral positiva, o de ganancia, la disponibilidad de recursos promueve un proceso de motivación que, a través de *engagement* en el trabajo, se traduce en un mayor compromiso con la organización y un mayor desarrollo de competencias profesionales y personales (Salanova y Schaufeli, 2008) Cuando el ambiente de trabajo ofrece recursos abundantes, favorece la implicación de los trabajadores. Esto aumenta la probabilidad de que logren los objetivos y la experiencia sea de éxito, lo que supone un aumento de la satisfacción, y la consiguiente generación de una relación afectiva positiva con el trabajo. Así pues, los recursos laborales son propensos a fomentar el compromiso en el trabajo a través de un proceso motivacional que mejora el desarrollo de competencias del profesional y satisface sus necesidades básicas de autonomía, relación y competencia (Schaufeli et al., 2009; Fernet et al., 2012).

Numerosos estudios muestran los efectos positivos de los recursos en la motivación para el trabajo, el *engagement*, mientras que su ausencia produce una disminución de la motivación y disminuye las posibilidades de aprender de los trabajadores.

Teachers who are able to draw upon job resources, like job control, supervisory support, and innovativeness may become more vigorous and dedicated, may feel stronger commitment. On the other hand, our findings show that lack of important job resources to meet the job demands may be associated with burnout, which may further undermine work engagement and lead to lower organizational commitment (Hakanen et al., 2006, p. 508).

Los recursos en la docencia son importantes para lograr que los docentes se sientan satisfechos en su trabajo. Así pues, a más recursos, más satisfacción y

más competencia, y de allí, más implicación y desarrollo de competencias pedagógicas.

Teachers' learning and occupational well-being is crucial in attaining educational goals both in the classroom and at the school community level. This means that teachers' occupational well-being is closely entwined with the success of their pedagogical task, which in turn is linked to the ability of the teacher and the teacher community to develop and revise their pedagogical actions. More specifically, skillful and motivated teachers are likely to promote active and functional learning strategies, and consequently achieve the best learning outcome on pupils. (Soini et al., 2010, p. 735).

Por ello, los recursos generan motivación, y una falta de recursos es una situación de riesgo de estrés y de SQT en la docencia (Schaufeli et al., 2009; Salanova et al., 2006, ETUCE, 2011).

También se ha comprobado la relación entre el desarrollo de innovaciones en el trabajo y la disponibilidad de recursos.

This results suggest that workers would cope with high demands by introducing changes in their job content, if they possess high job resources, which supports the conceptualization of individual innovation as a coping focused-problem strategy (...) Workers cope with job external demands through the introduction of new and improved ways of doing things, depending on the level of job resources they possess. (Martin, Salanova y Peiró, 2007, p.625) .

5.2.4 MODELO RED: INCLUSIÓN DE LA EFICACIA EN EL MODELO JD-R

El modelo RED propuesto por el equipo de Salanova, es una extensión del modelo de JDR de Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2001). Basado en los resultados que relacionan la eficacia percibida con el *engagement*, el modelo JD-R amplía el proceso motivacional mediante la inclusión de la influencia de los recursos personales en el *engagement*. De esta manera, se proponen tanto dematrabajo y recursos personales como predictores importantes del *engagement* (Del Libano, Llorens, Salanova y Schaufeli, 2012; Llorens et al., 2007; Salanova et al., 2011; Salanova, Bresó, y Schaufeli, 2005).

La autoeficacia se refiere a la percepción que el sujeto tiene de sus recursos personales y profesionales, como pueden ser la experiencia profesional, las habilidades para gestionar el trabajo, y la capacidad de adaptarse a las situaciones concretas. La autoeficacia interviene en el proceso de regulación del comportamiento de forma proactiva. En la fase motivacional, interviene en el establecimiento de metas y en la planificación de las actuaciones, influenciando el nivel de dificultad y la duración de éstas. En la fase volitiva, la autoeficacia participa en la capacidad de iniciativa y en el sostenimiento de las actuaciones a pesar de los resultados no sean inmediatos. Una autoeficacia mayor implica más iniciativa y más rapidez así como más resistencia al fracaso y más constancia en el esfuerzo. Es por ello que la autoeficacia representa un recurso personal importante en todas las fases de la regulación de la actividad (Schmitz, 2000).

To sum up, efficacy beliefs (through cognitive, affective, and motivational regulatory mechanisms) influence how people feel, how much effort they invest in actions, how long they persevere in the face of obstacles and failures, and how resilient they are to adversity (Salanova et al., 2011, p. 256).

Al hablar de creencias de eficacia hablamos de la eficacia percibida y de la autoeficacia. La eficacia percibida indica en qué medida el profesional considera que posee las capacidades necesarias para realizar su tarea, mientras que autoeficacia señala la convicción de ser capaz en circunstancias adversas (Salanova, Grau, y Martínez, 2005). Concretando en la actividad docente, se pueden distinguir entre eficacia de la docencia, que indica la confianza de poder influir en la formación de los alumnos a pesar de condiciones adversas, y la autoeficacia, o eficacia docente personal, que indica la confianza en disponer de competencias y habilidades para poder realizar una actividad profesional exitosa (Flores y Fernández-Castro, 2004). Otros conceptos similares son el de competencia profesional percibida, que hace referencia a la confianza que tiene el profesional en poder lograr los resultados deseados en tareas que suponen un desafío alto (Fernet et al., 2012). Los estudios corroboran su influencia en el desarrollo del SQT (Gil-Monte y Peiró, 1999; Llorens, García-Renedo y Salanova, 2005).

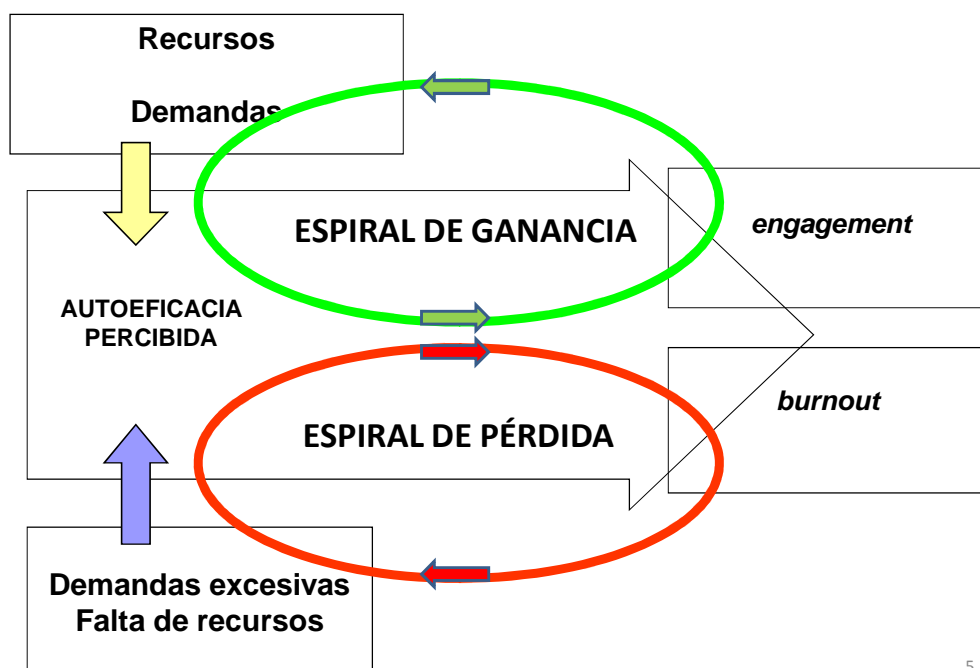
A partir de los resultados empíricos, en el modelo JD-R se incorpora como variable la autoeficacia en los procesos en espiral de deterioro de la salud y de motivación (Figura 5). De esta forma, en la espiral de pérdida, la falta de recursos laborales produce unas vivencias que disminuyen la eficacia, por lo que el profesional necesitará hacer un esfuerzo mayor, lo cual le producirá una sensación de agotamiento. Todo ello conduce a una disminución del *engagement* y a un aumento del riesgo de deterioro de la salud y del desarrollo del SQT (Llorens et al., 2005). Los fracasos repetidos aumentan la evaluación negativa de las propias competencias, que a su vez influirá negativamente en la valoración de las demandas y de los recursos disponibles, aumentando la probabilidad de tener más fracasos (Llorens et al., 2007, Del Libano et al., 2012).

According to the health impairment process, when employees have low levels of self-efficacy, they believe that they do not control the work

environment in an effective way. This situation requires a sustained effort and consequently may exhaust employees' resources and lead to energy depletion and exhaustion, and subsequent health problems (Del Libano et al., 2012, p.690).

Los estudios indican que la falta de recursos laborales tiene una influencia alta en la falta de eficacia, mientras que la relación con el nivel de demandas es mucho menor (Schaufeli y Salanova, 2007). Por lo tanto, un entorno con falta de recursos pondrá en peligro el sentimiento de eficacia percibida de los profesionales.

Figura 5: Modelo de espirales de ganancia y pérdida, de Salanova, Schaufeli y colaboradores (2005)



La espiral de ganancia viene determinada por la presencia de recursos, aumento de la eficacia y aumento del *engagement*, lo cual conduce a una

percepción de más recursos (Lorente, Salanova, Martínez y Schaufeli, 2008, Del Libano et al., 2012).

In contrast, in accordance with the motivational process, the availability of self-efficacy acts as a motivational mechanism which leads to the perception of more job resources. When self-efficacy is high, employees believe that they are controlling their environment in a correct way and they are more likely to experience fewer demands and more resources. Thus, the higher work self-efficacy is, the more likely it is that job demands will be seen as challenges (and not as hindrances or stressors) and the more favorable perception of the job will be. The intrinsic and extrinsic motivational potential of job resources pushes employees to meet their goals and to experience positive outcomes such as work engagement, which is exemplified by high effort, persistence, dedication and absorption at work. And there are more opportunities to recovery. It also encourages them to be committed to their job because they derive fulfillment from it (Del Libano et al., 2012, p.690).

Los estudios sobre los efectos de la autoeficacia muestran que a mayor autoeficacia, mayor uso de estrategias proactivas de afrontamiento a las demandas, mejor desempeño en el trabajo, mayores prácticas colaborativas y mayor compromiso organizacional, además de favorecer el *engagement* y el *flow* en el trabajo (Flores y Fernández-Castro, 2004; Lorente et al., 2008; Salanova, Martínez y Llorens, 2014). La Teoría Social Cognitiva señala que la autoeficacia proporciona a la persona un mecanismo automotivador, ya que a partir de observar sus propias competencias, la persona se impone a sí misma metas que a su vez movilizan su esfuerzo y persistencia. Se establece así una relación entre experiencias de éxito y movilización del esfuerzo y perseverancia (Salanova et al., 2005).

Los estudios sobre la relación de la autoeficacia con otras variables aportan datos que corroboran el modelo. En relación con el *engagement*, algunos

estudios empíricos muestran que la autoeficacia no sólo precede, sino que también es consecuencia de vivencias de *engagement* (Llorens et al., 2007; Salanova et al., 2011; Salanova et al., 2005; Xanthopoulou, Bakker y Fishbach, 2013). También hay resultados que muestran su relación con el *flow* en concreto en profesores, y su relación con la presencia de recursos como el apoyo social, buenas relaciones interpersonales y estados emocionales como el optimismo (Rodríguez-Sánchez, Salanova, Cifré, Schaufeli, 2011; Salanova et al., 2011,).

Una relación importante es la relación entre eficacia percibida y emociones positivas. Se trata de una relación de influencia recíproca que aporta nuevas evidencias de la existencia de procesos en espirales positiva y negativa. Así pues, las emociones positivas aumentan el sentido personal de autoeficacia. Esto sucede porque una parte de la valoración de las capacidades se realiza a partir de las sensaciones y emociones posteriores a la realización de la actividad. Por ello, las emociones de alegría, satisfacción influyen positivamente en la autoeficacia, mientras que las emociones de frustración y/o descontento producen una disminución de ésta (Salanova et al., 2011; Simbula y Guglielmi, 2013).

Bandura assumed that when people feel contented and satisfied, they are more likely to believe that they are efficacious, consequently, positive affect is also a source of efficacy beliefs (Salanova et al., 2011, p.258).

Cuando el ánimo es alegre, la autoeficacia es mayor. Y, por ello, cuando más frecuentes son los estados emocionales positivos en el trabajo, más se consolida un nivel alto de autoeficacia, por lo que experiencias que generan satisfacción y felicidad en el trabajo están relacionadas con un aumento de la autoeficacia. Lo mismo sucede cuando las emociones son de frustración y de rabia. A pesar de poder comprender las circunstancias del fracaso, el sujeto experimenta estas emociones y tenderá a atribuirse un nivel de autoeficacia menor (Salanova et al., 2005).

People also rely partly on their physical and emotional states in judging their efficacy. They read tension, anxiety and weariness as signs of personal efficiencies. Mood also affects how people judge their efficacy. Positive mood enhances a sense of efficacy, depressed mood diminishes it. Efficacy beliefs are strengthened by reducing anxiety and depression, building physical strength and stamina, and changing negative misinterpretations of physical and affective states (Bandura, 2011, p.9).

A su vez, niveles altos de autoeficacia favorecen emociones de satisfacción, confianza y seguridad, mientras que niveles bajos de autoeficacia favorecen emociones de inseguridad, impotencia, rabia, descontento, emociones que van a dificultar la realización de la actividad (Bandura, 2011), y que producen una alteración del nivel de activación fisiológica, produciendo una sensación de malestar y aumentando la probabilidad de disfunciones o trastornos somáticos (Cano y Tobal, 2001). De nuevo, las emociones positivas o negativas son otro componente que facilita la generación de espirales retroalimentadas, positivas o negativas (Salanova et al., 2006).

Por último, si bien la autoeficacia es la variable más relevante entre los recursos personales de los trabajadores, existen otras variables que también cumple una función mediadora entre recursos y demandas, y efectos en el trabajador. Entre ellas destaca la resiliencia (Prestch, Flunger y Schmitt, 2012) y el empoderamiento psicológico. Esta variable se compone de cuatro dimensiones: sentido, que hace referencia al valor que se da a la actividad; elección, que indica el grado en que el individuo percibe que él puede iniciar y regular sus propias acciones; competencia, que indica en qué medida el profesional se siente capaz de atender las demandas, similar a autoeficacia; e impacto, que corresponde a la percepción de la capacidad de realizar cambios y lograr metas significativas. El empoderamiento psicológico es una variable más amplia. Podríamos decir que esta variable reúne el sentido de eficacia, en su dimensión de competencia, la importancia de las metas, en la dimensión

sentido, la autonomía y control, en su dimensión elección. Los estudios realizados han demostrado su papel mediador entre los recursos y el *engagement* (Quiñones, Van den Broeck y De Witte, 2013).

6. EVALUACIÓN DE LA SALUD DOCENTE

En este capítulo revisamos los instrumentos disponibles para evaluar la salud de los docentes, tanto los riesgos que le afectan como las manifestaciones de bienestar en la docencia. La mayor parte de los instrumentos elaborados en el marco de la prevención de riesgos laborales está orientada a la evaluación de los factores de riesgo, es decir, a identificar las condiciones de la tarea, de la organización y del lugar de trabajo susceptibles de producir efectos negativos en la salud del trabajador. Sin embargo, la evaluación de la salud no dispone de instrumentos específicos, de forma que varios de los instrumentos que se utilizan en los estudios sobre salud laboral han sido instrumentos diseñados para la medida de sintomatología en el ámbito de la clínica. Gracias a las investigaciones de la Psicología Ocupacional Positiva, se dispone de instrumentos para la evaluación de variables relacionadas con el bienestar en el trabajo, como el *engagement*, el disfrute, la implicación y la motivación intrínseca. A continuación se realiza una presentación de estos instrumentos. El interés no radica en una exposición exhaustiva, sino más bien, en enmarcar el interés de nuestro proyecto de elaboración de un modelo completo para la evaluación de la salud en la docencia.

6.1 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD Y AFECTACIONES

En este apartado hacemos una presentación de los diferentes cuestionarios que evalúan la salud, ya sea en un marco general, para uso en la clínica y en la prevención de riesgo laborales, como en relación con una vivencia de estrés o en relación con el riesgo de desarrollar el SQT. A estos instrumentos podríamos añadir los instrumentos de medida de salud relacionada con la voz.

6.1.1 CUESTIONARIOS DE SALUD GENERAL

Los cuestionarios sobre salud general evalúan los diversos aspectos relacionados con la salud. La mayoría incluye como factores síntomas somáticos, malestar psicológicos asociados a depresión o ansiedad y nivel de estrés.

a) Cuestionario de Salud General, (General Health Questionnaire)

El cuestionario de salud general GHQ está formado por 28 ítems referidos a síntomas subjetivos de *distrés* psicológico, manifestaciones somáticas asociadas frecuentemente a ansiedad, depresión, dificultades de relación y de cumplimiento de roles sociales. Más que medir dimensiones estables, este cuestionario mide estados de salud sujetos a cambios a lo largo del tiempo. Está formado por 4 escalas, cada una de ellas con 7 ítems con respuesta por escala Likert. La primera de ellas dedicada a síntomas de carácter somático e incluye ítems como "Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada", "Ha padecido dolores de cabeza". La escala ansiedad-insomnio incluye ítems sobre vivencias de tensión, preocupación e irritación, p.e. "Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño", "Se ha notado nervioso o a punto de explotar constantemente". La escala de disfunción social se centra en la valoración de la calidad de las actividades sociales. Algunos de sus ítems son: "Ha tenido la impresión de que está haciendo las cosas bien", "Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida ", y "Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día". De la escala Depresión destacamos los siguientes ítems: "Ha pensado que Ud. es una persona que no vale para nada", "Ha tenido un sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse" (Goldberg y Williams, 1996). Es un cuestionario muy utilizado y se considera que tiene una buena validación (Schaufeli, 2004)

b) Test de salud total (TST).

El "Test de salud total" (TST), elaborado por Langner-Amiel (1986), se basa en la concepción de la salud como ausencia de enfermedad y como equilibrio

físico, mental y social, de acuerdo con la definición de salud en la OMS. Se trata de un cuestionario de 22 ítems que permite obtener información sobre el nivel de estrés percibido por los sujetos y el nivel de desmoralización que sufren. Es utilizado para evaluar alteraciones psicofisiológicas relacionadas con las condiciones psicosociales de trabajo, evaluando sintomatología relacionada con el estrés: disfunciones del aparato digestivo, reumatismos, aparato respiratorio y del sistema nervioso central y periférico (Fidalgo y Pérez, 1999; Nogareda, 2000).

c) Cuestionario de síntomas de cuatro dimensiones (Four-dimensional Symptom Questionnaire, (4QSD)

Este cuestionario ha sido elaborado por Terluin, Van Rehnen, Schaufeli y de Haan (2004). Consta de 50 ítems agrupados en cuatro grupos de síntomas: Distres, 16 ítems; Depresión, 6 ítems, Ansiedad, 12 ítems y malestares psicósomáticos, 16 ítems. Se utiliza en estudios sobre salud de Holanda para distinguir entre enfermedades psiquiátricas y desórdenes causados por el estrés. Escala Likert de 5 indicando la frecuencia en que se presenta el síntoma. Algunos de sus ítems son: "¿Estás fácilmente irritado?", "¿Crees que no hay nada que tenga sentido?", "¿Te sientes asustado?", "¿Sufres de dolores de cabeza?". Es un cuestionario que se ha utilizado especialmente en el ámbito de la salud laboral (Schaufeli et al., 2008).

d) SF-36

Se trata de un cuestionario de uso clínico. Consta de 36 ítems que miden tanto estados positivos como negativos de salud. Cubre 8 escalas: salud mental, salud física, vitalidad, funcionamiento físico, funcionamiento social y dolor (Ware, Snow y Kossinski, 1993).

e) Otros cuestionarios

Por último, destaca el Cuestionario de Manifestaciones Físicas de Malestar, centrado en la evaluación de síntomas de carácter físico, tomando en consideración la frecuencia del síntoma y su intensidad (Ribeiro, 2003)

6.1.2 EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS

Estos cuestionarios tienen como objetivo evaluar los efectos de una situación de estrés en el sujeto. Por ello, la mayoría de ellos se utiliza en el marco de la prevención de riesgos laborales.

a) Escalas de evaluación de la salud del Cuestionario de Copenhague-ISTAS

El Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) fue desarrollado en 2000 por un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Laboral de Dinamarca liderado por el profesor Kristensen. Su adaptación al estado español ha sido realizada por un grupo de trabajo constituido por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, el Centre de Seguretat i Condicions de Salut en el Treball de Barcelona, entre otros. El cuestionario de Copenhague valora aspectos relacionados con las condiciones del trabajo e incluye 6 escalas de evaluación de la salud del trabajador. La escala salud general consta de cuatro ítems sobre la satisfacción con el trabajo, p.e. "En relación a tu trabajo, estás satisfecho con tus perspectivas laborales?", y "estás satisfecho con el grado en que se emplean tus capacidades". En la escala salud general se incluye cinco ítems como "Creo que mi salud va a empeorar", "Mi salud es excelente". En la escala de salud mental se encuentran cinco ítems sobre estados emocionales: "¿Te has sentido calmado o tranquilo?", o "¿Te has sentido desanimado y triste?". Los cuatro ítems de la escala Vitalidad evalúan la presencia de energía y vitalidad, y la presencia de agotamiento y cansancio, p.e. ¿Te has sentido agotado?". La escala de síntomas conductuales del estrés

explora el estado de ánimo en las relaciones interpersonales, la calidad del sueño, la irritación y la presencia de agobio. P-e. "No he tenido ánimo para estar con la gente". Por último, en la escala de síntomas somáticos del estrés se tienen en cuenta la opresión o dolor en el pecho, la falta de aire, la tensión en los músculos y el dolor de cabeza (ISTAS, 2010; Moncada y Llorens, 2005; Pejtersen, Kristensen, Borg y Bjorner, 2010).

b) Escala de Autoevaluación de Síntomas de Estrés

Esta escala con 30 ítems estudia las dimensiones: síntomas físicos, insomnio, síntomas de tensión, síntomas emocionales y síntomas cognitivos. Los síntomas de tensión hacen referencia a sensación de opresión, tensión, irritación y ansiedad. Los ítems cognitivos hacen referencia a problemas de memoria, concentración y agilidad mental (Manassero, García, Vázquez, Ferrer, Ramis y Gili, 2000).

c) Listado de Síntomas de Hopkins (HSCL-25),

Es un instrumento creado por Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, y Colvi (1974) que mide cinco factores: somatización, depresión, ansiedad, dificultades cognitivas y sensibilidad personal. La subescala Somatización consta de 7 ítems y hace referencia a síntomas físicos, como dolor de cabeza y pesadez en brazos o piernas. La subescala Depresión incluye sentimientos de culpa y ganas de llorar, la subescala Ansiedad incluye temor, nerviosismo y tensión, la subescala Dificultades Cognitivas incluye problemas en el procesamiento de información, y, por último, la subescala Sensibilidad Interpersonal evalúa la vivencia emocional de las relaciones Interpersonales. Los resultados de Calvete y Vila (2000) muestran cómo estas cinco escalas presentan una correlación elevada con la dimensión de Agotamiento Emocional.

d) Inventario de Síntomas de Estrés (ISE)

El instrumento consta de 30 ítems que hacen referencia a manifestaciones sintomáticas asociadas al SQT y al estrés crónico y están agrupados en

síntomas físicos, psicológicos y sociales. Ejemplos de síntomas físicos son dolor de espalda y fatiga generalizada; de síntomas psicológicos: irritabilidad, agresividad y dificultad para la concentración; y de síntomas sociales, escasa satisfacción en las relaciones sociales y aumento del consumo de alcohol o tabaco (Benavides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2002).

e) Otros cuestionarios

Destaca el Cuestionario de estrés percibido (PSQ) de Levenstein (1993) de 30 ítems, que incluye siete escalas: hostigamiento, sobrecarga, irritabilidad, falta de alegría, cansancio, preocupación y tensión, y la versión de Sanz Carrillo, con seis escalas: acoso, irritabilidad y tensión, sobrecarga, alegría, miedo y ansiedad, satisfacción y autorrealización. (Levenstein, Prantera, Varvo, Scribano, Berto et al., 1993; Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed y Montoro, 2002).

6.1.3 EVALUACIÓN DEL SQT

Estos cuestionarios tienen como objetivo evaluar el SQT, uno de los mayores riesgos de la profesión docente.

a) Maslach *Burnout* Inventory (MBI)

Para la evaluación del SQT, destaca el Maslach *Burnout* Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986) que mide las dimensiones de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal y la versión Maslach *Burnout* Inventory-General Survey, (MBI-GS), de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). A pesar de ser el instrumento de medida más utilizado, sin embargo presenta algunos problemas en su escala de Despersonalización, por lo que se han realizado varias revisiones y cuestionarios que mejoran la evaluación del SQT (Moreno-Jiménez, Rodríguez y Escobar, 2001).

b) Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, (CESQT) de Gil-Monte (2005).

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo, (CESQT) de Gil-Monte (2005) consta de 21 ítems agrupado en cuatro factores:

a) Ilusión por el trabajo, formado por 6 ítems, evalúa en qué medida se percibe el trabajo atractivo y como fuente de realización personal; b) Desgaste psíquico, incluye 4 ítems relacionados con el agotamiento emocional y físico; c) Indolencia, consta de 6 ítems, y define la presencia de actitudes de cinismo o indiferencia hacia las personas atendidas, y d) Culpa, con 5 ítems, es un factor que evalúa la presencia de sentimientos de culpa en relación al contexto relacional del trabajo. (Gil-Monte et al., 2005).

c) Otros cuestionarios.

Otros cuestionarios son: el *Burnout* Measure, de Pines y Aronson (1988), que diferencia las dimensiones agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental, y el Cuestionario de *Burnout* del Profesorado (CBP-R) de Moreno, Garrosa y González (2000).

6.2 INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DE BIENESTAR LABORAL

A partir de la nueva concepción de salud propuesta por la OMS, la evaluación de la salud es más compleja que la constatación o no de ausencia de enfermedad. Esto ha generado la necesidad de estudiar nuevos indicadores de salud capaces de poner de manifiesto el grado de salud de una persona, incluyendo aspectos tradicionalmente no considerados enfermedad. Para la evaluación de un estado óptimo de salud se utilizan indicadores de satisfacción, autoeficacia profesional, *engagement* o vinculación en el trabajo.

a) Escala de Satisfacción Laboral-Versión para Profesores (ESL-VP)

La satisfacción laboral está relacionada con un buen estado de ánimo general y actitudes positivas en la vida laboral y privada (López-Araujo, Osca y Peiró, 2007). Entre los cuestionarios sobre satisfacción laboral específicos para la profesión docente, destaca la Escala de Satisfacción Laboral-Versión para Profesores (ESL-VP) de Anaya y Suárez (2007), que incluye dos aspectos de la actividad: diseño del trabajo y realización personal. También se utiliza en investigación sobre salud laboral el Cuestionario de Satisfacción laboral de Peiró y Meliá (1989).

b) Cuestionario Utrecht Work *Engagement* Scale (UWES)

El cuestionario que permite evaluar el *engagement* es el Utrecht Work *Engagement* Scale (UWES, 2002) integrado por las dimensiones de Vigor, Dedicación y Absorción. La escala Vigor, con 6 ítems, hace referencia a altos niveles de energía y resistencia mental mientras se trabaja, al deseo de invertir más esfuerzo y a persistir cuando aparecen esfuerzos. Alguno de sus ítems son: "En mi trabajo me siento lleno de energía", "Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar". La escala Dedicación mide el nivel de significado que tiene el trabajo y el entusiasmo y orgullo que genera. Consta de 5 ítems como por ejemplo: "Estoy entusiasmado sobre mi trabajo" y "Estoy orgulloso del trabajo que hago". La escala Absorción se refiere al nivel de concentración con 6 ítems como "Estoy inmerso en mi trabajo" y "Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo". Todas ellas tienen 5 ítems (Salanova et al., 2000).

c) Work Related *Flow* Inventory (WOLF)

El Work Related *Flow* Inventory (WOLF) (Bakker, 2001) mide motivación intrínseca, disfrute en el trabajo y absorción, tres aspectos relacionados con una experiencia positiva del trabajo.

d) Escala de autoeficacia general de Schwarzer y Jerusalem (1995)

Este cuestionario considera la autoeficacia profesional como la convicción de poseer las capacidades necesarias para organizar y ejecutar el trabajo y lograr los objetivos. Consta de 10 ítems que reflejan una vivencia de éxito. Algunos de sus ítems son: "Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente", "Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas" y "Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo" (Bäßler y Schwarzer, 1996).

e) Otros cuestionarios

Otros cuestionarios sobre el bienestar psicológico en el trabajo son el cuestionario de entusiasmo laboral de Lloret y Tomás, que considera dos ejes: ansiedad-relajación, depresión-entusiasmo y ha sido validado en castellano (Salanova et al., 2000); y el cuestionario sobre Compromiso Organizacional desarrollado por Cook y Wall (1980) y compuesto por nueve ítems sobre la relación de implicación en el trabajo.

De los apartados anteriores podemos concluir que los cuestionarios disponibles para la evaluación de la salud del docente tienen características muy diversas y en su conjunto abarcan múltiples factores sobre afectaciones y bienestar en la docencia. Algunos de ellos coinciden en los aspectos a evaluar y otros son específicos para un factor. La revisión de instrumentos disponibles para la evaluación de la salud laboral en la docencia pone en evidencia la necesidad de disponer de un cuestionario que incluya los ámbitos más relevantes en esta profesión, incluyendo tanto los indicadores de ausencia como de presencia de salud en el docente. Por ello, consideramos que un instrumento que reúna los principales indicadores de salud docente en un formato breve es una contribución interesante desde el punto de vista aplicado y de investigación.

7. CONCLUSIONES PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DOCENTE

En este capítulo se recogen los puntos principales que van a servir de guía para la construcción de un cuestionario para la evaluación de la salud docente. La finalidad que perseguimos es contribuir a la valoración del nivel de riesgo que muestran los docentes como consecuencia de su actividad profesional siguiendo las directrices de la vigilancia de la salud, conforme la Ley de Prevención de Riesgos Laborales de 1995 (Benavides et al., 2004). Por ello, un instrumento de esta naturaleza debe incluir los riesgos principales relacionados con la profesión docente. Conforme a la concepción de la salud de la OMS, entendemos que esta evaluación requiere incluir, junto a las manifestaciones de afectaciones o pérdida de salud, las manifestaciones de bienestar en el docente, como satisfacción, motivación, compromiso, sentido de competencia, disfrute. Estas variables indican una vivencia de bienestar en la profesión docente y forman parte de la evaluación de la salud docente.

A partir del estudio de las particularidades de la profesión docente, se constata la complejidad de la evaluación de las condiciones laborales en la docencia. En la profesión docente, las funciones más importantes son aquellas que se realizan en la relación con alumnos y con el grupo clase: actividades de gestión del aula, de planificación y realización de actividades de aprendizaje, de adquisición o creación de materiales pedagógicos, gestión de la disciplina, motivación de los alumnos, adecuación de los procesos de aprendizaje al nivel de los alumnos y evaluación de los avances realizados por los alumnos. Por ello, en la profesión docente, la mayor fuente de satisfacción está en la relación pedagógica con los alumnos. Ahora bien, una buena educación escolar requiere de una acción colectiva y, por lo tanto, depende de la organización y funcionamiento de la institución escolar, es decir, del contexto relacional y

social en el que se establecen las formas de gestión pedagógica, de intereses educativos, de comunicación, de disciplina y de trabajo en equipo. Este contexto constituye las condiciones y condicionantes que estructuran la práctica educativa de los docentes que trabajan en ella (Tardif, 2004). Esto tiene una importancia central, dado que las condiciones de salud docente están fuertemente vinculadas a las condiciones de una actividad docente satisfactoria.

Para presentar los diversos condicionantes que afectan el bienestar de los docentes, se pueden organizar en diferentes ámbitos. El primero hace referencia a los condicionantes derivados de los cambios sociales y la evolución del conocimiento, destacando los cambios sociales y tecnológicos rápidos y profundos, las desigualdades económicas y culturales y las contradicciones en las funciones de la escuela. En segundo lugar están los condicionantes derivados de la ordenación del sistema educativo y las organizaciones escolares, como son las demandas excesivas, el aumento de los contenidos curriculares, la falta de recursos y, sobre todo, la escasa cultura colaborativa en el colectivo docente. Por último, se desarrollan los condicionantes en la docencia en tanto que profesión de ayuda, actividad de ayuda que busca el desarrollo de los alumnos, que requiere de su participación y en la que entran en juego sus circunstancias, y en la que el docente se implica como profesional y como persona. Todo ello supone un desafío al que debe dar respuesta el docente, o mejor dicho, la comunidad educativa en su conjunto.

En relación a los riesgos a los que se expone el docente, destacan los riesgos psicosociales, sobre todo el estrés, por el alto nivel de demanda, y el SQT, por tratarse de una profesión de ayuda, en la que la competencia del docente se pone en juego en su desempeño diario, a la vez que requiere de una alta implicación emocional. Analizando los ámbitos en los que se manifiestan estos riesgos se diferencian claramente: aspectos de carácter físico, como

enfermedades infecciosas, problemas digestivos, respiratorios, del sueño, malestares musculoesqueléticos, problemas con la voz y agotamiento, y aspectos psicológicos, donde se incluyen trastornos psicológicos, como ansiedad o depresión, estados emocionales de irritación, enfado o tensión, y deterioro de las capacidades cognitivas, sobre todo, las relacionadas con la concentración, atención y memoria.

Como modelos de referencia para el estudio de la salud docente partimos del modelo de Rudow (1995), basado en la psicología del trabajo de Hacker (1998), y los modelos de JD-R y RED, desarrollados en el marco de la Psicología Organizacional de la Salud. Estos modelos de análisis de la salud docente nos muestran la existencia de dos tipos de espirales. En la espiral positiva, o de ganancia, la disponibilidad de recursos promueve un proceso de motivación que, a través de *engagement* en el trabajo, se traduce en una relación afectiva positiva con el trabajo y en un desarrollo de competencias profesionales y personales. En la espiral positiva, la actividad docente es gratificante, aumenta el sentido de eficacia y favorece la autoestima y un estado de bienestar en el docente. En la espiral negativa la experiencia predominante es de fracaso. Sucede cuando el profesional se enfrenta a una situación de demandas excesivas y de falta de recursos docentes, por lo que los efectos en el docente son de frustración, tensión, disminución de las capacidades y cuestionamiento sobre la propia competencia, lo cual le sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad y en riesgo de un deterioro de su salud. Estos procesos en espiral suceden a lo largo del tiempo y van consolidando un sentido de eficacia y un autoconcepto en el profesional. Estos modelos orientan la prevención de riesgos psicosociales en la docencia, pues en ambos se señala como condición de salud de los docentes poder disfrutar de experiencias docentes exitosas, de compartir los procesos de aprendizaje de los alumnos, de recibir su reconocimiento y de fortalecer el sentido de la actividad que se realiza. Por ello, unas buenas condiciones laborales son

aquellas que permiten y facilitan que el docente pueda realizar exitosamente su tarea educativa.

Con la intención de diseñar un cuestionario específico para la evaluación de la salud del docente, se ha realizado un estudio de los factores de estos cuestionarios, organizándolos por ámbitos: los que evalúan riesgos para la salud, y los que evalúan manifestaciones de bienestar.

En relación a las diferentes afectaciones o sintomatologías, se obtiene el siguiente listado:

- a) Sintomatología física
 - Problemas digestivos,
 - Problemas respiratorios,
 - Insomnio,
 - Reumatismo

- b) Relacionados con el agotamiento:
 - Cansancio,
 - Agotamiento físico,
 - Agotamiento emocional y mental.

- c) Relacionados con el sistema musculo-esquelético:
 - Tensión muscular
 - Dolor de cabeza,
 - Contracturas,
 - Problemas de espalda,
 - Pesadez manos y brazos.

- d) Afectaciones emocionales:
Relacionados con la ansiedad:

- Irritabilidad
- Ansiedad,
- Estado de inquietud
- Tensión

Relacionados con la depresión:

- Culpa,
- Tristeza
- Desánimo,
- Ganas de llorar,
- Impotencia,
- Desesperanza

e) Trastornos cognitivos:

- Dificultades cognitivas en el procesamiento de la información
- Problemas de memoria
- Problemas de concentración
- Agilidad mental y
- Pensamiento obsesivo

f) Sintomatología social y comportamental

- Sensibilidad interpersonal
- Dificultades de relación
- Despersonalización de los usuarios
- Actitudes de indolencia, indiferencia, cinismo
- Indolencia

En relación a las diferentes manifestaciones de bienestar se obtiene el siguiente listado:

- g) Factores que indican una relación positiva con el trabajo:
- Satisfacción
 - *Engagement*: Vigor, Dedicación y Absorción.
 - Sensación de fluir
- h) De carácter afectivo:
- Alegría, satisfacción,
 - Ilusión por el trabajo,
 - Sentimiento de orgullo y de reto por el trabajo,
 - Disfrute,
 - Entusiasmo con el trabajo,
 - Implicación emocional en el trabajo.
- i) De carácter competencial:
- Absorción en el trabajo: disfrute y concentración
 - Autoeficacia: convicción de poseer las capacidades necesarias
 - Resiliencia
- j) De carácter motivacional:
- Motivación intrínseca,
 - Realización personal en el trabajo
 - Compromiso con el trabajo
 - Satisfacción intrínseca hacia el trabajo

Siguiendo el modelo teórico expuesto, las manifestaciones de bienestar son tanto resultados de experiencias de éxito profesional como recursos personales que favorecen estas experiencias. Por lo tanto, las medidas de bienestar están relacionadas con la predominancia de procesos de ganancia de salud.

Finalmente, incorporando este conjunto de manifestaciones de afectaciones y bienestar, se proponen como ámbitos más importantes en los riesgos profesionales de los docentes los siguientes.

a) Manifestaciones de deterioro de la salud:

- Agotamiento,
- Afectaciones somáticas
- Afectaciones de la voz
- Afectaciones cognitivas
- Afectaciones emocionales

b) Manifestaciones de bienestar:

- Satisfacción
- Motivación intrínseca
- Disfrute
- Autoeficacia
- Confianza

Estos aspectos son los aspectos que conviene considerar en la elaboración de un cuestionario completo cuyo objetivo sea la evaluación de la salud del docente.

Finalmente, para la realización del cuestionario de salud docente, se proponen agrupar este conjunto de manifestaciones en dos grandes ámbitos: afectaciones o manifestaciones de deterioro de la salud y manifestaciones de bienestar. A partir de estos dos organizadores se inventarían los riesgos y los factores de protección más importante.

a) Manifestaciones de deterioro de la salud:

En función de los riesgos docentes, los riesgos de deterioro de salud más importantes en los docentes son de carácter físico, asociados al agotamiento,

uso de la voz, problemas musculoesqueléticos y manifestaciones de estrés crónico, y de carácter psicológicos, que pueden clasificarse en afectaciones cognitivas, relacionadas con la concentración, atención y memoria y afectaciones emocionales, como irritación, enfado o tensión,

- Agotamiento,
- Afectaciones somáticas
- Afectaciones de la voz
- Afectaciones cognitivas
- Afectaciones emocionales

b) Manifestaciones de bienestar:

Siguiendo el modelo teórico expuesto, las manifestaciones de bienestar son tanto resultados de experiencias de éxito profesional como recursos personales que favorecen estas experiencias. Por lo tanto, las medidas de bienestar están relacionadas con la predominancia de procesos de ganancia de salud.

Consideramos relevantes las siguientes:

- Satisfacción
- Motivación intrínseca
- Disfrute
- Autoeficacia
- Confianza

8. MÉTODO

8.1 DISEÑO

Se trata de un diseño transversal, con un solo grupo y ex post-facto.

8.2 PARTICIPANTES

La muestra del estudio está compuesta por 6208 docentes en activo de 197 centros educativos concertados de Cataluña, de los cuales el 77% eran mujeres y el 23% hombres. La media de edad es de 41,2 años (DT= 10.3 años), siendo la edad mínima de 21 años y la máxima de 66 años. Por niveles educativos, han participado 1402 docentes de Educación Infantil (22,2%), 2682 docentes de Educación Primaria (43,2%), 2113 docentes en Educación Secundaria Obligatoria (34%). En relación a su estado civil, el 51% vive con pareja e hijos, el 22% con la pareja, el 9% vive solo, el 6% vive con personas a su cargo y el 13% viven en otras situaciones. En cuando a años de docencia, el 22% ha trabajado menos de 5 años, el 15% entre 5 y 10 años, el 29% entre 10 y 20 años y un 35% más de 20 años. Más de un 80% de los docentes tiene contrato fijo y un 97% trabaja con horario completo (Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas y laborales de la muestra.

Variables	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	N	%
Total	1417	22,83	4791	77,17	6208	
Edad						
=<25	42	2,96	310	6,47	352	5,67
26-35	386	27,24	1255	26,19	1641	26,43
36-45	511	36,06	1563	32,62	2074	33,41
46-55	348	24,56	1159	24,19	1507	24,28
>=56	130	9,17	504	10,52	634	10,21

Nivel Educativo						
Ed. Infantil	70	4,95	1332	27,85	1402	22,62
Ed. Primaria	552	39,04	2130	44,53	2682	43,28
ESO	792	56,01	1321	27,62	2113	34,10
Situación familiar						
solo/a	165	11,64	371	7,76	536	8,65
con pareja	307	21,67	1051	21,97	1358	21,90
con pareja e hijos	731	51,59	2414	50,46	3145	50,73
con personas a su cargo	47	3,32	301	6,29	348	5,61
Otros	166	11,71	647	13,52	813	13,11
Años de docencia						
0 a 5	284	20,14	1053	22,04	1337	21,61
6 a 10	236	16,74	660	13,82	896	14,48
11 a 20	448	31,77	1342	28,09	1790	28,93
>20	442	31,35	1722	36,05	2164	34,98
Contrato						
Fijo	1277	90,31	4145	87,12	5422	87,85
Temporal	57	4,03	252	5,30	309	5,01
Sustituciones	47	3,32	193	4,06	240	3,89
Otros	32	2,26	168	3,53	200	3,24
Horario						
Completo	1196	84,40	4021	83,96	5217	84,06
Parcial	158	11,15	638	13,32	796	12,83
Completo compartido	29	2,05	67	1,40	96	1,55
Parcial compartido	30	2,12	35	0,73	65	1,05
Otros	4	0,28	28	0,58	32	0,52
Número de docentes en el centro						
< 30	150	10,74	681	14,34	831	13,53
Entre 36 y 60	563	40,33	2079	43,79	2642	43,00
Entre 60 y 90	401	28,72	1261	26,56	1662	27,05
> 90	282	20,20	727	15,31	1009	16,42
Zona del centro						
zona BCN	643	46,06	1994	42,00	2637	42,92
Comarcas	753	53,94	2754	58,00	3507	57,08

En relación a las características de los centros, el 72% de centros imparten todos los niveles educativos, un 18% imparte Educación Infantil y Educación Primaria, un 2,5% imparte sólo Educación Infantil y un 3,5% imparte sólo ESO. En el 24% de los centros trabajan menos de 30 docentes, en el 46% entre 30 y 60, en el 19% entre 60 y 90 y en el 9% de los centros trabajan más de 90

docentes. En cuanto a su situación, un 38% se encuentra en Barcelona y su área metropolitana y un 59% se encuentra en otras comarcas catalanas (Tabla 2).

Tabla 2: Características de los centros participantes

	Nro. Centros	% Centros
Niveles Educativos		
Infantil	5	2,54
Infantil y Primaria	36	18,27
Primaria y ESO	6	3,05
ESO	7	3,55
Infantil, Primaria y ESO	141	71,57
Perdidos	2	1,02
Población		
Área metropolitana	75	38,07
Población > 100000 habitantes	30	15,23
Población entre 20000 y 100000 habitantes	34	17,26
Población < 20000 habitantes	53	26,90
Perdidos	5	2,54
Número de docentes en el centro		
< 30	48	24,37
entre 30 y 60	89	45,18
entre 60 y 90	37	18,78
igual o más de 90	17	8,63
Perdidos	6	3,05
Zona		
Área metropolitana	75	38,07
Comarcas	117	59,39
Perdidos	5	2,54

8.3 INSTRUMENTO

Se utilizó un cuadernillo que contenía datos sociodemográficos y profesionales, así como el Cuestionario de Salud Docente.

Los datos sociodemográficos considerados son: género, edad y situación familiar, y de carácter socioprofesional: nivel educativo, años de docencia, tipo de contrato y horas de docencia. En relación al centro escolar se han considerado el número de docentes y el lugar del centro.

El Cuestionario de Salud Docente reúne ítems centrados en la percepción del sujeto sobre la vivencia positiva de la docencia y en la presencia de síntomas fisiológicos y psicológicos relacionados con el estrés y el SQT: agotamiento, síntomas músculo-esqueléticos, síntomas relacionados con la voz, síntomas cognitivos y síntomas emocionales (Bermúdez de Alvear, Martínez-Arquero, Barón y Hernández-Mendo, 2010; Vercambre et al., 2009; Villanueva et al., 2002). El formato de respuesta de los ítems utiliza una escala Likert de 5 opciones: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) Desacuerdo, (3) Ni de acuerdo ni desacuerdo (4) De acuerdo y (5) Totalmente de acuerdo.

El cuestionario ha sido elaborado en tres fases. En la fase preliminar se realizó la revisión bibliográfica en torno al tema de la salud laboral docente y su evaluación y se realizaron varias entrevistas con expertos y dos reuniones de focus-grup. La primera fue realizada con expertos en prevención de riesgos labores y en la profesión docente y sus riesgos, relacionados con la voz, estrés y problemas psicosomáticos, y la segunda con docentes de todos niveles educativos implicados. Siguiendo un método de triangulación interjueces se elaboró un documento fuente, se obtuvieron las dimensiones a considerar y se recogió un listado de cuestionarios relacionados con la evaluación de la salud laboral. Con todo ello, el grupo investigador procedió a la elaboración de ítems para cada dimensión y realizó una propuesta de cuestionario. En la fase de prueba piloto, una muestra de 30 docentes cumplimentó el cuestionario y

realizaron una valoración cualitativa sobre la complejidad, el interés y la idoneidad de los ítems. A partir del análisis de todas las opiniones, un comité de expertos procedió a una primera depuración de ítems con criterios de precisión y de eliminación de reiteraciones. Como resultado de esta fase, el cuestionario quedó formado por 112 ítems agrupados en torno a dos dimensiones: la primera, de 78 ítems, relacionada con el estado de afectación de la salud del docente incluyendo los aspectos físicos, cognitivos y emocionales, y la segunda, de 34 ítems, relacionada con la vivencia positiva de la actividad docente, incluyendo la satisfacción y la autoeficacia. En la tercera fase, se realizó un segundo piloto. Trescientos treinta y cinco docentes de 11 centros escolares respondieron al cuestionario. A partir de análisis de consistencia interna y de fiabilidad de las respuestas fueron seleccionados 70 ítems agrupados en torno a 4 dimensiones: tres relacionadas con el estado de afectación de la salud del docente, en concreto, a) Estado físico, de 28 ítems: con tres escalas: Agotamiento, 7 ítems, Voz, 6 ítems, y Estado de salud general, 15 ítems; b) Estado cognitivo, con una escala de 8 ítems, y c) Estado emocional, con una escala de 12 ítems, y una dimensión relacionada con la vivencia positiva de la actividad docente, con dos escalas: Satisfacción, de 12 ítems y Autoeficacia, de 10 ítems. Así pues, un total de 7 escalas, todas ellas con un coeficiente de fiabilidad aceptable (α de Cronbach > 0,70) (Segura, Cebrià y Longás, 2008).

8.4 PROCEDIMIENTO

El cuestionario fue distribuido en 197 centros concertados de Cataluña previa firma de un acuerdo de colaboración por el que accedían a participar en la investigación. El cuestionario se cumplimentó al final de una reunión de claustro de cada centro, después de informar a los docentes sobre el interés del estudio, la confidencialidad de los datos y el carácter voluntario de la participación. También se estableció el compromiso de devolución de los

resultados a nivel de centro. Todos los participantes firmaron el consentimiento a la participación en el estudio.

Previo al análisis de los datos se ha hecho una preparación de la base de datos, que incluye una depuración de errores y la imputación de valores medios a los valores perdidos, por ser éstos menos de un 5%.

ANALISIS DE DATOS

Con el objetivo de verificar las propiedades psicométricas del cuestionario se realizan los siguientes análisis:

a) Análisis de los ítems, a partir de la media, desviación típica, asimetría, curtosis y correlación ítem-escala

b) Análisis factorial exploratorio (AFE), sobre una mitad aleatoria de la muestra con el objetivo de revisar la dimensionalidad del cuestionario. El índice Kaiser-Mayer-Olkin y la prueba de significación estadística de esfericidad de Bartlett indican si la matriz de datos cumple las condiciones adecuadas para aplicar estos análisis, es decir, si existen correlaciones altas entre variables. Puesto que se espera que haya relación entre los factores se utiliza el método de extracción de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS) con rotación oblicua Oblimin para todas las escalas.

c) Análisis factorial confirmatorio (AFC) para obtener criterios adicionales para juzgar tanto el ajuste global del modelo como el funcionamiento de sus componentes. De esta forma, los análisis factoriales exploratorio y confirmatorio se utilizan de modo complementario, en el sentido propuesto por Gorsuch (1997). El análisis factorial confirmatorio se realiza sobre la segunda submuestra aplicando el método de Máxima Verosimilitud. Se tienen en consideración los siguientes índices de bondad de ajuste: el índice de ajuste

comparativo, CFI (Comparative Fit-Index), el IFI (Bollen Fit-Index), y los índices de ajuste general, GFI y AGFI (Lisrel GFI Fit-Index y Lisrel AGFI Fit.Index), todos ellos con un punto de corte igual o superior a .95. Por último, el error cuadrático medio de aproximación, RMSEA (Root Mean-Square Error of Approximation), y su intervalo de confianza del 90% indicará una bondad de ajuste a partir de valores iguales o inferiores a .06 (Hu y Bentler, 1999; Kline, 2005).

Con la intención de conocer si existe una estructura de segundo orden que agrupe las escalas dedicadas a la presencia de afectaciones y las dedicadas a presencia de bienestar con la actividad, se realiza una comparación entre tres modelos alternativos. El Modelo M1 consta de siete factores sin relación entre ellos. El modelo M2 define dos macrofactores: Bienestar, que incluye Satisfacción y Autoeficacia, y Afectaciones, que incluye Agotamiento, Afectaciones de la Voz, Musculo-esqueléticas, Cognitivas y Emocionales. El Modelo M3, añade al modelo M2 un factor total, formado por Bienestar y Afectaciones. Para comparar los diferentes modelos se utilizó el AIC (Akaike Information Criterion), de acuerdo con Brown (2006). Para comprobar la idoneidad del cuestionario se realizan los análisis confirmatorios para los subgrupos obtenidos por las variables género y nivel educativo. Por último, se analiza la fiabilidad de las escalas halladas, mediante el coeficiente α de Cronbach y la correlación entre factores latentes y entre escalas y dimensiones.

d) Análisis de fiabilidad de las escalas, a partir de los coeficientes alfa de Cronbach para los factores

e) Análisis descriptivo de los resultados de la muestra de docentes. Este análisis incluye un estudio de las escalas, considerando valores de media, desviación típica y frecuencias absolutas y relativas para el total de la muestra y un estudio de los resultados en función del nivel educativo, edad, género,

años de docencia, número de docentes en el centro y lugar. Mediante un análisis de varianza con contrastes a posteriori aplicando la corrección de Bonferroni, se podrá conocer si las diferencias entre subgrupos son estadísticamente significativas o no, añadiéndose el cálculo de eta cuadrado como indicador del tamaño del efecto.

f) Análisis clúster no jerárquico (K-means) para determinar la existencia de grupos homogéneos de docentes a partir de obtener puntos de corte con respecto a las puntuaciones en el índice global. Posteriormente se muestran las distribuciones de los clúster en función de las variables sociodemográficas.

Dado que el tamaño de la muestra lo permite, se utiliza el criterio de la replicabilidad o prueba repetida de los factores, para lo que se divide la matriz de datos originales en dos, una de la cuales se utilizará en el análisis factorial exploratorio, y la otra en el confirmatorio. En este estudio se utiliza la matriz de datos originales.

Los análisis estadísticos se realizan mediante el programa IBM SPSS, versión 19, y el programa EQS versión 6.0 para Windows.

9. RESULTADOS

9.1 RESULTADOS DEL ANALISIS DE ÍTEMS

Este análisis se aplica a todos los ítems del cuestionario. Los índices de discriminación se basaron en la correlación ítem-total corregida y se considera como criterio de inclusión un valor igual o superior a .30. Aplicando este criterio se descartan los ítems 8, 11, 34, 50, 63, 49, 68, 74 y 29, 57, y el ítem 73. De esta forma, el cuestionario consta de 59 ítems

9.2 RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Estos análisis se realizan sobre la primera mitad de la base de datos. Con la intención de conocer la adecuación de la muestra para la realización del análisis factorial exploratorio, se ha calculado el índice KMO de Kaiser-Meyer-Olkin (Kaiser, 1974) y el test de la esfericidad de Bartlett. El primer resultado obtenido es KMO = 0,89, por lo que se supera el valor de 0,70, criterio habitual de conveniencia. El test de la esfericidad de Bartlett mostró un valor de Chi-cuadrado $\chi^2(276, n=3080) = 25730,45$; $p < 0,001$, lo que indica que la matriz de correlaciones no es una matriz identidad, es decir, que existen intercorrelaciones significativas entre los ítems. Ambos resultados confirman la adecuación de los datos al análisis factorial.

El AFE se realizó utilizando el método de los mínimos cuadrados generalizados (GLS) con rotación Oblimin. Este tipo de rotación permite conocer mejor los pesos de las variables considerando las relaciones entre factores. La solución factorial obtenida muestra siete componentes que explican el 60,98% de la varianza, con valores que oscilan entre el 26,81% y el 3,37% de la varianza

explicada para cada uno de ellos El primer componente está compuesto por los ítems 7, 12 y 17, relacionados con la sensación de agotamiento, por lo que este factor recibe el nombre de Agotamiento, y explica el 26,82% de la varianza. El segundo componente se configura con los ítems: 6, 10, 15, 18 y 26, ítems relacionados con la percepción de satisfacción en el ejercicio de la profesión docente, por lo que recibe el nombre de Satisfacción, y explica el 10,72% de la varianza. El tercer componente integra los ítems 8, 14 y 27, ítems que hacen referencia al estado de la voz, por lo que se ha denominado Alteraciones de la Voz y explica el 6,15% de la varianza. El cuarto componente reúne 4 ítems: 3, 9, 20 y 23, ítems relacionados con dificultades de carácter cognitivo, por lo que es denominado Afectaciones Cognitivas, y explica el 4,99% de la varianza. El quinto componente reúne los ítems 2, 5 y 21, que hacen referencia a malestares de tipo muscular, por lo que se denomina Afectaciones Musculo-Esqueléticas y explica el 4,77% de la varianza. El sexto componente se configura con 5 ítems relacionados con la percepción de Autoeficacia en la docencia, explicando el 4,17% de la varianza. Está formado por los ítems 1, 4, 13, 22 y 24. El séptimo componente reúne los ítems 11, 16, 19 y 25, que evalúan síntomas de tipo emocional, por lo que ha sido denominado Afectaciones Emocionales. Este último factor explica el 3,37% de la varianza. Así pues, el análisis factorial exploratorio organiza los ítems en torno a siete factores que sirven de referencia para la realización del análisis confirmatorio. El índice de bondad de ajuste indicó un valor Chi-cuadrado $\chi^2(183, n=3080) = 626,55$; $p < 0,001$, por lo que el cociente χ^2/df arroja un valor de 3,43, considerado un nivel de ajuste aceptable.

De esta forma el cuestionario adopta su forma final: consta de 27 ítems, con 7 escalas: Satisfacción y Autoeficacia con 5 ítems, Afectaciones Cognitivas y Afectaciones Emocionales con 4 ítems y Agotamiento, Voz y Afectaciones Musculo-esqueléticas con 3 ítems. La puntuación de las escalas y se obtiene por la suma directa de los ítems correspondientes. El cálculo del índice total de Salud docente se obtienen a partir de la suma directa de las escalas

Satisfacción y Autoeficacia y la suma inversa de las escalas Agotamiento, Agotamiento, Voz, Afectaciones Musculo-esqueléticas, Afectaciones Cognitivas y Afectaciones Emocionales, de forma que un índice alto indica un buen nivel de salud, y una puntuación baja, un nivel bajo de salud docente.

9.3 RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIALES CONFIRMATORIOS

El AFC se ha realizado mediante software estadístico EQS (nombre). El método de estimación utilizado fue el de Máxima Verisimilitud (ML). Estos análisis se realizan sobre la segunda mitad de la base de datos.

Los índices de bondad de ajuste obtenidos han sido los siguientes: Chi-cuadrado $\chi^2(351) = 28637,63$; $\chi^2(351) / 351 = 81,59$; $p \leq 0,001$; AIC =1055; CFI = 0,952; IFI= 0.952; GFI = 0,961; AGFI = 0,951 y RMSEA = 0,038 (0,036 - 0,040) , De acuerdo con Hu y Bentler (1999) y Kline (2005), estos resultados indican que el cuestionario definido por 7 factores presenta un buen ajuste a los datos. Las cargas factoriales estandarizadas son aceptables, superiores a 0,50 excepto para el ítem 24, con una carga de 0,48 (Tabla 3).

Tabla 3: Resultados del análisis factorial confirmatorio: Cargas factoriales estandarizadas para cada escala.

Matriz de cargas factoriales ponderadas	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7
6. Si pudiera, volvería a escoger ser profesor/a		.59					
10. Disfruto de mis tareas cotidianas		.71					
15. Me lo paso bien en el trabajo		.68					
18. Cuando me despierto, tengo ganas de ir a trabajar		.61					
26. Soy muy feliz en mi trabajo		.79					
1. Me siento capaz de tomar decisiones							.51
4. Me siento satisfecho/a con mi forma de hacer las							.68

cosas

13. Cuando termino un trabajo, a menudo estoy contento/a con los resultados		.57
19. Estoy satisfecho/a con mi aportación a la escuela		.53
22. Tengo la capacidad de ser creativo/a y ágil en mi actividad docente		.55
7. Después de la jornada laboral me encuentro sin fuerzas	.80	
12. Me siento físicamente agotada al final de mi jornada laboral	.88	
17. En el trabajo, me agoto mucho	.80	
8. Me noto afónico/a o disfónico/a	.81	
14. Noto picor en el cuello después de la jornada laboral	.65	
16. La voz se me cansa fácilmente	.68	
2. A menudo noto dolor en la zona de la nuca		.72
5. Mi espalda se resiente por la actividad que hago		.79
21. Padezco de lumbago		.58
3. A veces tengo la impresión de que me obsesiono y doy vueltas a asuntos que en otro momento podría resolver sin problema		.613
9. A temporadas, tengo falta de concentración para realizar tareas		.72
20. Hay épocas en las que tengo más distracciones de lo habitual		.64
24. Últimamente tengo falta de memoria		.62
11. En la escuela me he sentido tenso/a		.58
23. Cuando tengo dificultades me deprimó mucho		.56
25. A veces me siento ansioso/a		.69
27. A menudo me noto tenso, a punto de estallar		.87

Los AFC para el modelo alternativo de 7 factores más dos factores de segundo orden (M2) Bienestar y Afectaciones ($\chi^2(351) = 57676,66$; $\chi^2(351) / 351 = 164,32$; $p \leq 0,001$; AIC = 3043,39; CFI = 0,941; IFI = 0,941, GFI = 0,956; AGFI = 0,948; RMSEA = 0,042 (0,040 - 0,043); el que añade un factor total (M3) ($\chi^2(351) = 57676,66$; $\chi^2(351) / 351 = 164,32$; $p \leq 0,001$; AIC = 4319,32; CFI = 0,919; IFI = 0,919, GFI = 0,944; AGFI = 0,933; RMSEA = 0,049 (0,048 - 0,050)), indican que el modelo original de 7 factores correlacionados es el que logra un mejor ajuste. Finalmente, se replicó el modelo resultante en diferentes subgrupos, en función de la edad y del nivel educativo (Tabla 4).

Tabla 4: Índices de ajuste obtenidos por análisis confirmatorio del CSD

Modelo	X2 (df)	X2/df	CFI	IFI	NFI	NNFI	GFI	AGFI	RMSEA (90% CI)	Mín. RMSEA	Máx. RMSEA	AIC
M1 7f												
Mitad	28637,63 (351)**	81,59	0,95	0,95	0,94	0,94	0,96	0,95	0,04	0,04	0,04	1055,01
M1 7f	57676,66 (351)**	164,32	0,95	0,95	0,95	0,94	0,96	0,95	0,04	0,04	0,04	2547,62
M2 9f	57676,66 (351)**	164,32	0,94	0,94	0,94	0,94	0,96	0,95	0,04	0,04	0,04	3043,39
M3 10f	57676,66 (351)**	164,32	0,92	0,92	0,91	0,91	0,94	0,93	0,05	0,05	0,05	4319,35
Hombres	13954,31 (351)**	39,76	0,94	0,94	0,92	0,93	0,95	0,93	0,04	0,04	0,05	478,26
Mujeres	43248,88 (351)**	123,22	0,95	0,95	0,94	0,94	0,96	0,95	0,04	0,04	0,04	1825,34
E.Infantil	11417,43 (351)**	32,53	0,94	0,94	0,91	0,93	0,95	0,94	0,04	0,04	0,04	411,26
E.Primaria	24742,60 (351)**	70,49	0,95	0,95	0,94	0,94	0,96	0,95	0,04	0,04	0,04	963,88
ESO	21634,62 (351)**	61,64	0,96	0,96	0,94	0,95	0,96	0,95	0,04	0,04	0,04	656,82

** p <= 0.01; * p <= 0.05

9.4 RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE FIABILIDAD Y CORRELACIONES DE LOS COMPONENTES.

Análisis de fiabilidad: Todos los coeficientes alfa de Cronbach para los factores obtenidos en el análisis factorial son superiores a 0,70(Tabla 5).

Correlaciones entre los factores latentes extraídos en el análisis confirmatorio. En la Tabla 5 aparece la matriz de correlaciones entre factores latentes. Podemos observar que, tal como era de esperar, las correlaciones entre las escalas Satisfacción y Autoeficacia y las escalas de Agotamiento y Afectaciones de Voz, Musculares, Cognitivas y Emocionales son negativas. Los resultados de las correlaciones entre los factores Satisfacción y Autoeficacia presentan una correlación alta, 0,727 ($p < 0,001$) mientras que las correlaciones entre los factores relacionados con afectaciones presentan valores de correlación entre 0,319 y 0,844, todos ellos significativos, siendo el factor Voz es el que presenta correlaciones menos intensas: 0,376 ($p < 0,001$) con Agotamiento, 0,420 ($p < 0,001$) con A. Musculo-esqueléticas, 0,319 ($p < 0,001$) con A. Cognitivas y 0,381 ($p < 0,001$) con A. Emocionales. También destacan los valores altos de la correlación entre A. Emocional y Satisfacción, -0,534 ($p < 0,001$) y Autoeficacia, -0,449 ($p < 0,001$) (Tabla 5).

Tabla 5: Correlaciones estandarizadas éntre los factores latentes obtenidos en el AFC

	Alfa de Cronbach	Nº ítems	Satis-facción	Auto-eficacia	Agota-miento	A. Voz	A. Mus-culares	A. Cogni-tivas
Satisfacción	0,79	5						
Autoeficacia	0,71	5	.727*					
Agotamiento	0,87	3	-.391*	-.284*				
A. Voz	0,82	3	-.166*	-.128*	.376*			
A. Musculares	0,73	3	-.205*	-.166*	.528*	.420*		
A. Cognitivas	0,71	4	-.413*	-.413*	.686*	.319*	.502*	
A. Emocionales	0,70	4	-.534*	-.449*	.686*	.381*	.572*	.844*

9.5 DESCRIPCIÓN DE LOS ÍTEMS DEL CUESTIONARIO

En la Tabla 6 se presenta una descripción de los ítems: media, desviación típica, asimetría, curtosis y correlación ítem-escala. Todos los ítems presentan una correlación ítem-escala significativa. Los valores de asimetría están comprendidos entre +/- 1, excepto para dos ítems de Satisfacción y dos ítems de Autoeficacia, siendo el máximo de 1,22. Los valores de curtosis son elevados en los 5 ítems de la escala Autoeficacia, señalando el predominio de respuestas positivas en este aspecto.

Tabla 6: Descripción de los ítems

<i>Item</i>	<i>Media</i>	<i>D. típica</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>	<i>Correlación ítem-escala</i>
1. Me siento capaz de tomar decisiones	4,18	0,75	-1,22	2,98	0,42
2. A menudo noto dolor en la zona de la nuca	2,56	1,32	0,35	-1,14	0,54
3. A veces tengo la impresión de que me obsesiono y doy vueltas a asuntos que en otro momento podría resolver sin problema	2,80	1,16	0,06	-1,05	0,46
4. Me siento satisfecho/a con mi forma de hacer las cosas	3,90	0,70	-0,71	1,42	0,52
5. Mi espalda se resiente por la actividad que hago	3,21	1,25	-0,29	-1,03	0,63
6. Si pudiera, volvería a escoger ser profesor/a	4,11	1,01	-1,18	1,02	0,52
7. Después de la jornada laboral me encuentro sin fuerzas	2,81	1,04	0,18	-0,54	0,73
8. Me noto afónico/a o disfónico/a	2,53	1,23	0,38	-0,94	0,70
9. A temporadas, tengo falta de concentración para realizar tareas	2,62	1,13	0,21	-1,01	0,59
10. Disfruto de mis tareas cotidianas	4,13	0,75	-0,94	1,78	0,60
11. En la escuela me he sentido tenso/a	2,91	1,17	-0,11	-1,03	0,46
12. Me siento físicamente agotada al final de mi jornada laboral	2,94	1,08	0,04	-0,73	0,79
13. Cuando termino un trabajo, a menudo estoy contento/a con los resultados	3,97	0,67	-0,87	2,47	0,43
14. Noto picor en el cuello después de la jornada laboral	2,43	1,18	0,41	-0,88	0,59
15. Me lo paso bien en el trabajo	4,17	0,77	-1,09	2,16	0,59

16. La voz se me cansa fácilmente	2,78	1,21	0,23	-0,99	0,73
17. En el trabajo, me agoto mucho	2,78	1,01	0,16	-0,54	0,71
18. Cuando me despierto, tengo ganas de ir a trabajar	3,37	0,95	-0,39	-0,03	0,51
19. Estoy satisfecho/a con mi aportación a la escuela	4,04	0,73	-0,96	2,26	0,50
20. Hay épocas en las que tengo más distracciones de lo habitual	3,00	1,05	-0,22	-0,84	0,53
21. Padezco de lumbalgia	2,40	1,28	0,57	-0,85	0,50
22. Tengo la capacidad de ser creativo/a y ágil en mi actividad docente	4,19	0,73	-1,22	3,18	0,45
23. Cuando tengo dificultades me deprimó mucho	2,39	0,95	0,46	-0,20	0,41
24. Últimamente tengo falta de memoria	2,33	1,15	0,54	-0,68	0,43
25. A veces me siento ansioso/a	2,96	1,14	-0,13	-0,99	0,55
26. Soy muy feliz en mi trabajo	3,88	0,81	-0,60	0,56	0,69
27. A menudo me noto tenso, a punto de estallar	2,31	0,93	0,59	0,04	0,54

9.6 RESULTADOS GENERALES

Los descriptivos de las escalas se muestran en la tabla 7: media, desviación típica, asimetría, curtosis, rango, valor máximo y mínimo. Los valores de asimetría están comprendidos entre +/- 1. Lo mismo sucede con los valores de curtosis, excepto para el factor Autoeficacia.

Tabla 7: Descriptivos de las escalas

	Nº ítems	M	D.T.	Asimetría	Curtosis	Rango	Mínimo	Máximo
Satisfacción	5	19,66	3,20	-0,60	0,64	20	5	25
Autoeficacia	5	20,28	2,43	-0,51	1,61	19	6	25
Agotamiento	3	8,53	2,77	0,17	-0,42	12	3	15
A. Voz	3	7,73	3,11	0,35	-0,70	12	3	15
A. Musculares	3	8,17	3,11	0,12	-0,79	12	3	15
A. Cognitivas	4	10,74	3,29	0,10	-0,45	16	4	20
A. Emocionales	4	10,57	3,06	0,12	-0,29	16	4	20

** p <= 0.01; * p <= 0.05

En la tabla 8 y 9 se expone la distribución de las respuestas en cada escala y en cada ítem. En relación a las escalas de Satisfacción y Autoeficacia se observa que una mayoría de docentes están de acuerdo o muy de acuerdo con los ítems de estas dos escalas. En relación a las escalas de agotamiento y afectaciones en torno a la mitad de los docentes no manifiestan afectaciones o malestares. La distribución de los ítems permite observar que la pérdida de memoria, deprimirse frente a las dificultades y estar tenso, a punto de estallar, son los ítems que presenta menor incidencia.

Tabla 8: Distribución de las respuestas en relación a la escala.

	Total desacuerdo	Desacuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
Satisfacción	1,90	4,86	19,49	45,63	28,10
Autoeficacia	0,79	2,34	11,91	60,42	24,54
Agotamiento	9,17	30,34	33,23	21,53	5,74
A. Voz	22,07	31,21	20,26	19,78	6,67
A. Musculares	23,10	26,62	15,62	24,24	10,42
A. Cognitivas	17,22	31,00	22,14	25,37	4,26
A. Emocionales	14,90	35,33	24,53	21,13	4,12

Tabla 9: Distribución de las respuestas a los ítems

	Total des- acuerdo	Des- acuerdo	Ni acuerdo ni des- acuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
6. Si pudiera, volvería a escoger ser profesor/a	2,93	4,49	14,74	33,92	43,91
10. Disfruto de mis tareas cotidianas	0,77	2,05	11,97	53,96	31,25
15. Me lo paso bien en el trabajo	1,00	1,98	10,66	51,82	34,54
18. Cuando me despierto, tengo ganas de ir a trabajar	3,96	11,92	37,21	37,23	9,68
26. Soy muy feliz en mi trabajo	0,85	3,88	22,89	51,24	21,13
1. Me siento capaz de tomar decisiones	1,01	2,29	7,51	56,23	32,96
4. Me siento satisfecho/a con mi forma de hacer las cosas	0,42	3,16	17,91	63,02	15,50
13. Cuando termino un trabajo, a menudo estoy contento/a con los resultados	0,60	2,19	14,01	66,29	16,91
19. Estoy satisfecho/a con mi aportación a la	0,85	2,42	12,31	60,49	23,94

escuela					
22. Tengo la capacidad de ser creativo/a y ágil en mi actividad docente	1,06	1,64	7,83	56,07	33,39
7. Después de la jornada laboral me encuentro sin fuerzas	9,36	31,17	34,10	19,70	5,67
12. Me siento físicamente agotada al final de mi jornada laboral	8,91	27,75	31,30	24,87	7,17
17. En el trabajo, me agoto mucho	9,23	32,09	34,29	20,01	4,38
8. Me noto afónico/a o disfónico/a	24,53	30,09	19,81	18,80	6,77
14. Noto picor en el cuello después de la jornada laboral	26,72	30,49	20,62	17,83	4,33
16. La voz se me cansa fácilmente	14,96	33,04	20,36	22,71	8,92
2. A menudo noto dolor en la zona de la nuca	27,50	27,59	15,01	21,41	8,49
5. Mi espalda se resiente por la actividad que hago	11,42	20,84	18,06	34,42	15,25
21. Padezco de lumbalgia	30,38	31,43	13,79	16,90	7,51
3. A veces tengo la impresión de que me obsesiono y doy vueltas a asuntos que en otro momento podría resolver sin problema	14,11	30,98	21,25	28,16	5,51
9. A temporadas, tengo falta de concentración para realizar tareas	17,28	34,92	20,05	24,32	3,41
20. Hay épocas en las que tengo más distracciones de lo habitual	8,75	25,32	27,84	33,86	4,24
24. Últimamente tengo falta de memoria	28,74	32,76	19,44	15,16	3,90
11. En la escuela me he sentido tenso/a	13,92	25,16	23,29	31,20	6,43
23. Cuando tengo dificultades me deprimó mucho	16,83	42,69	27,56	11,02	1,90
25. A veces me siento ansioso/a	11,55	26,20	23,26	32,49	6,49
27. A menudo me noto tenso, a punto de estallar	17,28	47,28	23,99	9,79	1,66

Los resultados de comparación entre grupos en función del género muestran diferencias significativas en todas las puntuaciones, siendo máximas las diferencias en las escalas Afectaciones Musculo-esqueléticas ($F=237.89$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.012$), y Afectaciones de la Voz ($F=166.63$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.009$), mostrando en todos los casos puntuaciones mayores para las mujeres (dif. A. Musculo-esqueléticas = 1,42 y dif. A. Voz =1,42). También son elevadas las diferencias en la escala Satisfacción ($F=94.12$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.002$), siendo las mujeres quienes presentan puntuaciones mayores (Tabla 10).

Tabla 10: Resultados de la comparación de medias en función del género.

<i>Escala</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Total</i>	<i>F</i>	η^2
Satisfacción	18,94 (3,43)	20,11 (2,66)	19,66 (3,20)	94,12**	0,00
Autoeficacia	20,11 (2,66)	20,33 (2,36)	20,28 (2,43)	9,17**	0,00
Agotamiento	7,94 (2,79)	8,70 (2,75)	8,53 (2,77)	82,67**	0,01
A. Voz	6,81 (2,82)	8,01 (3,13)	7,73 (3,11)	166,63**	0,01
A. Musculares	7,07 (2,92)	8,49 (3,08)	8,17 (3,11)	237,89**	0,01
A. Cognitivas	10,18 (3,30)	10,90 (3,27)	10,74 (3,29)	52,01**	0,00
A. Emocionales	9,98 (3,06)	10,74 (3,03)	10,57 (3,06)	68,87**	0,00

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

Para el nivel educativo se observan diferencias significativas. Las diferencias mayores se encuentran en la escala Satisfacción ($F=160.08$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.020$) y en la escala Afectaciones Musculares ($F=60.81$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.002$), siendo mayores las puntuaciones de Educación Infantil respecto a ESO tanto para Satisfacción (dif. = 1,86) como para A. Musculo-esquelético (dif. = 1,13). También se observan diferencias significativas en las escalas de Afectaciones de la Voz ($F=26,10$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.004$), Autoeficacia ($F=22,62$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.00$) y Agotamiento ($F=9.15$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.001$), siendo mayores las puntuaciones en Educación Infantil respecto a ESO en Afectaciones de la Voz (dif. = 0,77) y en Autoeficacia (dif. = 0,56) mientras que en la escala Agotamiento la mayor diferencia se observa entre las puntuaciones de Educación Primaria y ESO (dif. = 1,13). En las escalas Afectaciones Cognitivas y Afectaciones Emocionales no hay diferencias significativas en función del nivel educativo (Tabla 11).

Tabla 11: Resultados de la comparación de medias en función del nivel educativo.

	<i>Ed. Infantil</i>	<i>Ed. Primaria</i>	<i>ESO</i>	<i>Total</i>	<i>F</i>	η^2
Satisfacción	20,60 (2,84)	19,88 (3,09)	18,75 (3,34)	19,66 (3,20)	160,08**	0,02
Autoeficacia	20,60 (2,30)	20,30 (2,41)	20,04 (2,53)	20,28 (2,43)	22,62**	0,00
Agotamiento	8,58 (2,63)	8,37 (2,76)	8,70 (2,88)	8,53 (2,78)	9,15**	0,00
A. Voz	8,21 (3,09)	7,72 (3,07)	7,44 (3,14)	7,73 (3,11)	26,10**	0,00
A. Musculares	8,97 (2,92)	8,01 (3,07)	7,84 (3,21)	8,17 (3,11)	60,81**	0,00
A. Cognitivas	10,75 (3,20)	10,77 (3,24)	10,69 (3,41)	10,74 (3,29)	0,34	0,00
A. Emocionales	10,52 (2,94)	10,52 (3,02)	10,67 (3,18)	10,57 (3,06)	1,61	0,00

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

En relación a la edad, la comparación entre medias muestra diferencias significativas en todas las escalas, excepto en la escala Afectaciones de la Voz. Las mayores diferencias se encuentran en la escala Satisfacción ($F=43.89$, $p < 0.001$; $\eta^2= 0.02$), siendo mayores las puntuaciones de los docentes menores de 25 años con respecto a los docentes de edades comprendidas entre 36 y 55 (dif. = 1,87). También se observan diferencias significativas en las escalas de Afectaciones Musculo-esqueléticas ($F=11,45$, $p < 0.001$; $\eta^2=0.00$) y Afectaciones Cognitivas ($F=12,80$, $p < 0.01$; $\eta^2=0.01$), siendo menores las puntuaciones de los docentes con menos de 25 años con respecto a los docentes de edades comprendidas entre 46 y 55 en la A. Musculo-esqueléticas (dif.= -0,88) y en A. Cognitivas (dif.=-1,00). Los resultados también muestran diferencias significativas en las escalas Autoeficacia ($F=6,77$, $p < 0.01$; $\eta^2=0.00$) y Agotamiento ($F=11,45$, $p < 0.01$; $\eta^2=0.00$), siendo mayores las puntuaciones de los docentes con menos de 25 años con respecto a los docentes mayores de 56 años en la Autoeficacia (dif. = -0,73) mientras que en la escala Agotamiento las puntuaciones de los docentes con menos de 25 años son menores que las de los docentes de

Tabla 12: Resultados de la comparación de medias en función de la edad.

	=<25	26-35	36-45	46-55	> 56	Total	F	η^2
Satisfacción	21,16 (2,89)	20,19 (2,88)	19,28 (3,31)	19,29 (3,22)	19,57 (3,31)	19,66 (3,20)	43,89**	0,02
Autoeficacia	20,67 (2,30)	20,40 (2,25)	20,26 (2,50)	20,22 (2,50)	19,94 (2,53)	20,28 (2,43)	6,77**	0,00
Agotamiento	8,21 (2,54)	8,43 (2,69)	8,64 (2,83)	8,70 (2,78)	8,20 (2,89)	8,53 (2,77)	6,15**	0,00
A. Voz	7,82 (2,95)	7,72 (3,09)	7,66 (3,18)	7,72 (3,05)	8,00 (3,12)	7,73 (3,11)	1,57	0,00
A. Musculares	7,52 (2,88)	7,86 (3,00)	8,34 (3,15)	8,39 (3,16)	8,21 (3,19)	8,17 (3,11)	11,45**	0,00
A. Cognitivas	10,10 (2,99)	10,42 (3,06)	10,76 (3,36)	11,10 (3,43)	10,98 (3,36)	10,74 (3,29)	12,80**	0,01
A. Emocionales	10,26 (3,02)	10,34 (2,95)	10,63 (3,08)	10,81 (3,04)	10,57 (3,28)	10,57 (3,06)	5,70**	0,00

** p <= 0.01; * p <= 0.05

edades entre 46 y 56 años (dif. = - 0,49) y mayores de 55 años (dif. =0,50). No hay diferencias significativas en la escala A. de la Voz (Tabla 12).

La comparación entre medias en función de los años de docencia muestra diferencias significativas en todas las escalas excepto en Afectaciones de la Voz. Las mayores diferencias se encuentran en la escala Satisfacción (F=38,23, p < 0.001; $\eta^2=0.01$), siendo mayores las puntuaciones de los docentes con menos de 5 años respecto a los de más de 11 años de ejercicio como docencia (dif. = 1,03). También se observan diferencias significativas en las escalas de Afectaciones Musculo-esqueléticas (F=31,61, p < 0.001; $\eta^2=0.01$), Afectaciones Cognitivas (F=25,23, p < 0.01; $\eta^2=0.01$), y Afectaciones Emocionales (F=25,23, p < 0.01; $\eta^2=0.01$), siendo menores las puntuaciones de los docentes con menos de 5 años con respecto a los docentes de más de 20 años de ejercicio como docencia en las Afectaciones Musculo-esqueléticas (dif. = 0,97), en A. Cognitivas (dif. = 0,96) y en A. Emocionales (dif. = 0,74). Los resultados también muestran diferencias significativas en Agotamiento (F=8,94, p < 0.01; $\eta^2=0.00$) y en Autoeficacia (F=3,98, p < 0.01; $\eta^2=0.00$) y siendo en la escala Agotamiento mayores las puntuaciones de los docentes con menos de 5 años de docencia con respecto a los que han sido docentes entre 11 y 20 años, (dif. = 0,50) mientras que en Autoeficacia las mayores

diferencias se dan entre los docentes con entre 6 y 10 años respecto a los docentes de más de 20 años de ejercicio como docencia (dif. =0,29) (Tabla 13).

Tabla 13: Resultados de la comparación de medias en función de los años de docencia

<i>Años de</i>							
<i>Docencia</i>	<i>0 – 5</i>	<i>6 a 10</i>	<i>11 a 20</i>	<i>>20</i>	<i>Total</i>	<i>F</i>	<i>η²</i>
Satisfacción	20,38 (3,08)	19,95 (2,91)	19,35 (3,32)	19,35 (3,20)	19,66 (3,20)	38,23**	0,01
Autoeficacia	20,35 (2,41)	20,43 (2,24)	20,31 (2,49)	20,14 (2,46)	20,28 (2,43)	3,98**	0,00
Agotamiento	8,21 (2,64)	8,51 (2,70)	8,71 (2,87)	8,59 (2,79)	8,53 (2,77)	8,94**	0,00
A. Voz	7,60 (3,00)	7,71 (3,13)	7,68 (3,18)	7,88 (3,10)	7,73 (3,11)	2,60*	0,00
A. Musculares	7,46 (2,97)	8,14 (3,03)	8,39 (3,12)	8,43 (3,16)	8,17 (3,11)	31,61**	0,01
A. Cognitivas	10,19 (3,07)	10,60 (3,07)	10,71 (3,38)	11,16 (3,38)	10,74 (3,29)	25,23**	0,01
A. Emocionales	10,10 (2,97)	10,38 (3,00)	10,69 (3,07)	10,84 (3,08)	10,57 (3,06)	18,48**	0,01

** p <= 0.01; * p <= 0.05

Los resultados muestran que las diferencias en función del número de docentes del centro muestran ligeras diferencias en todas las escalas excepto en Afectaciones de la Voz y A. Musculo-esqueléticas. Las mayores diferencias se encuentran en la escala A. Emocionales (F=6,51, p < 0.001; η²=0.00), siendo menores las puntuaciones de los docentes de centros de más de 90 docentes respecto a los de centros entre 30 y 60 docentes (dif. = -0,47) y centros entre 60 y 90 docentes (dif. = 0,47). Las diferencias significativas en la escala Satisfacción (F=3,73, p < 0.01; η²=0.00), corresponden a la diferencia entre centros menores de 30 docentes respecto a centros entre 60 y 90 docentes (dif = 0,44). Lo mismo sucede en la escala Autoeficacia, (F=4,96, p < 0.01; η²=0.00), donde las diferencias suceden entre centros entre 60 y 90 docentes y centros menores de 30 docentes (dif. = 0,30), y también con centros de más de 90 docentes (dif.= 0,31). En la escala A. Cognitivas son significativas las diferencias (F=3,29, p < 0.00; η²=0.00), siendo menores las puntuaciones de los docentes de centros de más de 90 docentes respecto a los de centros con menos de 30 (dif. = -0,47) y centros entre 60 y 90 docentes (dif.

= -0,42). Por último, en la escala Agotamiento, ($F=2,90$, $p < 0.01$; $\eta^2=0.00$), las diferencias se dan entre centros menores de 30 docentes respecto a centros entre 60 y 90 docentes (dif. = 0,34) (Tabla 14).

Tabla 14: Resultados de la comparación de medias en función del número de docentes en el centro.

<i>Nro. de docentes</i>	<i><=30</i>	<i>30 - 60</i>	<i>60 - 90</i>	<i>> 90</i>	<i>Total</i>	<i>F</i>	<i>η^2</i>
Satisfacción	19,98 (3,01)	19,67 (3,24)	19,53 (3,27)	19,59 (3,13)	19,66 (3,20)	3,73*	0,001
Autoeficacia	20,44 (2,33)	20,25 (2,48)	20,15 (2,44)	20,46 (2,38)	20,28 (2,44)	4,96**	0,002
Agotamiento	8,29 (2,77)	8,53 (2,76)	8,62 (2,82)	8,59 (2,73)	8,53 (2,77)	2,90*	0,002
A. Voz	7,85 (3,13)	7,77 (3,18)	7,73 (3,03)	7,58 (3,01)	7,74 (3,11)	1,35	0,000
A. Musculares	8,33 (3,00)	8,20 (3,18)	8,12 (3,15)	8,04 (2,98)	8,17 (3,11)	1,47	0,000
A. Cognitivas	10,90 (3,23)	10,74 (3,28)	10,85 (3,30)	10,44 (3,33)	10,74 (3,29)	4,26*	0,000
A. Emocionales	10,51 (3,03)	10,68 (3,07)	10,68 (3,10)	10,21 (2,97)	10,58 (3,06)	6,51**	0,002

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

Los resultados muestran que las diferencias en función del lugar del centro no son significativas, excepto para la escala Satisfacción, ($F=21,22$, $p < 0.01$; $\eta^2=0.00$), con puntuaciones mayores para los docentes de centros de comarcas respecto a los centros de la zona metropolitana. (Tabla 15).

Tabla 15: Resultados de la comparación de medias en función del lugar del centro

<i>Lugar centro</i>	<i>Zona BCN</i>	<i>Comarcas</i>	<i>Total</i>	<i>F</i>	<i>η^2</i>
Satisfacción	19,44 (3,26)	19,82 (3,15)	19,66 (3,20)	21,22**	0,00
Autoeficacia	20,32 (2,46)	20,26 (2,42)	20,28 (2,44)	1,17	0,00
Agotamiento	8,61 (2,76)	8,48 (2,79)	8,53 (2,77)	3,35	0,00
A. Voz	7,77 (3,07)	7,71 (3,13)	7,74 (3,11)	0,62	0,00
A. Musculares	8,15 (3,08)	8,19 (3,14)	8,17 (3,11)	0,28	0,00
A. Cognitivas	10,74 (3,30)	10,75 (3,28)	10,74 (3,29)	0,00	0,00
A. Emocionales	10,50 (3,06)	10,63 (3,06)	10,58 (3,06)	2,66	0,00

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

9.7 RESULTADOS DEL ANÁLISIS CLÚSTER

El clúster se realizó a partir del valor total del cuestionario, llamado índice general de Salud Docente. Tal como hemos expuesto, este índice se calcula a partir de la suma directa de las escalas Satisfacción y Autoeficacia y la suma inversa de las escalas Agotamiento, Voz, Afectaciones Musculo-esqueléticas, Afectaciones Cognitivas y Afectaciones Emocionales. El cluster ofreció una solución de tres grupos. El primer grupo (N = 1829; 29%) con las puntuaciones más altas (entre 103,79 y 135) fue categorizado como Salud Docente alta, "SDa". El segundo grupo (N = 3081; 50%) con las puntuaciones medias (entre 86,00 y 103,38) fue categorizado como Salud Docente media, "SDm". El tercer grupo (N = 1292; 20%) con las puntuaciones bajas (entre 46 y 85,47) fue categorizado como Salud Docente baja, "SDb" (Tabla 16).

Tabla 16: Resultados de los clúster en escalas y dimensiones

	N docentes	Media	Desv. típ.	Rango	Mínimo	Máximo
Salud Docente alta	1829 (30%)	112,25	6,96	31,21	103,79	135
Salud Docente media	3081 (50%)	94,72	5,01	17,38	86	103,38
Salud Docente baja	1292 (20%)	77,01	7,29	39,47	46	85,47

En la tabla 17 se pueden observar las distribuciones de los clúster en función de las variables sociodemográficas.

Tabla 17: Distribución de los niveles de salud docente en función variables sociodemográficas

	<i>Ind. Salud alta (%)</i>	<i>Ind. Salud media (%)</i>	<i>Ind. Salud baja (%)</i>	Chi2	p
Género					
Hombre	38,80	44,50	16,80	79,25	0.00
Mujer	26,70	51,20	22,00		
Nivel Educativo					
Ed. Infantil	28,82	52,33	18,85	25,53	0.00
Ed. Primaria	30,09	50,73	19,18		
ESO	29,33	46,48	24,19		
Edad					
=<25	38,35	50,28	11,36	75,46	0.00
26-35	31,36	52,87	15,77		
36-45	28,84	48,18	22,98		
46-55	26,11	49,50	24,39		
>=56	29,84	46,35	23,81		
Años de docencia					
0 a 5	35,38	52,32	12,29	105,75	0.00
6 a 10	29,71	52,58	17,71		
11 a 20	28,69	47,67	23,64		
>20	26,26	48,63	25,10		
Contrato					
Fijo	28,60	49,42	21,99	38,22	0.00
Temporal	33,77	52,27	13,96		
Sustituciones	36,97	51,26	11,76		
Otros	35,00	51,50	13,50		
Horario					
Completo	28,79	50,05	21,17	12,90	0.11
Parcial	32,87	47,73	19,40		

Completo compartido	33,33	43,75	22,92		
Parcial compartido	38,46	46,15	15,38		
Otros	28,13	62,50	9,38		
Número de docentes en el centro					
< 30	30,12	50,72	19,16	13,61	0.03
entre 30 y 60	28,70	49,70	21,60		
entre 60 y 90	29,24	48,00	22,76		
> 90	31,31	51,09	17,59		
Zona del centro					
Zona BCN	28,67	21,17	50,15	1,53	0.47
Comarcas	30,06	20,74	49,20		

10. DISCUSIÓN

Iniciamos la discusión con el análisis de los resultados con dos apartados en función de los dos objetivos de la investigación. En un tercer apartado se discute sobre las implicaciones para la prevención que se derivan de nuestra investigación.

10.1 CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE

El principal objetivo ha sido el estudio de la validez factorial y de la consistencia interna del Cuestionario de Salud Docente (CSD), compuesto por 27 ítems. Para comprobar la validez factorial se realizaron análisis exploratorios y confirmatorios. Los AFC muestran que el modelo original de siete factores logra un mejor ajuste que los dos modelos que definían dos factores de segundo orden: Bienestar docente y Afectaciones. Estos resultados indican que los factores relacionadas con el bienestar, Satisfacción y Eficacia, no forman un factor diferenciado de los factores que valoran las afectaciones de la salud, Agotamiento, Afectaciones en la Voz, Musculo-esqueléticas, Cognitivas y Emocionales. Los resultados del análisis de fiabilidad muestran que la consistencia interna de los factores del cuestionario presentan unos valores de alpha de Cronbach que oscilan entre 0,70 y 0,87, por lo que la consistencia interna del CSD es satisfactoria. Por todo ello, podemos afirmar que las cualidades psicométricas que posee el CSD permiten considerarlo como una herramienta de evaluación válida y fiable, que incluye los aspectos más relevantes en la evaluación de la salud de los docentes y que se enmarca en las actuales políticas de vigilancia de la salud.

10.2 ANÁLISIS DE LOS FACTORES

A continuación se presentan estos factores, ordenados conforme su peso en la varianza explicada (61% del total): a) Agotamiento, b) Satisfacción, c) Alteraciones de la voz, d) Alteraciones Cognitivas, e) Autoeficacia, f) Alteraciones Musculo-Esqueléticas, y g) Alteraciones Emocionales.

a) Factor Agotamiento: Este factor está formado por tres ítems que evalúan la sensación de agotamiento físico y emocional ocasionado por la realización de la actividad docente. La fiabilidad del factor es alta, alfa de Cronbach de 0.87, y es el factor con mayor peso en la varianza explicada. La importancia de este factor es coherente con su implicación en la salud. En primer lugar, este factor corresponde a la dimensión de agotamiento del SQT, considerada como la dimensión central de este síndrome (Gil-Monte y Peiró, 1999; Halbesleben y Demerouti, 2005; Steinhart et al., 2011). En segundo lugar, el agotamiento conlleva un deterioro en el funcionamiento de la mayoría de los sistemas fisiológicos y psicológicos, por lo que supone un riesgo mayor de desarrollar trastornos respiratorios, gastrointestinales y enfermedades virales (Calvete y Villa, 2000; Freudemberger, 1980; Gil-Monte, 2005; Golembiewski et al., 1986; Maslach y Jackson, 1981; Pines y Aronson, 1988). También se ha comprobado que el agotamiento tiene una función mediadora entre la vivencia de estrés y el desarrollo de trastornos depresivos (Maslach et al. 2001; Steinhart et al., 2011). Por último, el agotamiento es el elemento decisivo en las espirales negativas, o de pérdida de salud tal como se definen en el modelo JDR, indicando que las demandas que atiende el profesional son excesivas y que se requieren más recursos organizativos, materiales y formativos para disminuir la carga del docente (Demouroti et al., 2001; Hakanen et al., 2006; Salanova y Schaufeli, 2008). El agotamiento es una consecuencia de la vivencia de una situación de sobrecarga, y por ello, se considera un indicador de condiciones de trabajo nocivas (Fernet et al., 2012; Lorente et al., 2008; Steinhart et al. 2011).

b) Factor Satisfacción: El factor satisfacción en la docencia está formado por cinco ítems, que evalúan la motivación intrínseca en la docencia y tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.79. En concreto, este factor hace referencia a la satisfacción con la profesión docente, al disfrute y energía para realizarla, y a la sensación de felicidad por el hecho de ser docente. Es un factor que recoge el bienestar afectivo relacionado con el trabajo. Se trata de un factor próximo al de *engagement*, con sus dimensiones de vigor, disfrute y absorción y también al de *flow*, al evaluar una relación afectiva y motivacional positiva con el trabajo. En los estudios sobre SQT, la satisfacción es un factor que correlaciona negativamente con agotamiento y despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1999), también ha demostrado disminuir las posibilidades de generar estrés (ETUCE, 2011) e incrementar la empatía hacia los destinatarios y la satisfacción de éstos (Vermeeren, Kuipers y Steijn, 2012). La satisfacción en la docencia está relacionada con emociones de alegría, orgullo y disfrute, es decir con la presencia de emociones positivas. Por ello, es un factor que indica bienestar y un estado óptimo para el desarrollo de nuevas competencias y de relaciones interpersonales nutritivas (Fredrickson et al. 2002; Simbula y Guglielmi, 2013).

c) Factor Alteraciones de la Voz: Este factor consta de tres ítems y evalúa la presencia de sensaciones físicas de malestar relacionadas con la voz, en concreto afonía, o pérdida de la voz; fatiga vocal y molestias en el cuello, siendo estos aspectos los más frecuentes en la profesión docente (Escalona et al., 2007; McAleavy et al. 2009; Ranchal y Vaquero, 2008b). La fiabilidad de la escala es de 0.82.

d) Factor Afectaciones Cognitivas: El factor consta de cuatro ítems y valora la presencia de disfunciones en las capacidades cognitivas de concentración, memoria, distracciones y pensamiento obsesivo, y su coeficiente alfa de Cronbach es 0.71. Esta sintomatología es consecuencia de la alta

concentración de glucocorticoides en el hipocampo provocada por la vivencia de agotamiento emocional y de *distrés* (Moyano y Riaño-Hernández, 2013; Sandi et al., 2001). Por otro lado, es uno de los efectos negativos que participan en la generación de espirales negativas de pérdida de salud. El profesional percibe que sus capacidades cognitivas, imprescindibles para la regulación y gestión de la docencia han disminuido, es decir, que su competencia profesional ha disminuido, y esto produce a su vez un aumento de la sensación de vulnerabilidad y de inseguridad, que vuelve a incrementar la vivencia de *distrés* y la consiguiente afectación de las capacidades cognitivas. Este proceso en espiral puede concluir en una crisis de eficacia profesional o en el desarrollo del SQT (Calvete y Villa, 2000; Hakanen et al., 2006; Sandström et al., 2005; Villanueva et al., 2002).

e) **Afectaciones Musculo-Esqueléticas:** El factor consta de tres ítems que hacen referencia a malestares relacionados principalmente con la columna vertebral y con la espalda y su coeficiente alfa de Cronbach es 0,73. Esta musculatura es la más afectada, siendo los daños más frecuentes contracturas, dolores cervicales o dorsales, hernias discales y lumbalgias (ADEMYS, 2011; Gay et al., 2003; Solana, 2011). Se ha comprobado su relación con situaciones sostenidas de estrés, y ello a partir de procesos propios del estrés y de procesos de somatización (Escalona et al., 2007; Moya-Albiol et al., 2005; Villanueva et al., 2002).

f) **Factor Autoeficacia:** Este factor consta de cinco ítems y valora la percepción del docente sobre su capacidad para obtener resultados positivos y significativos, así como su valoración sobre su competencia y capacidades profesionales. La fiabilidad según el coeficiente de Cronbach es de 0.71. Indica un estado afectivo positivo en relación a la docencia, lo que facilita la generación de espirales de ganancia (Salanova et al., 2011). Como hemos visto es un elemento central para identificar procesos en espiral de ganancia o de pérdida. Numerosos estudios indican su relación con el bienestar físico y

psicológico del docente y con una buena calidad de las relaciones interpersonales. Tal como hemos visto, los estudios la consideran un importante elemento preventivo en la salud profesional (Flores y Fernández-Castro, 2004; Schaufeli et al., 2002; Xanthopoulou et al., 2013). Hemos optado por una concepción amplia del término autoeficacia, en tanto confianza en las propias competencias, dado que la concepción más restrictiva del término autoeficacia requiere que se haga referencia a una superación de obstáculos (Skaalvik y Skaalvik, 2010).

g) Factor Afectaciones Emocionales incluye estados emocionales del docente propios de vivencias de vulnerabilidad, falta de confianza en las propias competencias y desánimo. Son estados de ánimo de irritabilidad, ansiedad, enfado, desánimo, o tensión que dificultan las relaciones interpersonales, produciendo reacciones que pueden ser conflictivas con los alumnos, compañeros o con el equipo directivo. También pueden ser el motivo de comportamientos impulsivos que posteriormente pueden generar culpa o vergüenza frente a los compañeros. Estos estados de ánimo son un obstáculo para el desarrollo de la docencia, donde se requiere empatía y competencias emocionales. Por ello, al igual que las afecciones cognitivas son generadoras de espirales negativas, disminuyendo las posibilidades de éxito profesional, de recibir apoyo de los compañeros, y aumentando las posibilidades de aislamiento, distancia y desmotivación.

Estos factores se ajustan a las dimensiones propuestas en el diseño del cuestionario. Sin embargo, conviene destacar que el grupo de ítems relacionados con malestares psicosomáticos, como son los problemas gastrointestinales, enfermedades infecciosas, problemas de sueño, entre otros fueron eliminados en el proceso de selección de ítems por no mostrar una fiabilidad suficiente. Estos resultados pueden explicarse si se considera que los malestares psicosomáticos varían en función de los sistemas fisiológicos más vulnerables de cada persona, lo cual supone una dispersión que no se da en

los riesgos de la voz, musculoesqueléticos, cognitivos y emocionales (Sandi et al, 2001).

10.3 RESULTADOS GENERALES DE LOS FACTORES

En primer lugar destacamos que el elevado número de participantes en el estudio nos permite considerar la muestra como ampliamente representativa de la población de docentes de centros educativos concertados. Se trata de un colectivo docente muy importante en Cataluña (> 40% del total de docentes) sobre el que apenas existen estudios específicos sobre su salud.

En relación a los resultados, las medias obtenidas en los factores se encuentran en la franja media, lo cual indica un nivel de salud satisfactorio en la mayoría de docentes. Los factores con mejores resultados son Satisfacción y Autoeficacia, por lo que se puede afirmar que una gran mayoría de docentes manifiestan bienestar y competencia en la profesión docente. La evaluación de las factores de afectaciones obtienen valores generales medios. A continuación valoramos pormenorizadamente cada uno de los factores, primero los que suponen afectaciones de la salud y después los factores expresan bienestar en la docencia.

a) Factor Agotamiento: los resultados indican que un 27% de los docentes se encuentran agotados o muy agotados al final de la jornada laboral, siendo mayor la incidencia del agotamiento físico. Esto supone una situación de riesgo, puesto que la vivencia de agotamiento aumenta la vulnerabilidad de la persona y disminuye sus recursos para hacer frente a las demandas y está asociada significativamente con síntomas de ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, somatización y dificultades cognitivas, corroborando los resultados de otros estudios (Calvete y Vila, 2000), siendo, además, la

dimensión más significativa del SQT (Gil-Monte y Peiró, 1999; Halbesleben y Demerouti, 2005; Steinhart et al., 2011).

b) Factor Alteraciones de la Voz: los resultados indican que un 31% de los docentes tienen voz cansada y un 25% ha tenido problemas de afonía. Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios (Kankare et al., 2012; Matud et al., 2002; Nerrière et al., 2009).

c) Factor Afectaciones Musculo-Esqueléticas: los resultados indican que un 50% de los docentes de la muestra manifiesta tener dolores de espalda, y un 25% tiene lumbalgia. Este factor muestra el mayor nivel de riesgo, corroborando los resultados de otros estudios. En concreto los resultados de la Encuesta Nacional sobre Condiciones del Trabajo (INSHT, 2007) muestran que un 37% del personal docente y administrativo tiene problemas musculoesqueléticos, un 63% del personal docente declara haber sufrido dolor en la espalda y un 26% en el cuello y nuca. Estos resultados muestran la importante prevalencia de este tipo de riesgo en la profesión docente y confirman resultados de otros estudios (Erick y Smith, 2011).

d) Factor Afectaciones Cognitivas: los resultados indican que el 30% de los docentes de la muestra manifiesta tener dificultades, un 38% tiene más distracciones de lo habitual, un 33% tiene una preocupación excesiva, un 28% presenta dificultades para concentrarse y un 19% tiene problemas de memoria. A pesar de ser unos resultados mejores que los encontrados en otros estudios, (ADEMYS, 2011), son unos resultados que indican la importancia de este tipo de afectaciones entre los docentes.

e) Factor Afectaciones Emocionales: los resultados indican que un 38% de los docentes de la muestra manifiesta tensión, y de éstos, sólo un 10% manifiesta sentirse a punto a estallar. Un 33% de los docentes manifiesta ansiedad y sólo un 10% manifiesta deprimirse delante de las dificultades. Los

resultados en este factor indican que los estados de tensión y de ansiedad son frecuentes en un tercio de los docentes, mientras que sólo una minoría manifiesta tener una tensión muy alta o un estado depresivo frente a las dificultades. En conjunto un 25% de los docentes presenta un nivel de riesgo moderado o alto en relación a su estado emocional. Estos resultados son similares a los de otros estudios (Calvete y Vila, 1997; Extremera et al., 2010).

f) Factor Satisfacción: este factor es el que presenta mejores resultados. Los resultados indican que un 80% de los docentes de la muestra disfruta en el ejercicio de la docencia y volvería a escoger ser profesor/a, mientras que un 70% se siente feliz con su trabajo. El ítem que evalúa el vigor es el que obtiene un porcentaje menor, un 50%, lo cual es coherente con la prevalencia alta del agotamiento. Así pues, estos resultados indican que en su mayoría los docentes encuentran gratificante la actividad docente, están satisfechos y disfrutan con su profesión y coinciden con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Condiciones del Trabajo (INSHT, 2007), donde un 57% de los docentes afirma estar satisfecho con su trabajo y tener la sensación de hacer un trabajo útil y bien hecho. Un nivel alto de satisfacción docente se consigue por la coexistencia de las metas personales como educador y enseñante y de las condiciones para hacerlo, es decir, de una buena valoración, por parte del docente, de los planes de estudios, del funcionamiento del centro, de la gestión de la disciplina (Barth, 1997; Hakanen et al., 2006).

g) Factor Autoeficacia: los resultados indican que alrededor del 80% de los docentes se sienten capaces y competentes en la realización de la docencia, están satisfechos con los resultados y disponen de recursos para gestionar el aula y ser creativos. Estos resultados indican un nivel alto de bienestar en relación a la actividad docente, y supone la existencia de procesos en espiral de ganancia que favorecen el bienestar físico y psicológico del docente y una buena calidad de las relaciones interpersonales. Estos resultados corroboran los obtenidos por Longás y colaboradores (2012) en una muestra de docentes

de centros concertados de Cataluña. Tal como se expuso en el marco teórico, este factor indica la existencia de un entorno nutritivo y gratificante que facilita experiencias de éxito y satisfacción en su actividad docente, donde se disfruta de recursos como la cohesión del equipo docente, el trabajo en equipo, la supervisión, la formación inicial y permanente además de una implicación personal del docente (Barth, 1997; Hakanen et al., 2006).

10.4 RESULTADOS EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES

En los apartados siguientes se valoran los resultados obtenidos en función de las variables sociodemográficas y profesionales recogidas en el cuestionario: género, nivel educativo en el que se trabaja, edad, años de docencia, número de docentes del centro y ubicación del centro.

La interpretación de los resultados requiere tener presente que la muestra está íntegramente compuesta por docentes de centros concertados con diferentes orientaciones en sus proyectos educativos (cristianos, laicos, etc.) pero que comparten algunas características que los diferencian de los centros educativos de titularidad pública y que influyen en los contextos organizacionales (culturas de centro).

a) Género: Analizando los resultados en función del género, se observa que las mujeres tienen puntuaciones más altas en todas las escalas, tanto en las escalas de afectaciones como en las de bienestar, siendo todas las diferencias estadísticamente significativas. De ellas, las mayores diferencias se dan en las escalas de Afectaciones de la Voz y A Musculo-esqueléticas, y también en la escala Agotamiento, lo cual es coincidente con lo obtenido en otros estudios (ADEMYS, 2011; Bermúdez de Alvear et al., 2004; Erick y Smith, 2011; Longás et al., 2012; Lorente et al., 2008; Nerrière et al., 2009; Santana

et al., 2012). Las mujeres también obtienen puntuaciones mayores en la escala Satisfacción, indicando una vivencia de la docencia agradable y gratificante, y siendo un importante indicador de bienestar que puede compensar la mayor vulnerabilidad frente a afectaciones somáticas. Las diferencias en las escalas de Afectaciones Cognitivas y Afectaciones Emocionales son moderadas. Por último, la escala Autoeficacia presenta las diferencias menores. Estos resultados son similares a los obtenidos por Matud y colaboradores (2002), que concluyen afirmando que la motivación de logro es mayor en las docentes, a pesar de ser también mayor la prevalencia de sintomatología de tipo físico.

b) Nivel educativo: En relación al nivel educativo, se observa que la escala Satisfacción es la que presenta mayores diferencias significativas, siendo mayor la satisfacción en Educación Infantil y menor en ESO. Esto corrobora los resultados de otros estudios y pone en evidencia el mayor nivel de insatisfacción y menor disfrute en la actividad entre los docentes de la ESO (Matud et al., 2002). La escala Afectaciones Musculares también muestra un nivel mayor en Educación Infantil en relación a Educación Primaria y ESO. De nuevo estos resultados vienen a corroborar los obtenidos por estudios anteriores y se explican por el mayor requerimiento de la docencia cuando los alumnos son niños pequeños que todavía dependen del adulto para ir al baño o guardar sus cosas, y que a menudo requieren que el docente se agache (ADEMYS, 2011; Erick y Smith, 2011; Sevilla y Villanueva, 2000). En relación a la escala Afectaciones de la Voz, los docentes de Educación Infantil presentan más afectaciones que los docentes de Educación Primaria y de ESO, siendo estos resultados semejantes a los obtenidos en otros estudios (Kankare et al., 2012; Matud et al., 2002; Nerrière et al., 2009). En cuanto a la escala Agotamiento, los docentes que presentan mayor agotamiento son los de ESO, seguidos de Educación Infantil. Estos resultados pueden explicarse por las dificultades propias de este nivel: gestión del aula, situaciones conflictivas con los alumnos, y por la menor satisfacción intrínseca que encuentran estos docentes en su profesión (Matud et al., 2002). En las escalas Afectaciones

Cognitivas y Afectaciones Emocionales no hay diferencias significativas en función del nivel educativo. Por ello, los resultados obtenidos no corroboran la mayor incidencia de afectaciones emocionales en los docentes de ESO tal como indican otros estudios (ADEMYS, 2011). Podemos concluir afirmando que los docentes de ESO son los que presentan menos satisfacción y más agotamiento, siendo los que tienen menos afectaciones de la voz y menos afectaciones musculoesqueléticas, mientras que los docentes de Educación Infantil muestran el mayor nivel de satisfacción a pesar de manifestar más afectaciones de la voz y afectaciones musculoesqueléticas, y un nivel de agotamiento mayor que los de Educación Primaria.

c) Edad: Al estudiar los resultados en función de la edad, pueden observarse diferencias significativas sobre todo en la escala Satisfacción, seguida de Afectaciones Musculoesqueléticas y Afectaciones Cognitivas. Los docentes menores de 25 años son los que presentan un nivel de satisfacción mayor, seguidos por los docentes con edades comprendidas entre 25 y 35 años. Los docentes entre 35 y 65 presentan niveles de satisfacción semejantes, lo que indica una estabilización en el nivel de satisfacción en la docencia. En relación a las Afectaciones Musculoesqueléticas, sucede una progresión semejante: los docentes menores de 25 son los que muestran menos afectaciones musculares, seguidos de los docentes entre 25 y 35 años. Los docentes entre 35 y 55 años tienen un mismo nivel, y los mayores de 55 años muestran una ligera mejoría. Así pues, podemos considerar que las edades entre 45 y 55 años son las que más atención y prevención requieren en relación a las Afectaciones Musculoesqueléticas. En relación a las Afectaciones Cognitivas, los resultados indican que éstas aumentan ligeramente con la edad hasta la edad de 55 años. No son unas diferencias significativas grandes pero sí que son significativas y vendrían a señalar la importancia de prevenir esta disminución en las capacidades cognitivas que más pueden entenderse por la situación de tensión y agotamiento del docente que por ser una consecuencia de la edad, pues de ser así, seguiría

aumentando en las personas mayores de 55 años. En la escala Afectaciones Emocionales, los resultados muestran un ligero y progresivo aumento de estas afectaciones hasta la edad de 55 años. Cuando estudiamos los resultados en relación a la escala Agotamiento, observamos de nuevo que el incremento del agotamiento en función de la edad es pequeño pero paulatino hasta los 55 años, siendo más notoria la mejora que muestran los docentes mayores de 55 años respecto a los de edades comprendidas entre 45 y 55 años. Estos resultados coinciden con los presentados por Prestch y colaboradores (2011). En relación a la Autoeficacia, los resultados indican que conforme aumenta la edad se produce una ligera disminución de la Autoeficacia, siendo los docentes mayores de 55 años los que muestran menos Autoeficacia. La disminución de la satisfacción y de la autoeficacia conforme aumenta la edad junto con el incremento del agotamiento y de las afectaciones emocionales indican un mayor riesgo de SQT en función de la edad, lo que corrobora resultados sobre el SQT en docentes de Catalunya (Flores y Fernández-Castro, 2004) y en docentes de Andalucía (Ranchal y Vaquero, 2008a). Por último, los resultados de la escala Afectaciones de la Voz no muestran diferencias significativas en función de la edad, al igual que sucede en otros estudios (Nerrière et al., 2009), lo cual indica que este factor está más relacionado con el uso de la voz que con la edad. Esto es coherente con los resultados de estudios indican que las afectaciones de la voz disminuyen cuando se participa en cursos de formación para la prevención de este riesgo.

d) Años de docencia: Los resultados en relación a los años de docencia muestran mayores diferencias significativas que los obtenidos en función de la edad. Esto indicaría que los años de docencia son un factor importante en relación a la salud del docente. Los resultados muestran las mayores diferencias significativas en la escala Satisfacción. Los docentes con menos de 5 años de docencia son los que presentan un nivel de satisfacción mayor, seguidos por los docentes que tienen entre 5 y 10 años de docencia. Los docentes con más de 10 años de docencia presentan niveles de satisfacción

semejantes, lo que indica una estabilización en la satisfacción. En relación a las Afectaciones Musculo-Esqueléticas, se muestra una variación semejante: los docentes con menos de 5 años de docencia son los que presentan menos Afectaciones Musculo-esqueléticas, los docentes que tienen entre 5 y 10 años de docencia muestran un nivel mayor, que se estabiliza para los docentes con más de 10 años de docencia. En relación a las Afectaciones Cognitivas, los resultados indican que éstas aumentan ligeramente conforme aumentan los años de docencia y lo mismo sucede con el nivel de Afectaciones Emocionales. Son unas diferencias significativas que indican el aumento de riesgo conforme aumenta el tiempo de dedicación a la docencia. Con diferencias significativas de menos importancia, los resultados en relación a la escala Agotamiento también señalan un incremento del riesgo en función de los años de docencia. En relación a la Autoeficacia, las diferencias son todavía menores, mostrándose una ligera disminución de la Autoeficacia conforme aumentan los años de docencia. Los resultados de la escala Afectaciones de la Voz no muestran diferencias significativas en función de los años de docencia, corroborando los otros resultados (Ranchal y Vaquero, 2008b). Así pues, con los años de docencia se produce un ligero aumento de los niveles de agotamiento y de afectaciones musculo-esqueléticas, cognitivas y emocionales, con una disminución de la satisfacción y del sentido de eficacia. Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos por Prestch, Flunger y Schmitt (2012). En su estudio hicieron una comparación entre docentes y otras profesiones y obtuvieron que sólo los docentes presentaban señales de mayor agotamiento y mayor deterioro de la salud al aumentar los años de ejercicio de la profesión, lo que viene a confirmar la importancia atender la promoción de un estado de bienestar en una profesión con una implicación personal alta.

e) Características del centro: En relación al número de docentes en el centro los resultados indican que existen diferencias significativas en las escalas de Afectaciones Emocionales, Afectaciones Cognitivas, Autoeficacia y Satisfacción. Los resultados indican que los docentes de centros medianos

tienen más Afectaciones Emocionales que los que pertenecen a centros de más de 90 docentes, mientras que los docentes que pertenecen a centros pequeños muestran más satisfacción, más autoeficacia y más Afectaciones Cognitivas.

f) Ubicación del centro: los resultados muestran que existen diferencias significativas en la escala Satisfacción, siendo mayor la satisfacción de los docentes que trabajan en comarcas, en relación a los que trabajan en la zona metropolitana de Barcelona. El resto de las escalas no muestran diferencias significativas. Esta diferencia significativa en la satisfacción puede ser debida a una mayor proximidad con el entorno familiar y social de los alumnos, lo que permite poder conocer la trayectoria de los alumnos y recibir su reconocimiento.

10.5 RESULTADOS EN RELACIÓN A LOS CLÚSTERS.

El análisis clúster nos permite obtener las puntuaciones de corte para valorar el estado de salud: buena, media o baja de un docente. La puntuación superior a 103 puntos indica una salud global alta, mientras que una puntuación inferior a 86 indica una salud baja. Los resultados indican que 30 % de los docentes tiene una salud alta, el 50% tiene una salud media y un 20% tiene una salud baja, es decir, uno de cada cinco docentes está en una situación de riesgo al presentar un estado de salud bajo.

En relación a las variables sociodemográficas y laborales, se observa que el tipo de horario y la ubicación del centro son las únicas variables que no influyen en el nivel de salud de los docentes. La variable que presenta una influencia mayor es años de docencia. Los docentes con menos años de docencia presentan menos riesgo que aquellos que tienen más años de docencia. Si se observan los resultados en función de la edad, los resultados indican que conforme aumenta la edad, también aumenta el nivel de riesgo, excepto para

los docentes mayores de 55 años, que presentan el mismo riesgo que los docentes entre 46 y 55. Estos resultados ponen de manifiesto el predominio de procesos de deterioro por encima de procesos de motivación y satisfacción, e indican la necesidad de mejorar las condiciones en las que se realiza la docencia.

Si observamos en función del género, se observa que las docentes tienen peor salud, siendo un 22% de las mujeres las que están en el grupo de riesgo, mientras que sólo un 17% de los docentes se encuentra en situación de riesgo. El nivel educativo es el siguiente factor que presenta diferencias importantes. Tal como se ha ido observando en los resultados expuestos, los docentes de la ESO tiene mayores posibilidades de presentar un nivel de riesgo alto, en relación a los docentes de Educación Infantil y Educación Primaria, a pesar de que éstos presentan una frecuencia mayor de afectaciones musculares y de la voz. En relación al contrato y al horario, los docentes con contrato fijo y con horario completo son los que presenta un nivel mayor de riesgo. Conviene señalar que los docentes que trabajan a nivel completo en dos centros diferentes tienen más riesgo. En cuanto al tipo de centro, las diferencias en función del número de docentes del centro son pequeñas, siendo mayor el riesgo en docentes de centros entre 30 y 90 docentes. No existen diferencias en función de la zona donde se sitúa el centro. Estos resultados muestran cuales son los grupos de más riesgo, teniendo en cuenta los resultados del estado de salud en los siete ámbitos que mide el CSD, cinco de afectaciones y dos de bienestar docente.

10.6 IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

La prevención de riesgos de la salud laboral docente más eficaz es la que se orienta a mejorar los condicionantes laborales para lograr una disminución de riesgos, a incrementar la capacidad del docente de protegerse de los mismos y a la promoción de la salud profesional. En primer lugar, se exponen

indicaciones relacionadas con los riesgos de la docencia, y, en segundo lugar se exponen indicaciones generales para la promoción de la salud de los docentes.

La prevalencia alta del agotamiento señala la necesidad de introducir medidas preventivas destinadas a reducir el exceso de demandas, aumentar la disponibilidad de recursos y la autonomía de los profesionales (Hakanen et al., 2006; Leka y Jain, 2010), así como aumentar las posibilidades de apoyo retroinformación entre compañeros (Boada, de Diego y Agulló, 2004; Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997).

En relación a las afectaciones de la voz, se requieren medidas preventivas atendiendo a los factores de riesgo externos y a los internos. Las primeras se centran en la eliminación de fuentes de ruido mediante la insonorización de espacios o modificación de su acústica, y al cuidado de las condiciones ambientes, como humedad del aire y temperatura. Las segundas se centran en la formación de los docentes sobre hábitos de higiene de la voz y en el entrenamiento de la voz, donde se trabaja el gesto postural, la fonación, la articulación y proyección de la voz, (González-Sansvisens y Vila, 2011). Tal como se expuso, los estudios muestran una mejora considerable a partir de la participación en cursos de educación de la voz, (McAleave et al., 2009; Nerrière et al., 2009; Rusell et al., 1998).

Para la prevención de las afectaciones musculoesqueléticas, se requieren medidas específicas: en relación a las condiciones ergonómicas del trabajo, y sobre todo, formación sobre higiene postural y cuidado de la columna vertebral: estiramientos, respiración, corrección de posturas... (Gay et al, 2003; Solana, 2011).

En relación a las afectaciones cognitivas, hay que tener en cuenta que la persistencia de estas dificultades puede afectar la eficacia del docente y su

competencia profesional. Por lo tanto, es necesario identificarlas y atenderlas con la mayor prontitud, proporcionando recursos para mejorar el estado de salud psíquica del docente, como pueden ser estrategias para la organización de tareas y del tiempo, para la gestión de problemas y conflictos relacionados con la actividad docente como para facilitar el descanso y la recuperación. (Gil-Monte y Peiró, 1997, Sandström et al., 2005).

En la prevención de las afectaciones emocionales, además de incidir en reducción de los factores de riesgo psicolaboral que las producen, las medidas preventivas más indicadas son aquellas que mejoran la calidad de las relaciones interpersonales, restituyen el apoyo emocional, favorecen situaciones de encuentro distendidas y permiten una comunicación asertiva. Son medidas destinadas a recuperar la autoestima, y la confianza en uno mismo y a mejorar el sentimiento de pertenencia en el colectivo docente (Barth, 1997; Calvete y Vila, 1997; Gay et al., 2003).

En relación a la promoción de satisfacción y eficacia en la actividad docente, el docente necesita disponer de los recursos pedagógicos que le permitan ejercer una docencia gratificante y saludable. En relación a las competencias profesionales, según Martínez-Losa y Bestratén (2010b), se pueden diferenciar cuatro ámbitos: a) Formación en competencias para el afrontamiento del estrés, b) Formación en competencias pedagógicas relacionadas con la comunicación, gestión del tiempo, gestión de los conflictos, entre otras, c) Formación en competencias psicopedagógicas y d) formación en competencias de gestión educativa, específica para personal directivo. Siguiendo a Imbernón (1998), para ello, el docente necesita desarrollar la profesión docente con espíritu crítico y reflexivo, poder asumir el papel de investigador de su propia práctica, y a través de ella, ser cocreador de conocimiento pedagógico, por tanto, ser un profesional capaz de tomar decisiones respecto de los procesos formativos y educativos. La capacidad reflexiva de los docentes

En relación a las competencias personales, Cases (2007) identifica tres aspectos a través de los cuales mejorarlas: a) mejora de las relaciones, de las capacidades para comunicar, para evitar actitudes ambiguas, críticas o susceptibles; y favorecer la confianza y la cooperación, b) mejora de la afectividad, promoviendo emociones positivas que ayuden a ser creativos y compartir momentos gratificantes, y c) mejora del centramiento del docente en sí mismo, a través de la meditación (Cases, 2007; Roeser, Skinner, Beers y Jennings, 2012). La meditación ha mostrado ser una práctica eficiente en la mejora del ambiente interpersonal y de la actividad docente (Franco, 2010).

Por ello, el compromiso con la docencia y las actitudes personales son una vía insustituible para contribuir a la mejora de la salud docente propia y del entorno pedagógico. De esta forma, la participación de cada uno de los docentes en actuaciones de mejora de carácter profesional y personal revierte en todo el colectivo, siendo una contribución imprescindible para el crecimiento de una cultura profesional ampliada (Imbernon, 1998; Tardif, 2004)

A nivel de medidas preventivas organizativas, es importante generar un entorno normativo facilitador y la instalación de una cultura de mejora a partir del diálogo entre todos los niveles y agentes que favorezca el compromiso y sentido en la docencia, así como el desarrollo de una profesionalidad docente sólida. Se hace necesario transformar los entornos que se caracterizan por la desconfianza, la crítica y el distanciamiento profesional y no permiten que los docentes compartan dificultades pedagógicas ni favorecen que se manifiesten cuestionamientos sobre la propia práctica profesional. En estos entornos, si el docente se siente abrumado y amenazado por las exigencias sociales desmesuradas y los comportamientos disruptivos de los alumnos se verá abocado a una sensación de falta de eficacia profesional, sentimientos de alienación y al aislamiento, lo que acabará perjudicándole personal y profesionalmente.

Un entorno favorable del bienestar pedagógico de los docentes es aquel en el que:

- La comunidad educativa identifica las situaciones y prácticas que siguen pendientes de resolver, asumiendo la dificultad como reto de todo el colectivo.
- Se generan procesos de mejora, que implican el desarrollo de las competencias profesionales. Principalmente se trata de crear estrategias activas, holísticas y de colaboración entre los docentes con el objetivo de afrontar los desafíos educativos que se están presentando en la actividad cotidiana.
- La percepción de procesos de deterioro de la competencia profesional y de desarrollo del SQT en uno mismo o en otros profesionales no se comprende como una cuestión individual, sino social, colectiva y interrelacionada con el entorno educativo, siendo una expresión más de necesidades educativas que no están siendo bien atendidas, recuperándose la importancia del contexto social en el desarrollo del SQT (Pyhälto et al., 2011)

En este entorno de bienestar , los docentes se perciben a sí mismos como agentes activos que aprenden, sienten que su labor tiene coherencia y sentido, las situaciones conflictivas propias de la docencia se resuelven de forma que los docentes consolidan y mejoran sus prácticas y estrategias pedagógicas, por lo que se genera satisfacción, compromiso y empoderamiento. Algunos estudios confirman la importancia del entorno al demostrar que variables individuales como optimismo, gestión del aula, enseñanza centrada en los alumnos y comportamiento cívico reflejan lo que sucede a nivel de centro (Woolfolk, 2008). De ahí la importancia de proporcionar y ajustar los recursos que ayuden a la creación del bienestar pedagógico en la comunidad educativa.

The most frequent implication suggested by the papers reviewed for schools and employing bodies was the need for employers, policy makers

and teacher educators to facilitate processes leading to positive career trajectories (...). Support includes ensuring that new teachers, who are more strongly influenced by contextual factors, have successful classroom experiences, sufficient resources and constructive, supportive feedback in a school environment that is positive, participatory and collegial. (...) Induction needs to go beyond the mere practical advice and socialization process and include opportunities for self questioning and reflection not only on teachers' own practice but also on the values and norms underlying the educational settings in which they work (Beltman et al., 2011, p.194).

Aunque los resultados de nuestro estudio no muestran una situación alarmante como la que a veces se expresa en los medios de comunicación de masas, sí apuntan a la necesidad de mejorar las condiciones de la docencia, de forma que los docentes reciban más apoyo y recursos tanto de la administración como del entorno pedagógico. Las instituciones escolares, los responsables políticos y los propios profesionales docentes deberían facilitar de forma explícita y decidida el apoyo instrumental y emocional para que la experiencia del docente en el aula sea exitosa. A nivel de comunidad educativa, una cultura colaborativa y solidaria y un ambiente escolar positivo, participativo y colegial son el principal recurso para un proceso de socialización y de adquisición de competencias enriquecedor y generador de bienestar (Beltman et al., 2011).

Generar los recursos necesarios para que la docencia pueda realizarse en condiciones saludables, sin sobrecargas, y teniendo en cuenta el desarrollo profesional y personal de los docentes, y, por ende, de los alumnos, corresponde fundamentalmente a la Administración y a los directivos de la gestión del sistema educativo, en tanto responsables de la organización, y también a todos los docentes, en tanto miembros de un colectivo cuya participación es determinante. Entre todos ellos se puede lograr una cultura profesional ampliada, preocupada por la capacitación y desarrollo continuo,

comprometida en la evaluación y la innovación y, a la vez, consciente y exigente con su responsabilidad en construir una escuela saludable, en donde el bienestar de todos (profesionales, alumnos y familias) es una finalidad de primer orden (Tardiff, 2004).

11. CONCLUSIONES FINALES

Para cerrar esta investigación presentamos las conclusiones finales organizadas en cuatro apartados dedicados a resumir qué aporta el CSD, qué destaca de la salud laboral de los docentes de la escuela concertada de Cataluña, cuáles son las limitaciones que hemos detectado en nuestro trabajo y cuál es la perspectiva de nuestra investigación.

11.1. PARTICULARIDADES Y APORTACIONES DEL CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE

El cuestionario de Salud Docente se presenta como un recurso para la evaluación de la salud en sus dimensiones positivas y negativas de acuerdo con un modelo elaborado a partir de los riesgos profesionales específicos de la docencia. Las propiedades psicométricas del cuestionario son adecuadas y la información que aporta es relevante y potencialmente muy útil en el contexto de vigilancia de la salud de los docentes, así como en el contexto de la investigación y de aplicaciones prácticas. Podemos concluir afirmando que se trata de un cuestionario fiable que incluye los aspectos más relevantes en la evaluación de la salud en la actividad docente y que se enmarca en las actuales políticas de vigilancia de la salud.

A través de este cuestionario puede conocerse la salud de los docentes en relación a siete ámbitos:

- Agotamiento
- Afectaciones de la Voz
- Afectaciones Musculo -esqueléticas
- Afectaciones cognitivas
- Afectaciones Emocionales

- Satisfacción docente
- Autoeficacia

Las principales características que hacen de este cuestionario un instrumento de interés son:

- La inclusión en un sólo instrumento de los principales riesgos profesionales del docente y de las principales manifestaciones de bienestar en la actividad docente
- Su utilidad como instrumento para la evaluación individual y colectiva.
- La dedicación exclusiva a la valoración del estado de salud del docente, distinguiéndose de otros cuestionarios que evalúan factores de riesgo.
- La calidad de sus propiedades psicométricas.
- La brevedad del mismo, lo cual permite una cómoda aplicación y su combinación con otros instrumentos para usos investigativos.
- Los costes reducidos de cara a su administración, puntuación e interpretación.
- La utilidad potencial para la realización de evaluaciones periódicas de la salud laboral de los docentes, tal como recomienda la legislación española.

Desde un punto de vista práctico, este instrumento puede aplicarse en el campo de la psicología organizacional y de la salud con el fin de favorecer el desarrollo de las condiciones adecuadas para favorecer la satisfacción y la competencia docentes del profesorado.

La obtención de puntos de corte mediante clústers permite una rápida valoración y su uso como instrumento de autoevaluación. Utilizado para valorar la salud del colectivo docente permite identificar las áreas que requieren mayor protección y poner énfasis, desde los centros educativos y la Administración, en la evaluación de riesgos psicolaborales y en medidas de prevención que promuevan unas condiciones saludables en la docencia. Así

por ejemplo, conocer el nivel de salud en relación a las afectaciones musculoesqueléticas en un determinado nivel educativo resulta útil para detectar los riesgos con mayor precisión e implantar políticas preventivas focalizadas y más eficientes.

11.2. ESTADO DE SALUD DE LOS DOCENTES DE LA ESCUELA CONCERTADA DE CATALUNYA.

La amplia muestra de este estudio otorgan gran representatividad a los resultados obtenidos, que entendemos generalizables a los docentes de escuelas concertadas que imparten clases en los tres niveles educativos de la Enseñanza Obligatoria.

Observando el conjunto de los resultados, se puede afirmar que los docentes muestran un nivel alto en satisfacción y su sentido de eficacia. Ello indica una relación afectiva y competencial positiva hacia su trabajo. Estos resultados son alentadores, señalando que en su conjunto el colectivo docente se siente motivado, competente e implicado en su trabajo, lo cual tiene importantes repercusiones a nivel colectivo. Un colectivo docente motivado e implicado tiene mayores posibilidades de afrontar de forma cohesionada, con creatividad, confianza y persistencia las demandas educativas del día a día. Siendo la estrategia preventiva más compleja, trabajar en esa dirección en el futuro se apunta como la política de salud laboral docente más sostenible y eficaz.

En cuanto a las manifestaciones de deterioro de salud, las más importantes son las afectaciones musculoesqueléticas y las afectaciones cognitivas, que tiene un nivel de riesgo alto para un 35% y 30% de los docentes respectivamente. Tanto las afectaciones musculares como las cognitivas están muy asociadas a vivencias de estrés crónico, y también son síntomas de SQT. Con porcentajes inferiores se encuentran el agotamiento (27%), las afectaciones de la voz (27%) y las afectaciones emocionales (25%).

Sin embargo, si se estudian los resultados en relación al tiempo de docencia, se observa que las manifestaciones de bienestar muestran una disminución a lo largo de los años de docencia, más acusada en la satisfacción laboral y que en el sentido de autoeficacia. Estos resultados hacen pensar en la existencia de espirales negativas para una parte importante del colectivo docente, que llevan a un deterioro de la salud. Mientras que el incremento de afectaciones con los años puede también estar relacionado con una mayor vulnerabilidad física ocasionada por la edad, la disminución de la satisfacción indica que los condicionantes y los recursos docentes no logran consolidar procesos motivacionales, es decir, que no son suficientes como para promover una actividad docente en constante renovación y en cooperación, capaz de proporcionar un aumento de competencias en los docentes, una mayor satisfacción y una creciente motivación intrínseca.

Como se puede constatar los datos que se recogen a partir de este instrumento constituyen una base empírica sólida para guiar el diseño de iniciativas capaces de disminuir los factores de riesgo y sus efectos en la salud y evolución futura.

11.3 LIMITACIONES

Los datos presentados en este estudio deben ser interpretados a la luz de algunas limitaciones, que sirven de orientación para próximas investigaciones.

La primera limitación que destacamos de este estudio es la falta de inclusión de instrumentos que permitan valorar la validez convergente. Una dificultad para ello es la ausencia de cuestionarios que reúnan un conjunto similar de manifestaciones relacionadas con la salud en la profesión docente.

En segundo lugar, destacamos el hecho de que la muestra de docentes provenga de centros concertados de Catalunya. Aunque en si mismo tiene un gran valor, sobre todo si se considera la ausencia de investigaciones sobre este colectivo, esta limitación de la muestra hace que los resultados no sean totalmente extrapolables a los docentes de centros públicos.

En tercer lugar, siendo conscientes de que la salud es un proceso más que un estado, disponer de estudios de salud más consistentes requiere realizar estudios longitudinales que permitan observar los cambios a lo largo del tiempo.

Finalmente, otra limitación del estudio es la implícita a la creación y uso de cuestionarios: se trabaja con medidas autoinformadas. Y si bien es cierto que este tipo de medida es el que más interés presenta por recoger la percepción del sujeto afectado. el estudio podría complementarse con otros métodos de evaluación como registros de bajas o indicadores psicofisiológicos a pesar de las enormes dificultades que estas estrategias incorporan al trabajo de campo. Además, teniendo en cuenta que en este estudio se ha realizado una administración colectiva de cuestionarios, podría haberse producido un cierto número de respuestas distorsionas por deseabilidad social. Por ello, en el futuro, podría añadirse algún tipo de escala de deseabilidad social que ayudara a evaluar y compensar este efecto.

11.4 LÍNEAS DE FUTURO

En relación a la validación del CSD y el estudio de la salud laboral docente, y teniendo presentes las limitaciones del presente estudio, son varias las orientaciones para futuras investigaciones.

Así pues, para mejorar las propiedades psicométricas del CSD, sería conveniente realizar un estudio de la validez convergente del cuestionario. Para

ello, el cuestionario se podría acompañar de otros cuestionarios. A partir de la revisión de cuestionarios de uso frecuente en las investigaciones actuales, expuesta en el capítulo 7. Planteamos su comparación con cuestionarios que evalúen el *engagement* y/o el SQT, la salud general y, también podría tener interés, comparar con cuestionarios que evalúen el sentido de eficacia docente y las afectaciones de la voz, por ser los aspectos más específicos de la profesión docente. Esto sería viable dada la brevedad del CSD.

Una segunda línea de investigación es el estudio de la comparación entre el estado de salud docente del profesorado de escuela pública y concertada, siguiendo el trabajo iniciado por Latorre y Sáez (2009). Sus resultados muestran que los docentes de centros concertados presentan un nivel de estrés mayor que los que trabajan en centros públicos, sin embargo, los niveles de SQT son similares en los dos tipos de centros. Las diferencias más importantes aparecen en el tipo de emociones, siendo más positivas en los docentes de centros concertados en relación a los docentes de centros públicos, que manifiestan más emociones de rabia, enfado e insatisfacción, y en la percepción del apoyo recibido por la dirección, siendo mucho mayor en los centros concertados (Latorre y Sáez, 2009). La comparación de resultados de futuros estudios podría permitir profundizar en el análisis y conocer mejor las diferencias entre las condiciones laborales de los dos colectivos, y los posibles enriquecimientos mutuos con el objetivo de mejorar la actividad docente en su conjunto.

Como forma de ampliar las implicaciones para la prevención y siguiendo la línea marcada por el equipo WoNT (Salanova, Martínez y Llorens, 2014), tiene gran interés el estudio de la salud de los docentes en tanto colectivo de un centro. Para ello, es necesaria la participación de una mayoría de docentes de cada centro de forma que se eviten sesgos derivados de una muestra parcial. Dado que esta condición se cumple con la muestra de este estudio, está prevista una futura explotación de los datos en este sentido. Su objetivo

principal será la comparación entre centros del estado de salud de sus docentes.

En relación a la salud docente, son muchas las cuestiones que se pueden plantear y creemos que las más relevantes son aquellas dirigidas a buscar el bienestar pedagógico en las escuelas. Al hablar de bienestar pedagógico hacemos referencia al estado de salud de la comunidad educativa y, también, a la existencia de una práctica de la profesión capaz de ser fuente de adquisición de competencias docentes y de consolidación de vínculos interpersonales en la comunidad educativa. Promoviendo esta experiencia de satisfacción y sentido de eficacia, se promueve la salud y el bienestar en la actividad docente y, por ende, la calidad educativa. No podemos olvidar que el éxito de la educación y la mejora de los resultados de los alumnos es el fruto del aprendizaje no sólo de contenidos disciplinares, sino también de valores y formas de actuar para los cuales los docentes son el modelo de referencia. Por ello, coincidiendo con el equipo investigador de Finlandia (Atjonen et al., 2011; Pyhälto et al., 2011; Soini et al, 2010), consideramos de interés realizar investigaciones cualitativas con participación de los docentes enfocados al estudio de situaciones que generan bienestar y satisfacción en la docencia. A través de estos estudios cualitativos, los docentes pueden compartir sus propias experiencias, los recursos que consideran más relevantes y los proyectos, innovaciones y mejoras que han obtenido buenos resultados en su actividad docente. Parece necesario que el colectivo docente, ante los desafíos sociales actuales, disponga de los apoyos administrativos y sociales que faciliten su empoderamiento y su máxima competencia profesional.

12. BIBLIOGRAFIA

ADEMYS. (2011). *Salud y Condiciones de trabajo en el sector docente: diagnóstico y respuestas posibles*. ADEMYS Asociación Docente: Buenos Aires.

Altarcoz, L. (2001). *Estrés y riesgos psicosociales en la enseñanza. Riesgos psicosociales en los y las docentes*. Doc intern. Servei de Salut Laboral i Ambiental. Agència de Salut Pública de Barcelona.

Anaya, D. y Suárez, J.M. (2007). Satisfacción laboral de los profesores de Educación Infantil, Primaria y Secundaria. Un estudio de ámbito nacional. *Revista de Educación*, 344, 217-243.

Atjonen, P., Kordeakoski, E. y Mehtaläinen, J. (2011). Key pedagogical principles and their major obstacles as perceived by comprehensive school teachers. *Teachers and Teaching: theory and practice*, 17 (3), 273-288.

Arellano, B., Gimeno, X., Noguera, N. y Rabadà, I. (2007). *La prevenció dels riscos psicosocials als centres docents [CD-ROM]*. Barcelona: Associació de Mestres Rosa Sensat.

Bakker, A.B. (2001). *Vragenlijstvoor het meten van werkgerelateerde flow: De WOLF*. Utrecht: Utrecht University.

Bandura, A. (2011). A Social Cognitive perspective on Positive Psychology. *Revista de Psicologia Social*, 26 (1), 7-20.

Barth, A.R. (1990): *Burnout bei Lehrern: theoretische Aspekte und Ergebnisse einer Untersuchung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

- Bäßler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 1-8.
- Becker, P. (2001) Modelle der Gesundheit. En Höfling, S. y Gieseke, O. (2001) *Gesundheitsoffensive Prävention. Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik*. München: Hanns Seidel Stiftung.
- Beltman, S., Mansfield, C. y Price, A. (2011). Thriving not just surviving. A review of research on teacher resilience. *Educational Research Review*, 6, 185-207.
- Benavides, A.T., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.J. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el Inventario de Burnout de Psicólogos. *Clínica y Salud*, 13 (3), 257-283.
- Benavides, F.G., Ruiz-Frutos, C. y García, A.M. (2004). *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. Barcelona: Masson.
- Bermúdez de Alvear, R., Martínez-Arquero, G., Barón, F. y Hernández-Mendo, A. (2010). An interdisciplinary approach to teacher's voice disorders and psychosocial working conditions. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 62 (1-2), 24-34.
- Bermúdez de Alvear, R., Martínez, G., Rius, F. y Esteve, J.M. (2004). Relaciones entre el uso de la voz y el burnout en los docentes de

Educación Infantil y Primaria de Málaga. *Revista Española de Pedagogía*, 227, 85-102.

Boada, J., de Diego, R. y Agulló, E. (2004) El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivacional laboral. *Psicothema*, 16 (1), 125-131.

Bolívar, A. (2006). *La identidad profesional del profesorado de secundaria: crisis y reconstrucción*. Málaga: Ed. Aljibe.

Buedo, V.E., García, M., Gallo, M. y Guzmán, A. (2004). *Libro blanco de la vigilancia de la salud para la prevención de riesgos laborales*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Calvete, E. y Vila, A. (1997). *Programa Deusto 14-16. Evaluación e intervención en el estrés docente*. Bilbao: Ed. Mensajero.

Calvete, E., y Vila, A. (2000). *Burnout y síntomas psicológicos: Modelo de medida y relaciones estructurales*. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.

Cano, A. y Tobal, J.J.M. (2001). Emociones y salud. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 111-121.

Carbonell, J. (1994). *L'Escola : entre la utopia i la realitat : Deu lliçons de sociologia de l'educació*. Barcelona: Eumo.

Cases, I. (2007). *La educación emocional del profesorado. Un paraguas contra la lluvia del estrés*. Buenos Aires: Lumen.

Cherniss, C. (1993). Role of Professional Self-efficacy in the Etiology and Amelioration of Burnout. En Schaufeli, W.B., Maslach, C. Marek, T.

Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research (pp.135-150). New York: Taylor and Francis.

Coll, C. (2001). Constructivismo y educación: La concepción constructivista de la enseñanza y el aprendizaje. En Coll, C. Palacios, J y Marchesi, A. *Desarrollo psicológico y Educación. Psicología de la educación escolar*. Madrid: Alianza Editorial.

Comisión Ejecutiva Confederal de UGT. [UGT] (2006). *Guía de Prevención de riesgos psicosociales en la Enseñanza*. Comisión Ejecutiva Confederal de UGT: Madrid.

Comisión Europea. Dirección general de empleo y asuntos sociales (2002). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La sal de la vida o el beso de la muerte?* Luxemburgo. Comisión Europea, Empleo y Asuntos Sociales. Accesible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/InformeuropeoEstresLaboral.pdf

D'Mello, S. y Graesser, A. (2012). Dynamics of affective states during complex learning. *Learning and Instruction*, 22, 145-157.

Del Libano, M., Llorens, S., Salanova, S. y Schaufeli, W.B. (2012). About the dark and bright sides of self-efficacy: Workaholism and Work engagement. *The Spanish Journal of Psychology*, 15 (2), 688-701.

Delors, J., (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana.

- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., y Schaufeli, W.B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- Derogatis, I.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., y Colvi, L. (1974) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL) A self-report symptom inventory. *Behavior Science*, 19, 1-15.
- Domènech, B. (1995) Introducción al síndrome de *burnout* en profesores y maestros y su abordaje terapéutico. *Psicología Educativa*, 1(1), 63-78.
- Duran, J. y Corral, A. (2009). *Working conditions and quality of life in Spanish workplaces*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Website: www.eurofound.europa.eu
- Enzmann, D. y Kleiber, D. (1989). *Helfer-Leiden: Stress und burnout in psychosozialen Berufen*. Heidelberg: Asanger.
- Erick, P. y Smith, D.R. (2011). A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers. *BCM Musculoskeletal Disorders*, 12, 260-271. Doi:10.1186/1471-2474-12-260
- Escalona, E., Sánchez, L. y Gonzalez, M. (2007). Estrategias participativas en la identificación de la carga de trabajo y problemas de salud de docentes de escuelas primarias. *Salud de los Trabajadores*, 15 (1), 17-35.
- Esteve, J.M. (1984). *Los profesores en conflicto*. Madrid: Narcea Ediciones.
- European Trade Union Committee for Education [ETUCE]. (2011). *Teacher's work-related stress: Assessing, Comparing and Evaluating the Impact of*

Psychosocial Hazards on Teachers at their Workplace. Bruselas: ETUCE. Disponible en <http://etuce.homestead.com/Publications2011/>

Extremera, N., Duran, A. y Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y Estrés*, 16 (1), 47-60.

Farber, B.A. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York. Pergamon Press.

Fernández-Enguita, M. (1993). *La profesión docente y la comunidad escolar: crónica de un desencuentro*. Madrid: Morata.

Fernández-Anguaita, M. (2008). La professió docent avui. Algunes reflexions i suggeriments. En Martínez, M. *El professorat i el Sistema Educatiu Català. Propostes a debat*. (pp. 310-334). Barcelona. Jaume Bofill Ed. Mediterrània.

Fernández-Puig, V., Castelló, M. y Cebrià, J. (2004). Ponencia: *Burnout syndrome and factors inherent to teaching: a quantitative study*. 25é Congrès de Stress and Anxiety Research Society. Amsterdam.

Fernández-Puig, V., Cebrià, J., Palma, C., Fariols, N., Segura, J. y Segarra, G. (2009). Ponencia: *Procesos en espiral en el desarrollo de la Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) docente. Estudio exploratorio sobre fuentes y efectos de satisfacción y frustración*. XI Congreso Nacional de Psicología Social. Tarragona.

- Fernet, C., Guay, F., Senécal, C., y Austin, S. (2012). Predicting intraindividual changes in teacher burnout: The role of perceived school environment and motivational factors. *Teaching and Teacher Education*, 28, 514-525.
- Fidalgo, M. (2005). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. *Notas Técnicas de prevención*. Madrid: INSHT
- Fidalgo, M. y Pérez, J. (1999). NTP 421: Test de salud total de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral. *Notas Técnicas de prevención*. Madrid: INSHT.
- Flores, M. D. y Fernández-Castro, J. (2004). Creencias de los profesores y estrés docente en función de la experiencia profesional. *Estudios de Psicología*, 25 (3), 343-357.
- Franco, C. (2010). Intervención en los niveles de *burnout* y resiliencia en docentes de educación secundaria a través de un programa de conciencia plena (*mindfulness*). *Revista Complutense de Educación*, 21 (2), 271-288.
- Fredrickson, B.L. y Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *American Psychological Society*, 13 (2), 172-175.
- Friedman, I.A. (1995). Multiple pathways to burnout: cognitive and emotional scenarios in teacher burnout. *Anxiety, stress and copy*, 9, 245-259.
- Gay, E-I., Milán, M.M., Noguera, M. y Embuena, E. (2003). *Condicions de seguretat i salut del treball docent*. Barcelona: Rosa Sensat.

- 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. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15 (2),261-268.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) según el MBI-HSS. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 135-150.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M.D. y Núñez-Román, E.M. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1- 2), 107-123.
- Goldberg, D. y Williams, P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ. (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Gómez Etxebarria, G. (2012). *Manual de prevención de riesgos y salud laboral en los centros docentes*. Las Rozas (Madrid): Wolters Kluwer.
- Gómez Etxebarria, G. (2009). *Manual para la formación en Prevención de riesgos Laborales*. Especialidad de Ergonomía y psicología Aplicada. Ed. CISS.

- González-Sansvisens, L. y Vila, J.M. (2011). La prevenció de les disfonies en la docència. En Longás, J. *Cap a la prevenció de riscos a l'escola* (pp.45-58). Valls: Ed. Cossetània.
- Greiner, B. (1998). Der Gesundheitsbegriff. En Bamberg, E. Ducki, A. y Metz, A.M. (1998) : *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (pp.39-59). Göttingen: Hogrefe Verlag
- Gusy, B. (1995). *Stressoren in der Arbeit, soziale Unterstützung und Burnout: eine Kausaleanalyse*. München: Profil Verlag
- Hacker, W. (1998). *Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulations von Arbeitstätigkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Hakanen, J.J., Bakker, A.B., y Schaufeli, W.B. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology, 43*, 495-513.
- Halbesleben, J.R.B. y Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress, 19*, 208-220.
- Harrison, D. (1983). A Social competence Model of Burnout. En B.A. Farber, *Stress and burnout in the Human Service Professions* (pp.29-37). New York. Pergamon Press.
- Heckhauser, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlín: Springer.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1-55.

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT]. (2007). *Informe V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Disponible en: http://www.mtas.es/insht/statistics/enct_5.htm.

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS]. (2010). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales para empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras*. Disponible en http://www.istas.net/copsoq/ficheros/documentos/manual_metodo.pdf

Janice, J., Leka, S. y MacLennan, S. (2013). The psychological work environmental and mental health of teachers: a comparative study between the United Kingdom and Hong Kong. *Occupational Environmental Health*, 86 (6), 657-666.

Kankare, E., Geneid, A., Laukkanen, A.M. y Vilkmán, E. (2012). Subjective evaluation of voice and working conditions and phoniatic examination in kindergarten teachers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64, 12-19.

Kooijman, P., de Jong, F., Thomas, G. Huinck, W., Donders, R., Graamans, K. y Schutte, H.K. (2006). Risk factors for voice problems in teachers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 58, 159-174.

Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.

Kyriacou, C. y Pratt, J. (1985). Teacher stress and psychoneurotic symptoms. *British Journal of Educational Psychology*, 55, 61-64.

- Latorre, I. y Sáez, J. (2009). Análisis del *burnout* en profesores no universitarios de la región de Murcia (España) en función del tipo de centro docente: Público versus concertado. *Anales de Psicología*, 25 (1), 86-92.
- Leithwood, K. Menzies, T. and Jantzi, D. (1996). Schools restructuring, transformational leadership and the amelioration of teacher burnout. *Anxiety, stress and copy*, 9, 199-215.
- Leka. S. y Jain, A (2010). *Health Impact of Psychosocial Hazards at Work: An Overview*. Ginebra: World Health Organization Publication.
- Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Nottingham: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- León-Rubio, J.M., León-Pérez, J.M. y Camero, F.J. (2013). Prevalencia y factores predictivos del *burnout* en docentes de la enseñanza pública: el papel del género. *Ansiedad y Estrés*, 19 (1), 11-25.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M.L., Berto, E., Luzzi C. y Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (1), 19-32.
- LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de *Prevención de Riesgos Laborales*. BOE nº 269 10. Disponible en <http://www.insht.es/portal>.
- Liston, D. y Zeichner, K.M. (1993). *La formación del profesorado y las condiciones sociales de la enseñanza*. Madrid: Morata.
- Longás, J. (2010). *Una aproximació a l'escola com a organització saludable. Anàlisi de la relació entre el context intern del docent i la síndrome*

d'esgotament professional. Universidad Ramón Llull. Barcelona.
Disponible en <http://www.tdx.cat>.

Longàs, J., Fernández-Puig, V., Virgili, C., Longás, E., Capell, M., y del Cerro, S. (2010). *Avaluació de riscos laborals: Informe sobre l'estat de salut percebuda dels docents*. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport. Blanquerna. Document intern.

Longás, J. (2012). Sobre el bienestar a l'escola i en el professorat. Estudios i aproximación conceptual. En J. Longás y M. Martínez. *El bienestar als centres i en el professorat. L'estat de l'educació a Catalunya. Anuari 2011* (pp- 21-101).Barcelona: Fundació Jaume Bofill.

Longás, J., Chamarro, A., Riera, J. y Cladellas, R. (2012). La incidencia del contexto interno docente en la aparición del Síndrome del Quemado por el Trabajo en profesionales de la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 28 (2), 107-118.

López-Araujo, A., Osa, S. y Peiró, J.M. (2007). El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral. *Psicothema*, 19 (1), 81-87.

Lorente, L., Salanova, M., Martínez, I. y Schaufeli, W.B. (2008). Extensive of the Job Demands-Resources model in the prediction of burnout and engagement among teachers over time. *Psicothema*, 20 (3), 354-360.

Llorens, S., García-Renedo, M. y Salanova, M. (2005). *Burnout* como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 55-77.

- Llorens, S., Schaufeli, W.B., Salanova, M. y Bakker, A.B. (2007). Does positive gain spirals of resources, efficacy beliefs and engagement exist?. *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.
- Manassero, M.A., García, E., Vázquez, A., Ferrer, V., Ramis, C., Gili, M. (2000). Análisis causal del *burnout* en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 173-196.
- Marchesi, A. (2007). *Sobre el malestar de los docentes. Competencias, emociones y valores*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martin, P., Salanova, M., Peiró, J.M. (2007). Job demands, job resources and individual innovation at work: Going beyond Karasek's model?. *Psicothema*, 19 (4), 621-626
- Martínez, M. (2008). *El professorat i el Sistema Educatiu Català. Propostes a debat*. Barcelona. Ed. Mediterrània.
- Martínez-Losa, J.F. y Bestratén, M. (2010a). NTP 856: Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales (I). *Notas Técnicas de prevención*. Madrid: INSHT.
- Martínez-Losa, J.F. y Bestratén, M. (2010b). NTP 857: Desarrollo de competencias y riesgos psicosociales. Ejemplo de aplicación en la docencia (II). *Notas Técnicas de prevención*. Madrid: INSHT.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice-Hall.
- Maslach, C (1993). Burnout: A Multidimensional Perspective. En Schaufeli, W.B., Maslach, C. Marek, T.: *Professional Burnout: Recent*

Developements in Theory and Research (pp.19-32). New York: Taylor and Francis

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory. Manual research Edition*. Palo Alto: University of California.

Maslach, C. y Jackson, S. (1981). *MBI, Inventario de Burnout de Maslach*. TEA. Madrid.

Maslach, C. y Leiter, M. (1997). *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Maslach, C. y Schaufeli, W. (1993). Historical and Conceptual Development of Burnout. En Schaufeli, W.B., Maslach, C. Marek, T.: *Professional Burnout: Recent Developements in Theory and Research* (pp.1-18). New York: Taylor and Francis

Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Review of Psychology*, 52, 397-422.

Matud, M.P., de Abona, M. y Matud, M.J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 451-465.

Mc Aleavy, G.J., Adamson, G., Hazlett, D.E., Donegan, H.A. y Livesey, G.E. (2009). Modelling determinants of the vocal health of teachers in Northern Ireland: Implications for educational policy and practice. *Journal of Public Health*, 122, 691-699.

- Moncada, S. y Llorens, C. (2005). NTP 703: El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. *Notas Técnicas de prevención* Madrid: INSHT.
- Monereo, C., Castelló, M., Clariana, M., palma, M. y Pérez, M. (1994). *Estrategias de enseñanza y aprendizaje. Formación del profesorado y aplicación en la escuela*. Barcelona: Graó
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, R. y Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7 (1), 69-77.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2000). La evaluación del estrés docente y el *burnout* del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2),151-171.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González-Bono, E., Rodríguez-Alarcón, G. y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17 (2), 205-211.
- Moyano, N. y Riaño-Hernández, D. (2013). Burnout escolar en adolescentes españoles: Adaptación y validación del School Burnout Inventory. *Ansiedad y Estrés*, 2013, 19 (1), 95-113.
- Nerrière, E., Vercambre, M.N., Gilbert, F. y Kovess-Masféty, V. (2009). Voice disorders and mental health in teachers: a cross-sectional nationwide study. *BMC Public Health*, 9, 370-378. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/471-2458/9/370>.
- Nogareda, S. (2000). NTP 574: Estrés en el colectivo docente: metodología para su evaluación. *Notas Técnicas de prevención* Madrid: INSHT.

- Ouweneel, E., Le Blanc, P.M., Schaufeli y Van Wijhe, C. (2012). Good morning, good day: A diary study on positive emotions, hope, and work engagement. *Human Relations* 65 (9), 1129 - 1154.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT], (2013). *La prevención de enfermedades profesionales*. Organización Internacional del Trabajo: Ginebra.
- Pejtersen, JH, Kristensen TS, Borg V, y Bjorner JB. (2010). Evaluating construct validity of the second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire through analysis of differential item functioning and differential item effect. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38 (3), 90-105
- Pérez, A. (1993). Autonomía profesional y control democrático. *Cuadernos de pedagogía*, 220, 25-30.
- Pretsch, J., Flunger, B. y Schmitt, M. (2011). Resilience predicts well-being in teachers, but not in non-teaching employees. *Social Psychology of Education*, 15, 321-336.
- Pines, A. (1993) Burnout. An existencial perspective. En Schaufeli, W.B., Maslach, C. Marek, T. *Professional Burnout: Recent Developements in Theory and Research* (pp. 33-52). New York: Taylor and Francis
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.

- Pyhälto, K., Pietarinen, J. y Salmela-Aro, K. (2011). Teacher-working-environment fit as a framework for burnout experienced by Finnish teachers. *Teachers and Teaching: Education*, 27, 1101-1110.
- Quiñones, M., Vann den Broeck, A. Y De Witte, H. (2013). Do job resources affect work engagement via psychological empowerment? A mediation analysis. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29, 127-134.
- Ranchal, A. y Vaquero, M. (2008a). *Burnout*, variables fisiológicas y antropométricas: un estudio. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 54 (210), 47-55.
- Ranchal, A. y Vaquero, M. (2008b). Protocolo para la vigilancia de la salud del profesorado con atención a la enfermedad profesional. *Revista de Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 54 (211), 46-60.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *BOE número 27 de 31/1/1997*.
- Revenga, A. (2001). Educación y autonomía intelectual y moral. *Aula de Innovación Educativa*, 103-104, 78-83.
- Ribeiro, J. (2003). Estudio de Adaptação do Questionário de Manifestações Físicas de Mal Estar. *Psiquiatria Clínica*, 24, 65-76.
- Ryff, C., y Lee, C. (1995) The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and social Psychology*, 69 (4), 719-727.

- Rodríguez-Sánchez, A., Salanova, M., Cifré, E. y Schaufeli, W. (2011) When good is good: a virtuous circle of self-efficacy and flow at work among teachers. *Revista de Psicología Social*, 20 (3), 427-441.
- Roeser, R, Skinner, E., Beers, J. y Jennings, P.A. (2012). Mindfulness Training and Teachers' Professional Development: An Emerging Area of Research and Practice. *Child Development Perspective*, 6 (2), 167-173.
- Rodríguez, A., Zarco, V., González, J.M. (2009). *Psicología del Trabajo*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Rodríguez Marín, J. (1992). Estrategias de afrontamiento y salud mental. En Álvaro, J.L., Torregosa, J.R., Garrido, A., Arjonayy, P., y Corniero, M. *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental* (pp.103-120). Madrid: Siglo XXI.
- Rudow, B. (1999). Stress and burnout in the teaching profession: European studies, issues and perspectives. In A. M. Huberman, (Ed.) *Understanding and preventing teacher burnout. A sourcebook of international research and practice* (pp. 38-58).New York: Cambridge University Press.
- Rudow, B. (1995). *Die Arbeit des Lehrers: zur Psychologie der Lehrertätigkeit, Lehrerbelastrung und Lehrergesundheit*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rusell, A., Oates, J. y Greenwood, K. (1998). Prevalence of voice problems in teachers. *Journal of Voice*, 12 (4), 467-479.
- Salanova, M., Bresó, E., y Schaufeli, W.B. (2005a). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnour y del engagement. *Ansiedad y estrés*, 11, 215-231.

- Salanova, M., Grau, R. y M., Martínez, I. (2005b). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema*, 17, 390-395.
- Salanova, M., Llorens, S. y Schaufeli, W.B. (2011). "Yes, I can, I feel good, and I just do it! On gain cycles and spirals of efficacy beliefs, affect, and engagement. *Applied Psychology. An International Review*, 60 (2), 255-285.
- Salanova, M., Martínez, I., y Lorente, L. (2005c). ¿Cómo se relacionan los obstáculos y facilitadores organizacionales con el *burnout* docente? Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 37-54.
- Salanova, M., Martínez, I., y Llorens, S. (2014). Una mirada más "positiva" a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: Aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del Psicólogo*, 35 (1), 22-30.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S. Peiró, J.M. y Grau, R. (2000). Desde el "*burnout*" al "*engagement*": ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Salanova, M., Bakker, A. B., y Llorens, S. (2006). Flow at work: evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies*, 7, 1-22.
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive

behaviour. *The International Journal of Human Resource Management*, 19 (1), 116-131.

Sandi, C. ,Venero, C. ,Cordero, M.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Barcelona: Ariel Neurociencia.

Sándström, A., Rhodin, I.N., Lundberg, M., Olsson, T. y Nyberg, L. (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biological Psychology*, 69, 271-279.

Sangganjanavanich, V.F. y Balkin, R.S. (2013). Burnout and Job Satisfaction Among Counselor Educators. *Journal of Humanistic Counseling*, 52, 67-79.

Santana, A.M., De Marchi, D., Junior, L., Girondoli, Y.M. y Chiappeta, A. (2012). Burnout syndrom, working conditions, and health: a reality among public high school teachers in Brazil. *Work*, 41, 3709-3717.

Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, C., Rubio, A., Santed, M.A., Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52 (3), 167-172.

Sarramona, J., Noguera, J. y Vera, J. (1998). ¿Qué es ser profesional docente?. *Revista de Teoría de la Educación*, 10, 95-144.

Schalock, M.D., Cowart, B. y Staebler, B. (1993). Teacher productivity revisited: Definition, Theory, Measurement, and Application. *Journal of Personnel Evaluation in Education*, 7, 179-196.

Schaufeli, W.B. (2004). The future of Occupational Health Psychology. *Applied psychology: an International Review*, 53 (4), 502-517.

- Schaufeli, W.B. (2005). *Burnout* en profesores: una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21 (1-2), 15-35.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A.B., y van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schaufeli, W. B., Taris, T., & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*, 57, 173-203.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M, Maslach, C. y Jackson, S.B. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey, (MBI-GS), En C. Maslach, S.B. Jackson, y M, Leiter, (Eds) *The Maslach Burnout Inventory: Test manual*. Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W.B. y Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress and coping*, 20 (2), 177-196.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Romá, V., y Bakker, A.B. (2002). The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schmitz, G. (2000). Zur Struktur und Dynamik der Selbstwirksamkeitserwartung von Lehrern. Ein protektiver Faktor gegen Belastung und Burnout? Structure and Dynamics of Teacher Self-Efficacy. A protective Factor against Strain and Burnout? Tesis doctoral.

Dtr. Kleiber, D. Frei Universität Berlin. 2000. On line: <http://diss.fu-berlin.de/2000/29>.

Schön, D. (1992). La formación de profesionales reflexivos. Madrid: Paidós-MEC.

Schwarzer, R., y Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor: NFER-NELSON.

Scriven, M. (1994). Duties of a teacher. *Journal of Personnel Evaluation in Education*, 8, 151-184.

Serra, C. y García-Gómez, M. (2004). Vigilancia individual de la salud. En F.G. Benavides, C. Ruiz-Frutos y A.M. García. *Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 237-249). Barcelona: Masson.

Sevilla, U. y Villanueva, R. (2000). *La salud laboral docente en la enseñanza pública*. Madrid. Federación de enseñanza. CCOO.

Simbula, S. y Guglielmi, D. (2013). I am engaged, I feel good, and I go the extra-mile: Reciprocal relationships between work engagement and consequences. *Journal of Work and organizational Psychology*, 29, 117-125.

Skaalvik, E.M. y Skaalvik, S. (2010). Teacher self-efficacy and teacher burnout: A study of relations. *Teaching and Teacher Education* 26, 1059-1069.

- Sliwinska-Kowalska, M., Niebudeck-Bogusz, E., Fiszler, M., Los-Spychalska, T., Kotylo, P., Sznurowska-Przygicka, B. y Modrzewska, M., (2006). The prevalence and risk factors for occupational Voice Disorders in teachers. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 58, 85-101.
- Soini, T., Pyhältö, K., y Pietarinen, J., (2010). Pedagogical well-being: reflecting learning and well-being in teachers' work. *Teachers and Teaching: Theory and practice* 16 (6), 735–751
- Solana, M. (2011). Riscos musculoesquelètics i higiene postural en la docència. En Longás, J. *Cap a la prevenció de riscos a l'escola* (pp. 27-44). Valls: Ed. Cossetània.
- Solé, M.D., Solórzano, M. y Piqué, T. (2012). NTP 959: La vigilancia de la salud en la normativa de prevención de riesgos laborales. *Notas Técnicas de prevención*. Madrid: INSHT.
- Steinhardt, M.A., Smith, S.E., Faulk, K.E. y Gloria, C.T. (2011). Chronic work stress and depressive symptoms: Assessing the mediating role of teacher burnout. *Stress and Health*, 27, 420-429.
- Tardiff, M. (2004). Los saberes del docente y su desarrollo profesional. Madrid: Ed. Narcea.
- Taris, T., Kompier, A.H., Schaufeli, W.B., y Schreurs, P. (2003) Learning new behaviour patterns: a longitudinal test of Karasek's active learning hypothesis among Dutch teachers. *Work and Stress*, 17 (1), 1-20.
- Terluin B, Van Rhenen W, Schaufeli WB, De Haan M. (2004). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): Measuring distress and other mental health problems in a working population. *Work and Stress*;

An International Journal of Work, Health & Organisations, 18 (3), 187-207.

Van Horn, J., Schaufeli, W. y Enzman, D. (1999). Teacher burnout and lack of reciprocity.utch comparison of teachers'burnout. *Psychological Reports*, 81, 371-382.

Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009) Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28

Vecina, M.L. (2006). Emociones positivas *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 9-17

Veenman, S. (1984) Perceived Problems of Beginning Teachers. *Review of Educational Research*, 45 (2), 143-178.

Vega, S. (2001a). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (I). *Notas Técnicas de prevención* Madrid: INSHT.

Vega, S. (2001b). NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). *Notas Técnicas de prevención* Madrid: INSHT.

Vera, B. (2006). Psicología positiva: Una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 3-8.

Vercambre, M., Brosselin, P., Gilbert, F., Nerrière, E., Kovess-Masféty, V. (2009). Individual and contextual covariates of burnout: a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health*, 9, 333.

Vermeeren, B., Kuipers, B., y Steijn, B. (2012). Two faces of the satisfaction mirror: A study of work environment, job satisfaction, and customer

satisfaction in Dutch municipalities. *Review of Public Personnel Administration*, 31, 171-189.

Villanueva, R., Losada, P., de la Cruz y Recio, M. (2002). *La salud laboral del personal de Servicios Educativos Complementarios en los centros escolares públicos*. Madrid: Federación de Enseñanza CCOO.

Ware, J., Snow, K. y Kosinski, M. (1993). *SF-36 Health Survey - manual and interpretation guide*. Boston: The Health Institute. Boston.

Woolfolk, A. (2008). What motivates teachers? Important work on a complex questions. *Learning and Instruction*, 18, 492-498.

Xanthopoulou, D., Bakker, A., Fishbach, A. (2013). Work engagement among employees facing emotional demands. *Journal of Personnel Psychology*, 12 (2), 74-84. DOI: 10.1027/1866-5888/a000085.

Zeichner, K.M. (1994). El Maestro como profesional reflexivo. *Cuadernos de Pedagogía*, 220, 44-49.

13. ANEXO: CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE

CUESTIONARIO DE SALUD DOCENTE

Este cuestionario tiene como objetivo conocer la percepción de los docentes sobre su estado de salud laboral. La participación es voluntaria y la respuesta es anónima. En este proyecto de estudio y evaluación de la salud docente participan la mayoría de centros concertados de catalunya (FECC i AEC).

1. EDAD:

2. AÑOS DE EJERCICIO DE LA DOCENCIA:

3. GÉNERO

- a) Masculino
- b) Femenino

4. SITUACIÓN FAMILIAR

- a) Vive solo/a
- b) Vive en pareja
- c) Vive con pareja e hijos
- d) Vive con hijos o personas mayores a su cargo
- e) Otros

5. NIVEL EN EL QUE IMPARTE LA DOCENCIA EN LA ACTUALIDAD

- a) Educación Infantil
- b) Educación Primària
- c) ESO

6. HORARIO

- a) Completo (en un sólo centro)
- b) Parcial (en un sólo centro)
- c) Completo (en más de un centro)
- d) Parcial (en más de un centro)
- e) Otros

7. TIPO DE CONTRACTO ACTUAL

- a) Fijo
- b) Temporal
- c) Sustituciones
- d) Otros

A continuación encontrará unas afirmaciones sobre su trabajo y su salud. Valore en qué medida cada una de ellas expresa lo que ha experimentado Ud. en los últimos meses y responda siguiendo la siguiente escala:

1 = Totalmente en desacuerdo

2 = En desacuerdo

3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Totalmente de acuerdo

Haga un círculo sobre el número mejor refleje su percepción. Tenga presente que no hay respuestas correctas o incorrectas y que lo más importante es la su sinceridad.

Muchas gracias.

1. Me siento capaz de tomar decisiones	1 2 3 4 5
2. A menudo noto dolor en la zona de la nuca	1 2 3 4 5
3. A veces tengo la impresión de que me obsesiono y doy vueltas a asuntos que en otro momento podría resolver sin problema	1 2 3 4 5
4. Me siento satisfecho/a con mi forma de hacer las cosas	1 2 3 4 5
5. Mi espalda se resiente por la actividad que hago	1 2 3 4 5
6. Si pudiera, volvería a escoger ser profesor/a	1 2 3 4 5
7. Después de la jornada laboral me encuentro sin fuerzas	1 2 3 4 5
8. Me noto afónico/a o disfónico/a	1 2 3 4 5
9. A temporadas, tengo falta de concentración para realizar tareas	1 2 3 4 5
10. Disfruto de mis tareas cotidianas	1 2 3 4 5
11. En la escuela me he sentido tenso/a	1 2 3 4 5
12. Me siento físicamente agotada al final de mi jornada laboral	1 2 3 4 5
13. Cuando termino un trabajo, a menudo estoy contento/a con los resultados	1 2 3 4 5
14. Noto picor en el cuello después de la jornada laboral	1 2 3 4 5
15. Me lo paso bien en el trabajo	1 2 3 4 5
16. La voz se me cansa fácilmente	1 2 3 4 5
17. En el trabajo, me agoto mucho	1 2 3 4 5
18. Cuando me despierto, tengo ganas de ir a trabajar	1 2 3 4 5
19. Estoy satisfecho/a con mi aportación a la escuela	1 2 3 4 5
20. Hay épocas en las que tengo más distracciones de lo habitual	1 2 3 4 5
21. Padezco de lumbalgia	1 2 3 4 5
22. Tengo la capacidad de ser creativo/a y ágil en mi actividad docente	1 2 3 4 5
23. Cuando tengo dificultades me deprimó mucho	1 2 3 4 5
24. Últimamente tengo falta de memoria	1 2 3 4 5
25. A veces me siento ansioso/a	1 2 3 4 5
26. Soy muy feliz en mi trabajo	1 2 3 4 5
27. A menudo me noto tenso, a punto de estallar	1 2 3 4 5