

**Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida en Docentes de Colegios Públicos
del Municipio de Envigado**

Noviembre de 2017

Institución Universitaria de Envigado
Antioquia
Trabajo de grado

Resumen

El presente trabajo se trata de una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo no experimental y de diseño transversal-correlacional; se identifica cuáles son las prácticas y creencias sobre estilos de vida de 199 docentes, con una edad entre los 26 y los 65 años, de instituciones públicas del municipio de Envigado, que contribuyen o repercuten con mayor nivel en un estilo de vida saludable en los docentes. También se establece cuáles son las condiciones sociodemográficas de la muestra estudiada y se determina la relación que tienen variables sociodemográficas como el sexo, el estrato y el nivel mensual de ingresos en las prácticas y creencias sobre estilos de vida de la población delimitada. Como instrumentos de evaluación se hizo uso del *Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida* (Arrivillaga, M. Correa, D. y Salazar, 2003) y de un cuestionario de variables sociodemográficas desarrollado por el grupo de investigadores. Los resultados mostraron que las prácticas y creencias que repercuten en mayor medida en un estilo de vida poco saludable son las de las dimensiones de “Condición, Actividad Física y Deporte” y “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”, mientras que las que contribuyen mayormente a un estilo de vida saludable o muy saludable son las de las dimensiones de “Autocuidado y Cuidado Médico”, “Hábitos Alimenticios” y “Sueño”; también se hallaron asociaciones entre sexo, estrato, nivel mensual de ingresos y nivel de creencias y prácticas sobre estilos de vida.

Palabras clave: *Condiciones sociodemográficas; Creencias; Dimensiones; Docente; Estilo de vida; Prácticas.*

Abstract

The present work is about a quantitative approach research, of a non-experimental type, and with a transversal-correlational design; it identifies the practices and beliefs on the lifestyles of 199 teachers, with an age between 26 and 65 years, from public institutions of the municipality of Envigado, which contribute or have a greater impact on a healthy lifestyle in the teachers. It also establishes the sociodemographic conditions of the studied sample and determines the relationship of sociodemographic variables such as gender, stratum and monthly level of income in the practices and beliefs on the lifestyles of the defined population. The *Lifestyles Beliefs and Practices Questionnaire* (Arrivillaga, M. Correa, D. and Salazar, 2003) and a questionnaire of sociodemographic variables developed by the group of researchers were used as assessment tools. The results showed that the practices and beliefs that have the greatest impact on an unhealthy lifestyle are those of the dimensions of "Condition, Physical Activity and Sport" and "Recreation and Free Time Management", while those that contribute the most to a healthy or very healthy lifestyle are the dimensions of "Self-Care and Medical Care", "Food Habits" and "Sleep"; associations were also found between sex, stratum, monthly level of income and level of beliefs and practices on lifestyles.

Keywords: *Beliefs; Dimensions; Lifestyle; Practices; Sociodemographic conditions; Teachers.*

Tabla de Contenidos

Formulación.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Pregunta de investigación.....	5
Justificación.....	5
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Marco referencial.....	7
Diseño metodológico.....	17
Impacto y resultados esperados.....	19
Compromisos y estrategias de comunicación.....	19
Resultados	20
Asociaciones entre datos sociodemográficos y estilo de vida.....	27
Discusión.....	36
Conclusiones.....	37
Limitaciones y Recomendaciones.....	40
Limitaciones.....	40
Recomendaciones.....	41
Lista de referencias.....	42
Apéndices.....	46

Lista de tablas

Tabla 1. Datos Sociodemográficos.....	21
Tabla 2. Puntuación de estilo de vida general	23
Tabla 3. Puntuación de prácticas.....	25
Tabla 4. Puntuación de creencias.....	26
Tabla 5. Asociaciones entre sexo y estilo de vida general.....	27
Tabla 6. Asociaciones entre sexo y prácticas sobre estilo de vida.....	28
Tabla 7. Asociaciones entre sexo y creencias sobre estilo de vida.....	29
Tabla 8. Asociaciones entre estrato y estilo de vida general.....	30
Tabla 9. Asociaciones entre estrato y prácticas sobre estilo de vida.....	31
Tabla 10. Asociaciones entre estrato y creencias sobre estilo de vida.....	32
Tabla 11. Asociaciones entre nivel mensual de ingresos y estilo de vida general.....	33
Tabla 12. Asociaciones entre nivel de ingresos y prácticas sobre estilo de vida.....	34
Tabla 13. Asociaciones entre nivel mensual de ingresos y creencias sobre estilo de vida...	35

Formulación

Planteamiento del problema

La salud se ha visto afectada de manera general en el contexto docente debido a diferentes cambios socioculturales que se han venido dando de una manera lenta, pero consistente, en la contemporaneidad, cambios que aumentan cada vez más la exigencia mental, física y emocional de los docentes en su quehacer y que demandan una mayor cantidad y calidad de recursos psicológicos, sociales, emocionales y conductuales para que estos puedan hacer frente a esta situación de una manera sana, eficaz, adaptativa y funcional (Cordero, 2016). Se señala que se ha generado una desilusión en cuanto el alcance, la pedagogía y la enseñanza en la profesión del docente, debido a factores como la presión social, la desvalorización de la imagen del docente, y la estructura organizativa no solo universitaria, sino también escolar, que ha entrado en el discurso capitalista al concebir al estudiante exclusivamente como un cliente y burocratizar la docencia, olvidando las diferentes teorías pedagógicas que favorecen un mejor desarrollo del proceso de enseñanza (Bozal, Navas, 2012). Esto es una situación que se ve aún más en instituciones educativas escolares públicas que generalmente no cuentan con los recursos para contratar un plantel docente tan capacitado y actualizado como otras instituciones privadas, que además suelen contar también con modelos pedagógicos más adecuados, actualizados y que facilitan un mayor aprendizaje en los estudiantes, a diferencia de los modelos tradicionales con los que comúnmente funcionan las instituciones educativas escolares públicas.

Entre los fenómenos relacionados con la salud y bienestar docente el más destacado es el llamado burnout o síndrome del “quemado”, definido por Freudenberg (1974) como un síndrome psicológico que aparece en profesionales que desempeñan relaciones de ayuda hacia

otras personas. A su vez, Maslach (1996, 2003), define el burnout como un patrón psicológico de respuesta, una vivencia subjetiva de malestar, con factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes. Específicamente en los docentes se estudia la problemática desde el modelo trifactorial de Maslach, que tiene en cuenta tres dimensiones: el agotamiento o cansancio emocional, la despersonalización o cinismo y la ineficacia profesional o falta de realización (Citado en Cornejo, 2007).

Tras una ardua búsqueda a nivel nacional, se evidencia una escasez de material investigativo respecto a la salud y el bienestar en docentes; además, investigaciones como la de Carlos Hue (2012), citando a Cornejo y Quiñonez (2007), señalan esta misma escasez a nivel general. Esta es la situación actual de las investigaciones en salud docente, a pesar de que esta profesión, junto con la sanitaria, ha sido considerada una de las más vulnerables (Zjilstra, Fred, citado en Hué, 2012).

Tal y como señala Hue (2012), hoy en día el docente se ve enfrentado a altas exigencias académicas, una continua oposición y exposición a alumnos, familias y sociedad; lo que implica frecuentes descalificaciones en los medios de comunicación y las interacciones del día a día; a su vez, el conocimiento, que es el producto del docente, se ha convertido en patrimonio de los medios de comunicación, especialmente el internet; por lo que la docencia se ha visto afectada y hoy los aspectos educativos tienen una mayor importancia de la que pudieron haber tenido en el pasado, lo que a su vez implica una mayor presión sobre los docentes.

Investigaciones acerca del bienestar, la salud y la calidad de vida en docentes han puesto su enfoque, en su mayoría, en aspectos psicológicos, afectivos, emocionales y psicosociales. Por ejemplo, Hué (2012) señala que

parece que el control sobre la situación, el apoyo social en el trabajo, la gestión del tiempo y la significatividad, o autoeficacia percibida y las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes según investigaciones recogidas por Cornejo y Quiñonez (2007) son factores decisivos en la consecución del bienestar de los docentes. Estos factores son todos ellos elementos de competencias emocionales de debiéramos desarrollar los docentes (p. 49).

Otros artículos a nivel internacional demuestran, a través de pruebas aplicadas, la alta relevancia de aspectos como la autoestima y la autoeficacia en la predicción de la salud o “Estilos de Vida Promotores de la Salud” en docentes (Cid, Merino & Stiepovich, 2006). Otros autores señalan la importancia de diferentes hábitos comunes como comer y hacer ejercicio regularmente, controlar el peso, beber con moderación y el mantenimiento de la salud a largo plazo (Belloch y Baños, como se citó en Guerrero, E., 2003). También resaltan factores como el apoyo social, el contar con alguien de quien recibir apoyo emocional y el poseer habilidades sociales, como recursos de afrontamiento frente al estrés, que es uno de los principales generadores de malestar en docentes (Lazarus y Folkman, 1986, como se citó en Guerrero, E., 2003). Otras investigaciones colocan su enfoque en los estresores laborales y su interacción con el entorno familiar y personal, proponiendo intervenciones a diferentes niveles: institucional-organizacional, sociológico-pedagógico, e individual; entre estas propuestas de intervención destacan la comunicación asertiva y efectiva entre profesores y alumnos, los horarios flexibles, la adecuada administración del tiempo, etc. (Bozal, Navas, et al. 2012).

Claudia García, (2009), en su artículo Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo, señalan que entre los elementos o dimensiones que

constituyen el estilo de vida se han considerado: los hábitos alimenticios, la actividad física, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, la autorresponsabilidad, las actividades de recreación, las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales, las actividades laborales, y los patrones de consumo, entre otros. A su vez, advierten que el estilo de vida de la sociedad occidental en general se caracteriza por una interrelación desfavorable de las dimensiones anteriormente mencionadas que lo describe como un estilo de vida expuesto a una mayor hostilidad, competitividad y afán, lo que finalmente ha desencadenado la aparición de diversas patologías como se mencionaba en párrafos anteriores.

Finalmente, fuera del contexto docente, pero aplicado a estos desde la generalidad del ser humano, otras investigaciones señalan la incidencia de la espiritualidad en la salud, el bienestar y la calidad de vida, planteando las actividades en torno a esta como unas estrategias de afrontamiento religiosas y existenciales que según las evidencias han logrado de manera consistente brindar felicidad, emociones positivas, disminuir los niveles de ansiedad, depresión y los comportamientos adictivos y suicidas en enfermedades como el VIH, neoplasias, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y estrés postraumático causado por terrorismo (como se citó en Japcy, Margarita & Vinaccia, Stefano, 2009).

Teniendo esto en cuenta, es importante, debido a la globalidad de este fenómeno, y a la escasa información al respecto a nivel nacional, y en una mayor medida a nivel local, evaluar en Colombia, y específicamente en el municipio de Envigado, la naturaleza y dinámica de esta situación, con el fin de identificar y describir los estilos de vida para la salud en la población delimitada; así como de aportar al estudio de este fenómeno frente al cual se pueden encontrar limitados estudios tanto local como nacionalmente.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las prácticas y creencias sobre estilos de vida en los docentes del municipio de Envigado, y cómo se relacionan éstas con sus condiciones sociodemográficas?

Justificación

Se reconoce que el propósito central del Plan de Desarrollo de Envigado es el ser humano, las familias y las comunidades locales; entre sus objetivos se encuentra la garantía de calidad de vida, y dos de sus líneas programáticas son la Educación, innovación y cultura, pilares para el desarrollo, y Salud y deporte para vivir mejor. La primera tiene entre sus objetivos la identificación e intervención de los factores que afectan la cobertura y calidad educativa. La segunda, de las dificultades y las condiciones para la accesibilidad y adecuada práctica del deporte, la recreación, la actividad y la educación física; las dificultades en el aprovechamiento del tiempo libre y la adopción de habilidades para la vida de la población y un territorio saludable (Municipio de Envigado, 2016). Por lo que se puede apreciar que ambas líneas son factores significativamente relacionados con el concepto de estilos de vida promotores de salud, tanto física como mental, en la población ciudadana de la cual también hacen parte los docentes de las instituciones educativas escolares públicas del municipio que residen dentro del mismo.

Esta es una de las razones por las que esta investigación puede ser beneficiosa para la identificación de aquellas necesidades, dificultades y condiciones que permiten o no que el docente en particular alcance esa calidad de vida que el municipio de Envigado se propone fomentar en sus ciudadanos.

A su vez, esta investigación hace parte de un macroproyecto de salud mental en docentes de colegios públicos del municipio de Envigado desde la Secretaria de Educación de este mismo

municipio que se lleva a cabo con el propósito cumplir con los deberes del municipio en esta área de la salud y la educación.

Dirigimos el foco de la investigación hacia el concepto de estilos de vida ya que es aquel concepto que define, integra y abarca un gran número de prácticas identificables en función de la promoción y prevención de la salud, las cuales a su vez pueden relacionarse de manera lógica y evidente con las condiciones sociodemográficas de la población estudiada.

Teniendo en cuenta lo anterior, es claro que el estado de salud mental de los docentes afecta la calidad con que estos se desempeñan en su quehacer, así como del trato entre estos, los estudiantes y los demás integrantes de la comunidad académica; por lo que la promoción, antes que la prevención y la atención de la salud mental en docentes, podría considerarse como uno de los caminos a seguir para alcanzar el nivel de calidad educativa que el Plan de Desarrollo se propone, fin para el cual esta investigación se hace útil a través de la identificación de aquellas prácticas de estilos de vida saludables y autocuidado que favorecen la salud mental en la población docente, así como de la relación entre estas y las condiciones sociodemográficas de dicha población.

Por otro lado, la información acerca de este fenómeno es limitada dentro del municipio de Envigado, por lo que su implementación sería útil para aportar al conocimiento actual de dicho estudio, así como a posteriores proyectos de intervención que se orienten a producir un impacto positivo sobre los estilos de vida de los docentes a partir del mejoramiento en los aspectos y variables que estadísticamente repercuten en estilos de vida saludables.

Objetivo General

Describir las prácticas y creencias más comunes sobre estilos de vida en los docentes del municipio de Envigado, así como su relación con las condiciones sociodemográficas de éstos.

Objetivos específicos

- Establecer las condiciones sociodemográficas de la población docente de los colegios públicos Envigado.
- Identificar las diferentes prácticas y creencias que repercuten en autocuidado y estilos de vida en los docentes.
- Determinar la relación entre las prácticas y creencias asociadas a estilos de vida y autocuidado y las condiciones sociodemográficas identificadas.

Marco referencial

Antecedentes.

Teniendo en cuenta tanto investigaciones llevadas a cabo con población docente como con población no específica, se puede ver que diversas investigaciones se han llevado a cabo en relación a los estilos de vida y factores similares o relacionados, por ejemplo, la llamada Factores Biológicos y Psicosociales Predictores del Estilo de Vida Promotor de Salud, la cual se trata de un estudio correlacional-transversal realizado en el 2006 por Cid, Merino y Stieповich, con una muestra de 360 personas, entre los 15 y 64 años, inscritas en el registro de salud del sector Barrio Norte, Concepción, Chile; ha hallado, a partir de un cuestionario semiestructurado y la aplicación de instrumentos de escala como el EVPS, (el cual puntúa dimensiones como la autorrealización, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés), y otras escalas de Autoestima, Estado de Salud Percibido y Percepción de Autoeficacia; que aspectos como la autoestima y la autoeficacia son factores altamente relevantes en la predicción de “Estilos de Vida Promotores de la Salud”.

Por otro lado, Guerrero, en el 2003, en su investigación Análisis Pormenorizado de los Grados de Burnout y Técnicas de Afrontamiento del Estrés Docente en Profesorado Universitario, señala, citado a Belloch y Baños, la importancia de hábitos comunes como lo son el comer, el hacer ejercicio de forma regular, el control del peso, la moderación a la hora de beber frente al mantenimiento de la salud a largo plazo.

Así mismo, la investigación Bienestar y Competencias Profesionales del Docente y Redes de Apoyo Social en el Contexto de la Educación Superior, por Bozal, Navas, et al., en el 2012, señala la importancia de factores como la comunicación asertiva y efectiva entre profesores y alumnos, la disponibilidad de horarios flexibles y la adecuada administración del tiempo, en la prevención e intervención de una interacción dañina entre los aspectos laborales y los entornos familiares y personales de los docentes.

Siguiendo esta línea, La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Diversitas: Perspectivas en Psicología, por Vinaccia y Quiceno, en el 2009, citando los hallazgos de diversos autores, ha señalado la efectividad del uso de estrategias de afrontamiento espirituales-existenciales frente a aspectos como la ansiedad, la depresión, las adicciones, y comportamientos y pensamientos suicidas frente a enfermedades graves, terminales o degenerativas o fenómenos como el estrés postraumático causado por terrorismo; demostrando su capacidad de brindar consistentemente factores protectores de la salud como lo son la felicidad, emociones positivas, la disminución de los niveles de ansiedad, de depresión y comportamientos autolesivos.

En su artículo Principales Conductas del Estilo de Vida Asociadas a la Salud Mental de los Docentes de la Universidad Peruana Unión, Contreras, Flor (2016), señala que, según los

resultados de su investigación en docentes, quienes no poseían prácticas saludables de sueño eran 3,727 veces más propensos a presentar un menor nivel de salud mental en relación a quienes sí los hacían uso de unos buenos hábitos de sueño. A su vez, pero sin las suficientes evidencias, que quienes no realizaban actividad física regularmente eran 2,279 veces más propensos a presentar una disminución en su nivel de salud mental. En esta investigación no se encontraron pruebas que relacionaran significativamente factores como la alimentación, el tiempo de ocio y el autocuidado con la salud mental, sino más bien dos conductas principales: el manejo del estrés y el apoyo social.

En su investigación *Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos* Sanabria-Ferrand et al. (2007), citando a Cheryl (1996), señalan que hay varios factores que afectan significativamente la salud, unos sociodemográficos como la edad, el nivel socioeconómico, el género, las experiencias pasadas, la susceptibilidad y el costo/beneficio percibido por cada persona en las prácticas y conductas para la salud. Señalan también que, por ejemplo, se ha observado la tendencia de que, a mayor actividad física, habrá menor consumo de tabaco y de alcohol. Citando a Lemus (2000) señalan que otra tendencia que se puede observar es la facultad de elegir el medio en el que se establece el hogar, la calidad y el tipo de alimentos que consumen y la atención médica que reciben, que generalmente tienen las personas de clase media y alta. Mientras que para las personas de escasos recursos sus opciones están fuertemente restringidas por su condición socioeconómica.

A su vez, citan a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, señalando el crecimiento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco saludables a raíz del desarrollo en

la ciudad que está trayendo consigo un mayor consumo de alimentos ricos en calorías y grasas saturadas, alcohol y carbohidratos refinados, y con un menor contenido de fibra y carbohidratos complejos. Se señala también una tendencia hacia la disminución del ejercicio físico y gasto de energía, en contraste con un mayor nivel de consumo de tabaco y un mayor nivel de estrés.

Sanabria-Ferrand et al. (2007) mencionan también los hallazgos de la investigación de Vickers et al. (2003), que señala que, en comparación con los no consumidores, los consumidores de tabaco tendían a presentar mayores niveles de depresión, menores niveles de actividad física y de preocupación por su peso. Del mismo modo, en relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y bebidas, menciona la investigación de Arrivillaga et al. (2003), que encontró a partir de un estudio realizado en Cali, Colombia, que el 50% de los encuestados presentaba un estilo de vida poco saludable frente a esta dimensión de la alimentación y el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. En este estudio identifican como practicas no saludables el consumo de más de tres gaseosas a la semana en el 73,8%, consumo de licor 2 o más veces a la semana en el 53%, consumo de más de dos tazas de café al día en el 55,2%, y consumo de tabaco en el 51,9%, mientras que solo el 16% prohibían a los demás que fumaran en su presencia.

En su investigación Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida, Lema et al. (2009) mencionan diferentes investigaciones que han encontrado relaciones significativas en la presencia hábitos de actividad física con un estilo de vida saludable que se reflejan en una tendencia en la disminución del riesgo de enfermedad coronaria y en la prevención de enfermedades crónicas a nivel físico, mientras que a nivel psicológico se reflejan en una tendencia de capacidad de regulación emocional, reducción de la ansiedad, la

tensión y la depresión y en un aumento de la sensación de bienestar (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Elizondo, Guillén y Aguinaga, 2005; Gámez, 2005; Guerra et al. 2006; Ramírez-Hoffman, 2002; Sparling, Owen, Lambert y Haskell, 2000; Velasco, 2004).

A su vez, citando a la ONU (2005), señalan que en la última década se ha reconocido el tiempo de ocio como un factor importante para el bienestar y el desarrollo personal, sobre todo en los jóvenes, ya que aumenta las posibilidades de inclusión social, participación en la comunidad, actividad física, recreación, y la participación en programas culturales, y la vez disminuye las posibilidades de que poblaciones como la juventud se impliquen en actividades problemáticas como la delincuencia y el consumo de drogas.

Frente a estas dimensiones constituyentes del estilo de vida, citando a Domínguez y Díaz (2006), señalan que unos buenos hábitos de sueño permiten la recuperación de la energía vital que el cuerpo requiere para la actividad diaria. Mientras que la falta del sueño genera la tendencia de que disminuya la capacidad de concentración, el estado de ánimo, el tiempo de reacción, y el rendimiento físico e intelectual.

Finalmente, Morrison y Bennet, en su libro *Psicología de la salud*, en el 2008, indican que los estilos de vida han demostrado ser factores altamente relacionados con la salud. El ejercicio físico, por ejemplo, ha demostrado brindar numerosos beneficios a favor del bienestar y la salud, tanto física como mental. Por ejemplo, ha demostrado tener beneficios a largo plazo sobre el estado de ánimo gracias a una mejor imagen corporal, así como la disminución de la ansiedad (Petruzzello, Jones y Tate, 1997, como se citó en Morrison, V. & Bennett, P., 2008, p. 112). El ejercicio ha sido utilizado como una forma de afrontar el estrés, de distracción positiva frente a los momentos negativos, o como una actividad que le permite a las personas alejarse de las

exigencias laborales o de otros tipos, incluso como un medio a través del cual se puede planificar la manera de afrontar las diferentes dificultades cotidianas. Esta conducta ha demostrado aun brindar beneficios psicológicos a favor de la prevención y tratamiento del deterioro cognitivo, como lo afirman Cotman y Engesser-Cessar (2002) (como se citó en Morrison, V. & Bennett, P., 2008, p. 113).

Marco teórico.

Es importante comenzar con una concepción de la salud, la Organización Mundial de la Salud define este concepto como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p. 1). Así mismo, define específicamente el concepto de salud mental, desde un enfoque positivo, como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001^a, p. 1). Uno de los objetivos de esta investigación es identificar la relación entre prácticas de estilos de vida y de autocuidado y la salud mental; pero entonces, ¿qué son estilos de vida y que es autocuidado?

El concepto estilo de vida es definido por la OMS, relacionado positiva e implícitamente con la salud, como “una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales” (OMS, 1998, p. 27). Se reconoce a su vez que el estilo de vida ideal se ve condicionado por variados factores como lo son la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, etc.

Por otro lado, el concepto de autocuidado, es tratado esencialmente desde la conferencia de atención primaria en salud Alma Ata que tuvo lugar en el año 1978, haciendo referencia a aquellas prácticas a través de las cuales el individuo cuida de su propia salud, tomando responsabilidad de esta aparte del deber que tienen las instituciones de brindar una atención en salud básica o esencial. Este concepto se define de manera esencial en relación a aquellas prácticas, hábitos y conductas a favor de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el tratamiento de síntomas (Defriese, 1989).

En relación a los estilos de vida promotores de salud, los cambios de conducta adoptados por las personas se han explicado desde varios modelos teóricos:

El modelo de creencias sobre la salud (MCS), por ejemplo, propone que la realización de conductas de salud se da en función de factores demográficos como lo son: clase social, sexo, edad, así como una serie de creencias en relación a las percepciones de la amenaza, la evaluación de una determinada conducta, las claves para la acción y la motivación para la salud. (Morrison, V. & Bennett, P., 2008, p. 147-148).

La teoría de la acción razonada (TAR) y, la teoría de la conducta planeada (TCP), por otro lado, suponen que la conducta social se determina por las creencias que tienen las personas sobre la conducta en un contexto social dado, así como por sus percepciones y expectativas sociales, y no solo por sus cogniciones o actitudes, como lo propone el MCS. (Morrison, V. & Bennett, P., 2008, p. 148).

La TAR, por su parte, supone que los individuos orientan su conducta en función de metas, y evalúan las consecuencias racionalmente frente a la decisión de realizar o no cierta conducta (expectativas de resultados). Cree que la conducta se encuentra determinada por la intención

conductual, la cual a su vez se ve influida por la actitud del individuo hacia la conducta-objeto y la percepción de la presión social frente a dicha conducta. Esta teoría menciona también el término de motivación para cumplir, haciendo referencia al grado en que la persona quiere cumplir o alinearse con las preferencias o normas de quienes le rodean y son significativos para ella. Afirma que la importancia de las actitudes de una persona frente a la conducta se da en función de las creencias sobre la norma subjetiva, por lo que, a pesar de tener una actitud negativa frente a cierta conducta, una persona puede desarrollar una intención positiva al cambio cuando su norma subjetiva la promueve y ésta a su vez percibe que le agradará a sus figuras significativas y pares (Morrison, V. & Bennett, P., 2008, p. 149-150).

Por otro lado, la TCP, incluye en las consideraciones de la TAR, el concepto de control conductual percibido como la creencia de una persona sobre el control que tiene de su propia conducta en situaciones dadas; proponiendo también que este concepto influye sobre la intención de la que habla la TAR, por lo que indirectamente influye sobre la conducta. Este concepto se asemeja al de autoeficacia ya que se ve influido por factores como la conducta previa y el nivel de éxito anterior. Otro concepto que se ha analizado en función de la predicción de la conducta saludable es el de la representación de la enfermedad, que se refiere a las creencias sobre una determinada enfermedad (Morrison, V. & Bennett, P., 2008, p. 151-152).

Marco legal.

Enmarcados en el reconocimiento legislativo colombiano que, en materia de salud, se encuentra reglamentado bajo la ley 100 que, en lo específico Salud Mental brinda directrices en relación a: la continuidad de servicios, integración funcional, respeto por las diferencias, promoción y protección de los derechos humanos, participación de los pacientes, las familias y

las comunidades. Así también la resolución 2358 de 1998 y la ley 1616 de 2013, respaldan la adecuada atención en cuanto a la salud mental se refiere. Se identifica que la implementación de esta investigación constituye, al brindar información útil y relevante acerca de la salud mental de los docentes de los colegios públicos de Envigado, un significativo aporte para el adecuado funcionamiento, en relación con esta población, de las leyes 100 y 1616 mencionadas anteriormente.

La actividad realizada a partir de esta investigación se rige también por la ley 1090 de 2006 que cobija el quehacer psicológico en Colombia, “por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”, y establece que

La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida (Artículo 1°. Definición).

Marco ético.

La investigación se rigió por toda la normatividad que concierne a la investigación con seres humanos, que se contempla internacionalmente por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y por la OMS, así como por el principio ético de Beneficiencia. También se contemplaron las regulaciones colombianas, como la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Según su clasificación esta investigación es de tipo “sin riesgo”, haciendo uso de un Consentimiento Informado entre los participantes, todos ellos mayores de edad.

Del mismo modo, se tuvieron presentes los lineamientos del Comité de Ética de la Institución Universitaria de Envigado, quienes aprobaron el desarrollo de la investigación y la ejecución del Consentimiento Informado. Se adjunta documento en el apartado de anexos.

Diseño metodológico

Tipo de investigación.

Se llevó a cabo una investigación de enfoque cuantitativo, con un fenómeno y población delimitados, concretos y específicos, apoyada en investigaciones anteriores referentes al fenómeno a partir de las cuales se construyó un marco teórico que guía el estudio y frente a las cuales se derivan hipótesis a contrastar a lo largo del proceso investigativo en relación a los resultados de los instrumentos de evaluación y su respectivo análisis estadístico; de tipo no experimental, con un diseño transversal-correlacional, dada su recolección de datos en un único momento con el propósito de describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un

tiempo determinado, como la define Roberto Hernández Sampieri en *Metodología de la investigación* (2006).

Población.

Población de referencia: 607 docentes de las instituciones educativas públicas del municipio de Envigado.

Muestra: con una probabilidad del 50%, un nivel de confiabilidad del 90% y un nivel de precisión del 5%, la muestra es de 199 docentes.

Muestreo

Se llevó a cabo un muestreo probabilístico estratificado, lo que se refiere a que la población de estudio fue dividida en segmentos (colegios) y se seleccionó una muestra para cada segmento, todos los elementos de la población seleccionada para la investigación tienen la misma posibilidad de ser escogidos y estos son obtenidos a partir de la definición del tamaño de la muestra, y por medio de una selección al azar de las unidades de análisis (Sampieri, 2006, p. 240-248).

Criterios de inclusión.

- Ser docente de carrera de las I.E. Públicas del municipio de Envigado.

Criterios de exclusión.

- Problemas neurológicos certificados por su E.P.S.
- Docentes que no han pasado el periodo de prueba.

Instrumentos de evaluación.

Para la evaluación de las prácticas y creencias sobre estilos de vida se hizo uso del *Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida* (Arrivillaga, M. Correa, D. y Salazar, 2003) que evalúa las

variables de *Actividad Física y Deporte, Recreación y Manejo del Tiempo Libre, Hábitos Alimenticios, Prácticas y Creencias relacionadas con el Sueño.*

Para la evaluación de las variables sociodemográficas de la muestra se hizo uso de un cuestionario de variables sociodemográficas desarrollado por el grupo de investigadores.

Plan de análisis.

Procedimiento de aplicación.

- Contacto con las instituciones.
- Prueba piloto.
- Aplicación de la prueba.

Análisis de datos

- Análisis univariado: para variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central, dispersión y distribución.
- Análisis bivariado: se realizó la prueba chi cuadrado para discriminar diferencias entre proporciones, la hipótesis nula indica que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos frente a una variable cualitativa. Se rechaza la hipótesis nula cuando el valor p es menor a 0,05.

Impacto y resultados esperados

Se espera que con el desarrollo de la investigación se lleve a cabo un informe que dé cuenta del estado actual de la población de estudio en cuanto a prácticas de estilos de vida saludable y autocuidado, así como de la relación de estos elementos con las condiciones sociodemográficas de la población. Se espera que los hallazgos sean útiles para la implementación en proyectos de intervención que tengan en cuenta los datos relevantes que se logren encontrar a través de la presente investigación como material diagnóstico, a través de

procesos como lo son la promoción y la capacitación en estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado.

A su vez, se espera que la actual investigación sea parte del macroproyecto Estudio de Salud Mental con Docentes de Colegios Públicos del Municipio de Envigado.

Compromisos y estrategias de comunicación

El equipo de investigación se compromete a realizar una devolución a los docentes y a las instituciones educativas de los resultados que presente el trabajo investigativo. Se proyecta a su vez a la presentación del trabajo dentro de la institución universitaria a través de la elaboración de un poster.

Resultados

La gran mayoría de los docentes encuestados hacen parte del género femenino. La mitad de la muestra total son docentes casados, la mayoría de la muestra restante son solteros, unos pocos son separados o divorciados. La gran mayoría de los docentes encuestados tienen entre 0 y 2 hijos, una gran minoría tienen entre 3 y 5. Más de la mitad de los docentes encuestados hacen parte del estrato medio-bajo, del resto de la muestra la mayoría es estrato medio, otros pocos hacen parte del estrato bajo y una gran minoría hace parte del estrato bajo-bajo o medio-alto. La mayoría de los docentes encuestados poseen un nivel mensual de ingresos entre los \$2.000.000 y los \$4.999.000 COP, el resto de la muestra tiende a tener un nivel mensual de ingresos entre los \$1.500.000 y \$1.999.000 COP. La gran mayoría de los docentes encuestados tienen un tipo de contrato de término indefinido, unos pocos poseen uno de término fijo. La gran mayoría de los docentes encuestados no poseen un empleo extra. Las percepciones de posibilidades de ascenso son equitativas, un poco más de la mitad de los docentes encuestados percibe una posibilidad de ascenso. La edad promedio de los docentes encuestados es de 45 años, con una variación promedio de 9 años; la edad más baja fue 26 años y la más alta fue de 65. El promedio de horas que los docentes encuestados pasan en el colegio es de 12, con una variación promedio de 10 horas; la cantidad de horas más baja que los docentes encuestados pasan en el colegio es de 4 horas, y la más alta es de 40 (véase Tabla 1).

Tabla 1. *Datos sociodemográficos.*

Variable	Categoría	Frecuencias
Sexo	Masculino	54 (27,4 %)
	Femenino	143 (72,6 %)
Estado civil	Soltero(a)	60 (30,5 %)
	Casado(a)	104 (52,8%)
	Divorciado(a)	14 (7,1 %)
	Separado(a)	17 (8,6 %)
	Viudo(a)	2 (1 %)
Número de hijos	0	62 (31,8 %)
	1	70 (35,9 %)
	2	50 (25,6 %)
	3	7 (3,6 %)
	4	5 (2,6 %)
	5	1 (0,5 %)
Estrato	Bajo-bajo	2 (1 %)
	Bajo	24 (12,2 %)
	Medio-bajo	118 (60,2 %)
	Medio	44 (22,4 %)
	Medio-alto	8 (4,1 %)
Nivel mensual de ingresos	Menos del salario mínimo	1 (0,4 %)
	Entre 1 y 2 salarios mínimos	9 (3,2 %)
	Más de 2 salarios mínimos	185 (96,4%)
Tipo de contrato	Término fijo	31 (16,1 %)
	Término indefinido	160 (82,9 %)
	Prestación de servicios	2 (1 %)
Empleos extra	Si	36 (18,5 %)
	No	159 (81,5 %)
Posibilidades de ascenso	Si	111 (58,1 %)
	No	80 (41,9 %)

La gran mayoría de los docentes obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas y creencias “saludable” frente a estilo de vida en general (véase Tabla 2).

En la dimensión de “Condición, Actividad Física y Deporte”, la mayoría obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “poco saludables”, mientras que una minoría obtuvo una puntuación que indica prácticas y creencias “no saludables”; solo unos pocos obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “saludables”.

En la dimensión de “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”, un poco más de la mitad obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “poco saludables”, mientras que la mayoría de la mitad restante obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “saludables”.

En la dimensión de “Autocuidado y Cuidado Médico”, la gran mayoría obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “saludables”, mientras que el resto de la muestra tiende a ubicarse mayormente en prácticas y creencias “muy saludables”, unos pocos obtuvieron una puntuación que refleja prácticas y creencias “poco saludables”.

En la dimensión de “Hábitos Alimenticios” se repitió la tendencia de la dimensión de “Autocuidado y Cuidado Médico”, la gran mayoría obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “saludables”, mientras que el resto de la muestra tiende a ubicarse mayormente en prácticas y creencias “muy saludables”, unos pocos obtuvieron una puntuación que refleja prácticas y creencias “poco saludables”.

En la dimensión de “Sueño” vuelve a repetirse la tendencia de prácticas y creencias “saludables”, pero la mayoría de la muestra restante se ubica en prácticas y creencias “poco

saludables” mientras que unos pocos obtuvieron una puntuación que indica prácticas y creencias “muy saludables”.

Tabla 2. Puntuación estilo de vida general (prácticas y creencias).

Dimensión	Valor			
	No saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Estilos de Vida	0 (0%)	17 (8,6 %)	179 (90,9 %)	1 (0,5 %)
Condición, Actividad Física y Deporte	45 (22, 8 %)	142 (72,1 %)	10 (5,1 %)	0 (0 %)
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	2 (1 %)	114 (57,9 %)	80 (40,6 %)	1 (0,5 %)
Autocuidado y Cuidado Médico	0 (0 %)	8 (4,1 %)	157 (79,7 %)	32 (16,2 %)
Hábitos Alimenticios	0 (0 %)	10 (5,1 %)	156 (79,2 %)	31 (15,7 %)
Sueño	0 (0 %)	42 (21,3 %)	148 (75,1 %)	7 (3,6 %)

La gran mayoría de los docentes obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “saludable” frente al Estilo de Vida en general (véase Tabla 3).

En la dimensión de “Condición, Actividad Física y Deporte”, un poco menos de la mitad de la muestra obtuvo una puntuación que indica un nivel de prácticas “poco saludable”, el resto de la muestra tiende a ubicarse en una puntuación que indica un nivel de prácticas “no saludable”, unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “saludable”.

En la dimensión de “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”, un poco menos de la mitad obtuvo una puntuación que indica un nivel de prácticas “saludable”, el resto de la muestra tiende a ubicarse en una puntuación que indica un nivel de prácticas “poco saludable”, unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “muy saludable”.

En la dimensión de “Autocuidado y Cuidado Médico”, la puntuación se distribuye equitativamente entre un nivel de prácticas “muy saludable” y “saludable”, unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “poco saludable”.

En la dimensión de “Hábitos Alimenticios”, la mayoría obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “saludable”, mientras que el resto de la muestra tiende a ubicarse en una puntuación que indica un nivel de prácticas “muy saludable”, unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “poco saludable”.

En la dimensión de “Sueño”, la gran mayoría obtuvo una puntuación que indica un nivel de prácticas “saludable”, el resto tiende a ubicarse en una puntuación que indica un nivel de prácticas “poco saludable”, unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de prácticas “muy saludable”.

Tabla 3. *Puntuación de prácticas.*

Dimensión	Valor			
	No saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Condición, Actividad Física y Deporte	60 (30,5 %)	98 (49,7 %)	32 (16,2 %)	7 (3,6 %)
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	4 (2 %)	74 (37,6 %)	94 (47,7 %)	25 (9 %)
Autocuidado y Cuidado Médico	0 (0 %)	5 (2,5 %)	95 (48,2 %)	97 (49,2 %)
Hábitos Alimenticios	0 (0 %)	16 (8,1 %)	132 (67 %)	49 (24,9%)
Sueño	0 (0 %)	29 (14,7 %)	150 (76,1 %)	18 (9,1 %)

La mayoría de los docentes obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “alto” frente al estilo de vida en general (véase Tabla 4).

En la dimensión de “Condición, Actividad Física y Deporte”, la mayoría obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “muy bajo”, mientras que mayoría del resto de la muestra obtuvo una puntuación que indica un nivel de creencias “bajo”; solo unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “alto”.

En la dimensión de “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”, la mayoría obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “bajo”, mientras que la mayoría del resto de la muestra obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “alto”, solo unos muy pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “muy bajo”.

En la dimensión de “Autocuidado y Cuidado Médico”, la mayoría obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “alto”, mientras que el resto de la muestra tiende a ubicarse mayormente en un nivel de creencias “bajo”.

En la dimensión de “Hábitos Alimenticios”, la gran mayoría obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “alto”, mientras que el resto de la muestra tiende a ubicarse equitativamente en niveles de creencias “muy alto” y “bajo”.

En la dimensión de “Sueño”, no hay predominancias más allá de la mitad de la muestra, la tendencia se da en un nivel de creencias “bajo”, un poco menos de la mitad se ubica en un nivel de creencias “alto”, unos pocos obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “muy bajo”.

Tabla 4. *Puntuación de creencias.*

Dimensión	Valor			
	No saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Condición, Actividad Física y Deporte	0 (0 %)	63 (32 %)	133 (67,5 %)	1 (0,5 %)
Recreación y Manejo del Tiempo Libre	121 (61,4 %)	71 (36 %)	5 (2,5 %)	0 (0 %)
Autocuidado y Cuidado Médico	9 (4,6 %)	138 (70,1 %)	50 (25,4 %)	0 (0 %)
Hábitos Alimenticios	0 (0 %)	55 (27,9 %)	139 (70,6 %)	3 (1,5 %)
Sueño	1 (0,5 %)	20 (10,2 %)	154 (78,2 %)	22 (11,2 %)

Asociaciones entre datos sociodemográficos y estilo de vida

Asociaciones entre sexo y estilo de vida.

La gran mayoría de hombres y mujeres docentes tienden a ubicarse, en una proporción equitativa, en un nivel de prácticas y creencias “saludable” frente al estilo de vida en general. No se observan diferencias relevantes en las proporciones (véase Tabla 5).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos frente al estilo de vida general.

Tabla 5. *Asociaciones entre sexo y estilo de vida general.*

Sexo	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Poco Saludable	% dentro de Sexo	Saludable	% dentro de Sexo	Muy Saludable	% dentro de Sexo			
Masculino	6 (35,3 %)	11,1 %	48 (27 %)	88,9 %	0 (0 %)	0 %	54 (27,6 %)	0,921	0,631
Femenino	11 (64,7 %)	7,7 %	130 (73 %)	91,5 %	1 (100%)	0,7 %	142 (72,4 %)		
Total	17 (100%)	8,7 %	178 (100%)	90,8 %	1 (100%)	0,5 %	196 (100%)		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos frente a las prácticas sobre estilo de vida. La gran mayoría de hombres y mujeres docentes tienden a ubicarse en un nivel de prácticas que indican un estilo de vida “saludable”. Aunque en comparación con la puntuación general (estilo de vida general, véase *Tabla 5*) hay más docentes, hombres como mujeres en equitativa proporción, que se ubican en un nivel de prácticas que indican un estilo de vida “muy saludable” (véase *Tabla 6*).

Tabla 6. Asociaciones entre sexo y prácticas sobre estilo de vida.

Sexo	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Poco Saludable	% dentro de Sexo	Saludable	% dentro de Sexo	Muy Saludable	% del total			
Masculino	4 (28,6 %)	7,4 %	44 (27,5%)	81,5 %	6 (27,3 %)	11,1 %	54 (27,6 %)		
Femenino	10 (71,4 %)	7 %	116 (72,5 %)	81,7 %	16 (72,7 %)	11,3 %	142 (72,4 %)	0,08	0,996
Total	14 (100 %)	7,1 %	160 (100 %)	81,6 %	22 (100 %)	11,2 %	196 (100 %)		

La mayoría de hombres y mujeres docentes tienden a ubicarse en un nivel de creencias “alto” frente al estilo de vida en general. Hay una diferencia casi del 10% en cuanto a la proporción de hombres docentes que tienden a ubicarse en un nivel de creencias “bajo” en comparación a la proporción de mujeres docentes, lo que indica que, en comparación con las docentes del género femenino, los docentes del género masculino tienden a tener más un nivel de creencias “bajo” frente a estilos de vida en general (véase Tabla 7). Sin embargo, bajo el criterio del valor p estos resultados no constituyen una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos frente a las creencias sobre estilo de vida.

Tabla 7. *Asociaciones entre sexo y creencias sobre estilo de vida.*

Sexo	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Bajo	% dentro de Sexo	Alto	% dentro de Sexo	Muy Alto	% dentro de Sexo			
Masculino	21 (33,3 %)	38,9 %	33 (25 %)	61,1 %	0 (0 %)	0 %	54 (27,6 %)		
Femenino	42 (66,7 %)	29,6 %	99 (75 %)	69,7 %	1 (100 %)	0,7 %	142 (72,4 %)	1,866	0,393
Total	63 (100 %)	32,1 %	132 (100 %)	67,3 %	1 (100 %)	0,5 %	196 (100 %)		

Asociaciones entre estrato y estilo de vida.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estratos frente al estilo de vida general. La gran mayoría de los docentes, sin importar el estrato, tienden a ubicarse en un nivel de prácticas y creencias “saludable”. El estrato que se ubica en mayor proporción en un nivel de prácticas y creencias “saludable” es el medio-alto con una tendencia del 100% según la muestra, seguido por el estrato medio-alto, con una tendencia del 97,7 %. Es interesante notar que el único docente que obtuvo una puntuación que indica un nivel de prácticas y creencias “muy saludable” pertenece al estrato bajo, cuando se tiende a pensar que a mayor estrato hay un estilo de vida más saludable (véase Tabla 8).

Tabla 8. *Asociaciones entre estrato y estilo de vida general.*

Estrato	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Poco Saludable	% dentro de Estrato	Saludable	% dentro de Estrato	Muy Saludable	% dentro de Estrato			
Bajo-bajo	0 (0 %)	0 %	2 (1,1 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	2 (1 %)	11,776	0,161
Bajo	3 (17,6 %)	12,5 %	20 (11,3 %)	83,3 %	1 (100 %)	4,1 %	24 (12,3 %)		
Medio-bajo	13 (76,5 %)	11,1 %	104 (58,8 %)	88,9 %	0 (0 %)	0 %	117 (60 %)		
Medio	1 (5,9 %)	2,3 %	43 (24,3 %)	97,7 %	0 (0 %)	0 %	44 (22,6 %)		
Medio-alto	0 (0 %)	0 %	8 (4,5 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	8 (4,1 %)		
Total	17 (100 %)	8,7 %	177 (100 %)	90,8 %	1 (100 %)	0,5 %	195 (100 %)		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estratos frente a las prácticas sobre estilo de vida. La gran mayoría de los docentes, sin importar el estrato, tienden a ubicarse en un nivel de prácticas “saludable” frente al estilo de vida en general; sin embargo, se puede observar una tendencia de que a mayor estrato también aumenta la proporción de docentes que se ubican en un nivel de prácticas “muy saludable” frente al estilo de vida en general. Los únicos docentes que se ubicaron en un nivel de prácticas “poco saludable” pertenecen al estrato bajo y medio-bajo, siendo el primero el de mayor proporción (véase Tabla 9).

Tabla 9. Asociaciones entre estrato y prácticas sobre estilo de vida.

Estrato	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Poco Saludable	% dentro de Estrato	Saludable	% dentro de Estrato	Muy Saludable	% dentro de Estrato			
Bajo-bajo	0 (0 %)	0 %	2 (1,3 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	2 (1 %)		
Bajo	3 (21,4 %)	12,5 %	20 (12,6 %)	83,3 %	1 (4,5 %)	4,2 %	24 (12,3 %)		
Medio-bajo	11 (78,6 %)	9,4 %	94 (59,1 %)	80,3 %	12 (54,5 %)	10,3 %	117 (60 %)		
Medio	0 (0 %)	0 %	37 (23,3 %)	84,1 %	7 (31,8 %)	15,9 %	44 (22,6 %)	9,400	0,310
Medio-alto	0 (0 %)	0 %	6 (3,8 %)	75 %	2 (9,1 %)	25 %	8 (4,1 %)		
Total	14 (100 %)	7,2 %	159 (100 %)	81,5 %	22 (100 %)	11,3 %	195 (100 %)		

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes estratos frente a las creencias sobre estilo de vida. La mayoría de los docentes tienden a ubicarse en un nivel “alto” de creencias frente al estilo de vida en general, sin importar el estrato. Sin embargo, se puede apreciar que a medida que aumenta el estrato, la proporción de docentes que se ubican en un nivel de creencias “bajo” tiende a aumentar. A su vez, a medida que aumenta el estrato, la proporción de docentes que se ubican en un nivel de creencias “alto” tiende a disminuir (véase Tabla 10).

Tabla 10. Asociaciones entre estrato y creencias sobre estilo de vida.

Estrato	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Bajo	% dentro de Estrato	Alto	% dentro de Estrato	Muy Alto	% dentro de Estrato			
Bajo-bajo	0 (0 %)	0 %	2 (1,5 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	2 (1 %)		
Bajo	5 (7,9 %)	20,8 %	18 (13,7 %)	75 %	1 (100 %)	4,2 %	24 (12,3 %)		
Medio-bajo	39 (61,9 %)	33,3 %	78 (59,5 %)	66,7 %	0 (0 %)	0 %	117 (60 %)		
Medio	16 (25,4 %)	36,4 %	28 (21,4 %)	63,6 %	0 (0 %)	0 %	44 (22,6 %)	9,730	0,284
Medio-alto	3 (4,8 %)	37,5 %	5 (3,8 %)	62,5 %	0 (0 %)	0 %	8 (4,1 %)		
Total	63 (100 %)	32,3 %	131 (100 %)	67,2 %	1 (100 %)	0,5 %	195 (100 %)		

Asociaciones entre nivel mensual de ingresos y estilo de vida.

La gran mayoría de los docentes obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias y prácticas “saludable” frente al estilo de vida en general. A su vez, la gran mayoría de los docentes con un estilo de vida general “saludable” pertenecen al grupo de un nivel mensual de ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos. Sin embargo, bajo el criterio del valor p, estos resultados no constituyen una diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes niveles mensuales de ingresos frente al estilo de vida general.

Tabla 11. *Asociaciones entre nivel mensual de ingresos y estilo de vida general.*

Nivel Mensual de Ingresos	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Poco Saludable	% dentro de Nivel de ingresos	Saludable	% dentro de Nivel de ingresos	Muy Saludable	% dentro de Nivel de ingresos			
Menos del salario mínimo	0 (0 %)	0 %	1 (0,6 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	1 (0,5 %)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	3 (17,6 %)	33 %	6 (3,4 %)	66,7 %	0 (0 %)	0 %	9 (4,6 %)	7,231	0,124
Más de 2 salarios mínimos	14 (82,4 %)	7,6 %	169 (96 %)	91,8 %	1 (100 %)	0,5 %	184 (94,8 %)		
Total	17 (100 %)	8,8 %	176 (100 %)	90,7 %	1 (100 %)	0,5 %	194 (,00 %)		

En comparación con el estilo de vida general, que tiene en cuenta tanto las prácticas como las creencias sobre estilo de vida, un mayor número de docentes, con un nivel de ingresos de más de 2 salarios mínimos, obtuvo resultados que indican un nivel de prácticas “muy saludable” sobre estilo de vida. Así mismo, en el grupo con un nivel de ingresos de más de 2 salarios mínimos, un menor número de docentes tiende a ubicarse en un nivel de prácticas “poco saludable” sobre estilo de vida (véase Tabla 12). Dada la diferencia entre las proporciones, este resultado constituye una diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes niveles mensuales de ingresos frente a las practicas sobre estilo de vida.

Tabla 12. *Asociaciones entre nivel de ingresos y prácticas sobre estilo de vida.*

Nivel Mensual de Ingresos	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Poco Saludable	% dentro de Nivel de ingresos	Saludable	% dentro de Nivel de ingresos	Muy Saludable	% dentro de Nivel de ingresos			
Menos del salario mínimo	0 (0 %)	0 %	1 (0,6 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	1 (0,5 %)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	3 (21,4 %)	33,3 %	6 (3,8 %)	66,7 %	0 (0 %)	0 %	9 (4,6 %)	10,458	0,033
Más de 2 salarios mínimos	11 (78,6 %)	6 %	151 (95,6 %)	82,1 %	22 (100 %)	12 %	184 (94,8 %)		
Total	14 (100 %)	7,2 %	158 (100 %)	81,4 %	22 (100 %)	11,3 %	194 (100 %)		

La mayoría de los docentes obtuvieron una puntuación que indica un nivel de creencias “alto” sobre estilo de vida. Se puede observar que los docentes pertenecientes al grupo de un nivel mensual de ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos tienden a tener un nivel más “bajo” de creencias sobre estilo de vida frente a los docentes del grupo de más de 2 salarios mínimos. A su vez, la proporción de docentes con un nivel “alto” de creencias sobre estilo de vida, aumenta en el grupo perteneciente a más de 2 salarios mínimos (véase Tabla 13). Sin embargo, bajo el criterio del valor p, estas diferencias entre proporciones no constituyen una diferencia estadísticamente significativa entre los diferentes niveles mensuales de ingresos frente a las creencias sobre estilo de vida.

Tabla 13. *Asociaciones entre nivel mensual de ingresos y creencias sobre estilo de vida.*

Nivel Mensual de Ingresos	Valor						Total	Valor Chi cuadrado	Valor P
	Bajo	% dentro de Nivel de ingresos	Alto	% dentro de Nivel de ingresos	Muy Alto	% dentro de Nivel de ingresos			
Menos del salario mínimo	1 (1,6 %)	100 %	0 (0 %)	0 %	0 (0 %)	0 %	1 (0,5 %)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	6 (9,5 %)	66,7 %	3 (2,3 %)	33,3 %	0 (0 %)	0 %	9 (4,6 %)	7,239	0,124
Más de 2 salarios mínimos	56 (88,9 %)	30,4 %	127 (97 %)	69 %	1 (100 %)	0,5 %	184 (94,8 %)		
Total	63 (100 %)	32,5 %	130 (100 %)	67 %	1 (100 %)	0,5 %	194 (100 %)		

Discusión

Los resultados de la investigación respaldan hallazgos anteriores como el de Guerrero (2003) sobre la incidencia de actividades relacionadas con la actividad física, la alimentación y el autocuidado (control del peso) en un estilo de vida saludable.

A su vez, se puede observar que, como señalan Bozal, Navas, et al. (2012), bajos niveles de prácticas y creencias sobre la dimensión de “Recreación y Manejo del Tiempo Libre” repercuten en un estilo de vida no saludable o poco saludable, así que, como señalan, un proceso de promoción y prevención sobre esta área puede contribuir a un mayor nivel de salud en los docentes.

Los hallazgos de la investigación de Contreras (2016) también concuerdan con los resultados de la investigación, ya que, según los resultados, las prácticas y creencias pertenecientes a la dimensión de “Sueño” se ven más significativamente asociadas a un estilo de vida saludable que las de “Condición, Actividad Física y Deporte” en los docentes.

Los planteamientos de Sanabria-Ferrand et al. (2007), citando a su vez a Cheryl (1996), también concuerdan con los resultados del cuestionario, variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico y el sexo, tienden a predecir un mayor nivel de prácticas y/o creencias que contribuyen a un estilo de vida saludable. En el caso del sexo, por ejemplo, las mujeres docentes mostraron la tendencia de presentar un mayor nivel de creencias que contribuyen a un estilo de vida saludable en comparación a los docentes hombres. A su vez, como plantean al citar a Lemus (2000), facultades como poder elegir el medio en el que se establece un hogar, la calidad y el tipo de alimentos que se consumen, y la calidad de la atención médica que se recibe, son facultades asociadas al estrato socioeconómico y nivel mensual de ingresos, las cuales son variables que

mostraron estar relacionadas con un estilo de vida saludable a medida que era mayor el nivel en ellas en la investigación.

Se considera que, debido a la correspondencia de resultados con investigaciones internacionales, es de suma importancia continuar investigando sobre las relaciones entre las prácticas y creencias sobre estilos de vida y el estilo de vida saludable, así como las diferentes variables sociodemográficas asociadas a este. Sobre todo en Colombia, cada uno de sus departamentos y, por supuesto, en el municipio de Envigado donde esta es la primera investigación de este tipo que se lleva a cabo. Esto con el propósito de implementar proyectos de intervención fundamentados en los hallazgos que se realicen, así como en los hallazgos que ya se han realizado internacionalmente y que han mostrado corresponder con lo que se ve a nivel local.

Conclusiones

Según los resultados, las prácticas y creencias que repercuten mayormente en un estilo de vida poco saludable en los docentes de las instituciones públicas del municipio de Envigado son las pertenecientes a las dimensiones de “Condición, Actividad Física y Deporte” y “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”. Por otro lado, las que contribuyen a un estilo de vida saludable o muy saludable son las de las dimensiones de “Autocuidado y Cuidado Médico”, “Hábitos Alimenticios” y “Sueño”, especialmente las 2 primeras para el caso del estilo de vida muy saludable.

En el caso de las prácticas, las que repercuten mayormente en un estilo de vida saludable o muy saludable son las pertenecientes a las dimensiones de “Autocuidado y Cuidado Médico” y “Hábitos Alimenticios”. Por otro lado, las que reflejan un estilo de vida no saludable o poco saludable tienden a ser las pertenecientes a las dimensiones de “Condición, Actividad Física y

Deporte” y “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”, especialmente la primera para el caso de un estilo de vida no saludable.

En el caso de las creencias, las que contribuyen mayormente a un estilo de vida saludable o muy saludable son las de las dimensiones de “Autocuidado y Cuidado Médico” y “Hábitos Alimenticios”, especialmente la segunda para el caso de un estilo de vida muy saludable. Por otro lado, las que repercuten mayormente en un estilo de vida no saludable o poco saludable son las pertenecientes a las dimensiones de “Condición, Actividad Física y Deporte” y “Recreación y Manejo del Tiempo Libre”, especialmente la primera para el caso de un estilo de vida no saludable.

A nivel de prácticas sobre estilo de vida, no se observan diferencias proporcionalmente relevantes entre hombres y mujeres docentes.

A nivel de creencias sobre estilo de vida, los docentes hombres tienden a tener mayor nivel de creencias que repercuten en un estilo de vida poco saludable en comparación con las docentes mujeres.

Los resultados respaldan la idea de que a mayor estrato mayor nivel de estilo de vida saludable, el estrato medio y medio-alto son los que tienen mayor tendencia a asociarse con un estilo de vida saludable.

A nivel de prácticas sobre estilo de vida, los resultados indican que a medida que aumenta el estrato también aumenta la proporción de docentes que cuentan con prácticas que contribuyen a un estilo de vida muy saludable. A su vez, los estratos bajo y medio-bajo se asocian según los resultados a prácticas que repercuten en estilos de vida poco saludables.

A nivel de creencias sobre estilo de vida, los resultados indican que, a mayor estrato socioeconómico, el nivel de creencias que repercuten en un estilo de vida poco saludable en los docentes tiende a aumentar.

Del mismo modo, los resultados respaldan la idea de que mientras mayor sea el nivel mensual de ingresos mayor será el nivel de estilo de vida saludable. Se puede observar que mientras mayor es el nivel de ingresos tiende a haber una mayor proporción de docentes con prácticas y creencias que contribuyen a un estilo de vida saludable o muy saludable.

Limitaciones y Recomendaciones

Limitaciones

Una correlación de variables sociodemográficas con las prácticas y creencias sobre estilos de vida de cada dimensión particular habría permitido un mayor nivel de asociaciones más específicas entre los datos sociodemográficos y las prácticas y creencias sobre estilos de vida.

Es necesario contar con el total apoyo y colaboración de los directivos de las instituciones, así como del equipo de colaboradores de la investigación para que las pruebas, cuestionarios y consentimientos puedan diligenciarse adecuadamente y según la frecuencia esperada.

Uno de los límites más significativos fue la actitud de algunos docentes que se rehusaron a colaborar con el cuestionario, ya que no hubo colaboración por parte de algunos de los directivos de las instituciones públicas, o no había una comunicación directa entre ellos y el equipo de investigadores. Algunos de los docentes no contaban con el incentivo necesario para colaborar con el cuestionario que junto con otras pruebas venía en el paquete de instrumentos de evaluación del macroproyecto que tenía una duración promedio de 1 hora para ser diligenciado. Por esta razón hubo ciertos percances o tardanzas para proseguir a la etapa de análisis de resultados.

A su vez, la falta de motivación de los docentes se debe en parte por la cantidad de proyectos de investigación realizados en los colegios por estudiantes universitarios que prometen intervenciones o devoluciones, pero finalmente no se hacen efectivas porque el proyecto no se continúa, posiblemente porque los estudiantes no lo retoman tras su graduación.

Otras de las limitaciones fue la falta de un análisis más particular y específico sobre las prácticas y creencias concretas que repercuten en los estilos de vida, en lugar de un análisis dimensional o general.

Recomendaciones

En vista de lo anterior se recomienda que en estudios correlacionales sobre este tema se lleve a cabo un cruce de variables más específicas de las prácticas y creencias sobre estilos de vida y los datos sociodemográficos para que se puedan hallar datos más concretos.

Se recomienda que en investigaciones posteriores que continúen con esta línea o metodología, se lleve a cabo un trabajo colaborativo con los directivos de las instituciones y del municipio para que las diferentes labores investigativas puedan ser realizadas de la manera más fluida y se pueda proseguir a las etapas posteriores de la investigación con mayor agilidad.

Es importante señalar que los investigadores tienen la responsabilidad de utilizar y compartir los hallazgos de la mejor manera, con fines interventivos e investigativos que aporten tanto al conocimiento como a la calidad de vida de la población.

Se recomienda que las universidades propongan investigaciones a retomar para aplicar proyectos interventivos o ampliar los conocimientos que han sido investigados sobre un tema determinado.

Lista de referencias

- Bozal, R. G., Navas, J. M. M., Montes, S. J. C., Sánchez, S., Sevilla, C. V. D., Fuejo, M. D., Bernal, M^a Jesús y Gestoso, C. G. (2012). Bienestar y competencias profesionales del docente y redes de apoyo social en el contexto de la Educación Superior. Recuperado de http://www.uca.es/recursos/doc/Unidades/Unidad_Innovacion/Innovacion_Docente/ARTI_CULOS_2011_2012/785965981_310201210587.pdf
- Cid H, Patricia, Merino E, José Manuel, & Stieповich B, Jasna. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. Revista médica de Chile, 134(12), 1491-1499. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872006001200001>
- Contreras Castro, Flor Lucila. Principales Conductas del Estilo de Vida Asociadas a la Salud Mental de los Docentes de la Universidad Peruana Unión. Revista de Investigación Universitaria. (2016). Recuperado de <http://revistas.upeu.edu.pe/index.php?journal=riu&page=article&op=view&path%5B%5D=24>
- Cordero, Marina. (2016). Optimismo, indefensión, estrés de rol, burnout y bienestar subjetivo en docentes de educación secundaria (Tesis de pregrado). Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10366/130224>
- DeFriese, G. H.; Woomert, A.; Guild, P. A.; Steckler, A. B. & Konrad, T. R. (1989) From activated patient to pacified activist: A study of the self-care movement in the United States. Social Science & Medicine, 29(2); 195-204.

- Cornejo, R. & Quiñónez, M. (2007). Factores Asociados Al Malestar/Bienestar Docente. Una Investigación Actual. Revista Electrónica Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia Y Cambio En Educación, 5(5). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/551/55121025011.pdf>
- Guerrero, Eloísa. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. Revista Anales de Psicología, 19 (1), 145-158. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/14-19_1.pdf
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. and Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hué, C. (2012). Bienestar docente y pensamiento emocional. Revista Fuentes, 12, 47-68. Recuperado de <https://ojs.publius.us.es/ojs/index.php/fuentes/article/view/2467/2458>
- Lema Soto, L F; Salazar Torres, I C; Varela Arévalo, M T; Tamayo Cardona, J A; Rubio Sarria, A; Botero Polanco, A; (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. Pensamiento Psicológico, 5() 71-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80111899006>
- Morrison, V. & Bennett, P. (2008). Psicología de la salud (1st ed., pp. 112-113,147-152). Madrid: PEARSON EDUCACIÓN, S.A.
- Municipio de Envigado (2016). Plan de desarrollo municipal de Envigado 2016-2019. Recuperado de <http://www.envigado.gov.co/comunicaciones/Paginas/2016/plan-desarrollo/Plan-De-Desarrollo-Municipal-de-Envigado-Raul-Cardona-2016-2019.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial De La

Salud. Recuperado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (1998). Glosario de la promoción de la Salud. Recuperado de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Sanabria-Ferrand, P A; González, L A; Urrego M., D Z; (2007). Estilos de vida saludable en

profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. Revista Med, 15() 207-217.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91015208>

Vinaccia, S; Quiceno, J M; (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la

espiritualidad. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 5() 321-336. Recuperado de

<http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/261>

Apéndices

Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida (Arrivillaga, M. Correa, D. & Salazar, 2003)

CUESTIONARIO DE PRÁCTICAS Y CREENCIAS SOBRE ESTILOS DE VIDA

Arrivillaga, M. Correa, D. & Salazar (2003)

FORMULARIO No.

FECHA:

--	--	--

--

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una "x" la casilla que mejor describa su comportamiento. Conteste sinceramente. No existen respuestas ni buenas ni malas.

	PRÁCTICAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE					
1	Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte				
2	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
3	Mantiene el peso corporal estable				
4	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardiaco (spinning, cardiobox, aeróbicos, aero-rumba)				
5	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichi, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida)				
6	Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
TIEMPO DE OCIO					
7	Practica actividades físicas de recreación (caminar, nadar, montar en bicicleta)				
8	Incluye momentos de descanso en su rutina diaria				
9	Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre				
10	En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)				
11	Destina parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales				
AUTOCAUIDADO Y CUIDADO MÉDICO					
12	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
13	Va al médico por lo menos una vez al año				
14	Cuando se expone al sol, usa protectores solares				
15	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
16	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
17	Lee y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento				
18	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				
19	Se automedica y/o acude al farmaceuta en caso de dolores musculares, de cabeza o estados gripales				
20	Consumo medicinas sin prescripción médica (anfetaminas, antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos)				
21	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos				
22	PARA MUJERES: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
23	PARA MUJERES: Se toma la citología anualmente				
24	PARA HOMBRES : Se examina los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes				
25	PARA HOMBRES MAYORES DE 40 AÑOS: Se realiza exámenes de próstata anualmente				
26	Cuando realiza una actividad física (levanta pesas, monta bicicleta, bucea, nada, etc.) utiliza las medidas de protección respectivas				
27	Maneja bajo efectos de licor u otras drogas				

28	Aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo efectos del licor u otras drogas				
29	Obedece las leyes de tránsito, sea peatón o conductor				
30	Como conductor o pasajero usa cinturón de seguridad				

PRÁCTICAS		Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
31	Atiende las señales de seguridad (extinguidores, cintas amarillas, letreros como "zona de refugio", etc.) que hay en la Universidad				
32	PARA LOS COLABORADORES: Toma las medidas preventivas (guantes, cascos, cinturones, botas, protectores de pantalla, etc.) relacionadas con su trabajo				

HÁBITOS ALIMENTICIOS

33	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?				
34	Añade sal a las comidas en la mesa?				
35	Añade azúcar a las bebidas en la mesa?				
36	Consume más de cuatro gaseosas en la semana?				
37	Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?				
38	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína?				
39	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?				
40	Come pescado y pollo, más que carnes rojas?				
41	Mecatea?				
42	Come carne más de cuatro veces a la semana?				
43	Consume carnes frías (jamón, mortadela, salchichas, tocineta)?				
44	Consume productos ahumados?				

45	Mantiene un horario regular en las comidas?				
46	Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?				
47	Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?				
48	Consume comidas que contienen ingredientes artificiales o químicos (colorantes y preservativos)?				
49	Consume comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)?				

SUEÑO

60	Duerme al menos 7 horas diarias?				
61	Trasnocha?				
62	Duerme bien y se levanta descansado?				
63	Le cuesta trabajo quedarse dormido?				
64	Se despierta en varias ocasiones durante la noche?				
65	Se levanta en la mañana con la sensación de una noche mal dormida?				
66	Hace siesta?				
67	Se mantiene con sueño durante el día?				
68	Utiliza pastillas para dormir?				
69	Respeto sus horarios de sueño, teniendo en cuenta la planeación de sus actividades (ej. No se trasnocha previamente a un parcial o a la entrega de un trabajo)?				
CREENCIAS		Totalmente De Acuerdo	De Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo

CONDICIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

70	La actividad física ayuda a mejorar la salud				
----	--	--	--	--	--

71	Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
72	El ejercicio siempre puede esperar				
73	Con el ejercicio mejora el estado de ánimo				
74	Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				

TIEMPO DE OCIO

75	Es importante compartir actividades de recreación con la familia y los amigos				
76	El trabajo es lo más importante en la vida				
77	La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
78	El descanso es importante para la salud				

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MEDICO

79	Cada persona es responsable de su salud				
80	Es mejor prevenir que curar				
81	Solo cuando se está enfermo, se debe ir al médico				
82	Los factores ambientales (el sol, la contaminación, el ruido) influyen en la salud				
83	El estado de salud es consecuencia de los hábitos de comportamiento				
84	Tener buena salud es asunto de la suerte o del destino				
85	La relajación no sirve para nada				
86	Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
87	Es importante que le caiga bien el médico para que el tratamiento funcione				
88	Los productos naturales no causan daño al organismo				
89	En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad				
90	Por más cuidado que se tenga, de algo se va a morir uno				
91	En la vida hay que probarlo todo para morir contento				

HÁBITOS ALIMENTICIOS

92	Entre más flaco más sano				
93	Lo más importante es la figura				
94	Comer cerdo es dañino para la salud				
95	Entre más grasosita la comida más sabrosa				
96	El agua es importante para la salud				
97	Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
98	Las dietas son lo mejor para bajar de peso				

SUEÑO

110	Dormir bien, alarga la vida				
111	La siesta es necesaria para continuar la actividad diaria				
112	Si no duerme al menos ocho horas diarias no funciona bien				
113	Solo puede dormir bien en su propia cama				
114	Solo puede dormir bien cuando tiene condiciones adecuadas (ventilacion, luz, temperatura)				
115	Si toma café o coca-cola después de las 6 p.m. no puede dormir				
116	Dormir mucho da anemia				

Cuestionario de Variables Sociodemográficas

Datos socio-demográficos

Con toda honestidad, por favor diligencie la siguiente información:

1. Nombre completo:
2. Sexo:
Hombre ____ Mujer ____
3. Edad: ____
4. ¿Cuál es su estado civil actual?
Soltero/a ____ Casado/a o en unión marital de hecho ____
Divorciado/a ____ Separado/a ____ Viudo/a ____
5. ¿Cuántos hijos tiene? (Si no tiene, registre "0") _____
6. ¿Cuál es su ciudad de residencia actual?:
7. ¿Cuál es el estrato que registran las facturas de los servicios públicos de la vivienda donde reside?
Estrato 1 ____ Estrato 2 ____
Estrato 3 ____ Estrato 4 ____
Estrato 5 ____ Estrato 6 ____
8. ¿La vivienda donde reside es?
Propia ____ Arrendada ____ Familiar ____
9. ¿Último nivel de estudios?
Técnica ____ Tecnológica ____
Pregrado ____ Especialista ____
Magister ____ Doctorado ____
10. En promedio, ¿a cuánto ascienden la totalidad de sus ingresos mensuales en este momento, incluyendo los ingresos de sus actividades laborales?:
Menos del salario mínimo ____
Entre \$700.000 y \$1.099.000 ____
Entre \$1.100.000 y \$1.299.000 ____
Entre \$1.300.000 y \$1.499.000 ____
Entre \$1.500.000 y \$1.999.000 ____
Entre \$2.000.000 y \$4.999.000 ____

Entre \$5.000.000 y \$7.999.000 ____
 Más de \$8.000.000 ____

11. ¿Qué tipo de contrato tiene actualmente?

Contrato a término fijo ____ Contrato a término indefinido ____
 Contrato de obra o labor ____ Contrato por prestación de servicios ____

12. ¿Cantidad de horas que está laborando en el colegio? ____

13. ¿Labora usted en otros lugares?

SÍ ____ NO ____

14. ¿En promedio, cuántos estudiantes tiene usted en el salón de clase? ____

15. ¿En su trabajo percibe posibilidades de ascenso?

SÍ ____ NO ____

16. ¿De las siguientes enfermedades y/o síntomas padece alguno?

Alergias ____ Cefaleas (dolores de cabeza) frecuentemente ____
 Dolores de espalda ____ Hipertensión ____
 Gastritis ____ Fibromialgia ____
 Síndrome de Colon irritable ____ Síndrome de Hiperventilación ____

17. ¿Usted ha padecido o padece algún trastorno mental diagnosticado?

Sí: ____ No: ____

¿Si así es por favor maque cuál? Depresión: ____ Distimia: ____
 Fobia Social: ____ Trastorno de Ansiedad Generalizada: ____
 Trastorno Afectivo Bipolar: ____ Trastorno de pánico: ____
 Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas: ____
 Cualquier otro trastorno mental: ____

18. ¿En la actualidad consume algún medicamento psiquiátrico?

Sí: ____ No: ____ ¿Cuál? _____

19. ¿En su familia hay antecedentes de trastornos mentales?

Sí: ____ No: ____ ¿Cuál? _____

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACIÓN EN PRUEBAS QUE EVALÚAN ALGUNOS RASGOS DE LA SALUD MENTAL

FORMULARIO No.

FECHA:

--	--	--

--

Título de la Investigación:

Estudio de Salud Mental con Docentes de Colegios Públicos del Municipio de Envigado

Financiador:

Institución Universitaria de Envigado IUE

Investigadores:

Investigador principal: Sebastián Quintero Idárraga

Coinvestigadores: Erika Varela Arboleda, Lizeth Toro Ortiz, Luisa Fernanda Montoya Berrio, Samantha Sánchez Silva, Sebastián Marín Zapata, Yuliana López Taborda.

Número de teléfono asociado a la investigación:

Docente/Investigador I.U.E.: Sebastián Quintero I.

Cel: 3004076468

Lugar:

Colegios Públicos del Municipio de Envigado.

Introducción:

Usted ha sido seleccionado (a) para participar en un estudio investigativo que busca describir algunos criterios de su Salud Mental y relacionarlos con varias condiciones sociodemográficas. En el presente Consentimiento Informado y pruebas a desarrollar, es posible que encuentre términos o palabras que requieran de explicación o ampliación. Por favor no dude en preguntar al investigador. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este Consentimiento cuidadosamente, haga las preguntas que considere pertinentes, especialmente acerca de los riesgos y beneficios del mismo.

Propósito del estudio:

El objetivo general de la investigación es describir el estado de la Salud Mental de los docentes de colegios públicos del municipio de Envigado y su relación con las condiciones sociodemográficas y estilos de vida.



Carta de presentación



Envigado, lunes 4 de Septiembre de 2017.

Señor (a) Rector (a) de (l) (la)

Centro Educativo Rural La Morena
 Institución Educativa Alejandro Vélez Barrientos
 Institución Educativa Comercial de Envigado
 Institución Educativa Darío De Bedout
 Institución Educativa El Salado
 Institución Educativa José Manuel Restrepo Vélez
 Institución Educativa José Miguel De La Calle
 Institución Educativa La Paz
 Institución Educativa Las Palmas
 Institución Educativa Manuel Uribe Ángel
 Institución Educativa María Poussepin
 Institución Educativa Normal Superior
 Institución Educativa San Vicente de Paul

Cordial saludo,

Actualmente, la Secretaria de Educación y Cultura y la Institución Universitaria de Envigado (IUE), se encuentran desarrollando la investigación: *Estudio de Salud Mental con Docentes de Colegios Públicos del Municipio de Envigado*, y para ello requerimos de su colaboración.

Todo el mes de Septiembre, los coinvestigadores: Erika Varela Arboleda, Lizeth Toro Ortiz, Luisa Fernanda Montoya Berrio, Samantha Sánchez Silva, Sebastián Marín Zapata, Yuliana López Taborda, todos estudiantes de psicología de la IUE, procederán a aplicarle a ciertos docentes seleccionados por muestreo estadístico, 5 cuestionarios compilados en un cuadernillo.

Les pedimos su colaboración, permitiéndoles el ingreso a la Institución Educativa y facilitando el contacto con los docentes, para que una vez brindada la explicación sobre el diligenciamiento del cuadernillo, se elabore y se encuadre la recolección de los resultados.



Le agradecemos su atención y si requiere ampliar información no dude en comunicarse con el Investigador Principal: Sebastián Quintero Idárraga, al celular: 3004076468.

Atentamente,

Alvaro Ramírez Botero
Decano Facultad de Ciencias Sociales
Institución Universitaria de Envigado.

Sebastián Quintero Idárraga
Psicólogo, Mg. en Psicología y Salud Mental
Tarjeta profesional No. 120902
Profesor Investigador IUE

Cuadro de Variables Cuantitativas/Cualitativas

Categoría	Subcategorías de calificación	Definición	Naturaleza cuantitativas/cualitativas	Valor o código
	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa	Número entero
	Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa	Hombre: 1- Mujer: 0
	Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Soltero: 1 Casado/unión marital: 2 Divorciado: 3 Separado: 4 Viudo: 5
	Número de hijos	Cantidad de descendencia	Cuantitativa	Número entero
	Ciudad de residencia	Lugar donde se encuentra vivienda	Cualitativa	Envigado: 1, Medellín: 2, Sabaneta: 3, Itagüi: 4, La Estrella: 5, Bello: 6; Otro: 7
	Estrato	El nivel o estatus socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Cuantitativa	Número entero

Condiciones sociodemográficas	Tipo de contrato	Clasificación del contrato establecido en el trabajo.	Cualitativa	Contrato a término fijo: 1; Contrato a término indefinido: 2; Contrato de obra o labor 3; Contrato por prestación de servicios: 4.
	Horas en el colegio.	Número promedio de horas que labora en el colegio.	Cuantitativa	Número entero
	Empleos extra	Trabajo extra del colegio público.	Cualitativa	Sí: 1; No: 2
	Número de estudiantes	Cantidad promedio de estudiantes a los que orienta clase.	Cuantitativa	Número entero
	Posibilidad de ascenso	Percepción que tiene el docente sobre la posibilidad de ascender laboralmente	Cualitativa	Sí: 1; No: 2
	Antecedente personal de trastorno mental	Registro con información sobre enfermedades mentales de una persona.	Cualitativa	Sí: 1; No: 2; Depresión: 3; Distimia: 4; Fobia Social: 5; Trastorno de Ansiedad Generalizada: 6; Trastorno Afectivo Bipolar: 7; Trastorno de pánico: 8; Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas: 9; Cualquier otro trastorno mental: 10.
	Antecedente personal de enfermedad psicósomática	Registro de enfermedades psicósomáticas. Según Casas, et al. (2000), estos trastornos se caracterizan por la aparición de alteraciones físicas que son mediatizadas por factores emocionales o psicológicos, es decir, que son causadas o agravadas por éstos.	Cualitativa	Alergias: 1; Cefaleas (dolores de cabeza) frecuentemente: 2; Dolores de espalda: 3; Hipertensión: 4; Gastritis: 5; Fibromialgia: 6; Síndrome de Colon irritable: 7; Síndrome de Hiperventilación: 8

	Antecedente familiar de trastorno mental	Registro con información sobre enfermedades mentales de la familia de una persona.	Cualitativa	Sí: 1; No: 2; Depresión: 3; Distimia: 4; Fobia Social: 5; Trastorno de Ansiedad Generalizada: 6; Trastorno Afectivo Bipolar: 7; Trastorno de pánico: 8; Trastornos por consumo de sustancias psicoactivas: 9; Cualquier otro trastorno mental: 10.
	Consumo de medicamento psiquiátrico	Ingesta de medicamento recetado para tratar diversos trastornos mentales.	Cualitativa	Sí: 1; No: 2
	Actividad física y deporte	Ejercicio y actividad física. Hace referencia a aquellos movimientos corporales y actividades que requieren consumo energético mayor al que se produce en estado de reposo o al realizar alguna actividad cognitiva y que favorecen la salud (Ramírez-Hoffman, 2002; World Health Organization [WHO], 2008). Realizar ejercicio o tener actividad física como parte del estilo de vida disminuye el riesgo de enfermedad coronaria y prevención de enfermedades crónicas. A nivel psicológico también tiene un efecto positivo, puesto que ayuda a la regulación emocional, reduce la ansiedad, la tensión y la depresión y aumenta la sensación de bienestar (Lema, et al., 2009)	Cualitativa	No saludable: 1; Poco saludable: 2; Saludable: 3; Muy saludable: 4. En creencias: Muy bajo: 5; Bajo: 6; Alto: 7; Muy Alto: 8.
	Recreación y manejo del tiempo libre	Tiempo de ocio. Es aquél en el que las personas desarrollan actividades orientadas a satisfacer sus gustos e intereses, al placer, al descanso, al desarrollo y la integración social. Tales actividades son elegidas libremente según las preferencias (Rodríguez y Agulló, 1999). El tiempo de ocio ha sido reconocido en la última década como un factor importante para el desarrollo y bienestar de los jóvenes, puesto que en él aumentan las probabilidades de la inclusión social, de participar en la comunidad, de hacer deporte, recrearse y tener programas culturales, a la vez que disminuye las posibilidades de implicarse en otros problemas como la delincuencia y el consumo de drogas. (Lema, et al., 2009)	Cualitativa	No saludable: 1; Poco saludable: 2; Saludable: 3; Muy saludable: 4. En creencias: Muy bajo: 5; Bajo: 6; Alto: 7; Muy Alto: 8.
Prácticas y creencias sobre estilos de vida.	Autocuidado y cuidado médico	Autocuidado y cuidado médico. Hace referencia a aquellos comportamientos voluntarios que realiza la persona para beneficio de su salud, en el sentido que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos (cuidar la higiene, tomarse los medicamentos según la prescripción médica, realizarse exámenes, explorar el propio cuerpo, llevar a cabo medidas de seguridad, como el uso de cinturón de seguridad, atender a las señales de tráfico, etc.) para impedir que aparezcan las lesiones, detectar a tiempo síntomas o señales de enfermedad o que se facilite una pronta recuperación en caso de que exista una afectación. Todos estos comportamientos implican un mayor nivel de responsabilidad personal (Lema, et al., 2009).	Cualitativa	No saludable: 1; Poco saludable: 2; Saludable: 3; Muy saludable: 4. En creencias: Muy bajo: 5; Bajo: 6; Alto: 7; Muy Alto: 8.

	Hábitos alimenticios	<p>Alimentación. En esta dimensión se consideran los aspectos relacionados con la selección e ingestión de los alimentos; por lo tanto, el tipo y la cantidad de alimentos, los horarios y espacios en los que se consumen y algunas prácticas relacionadas con el control del peso (Morell y Cobaleda, 1998). Estas acciones permiten satisfacer las necesidades físicas del organismo, favorecen el funcionamiento diario del organismo, el desarrollo de las funciones vitales y el estado de salud, y previenen la aparición de algunas enfermedades (González, 2005). Los hábitos alimentarios inadecuados, así como los valores culturales que destacan los estereotipos de lo bello, lo atractivo y la liberación sexual han permeado los hábitos alimentarios de los jóvenes, contribuyendo al desarrollo de varios trastornos alimentarios (Acosta y Gómez, 2003) y a la aparición de graves consecuencias, como las alteraciones endocrinas y metabólicas que originan, posteriormente, miocardiopatía, arritmias cardíacas y la muerte (Lema, et al., 2009).</p>	<p>Cualitativa</p> <p>No saludable: 1; Poco saludable: 2; Saludable: 3; Muy saludable: 4. En creencias: Muy bajo: 5; Bajo: 6; Alto: 7; Muy Alto: 8.</p>
	Prácticas y creencias relacionadas con el Sueño	<p>Sueño. Estado de reposo del organismo durante el cual la persona presenta bajos niveles de actividad fisiológica y no hay respuesta activa a estímulos del ambiente (Caballo, Navarro y Sierra, 1998). Algunas prácticas, como llevar una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico y manejar apropiadamente el estrés, combinadas con factores ambientales adecuados (temperatura, luz), favorecen un patrón estable y conveniente de sueño (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996; Miró, Cano-Lozano, Buela-Casal, 2005). El sueño contribuye al estado de salud en la que medida en que, al lentificarse los sistemas corporales después de las actividades cotidianas, permite al organismo recuperar la energía vital requerida. Por el contrario, la falta de sueño repercute en la capacidad de concentración, el estado anímico, el tiempo de reacción, el rendimiento físico e</p>	<p>Cualitativa</p> <p>No saludable: 1; Poco saludable: 2; Saludable: 3; Muy saludable: 4. En creencias: Muy bajo: 5; Bajo: 6; Alto: 7; Muy Alto: 8.</p>