

**Somatizaciones y Otros síntomas psicopatológicos en Docentes de Colegios
Públicos del Municipio de Envigado**

Erika Varela Arboleda & Yuliana López Taborda

Asesor:
Sebastián Quintero Idárraga

Noviembre 2017.

Institución Universitaria de Envigado.
Antioquia.
Trabajo de grado

Resumen

Introducción: A lo largo de la historia, se ha concebido al docente como aquella persona encargada de velar por el bienestar y formación de sus estudiantes y al cual se le demandan múltiples tareas que debe asumir dentro de la entidad en la cual se encuentra. Aunque los resultados de cumplir con un sinnúmero de responsabilidades son favorables para el ámbito académico, en otros no lo son, ya que en muchas ocasiones el docente no cuenta con las suficientes estrategias de afrontamiento para las situaciones presentes y termina siendo vulnerable a muchas contingencias, entre las cuales se encuentra el padecimiento de somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos. **Objetivo:** Por las razones expuestas anteriormente, esta investigación pretende ahondar en los factores predisponentes para la presencia de las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos en los docentes de colegios públicos del municipio de Envigado, con el fin de proporcionar elementos investigativos que permitan ampliar este panorama, contribuyendo a programas de promoción y prevención, para disminuir los factores de riesgo en dichos profesionales del área educativa. **Método:** Aplicación del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) de Casullo & Pérez (2008), que evalúa nueve dimensiones de síntomas psicopatológicos y tres índices globales de malestar psicológico. Las dimensiones son somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensitividad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. Los tres índices globales de malestar psicológico son índice global de severidad, índice positivo de malestar sintomático y total de síntomas positivos. La muestra fue de 188 docentes, con una probabilidad del 50%, un nivel de confiabilidad del 90%, y una precisión del 5%. **Resultados:** Aunque la mayoría de la población docente no reportó altos niveles en las patologías evaluadas, presentaron un nivel de vulnerabilidad a padecerlas. Asimismo, se encontró que los hombres y las personas con un bajo salario, fueron aquellas que reportaron mayor prevalencia en los niveles altos de síntomas.

Palabras claves: Salud mental, síntomas psicopatológicos, somatizaciones, docentes.

Background: Along the history, the professor has been conceived as a person in charge of ensuring the wellbeing and the education of the students. Besides, the educative institution asks the teacher to do multiple tasks. Although the results of accomplishing countless tasks are propitious in the educational area, these results are adverse in another areas because in many times, the teacher is unable to face different situations due to the deficiency of coping strategies, so the professor becomes vulnerable to many contingencies, such as somatizations and another psychopathological symptoms. **Objective:** For the reasons stated above, the purpose of this research is to delve into the predisposing factors of somatizations and another psychopathological symptoms in Envigado's school public teachers, in order to provide investigative elements, to expand this panorama, contributing to promotion and prevention programs, with the purpose of decrease the risk factors in the professionals of the educational area. **Method:** Application of the Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), which was updated by Casullo & Pérez (2008). The SCL-90-R assesses nine symptoms of psychopathology and provides three global distress indices. The symptom scales are somatization, obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. Additionally, the global indices are global severity index, positive symptom distress index and positive symptom total. The sample was 188 teachers, the probability was 50%, the level of reliability was 90% and the precision was 5%. **Results:** Although most of the teaching population didn't report elevated levels on the symptom scales and on the global distress indices, they are exposed to a vulnerability level to suffer from the evaluated pathologies. Besides, it was found that women and people with a high salary, were the ones who reported higher levels of the evaluated symptoms.

Key words: Mental health, psychopathological symptoms, somatizations, teachers.

Tabla de Contenidos

iv

Resumen.....	ii
Abstract	iii
Lista de tablas	vi
Planteamiento del problema.....	¡Error! Marcador no definido. 1
Justificación	5
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos	7
Marco referencial	8
Antecedentes	8
Marco teórico	16
Marco legal	28
Marco ético	32
Diseño metodológico	33
Población.....	33
Criterios de inclusión	33
Criterios de exclusión	33
Instrumentos de evaluación.....	33
Confiabilidad y validez	34
Operacionalización de variables	35
Plan de análisis.....	38
Resultados esperados	38
Compromisos	39
Estrategias de comunicación.....	39
Resultados	40
Descripción de la muestra.....	40
Asociación entre sexo, nivel de ingresos mensuales y las dimensiones del SCL-90-R.	42
Discusión.....	52
Conclusiones	62
Limitaciones y recomendaciones	64
Limitaciones.....	64

Recomendaciones	64	v
Referencias bibliográficas.....	66	
Anexos	73	
Inventario de síntomas(SCL-90-R).....	73	
Consentimiento informado.....	86	
Encuesta datos sociodemográficos	89	

Tabla 1 Operacionalización de variables...	35
Tabla 2 Descripción de variable <i>sexo</i> y variable <i>nivel de ingresos mensuales</i>	40
Tabla 3. Puntuación general (nueve dimensiones sintomáticas).....	40
Tabla 4. Índices globales del SCL-90-R.....	41
Tabla 5. Asociación entre variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y somatizaciones.....	42
Tabla 6. Asociación entre variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y obsesiones y compulsiones.....	43
Tabla 7. Asociación entre variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y sensibilidad interpersonal.....	44
Tabla 8. Asociación entre variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y depresión.....	44
Tabla 9. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y ansiedad.....	45
Tabla 10. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y hostilidad.....	46
Tabla 11. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y ansiedades fóbicas.....	47
Tabla 12. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos e ideación paranoide....	47
Tabla 13. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y psicoticismo.....	48
Tabla 14. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos e índice global de severidad (IGS).....	49
Tabla 15. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y total de síntomas positivos (TSP).....	50
Tabla 16. Asociación entre las variables <i>sexo</i> , nivel de ingresos y total de malestar sintomático positivo (IMSP).....	58

Planteamiento del Problema

A lo largo de la historia, se ha concebido al docente como aquella persona encargada de velar por el bienestar y formación de sus estudiantes y al cual se le demandan múltiples tareas que debe asumir dentro de la entidad en la cual se encuentra. Aunque los resultados de cumplir con un sinnúmero de responsabilidades, son favorables para el ámbito académico, en otros no lo son, ya que los estándares personales y profesionales que cada quien se traza (motivaciones intrínsecas), pueden diferir de las condiciones y metas propias del entorno laboral y de la institución (motivaciones extrínsecas). En muchas ocasiones el docente no cuenta con las suficientes estrategias de afrontamiento para las situaciones presentes y termina siendo vulnerable a muchas contingencias que, se convierten en problemáticas que afectan la salud integral de éste.

Así, se han llevado a cabo diferentes investigaciones sobre las enfermedades psicosomáticas en población docente de diversos países, las cuales han arrojado resultados esclarecedores. Por ejemplo, un estudio realizado en Alemania en el 2015 con profesores y un grupo control, revela que los primeros tendían a desarrollar más fácilmente enfermedades psicosomáticas que el grupo control. Entre los padecimientos de estas enfermedades, se encontraban: “Agotamiento y fatiga, dolores de cabeza, tensión, languidez, desórdenes del sueño y la concentración, inquietud interior” (Scheuch & Haufe, 2015).¹ Asimismo, este estudio concluyó que en los profesores hay un incremento de la irritabilidad de manera más frecuente que en las otras profesiones. Del mismo modo, un estudio realizado en Rumania en el 2013 afirma que la relación entre los síntomas somáticos y el estrés percibido es más fuerte en aquellos profesores que tienen una motivación extrínseca que en aquellos que poseen una motivación intrínseca, recalcando que “El bienestar depende de la coherencia entre las actividades que

¹La traducción fue realizada por Erika Varela y Yuliana López

realiza cada persona con sus verdaderos intereses y metas” (Sheldon et al, Citado en Masari, Muntele & Curelaru, 2013, p. 335).

Por otro lado, las investigaciones realizadas en México, evidencian otro tipo de afecciones desencadenadas por lo psicosomático, tales como la colitis intestinal, la gastritis y la hipertensión arterial. Además, ofrecen las posibles causas:

La aparición de las enfermedades psicosomáticas puede ser secundaria a las diversas exigencias a las cuales se ven sometidos los académicos como lo son: elevar la calidad de la enseñanza—aprendizaje, mejorar las habilidades docentes además de ser un modelo de comportamiento para el alumno; aunado a la producción de artículos que deben publicar para seguir gozando de becas y estímulos a fin de mejorar sus condiciones de vida (Cisneros y Ramírez, 2009, p.130).

De la misma manera, otro estudio realizado en México por Rivero y Cruz en el 2010, ofrece especificaciones de las enfermedades psicosomáticas de acuerdo al tipo de institución en la que trabajan los docentes (pública o privada): “Se detectó que en las instituciones educativas privadas hubo una mayor cantidad de docentes con daños psíquicos o psicosomáticos” (p.246). Entre los daños mencionados se encuentran la cefalea tensional, la dermatitis y la fatiga.

En otro orden de ideas, se encuentran las investigaciones acerca de síntomas psicopatológicos, asociados a algunas enfermedades mentales como la realizada por Gómez, V. & Moreno, L. (2009) en el sector privado de la educación en Bogotá (Colombia), con una muestra de 251 maestros escolares. Los resultados arrojados a través de la aplicación del JCQ (Cuestionario que evalúa el trabajo), el ERI (Cuestionario que evalúa estresores psicosociales en el trabajo) y el Cuestionario General de Salud de Goldberg, dieron cuenta que el problema de salud más frecuente en los docentes es la psicosomatización, continuando la disfunción social y la ansiedad (p. 399).

Por su parte, esta investigación determinó que muchos son los factores psicosociales del trabajo que se encuentran relacionados con el padecimiento de somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos asociados con las enfermedades mentales en dicha población, presentándose un mayor riesgo de laborar en condiciones psicosociales adversas (Schnall et al, citado en Gómez & Moreno, 2009, p. 403).

Además, otro estudio realizado por Diazgranados et al. (2006) con 562 docentes de 25 instituciones educativas del sector público en Bogotá (citados en Gómez, V. & Moreno, L., 2009, p. 396), quiso determinar cuáles eran las primeras problemáticas que se relacionaban directamente con el quehacer de los docentes y qué impactos se generaban en su bienestar psicosocial, percatándose que “El salario devengado, el número de alumnos por aula, las oportunidades de ascenso laboral y los criterios de evaluación se consideraron por la mayoría como aspectos que no favorecen su bienestar” (Diazgranados et al, citados en Gómez, V. & Moreno, L., 2009, p. 396).

Por otra parte, un estudio realizado con 319 docentes universitarios en Medellín (Colombia) en el año 2012, considera que un factor de riesgo para la salud física y mental de los docentes, está directamente relacionado con el ejercer su labor de docencia, puesto que las múltiples exigencias generan un ambiente estresante, propenso para el desarrollo de síntomas psicósomáticos y enfermedades tales como: “Hipertensión arterial, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales y cardiovasculares” (Terán, A. & Botero, C., p. 96), que no sólo afectan al grupo de docencia por ocasionarse una pérdida de interés al ejercer su profesión, sino que también repercute en otras personas que están relacionadas a la labor docente: estudiantes, administrativos, entre otros.

En suma, varias son las investigaciones que se han hecho con docentes respecto a las enfermedades psicósomáticas y mentales (enfermedades a las cuales se sienten sometidos, encasillados y en ocasiones, ajenos), sin embargo, no se han hallado suficientes estudios que

arrojen información sobre las enfermedades psicosomáticas y mentales que vulneran la salud integral de los docentes, específicamente, aquellos que laboran en el Municipio de Envigado. Es importante señalar que las afecciones en la salud mental van haciendo eco en la funcionalidad de los docentes, por lo que es necesario hacer una investigación que ayude a evaluar las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos frecuentes en los docentes de Envigado, y su relación con algunas condiciones sociodemográficas.

En síntesis, las diferentes investigaciones en población docente permitieron identificar diversas variables. Por un lado, referente a aquellos factores que podrían desencadenar enfermedades psicosomáticas, se encontraban: trabajar en una institución privada, poseer motivaciones extrínsecas y aquellos asuntos inherentes al rol del docente, tales como el alto grado de exigencia y de tareas asignadas. Por otro lado, los factores que repercutían de manera negativa en la salud mental eran aquellos factores adversos relacionados con lo psicosocial, tales como un salario insuficiente para cubrir las necesidades básicas, un bajo número de oportunidades de ascenso y el alto número de alumnos, lo que hacía que la exigencia fuera alta y el cambio frecuente. Asimismo, frente a los síntomas desencadenados por las enfermedades psicosomáticas, se encontraban en distintas partes del cuerpo y en diversas maneras de expresión; entre las más comunes, se halló la fatiga, la cefalea tensional, la languidez, entre otros.

Por último, debido a todos los resultados arrojados por las diversas investigaciones, fue posible realizar de manera pertinente la pregunta problematizadora de esta investigación: ¿Cuáles son las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos en docentes de colegios públicos del Municipio de Envigado, y algunas condiciones sociodemográficas asociadas?

Justificación

Actualmente, en la población docente surge un grupo de síntomas en el cuerpo (excepto en la alexitimia, la cual es una enfermedad que es causa y efecto psicológico a la misma vez), tales como la fatiga, dolor de cabeza, fibromialgia, entre otros; los cuales son ocasionados por las somatizaciones y algunos síntomas psicopatológicos, que a su vez, pueden ser consecuencia de aquellas dificultades propias de la labor docente como la alta carga académica y los extensos horarios, repercutiendo en la salud mental del docente al presentar escasas estrategias de afrontamiento, que en el caso de las enfermedades psicosomáticas tiene afectación directa en el cuerpo.

Por su parte, la presencia de enfermedades mentales en la población docente, tales como: la depresión, la ansiedad, la hostilidad, entre otros, que han sido relacionados con diversas problemáticas (salario devengado, los criterios de evaluación, el número de estudiantes por aula, la poca colaboración por parte de estos, entre otras) (Diazgranados et al, citados en Gómez, V. & Moreno, L., 2009, p. 396) han repercutido considerablemente en la labor docente, provocando que haya pérdida de interés en su quehacer diario, al mismo tiempo que afecta su bienestar biopsicosocial con la presencia de los síntomas psicopatológicos que hacen parte de las mismas.

Por lo anterior, es importante no eximir el grado de padecimiento de las enfermedades psicosomáticas y otros síntomas psicopatológicos en los docentes, las cuales, de no ser prevenidas y/o atendidas a tiempo, posiblemente, pueden afectar la salud integral del docente, ya que la salud mental, emocional y física de la persona tiene una relación dialéctica, es decir, que al influirse entre sí, los síntomas que se presentan en cualquiera de estos ámbitos, pueden agravar a los otros, hasta el punto de impedir la realización de actividades cotidianas. Esto, a su vez, aminorará la funcionalidad y el cumplimiento pleno del rol docente. Por las razones expuestas en

este párrafo, se presenta un interés en ahondar más esta problemática, especialmente, con docentes de colegios públicos del Municipio de Envigado.

En síntesis, se busca que éste trabajo proporcione elementos investigativos que permitan ampliar el panorama de las enfermedades psicosomáticas en docentes y algunos síntomas psicopatológicos, para así, contribuir a futuras proyectos de intervención e investigaciones acerca de la problemática mencionada, a fin que, por medio de estas producciones intelectuales, se puedan realizar programas de promoción y prevención, con el fin de disminuir los factores de riesgo que ponen en juego la salud integral de los docentes. Asimismo, se pretende hacer una invitación a profesionales de la salud, para que se interesen más por el abordaje de las enfermedades psicosomáticas y algunos síntomas psicopatológicos en docentes de diversas áreas, para con ello poder facilitar el bienestar biopsicosocial de estos profesionales.

Objetivo general

Describir la prevalencia de somatizaciones y algunos síntomas psicopatológicos en una muestra de docentes de colegios públicos del Municipio de Envigado.

Objetivos específicos

Identificar las características sociodemográficas de la muestra de los docentes de colegios públicos del Municipio de Envigado, según el sexo y el nivel de ingresos.

Examinar la prevalencia de somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos en la muestra de los docentes de colegios públicos del Municipio de Envigado.

Establecer la relación entre sexo, nivel de ingreso y somatizaciones y algunos síntomas psicopatológicos prevalentes en la muestra de los docentes de colegios públicos del Municipio de Envigado.

Marco Referencial

Antecedentes

La búsqueda de antecedentes se realizó en las bases de datos de acceso libre de Redalyc, Scielo, Dialnet, Google Académico y también en las bases de datos a las que se encuentra inscrita la Universidad como EBSCO, Psychology Collection, Academic Search Complete y PsyARTICLES (APA). Las palabras claves utilizadas fueron: Enfermedades psicosomáticas, trastornos somatomorfos, trastornos mentales, enfermedades mentales, síntomas psicopatológicos docentes, profesores, trastornos de conversión y somatizaciones.

En los últimos diez años se ha abordado la influencia de las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos en áreas emocionales y sociales en diversas investigaciones alrededor del mundo. En primera instancia, es importante tener en cuenta los resultados arrojados en diferentes investigaciones acerca de las enfermedades psicosomáticas en la población general. Para empezar, se señala una investigación realizada en Polonia, en el año 2008, donde se estudió la calidad de vida en un grupo control y en personas con enfermedades psicosomáticas tales como la úlcera gástrica, úlcera duodenal, hipertensión y enfermedad isquémica del corazón. En esta investigación estudiaron la calidad de vida como un asunto integral: biopsicosocial. Los resultados arrojaron en primer lugar, que: “El nivel de calidad de vida de los pacientes psicosomáticos era esencialmente más bajo comparado con el de las personas saludables” (Zboralski, 2008). En segundo lugar, se encontró que “El nivel de calidad de vida de los pacientes que sufrían de úlcera gástrica fue en promedio un poco más alto que el de los pacientes con enfermedades coronarias” (Zboralski, 2008). Y en último lugar, se reveló que “El nivel de calidad de vida en los pacientes hombres psicosomáticos, era significativamente más bajo que en los hombres saludables” (Zboralski, 2008).

Por otro lado, en Costa Rica, se llevó a cabo un estudio acerca de los pacientes que asistían a consulta en la oficina de psicología de la sede del Atlántico de la Universidad de Costa Rica en el 2011, donde recibieron en un plazo de 6 meses a 10 estudiantes que presentaban síntomas asociados con lo psicósomático. Allí, se determinaron los motivos por los que estos pacientes consultaron: “Quienes se acercaron al servicio lo realizaron principalmente por dos razones: 1. La intensidad de la sintomatología que interfería con la vida cotidiana y 2. Por referencia del médico quien previamente descartó causas biológicas para sus dolencias.” (Vargas, 2013, p.16). Al ser descartado el origen fisiológico de las dolencias corporales por parte del médico, los estudiantes fueron remitidos a la oficina de psicología para que pudieran recibir una ayuda pertinente, y así, poder hallar una solución a estos padecimientos (Vargas, 2013, p.6). Asimismo, esta autora recalca que entre los síntomas asociados a estos padecimientos se encuentra:

La presencia de mareos, dificultades respiratorias, ganas de vomitar, dolores corporales difusos, sudoración, taquicardia, punzadas en diferentes partes del cuerpo y dificultades para tragar. Así mismo, se identificó un caso de una estudiante que ha experimentado 2 abortos “espontáneos” y fue referida por el médico pues no lograron dilucidar la causa fisiológica, y una estudiante con ataques de asma en momentos de mucha ansiedad y estrés (Vargas, 2013, p. 16).

Además, se puede recalcar una investigación realizada en Colombia, específicamente por La Universidad de San Buenaventura en Cali con pacientes alexitímicos. Considerando la perspectiva psicoanalítica, Otero (como se citó en Ruiz, 2016) pudo constatar por medio de 21 entrevistas a pacientes psicósomáticos, estimulados a través de la asociación libre (método del psicoanálisis en el cual el paciente habla libremente), que a diferencia de la población general, “...muchos pacientes (dieciséis) somáticamente enfermos tienen grandes dificultades para la expresión verbal de sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado hacia el exterior” (pág. 9).

Partiendo de lo anterior, se pudo concluir que los síntomas psicossomáticos desencadenados en estos individuos, no son entendidos como tal, sino que se les da una explicación netamente biológica, lo que los lleva a ubicar las dolencias en el cuerpo, y por ende, a hacer una demanda de tipo corporal, donde se deja a un lado la parte emocional, permitiendo el desarrollo de comportamientos alexitímicos (Ruiz, 2016, p.11).

Habría que decir también, que el artículo anterior es útil e importante para esta investigación, ya que muestra la afección psicossomática que desencadena la alexitimia. Esto evidencia, al igual que las otras investigaciones realizadas en la población general, que lo psicossomático tiene diversas fuentes de origen, y a su vez, que tiene diversas maneras de expresión, sin perder las afecciones biológicas como el punto en común. Estas maneras de expresión tienen su punto de salida a través de enfermedades gástricas, cardiovasculares y otros síntomas relacionados como el mareo, la taquicardia, la sudoración, etc.

En segunda instancia, tomando en cuenta las investigaciones realizadas en población general acerca de los síntomas psicopatológicos asociados a las enfermedades mentales, se encontró una investigación realizada en la región Andina, Pacífica y Atlántica de Colombia en el año 2010, en la cual participaron 490 personas que acudían de manera constante a puntos de prestación de servicios psicológicos. Allí, se identificó la prevalencia de las enfermedades mentales, a través del registro de síntomas psicopatológicos develados en la aplicación de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, por sus siglas en inglés), así como los factores de riesgo asociados (Londoño et al, p. 62).

A partir de la interpretación de los datos recolectados, mostraron que el trastorno depresivo mayor es uno de los trastornos de más alto padecimiento en la población colombiana; en segundo lugar, se encuentra el trastorno de angustia; en tercer lugar, está la fobia social y en cuarto lugar, otros trastornos que se asocian con el uso de sustancias no alcohólicas. Dichos resultados concuerdan con un balance realizado por el Ministerio de Protección Social en el año

2003 donde el 14.9% de mujeres y el 8.6% de hombres, tenían antecedentes de haber vivido un episodio depresivo. (Londoño et al, p. 60).

Por otro lado, Arrivillaga et al, Rueda et al, y Urrego citados en Londoño (2010) reportaron que varias investigaciones entre los años 2002, 2003 y 2008, pudieron identificar factores sociales, culturales, económicos y ambientales, que influían de manera significativa en la aparición de síntomas psicopatológicos asociados a las enfermedades mentales, a la vez que estresores psicosociales y ambientales como: el desempleo, el cambio de trabajo, la insatisfacción laboral, las problemáticas presente entre jefe y empleados o compañeros de trabajo, que pueden llegar a generar en las personas, fobia social, depresión y ansiedad (p. 66). Asimismo, los factores sociodemográficos asociados al padecimiento y la prevalencia de trastornos mentales, que son: edad de inicio del trastorno, sexo, raza, educación, estado civil, nivel de ingresos, estado ocupacional, estrato socioeconómico, área geográfica y desplazamiento (Campo-Arias, A., & Cassiani, A., 2008, p 602-605).

A su vez, dos estudios en Colombia, dieron cuenta de la prevalencia de enfermedades mentales en la población colombiana, por medio del registro de síntomas psicopatológicos por parte de los mismos. El primero fue realizado por la Defensoría del Pueblo de Colombia en el 2008, dando a saber que la depresión está en el primer rango de problemas vividos con un 19.6% de población enferma, seguido de los trastornos del sueño con un 15%, la dependencia de sustancias psicoactivas con un 12%, el déficit de atención con un 12%, el estrés postraumático con un 6% y el pánico con un 3% (Gómez, V. & Moreno, L. 2009, p. 394). El segundo estudio, fue un balance realizado por el Ministerio de Protección Social de Colombia en el año 2003, demostrando que los trastornos más frecuentes en la población colombiana eran: la ansiedad con una prevalencia del 19,3%, los trastornos del ánimo con un 15,0% y los trastornos por uso de sustancias con un 10,6% (Gómez, V. & Moreno, L. 2009, p. 394).

En síntesis, estas investigaciones, nos permiten dar cuenta que las somatizaciones y los síntomas psicopatológicos asociados a las enfermedades mentales, son transversales a cualquier tipo de población. Sin embargo, estas parecen ahondarse en la labor docente. A modo de ejemplificación, se puede señalar una investigación realizada con 274 profesoras de Guadalajara. Para evaluar su salud mental, Aldrete, León, González, Medina, Contreras y Pérez (2013) aplicaron el cuestionario general de la salud de Goldberg (GHQ-30), donde lograron evidenciar que el 25% de la muestra seleccionada, presentaba síntomas psicopatológicos. Además, evidenciaron que la mayoría de los problemas estaban asociados a los trastornos del sueño, en segundo lugar, a enfermedades psicosomáticas, a la cual le siguieron las dimensiones de alteraciones de la conducta, relaciones interpersonales y de ansiedad y depresión. Por último, se consideró la edad y un gran número de horas laboradas como factores de riesgo, es decir, a mayor edad y mayor número de horas laboradas, mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales.

Por otro lado, un estudio transversal realizado por Sieglin, V. (2014) con una muestra de 733 docentes de 28 instituciones universitarias estatales públicas de México y la UNAM, logró determinar cuáles son los trastornos psicosomáticos más presentes en dicha población, de los cuales un 45.4% no reportó trastorno somático alguno, respecto a un 54.6% que había manifestado sí padecer uno o más trastornos psicosomáticos o somáticos.

Para ello se utilizaron dos instrumentos evaluativos; en el primero se evidenció la existencia de trastornos depresivos y ansiosos con manifestaciones somáticas más comunes (síntomas gastrointestinales, temblores, sudoraciones, fatiga, dolores musculo esqueléticos y cefaleas). En el segundo instrumento, se halló 15 trastornos psicosomáticos o somáticos presentes en docentes, 5 años a priori a la encuesta. Los resultados fueron los siguientes: “Eccema, urticaria, dermatosis, bulimia, anorexia, presión alta, trastornos cardiovasculares, disfunción sexual, parálisis facial, úlcera péptica, cambios hormonales medicamente no

explicables, trastornos psicogénicos de la vista, del habla y/o del oído, anestésicos médicamente no explicables, parálisis psicogénicas y tics” (Sieglin, V. 2014, p. 31).

Este estudio concluye, exponiendo que los trastornos psicósomáticos o somáticos son el resultado de ambientes laborales altamente exigentes y que no son balanceados por otro tipo de estrategias compensatorias para la salud del docente y que amenazan con destruir no sólo su salud física, sino también sus relaciones afectivas y laborales.

A su vez, un estudio realizado con los docentes de la Universidad técnica de Manabí, en Ecuador por Alejandro Cerón en el 2014, midió los riesgos psicosociales y su incidencia en las enfermedades psicósomáticas, donde se encontró que “Las enfermedades psicósomáticas en los docentes fueron dérmicas, músculo esqueléticas, respiratorias, circulatorias, cefalea tensional, enfermedades gastrointestinales, enfermedades endocrinas, enfermedades genitourinarias y del sistema nervioso” (Cerón, 2014, p. XV), las cuales se veían mayormente influenciadas por la ausencia de control del tiempo a disposición (elección de los tiempos de descanso y vacaciones) y por la doble presencia, es decir, realizar múltiples tareas que requieren de la presencia del docente en casa y en el trabajo.

Asimismo, en un estudio con 10 docentes de Ibagué, Rubio, Villareal, Pérez y Guzmán (2013), aplicaron el *Screening de trastorno por somatización* de Othmer y Desouza, el cual más allá de medir el trastorno por somatización, mide síntomas fisiológicos relacionados con alteraciones en el estado de ánimo, especialmente, la ansiedad, los cuales, a su vez, se presentan en las enfermedades psicósomáticas, tales como la dificultad para tragar y respirar. Asimismo, se aplicó el *Cuestionario de estrategias de afrontamiento frente al estrés (CAE)*, el cual mide diferentes estilos de afrontamiento: Búsqueda de apoyo social, expresión emocional abierta, religión, focalización en la solución del problema, evitación, autofocalización negativa y reevaluación positiva. Los resultados arrojaron que el 30% de los profesores tenían tendencias a

sufrir de trastorno por somatización, ya que afirmaron sufrir de los síntomas evaluados por el test correspondiente. Además, una vez relacionados los resultados de ambos test, se logró encontrar una correlación entre somatización y búsqueda de apoyo social, y expresión emocional abierta, es decir, los docentes con tendencias a sufrir de trastorno por somatización, se caracterizaban por tener búsqueda de apoyo social y expresión emocional como estilos de afrontamiento.

Retomando la investigación, se encontró en segundo lugar, la disfonía y las enfermedades musculoesqueléticas con un 38%. Asimismo, se evidenció que los trastornos del sueño, la ansiedad y la fatiga estaban presentes en un tercio de la población, lo cual creen los autores, está relacionado con el distrés. Por último, se encontró que quienes realizaban en menor cantidad actividades extralaborales, tendían a presentar un mayor número de trastornos mentales (depresión, distrés, fatiga y ansiedad). Por el contrario, se observó que quienes desarrollaban actividades de manera continua en el tiempo libre, no presentaban ninguno de los trastornos mencionados anteriormente ni los síntomas psicopatológicos asociados a éstas.

Por otro lado, una investigación llamada *Condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente en profesores de enseñanza media de Santiago de Chile*, Rodrigo Cornejo (2009) midió diferentes variables en 45 establecimientos educacionales, entre ellas, evaluó la salud mental de los profesores por medio de la aplicación del screening test GHQ-12 de Goldberg, y por medio de un autorreporte de enfermedades padecidas por los profesores. Con el test de Goldberg, encontró que sólo un 6% padecían altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo, los profesores reportaron haber tenido una serie de enfermedades durante los dos años anteriores, dentro de las cuales se encontraba la depresión con un 13,2% y el estrés con un 13,9%. Asimismo, reportaron diferentes síntomas que pueden estar asociados a lo psicósomático, como la hipertensión (11,5%) y el colon irritable (21,6%). Estos resultados variaban de acuerdo al género, pues se encontró que “Las mujeres tienden a enfermarse más que los hombres, en tanto, a mayor edad, se presentan mayores niveles de enfermedad” (Cornejo, 2009, p.415).

A modo de conclusión, aunque la presencia de los síntomas de las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos asociados a algunas enfermedades mentales sean atribuidos a otras causas o no se les dé la debida importancia, es una problemática que está presente en los niveles primarios de atención en la salud y que repercuten seriamente en otras áreas además de la mental, ya que aparte de que estos síntomas no son atendidos porque no son detectados por el paciente o el médico, no existen suficientes programas de prevención que le permitan identificarlos a tiempo, para su debida disminución. Además, estos programas de prevención son relevantes, puesto que hay una alta prevalencia de síntomas psicopatológicos asociados a algunas enfermedades mentales en la población, tales como la ansiedad, la depresión, la fobia social, los trastornos del sueño, entre otros; así como hay un alto porcentaje de síntomas psicósomáticos tales como la dermatitis, la fatiga, los problemas digestivos, la fibromialgia, entre otros.

Marco teórico

“Un incorrecto funcionamiento de la psique puede hacer mucho para herir al cuerpo, al igual que una enfermedad corporal puede afectar a la psique. La psique y el cuerpo no son entidades separadas, sino una en la misma existencia” (Jung, citado en la Sociedad Analítica de Psicología, 2011, p.37).

Las enfermedades psicosomáticas causan angustia y discapacidad, ya que son enfermedades que no obedecen ninguna regla y pueden afectar cualquier parte del cuerpo. En algunas personas puede ocasionar dolor, en otras, palpitaciones, temblor, fatiga, impedimentos en el habla, entumecimiento, y en otros casos, poco comunes, pero bastante extremos, puede causar parálisis y convulsiones. Estas enfermedades se caracterizan por no tener ninguna explicación médica, lo cual no significa que todas las afecciones que están por fuera del entendimiento médico sean psicosomáticas, pues siempre va a haber cosas inexplicables y misteriosas para la ciencia médica. Pero cuando hablamos de enfermedades psicosomáticas, debemos remitirnos a aquellos padecimientos físicos que, aunque no encuentran explicación médica, se encuentra su razón de ser en el campo psicológico y conductual (O’Sullivan, 2017).

Del mismo modo, O’Sullivan (2017) considera que “Los desórdenes psicosomáticos son síntomas físicos que enmascaran la angustia emocional. La misma naturaleza de la presentación de los síntomas físicos esconde la angustia como raíz” (p. 74). Esta misma autora señala que las personas vivencian los síntomas físicos para no experimentar la angustia que existe en su interior. Asimismo, señala que las discapacidades ocasionadas por las enfermedades psicosomáticas, tienen un propósito importante: “Cuando las palabras no están disponibles, nuestros cuerpos a veces, hablan por nosotros y tenemos que escucharlos” (O’Sullivan, 2017, p.74).

Por otro lado, es importante mencionar que las enfermedades psicosomáticas están reconocidas por el campo médico, debido a la relación mente-cuerpo. Este reconocimiento se hace desde lo psicosomático como una patología. Según el DSM V, el desorden de síntomas

somáticos (el cual es diferente a la enfermedad psicósomática, la cual no está clasificada como patología) designa “Un desorden mental que causa síntomas físicos similares a aquellos observados en enfermedades, pero para los cuales no hay una causa física identificable...es un desorden de conversión, el cual implica pérdida de la función corporal, como parálisis y ceguera” (O’Sullivan, 2017, p.77). Asimismo, dentro de los criterios que ofrece el DSM V para diagnosticar este desorden, se encuentran:

- “Trastorno de ansiedad por enfermedad, incluyendo preocupación excesiva y persistente por desarrollar una enfermedad grave.
- Trastorno por dolor.
- Trastorno dismórfico corporal, marcado por una excesiva preocupación por la percepción de un defecto en la apariencia física” (O’Sullivan, 2017, p.77).

De otro modo, retomando las enfermedades psicósomáticas, Casas et al. (2000), nos ofrece una lista de caracterización:

La presencia de una extensa lista de síntomas inespecíficos de larga duración, que pueden implicar a diversos órganos y funciones, y por lo cuales el paciente ha recibido múltiples diagnósticos y tratamientos, también inespecíficos, sin que haya experimentado una mejora importante (p.545).

Asimismo, estos autores, resaltan que las personas que las padecen, sienten una profunda preocupación por los síntomas físicos, lo que los lleva a realizar diversas visitas al médico, el cual no encontrará ningún tipo de anomalía biológica; aunque este profesional no encuentre ningún resultado desfavorable, el paciente seguirá preocupado por sus síntomas, por lo que ve una posibilidad de aliviarlos sometiéndose a diferentes tratamientos, los cuales no le proporcionarán ningún tipo de mejoría. Estos autores recalcan que los americanos han “Acuñado el término doctor shopping para referirse a este hábito de ir al médico como quien va de compras” (Casas, et al., 2000, p.540). Complementando esta idea, Barsky, Orav y Bates (Citado en Baeza *et al*, 2011), señalan que los pacientes con enfermedades psicósomáticas, tienden a

aceptar la ayuda médica, pero a rechazar las derivaciones a psicología y psiquiatría, negando la incidencia de lo psicosocial en sus síntomas.

Como se había mencionado anteriormente, estos síntomas sin explicación fisiológica (presentados en las enfermedades psicosomáticas y en el trastorno por somatización), pueden ser entendidos por el ámbito psicológico, motivo por el cual es importante que este tipo de pacientes, además de recibir tratamiento médico para los síntomas significativos, sean remitidos al área de psicología, la cual determinará si se debe establecer una ruta a psiquiatría, para que así, pueda ahondarse en aquellos asuntos no resueltos que están haciendo eco en el cuerpo del paciente. De lo contrario, estos pacientes no encontrarán una solución a sus síntomas, sino un alivio temporal, por lo que no solo se les califica como intratables, sin remedio, sino que también, recurrirán a un abuso de fármacos, especialmente a aquellos que aliviarán sus padecimientos, como los analgésicos y los sedantes.

Pasando ahora a los factores predisponentes a las enfermedades psicosomáticas, Casas, et al. (2000) nos ofrece diferentes posibilidades. Por un lado, introduce que los somatizadores se caracterizan por ser sensibles a la hora de detectar anomalías en su cuerpo, anomalías que, aunque pueden no tener significación clínica, aquellos que padecen este trastorno, las perciben como nocivas y amenazantes, lo que los lleva a poner toda su atención sobre ellas (p.542). Por otro lado, recalca que estas personas se caracterizan por presentar un rasgo de personalidad denominado “Afectividad negativa”, donde se tiene una tendencia a la autoobservación, el negativismo y el catastrofismo (lo que explicaría no solo la importancia que le dan a la presentación de cualquier síntoma sin importar su gravedad, sino la percepción nociva y amenazante que tienen de éstos).

Del mismo modo, se puede destacar la importancia del papel de los padres cuando surgen los síntomas en el niño, pues si estos padres le dan mucha importancia a los síntomas, el niño puede utilizarlos para tener algún tipo de ganancia al estar enfermo, tal como el cuidado que se le

proporciona. Esto se puede extender a la adultez, donde la persona puede seguir obteniendo ventajas al enfermar, tales como ser eximido de algunas responsabilidades o recibir un trato especial (Casas, et al., 2000, p.542).

Frente a la ganancia de la enfermedad, Freud plantea dos tipos de ganancias: la ganancia primaria y la ganancia secundaria. Por un lado, la ganancia primaria de la enfermedad es el alivio del sufrimiento que genera el conflicto interno por medio de los síntomas. Por el otro lado, la ganancia secundaria es aquella que trae consigo la ganancia primaria, es decir, los beneficios que le proporciona el síntoma al sujeto. Esta ganancia se puede traducir en la huida a alguna situación a la que el psiquismo no es capaz de hacer frente. Lo anterior, es mejor dilucidado con un ejemplo que propone Freud (1916-17):

Un empeñoso obrero que se gana su sustento queda inválido por un accidente de trabajo; queda imposibilitado para trabajar, pero el desdichado recibe con el tiempo una pequeña pensión por accidente y aprende a sacar partido de su mutilación, como mendigo (p.349-350).

Es importante mencionar que también hay una perspectiva de las enfermedades psicósomáticas, derivada de la creencia de “La muerte por vudú”, la cual se caracteriza por ser una muerte repentina y misteriosa, debido a que se asociaba a una maldición. Cuando esta persona estaba a punto de morir, sentía temblores y escalofríos por todo el cuerpo, para finalmente morir (Casas, et al., 2000, p. 594).

Complementando lo anterior, en 1942, Cannon, se interesó por investigar este fenómeno, donde pudo concluir que esta muerte era real y que era ocasionada por la experiencia prolongada del pánico. El miedo causaba una descarga de adrenalina en el sujeto, lo que exacerbaba su respiración y frecuencia del latido, para desembocar finalmente, en una insuficiencia cardíaca. Además, otras investigaciones llevadas a cabo principalmente durante la Segunda Guerra Mundial, pudieron concluir que este fenómeno se presentaba también en algunos soldados

estadounidenses, los cuales fallecieron como producto del estrés ocasionado por el combate y por la convicción que tenían de su inminente muerte (Casas, et al., 2000, p. 594).

Habiendo dicho lo anterior, se pasará a describir algunos conceptos relacionados con las enfermedades psicosomáticas, así como se definirán algunos de los síntomas físicos que se presentan más comúnmente en éstas, para así, dilucidar la temática mencionada:

- Enfermedades o trastornos psicosomáticos: 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. Por lo general, estas alteraciones se presentan en un solo sistema orgánico, ya sea digestivo, respiratorio, cardiovascular, locomotor, endocrino, etc. Los trastornos psicosomáticos se dividen en dos grandes grupos, por un lado, están aquellos trastornos en los que las manifestaciones físicas son causadas por factores netamente psicológicos, y por otro lado, están aquellas enfermedades exclusivamente físicas que son alteradas o modificadas por los síntomas psicológicos. (p. 601).

-Trastornos somatomorfos: Según Casas et al. (2000), son aquellos que presentan síntomas físicos que pueden ser atribuidos a enfermedades orgánicas, pero en los cuales no se encuentra ningún daño orgánico o una explicación biológica a la aparición de este trastorno, por lo que los síntomas, se le atribuyen a factores psicológicos exclusivamente. (p. 601).

-Obsesiones y compulsiones: Las obsesiones según la cuarta edición del manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV), son definidas como “Ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y provocan ansiedad o malestar significativo” (citado en Ibáñez et al., 2001), las cuales suelen diferir de la realidad. Además, los temas que suelen girar alrededor de las obsesiones, están referidos a “la contaminación, las dudas repetitivas, necesidad de disponer las cosas según un

orden determinado, impulsos de carácter agresivo y horroroso y fantasías sexuales” (DSM-IV citado en Ibáñez, et al., 2001).

Por otro lado, las compulsiones son definidas por este mismo manual, como “comportamientos o actos mentales de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad o el malestar, pero no proporcionan placer o gratificación” (Citado en Ibáñez et al., 2001), es decir, la persona realiza rituales con el fin de reducir el malestar o la ansiedad que siente al presentarse la obsesión.

A partir de la unión de las compulsiones y obsesiones, se comienza a definir el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) como “Una idea, pensamiento, imagen, sentimiento o movimiento que se acompaña de una compulsión subjetiva y el deseo de resistirse a ella” (Pollit citado en Ibáñez, Olmedo, Peñate, González, 2001), en donde la persona atribuye lo anterior a causas externas, en lugar de internas, lo que constituye su misma patología.

Depresión: Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la depresión es una enfermedad descrita como un trastorno mental, caracterizado por los siguientes síntomas: “Tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (2017), que afectan el desempeño normal del individuo, respecto a los diversos ámbitos en los que éste se mueve diariamente (área laboral, área sentimental, entre otras). En ocasiones en las que la depresión va acompañada de ideaciones e intentos suicidas, se tendrá que medicar. Asimismo, puede ser categorizada como grave, moderada o leve (OMS, 2017).

Ansiedad: La ansiedad en el marco de salud mental, es comprendida y dividida en dos factores: el primero, como parte de la naturaleza emocional del individuo que se hace visible en situaciones determinadas y que genera reacciones en distintas situaciones estresantes, necesarias para la vida de éste. El segundo, como una patología que surge cuando dicha manifestación ansiosa “Sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona” (Guía

Práctica Clínica, 2008, p. 33), presentándose en ésta, alteraciones físicas, psicológicas y conductuales, así como los siguientes síntomas: “Presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo” (Guía Práctica Clínica, 2008, p. 33).

Ansiedad Fóbica: La ansiedad fóbica según el CIE-10 (citado en García y Magariños, 2000) es un conjunto de trastornos en los que la ansiedad puede presentarse sola o predominante en situaciones específicas que están alejadas de un peligro real. Dichas situaciones específicas, resultan ser para la persona que padece este trastorno, un motivo de evitación en el que imaginarse en la situación fóbica, le provoca paralelamente una ansiedad anticipatoria con síntomas de “Palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se asocia con temores secundarios a morir, perder el control o volverse loco” (p.109).

-Hostilidad: Iacovella y Triogla (2003) se sirven de varios autores como Barefoot, Price, Friedman y Smith, para conceptualizar la hostilidad:

La hostilidad es una serie de creencias, expectativas y actitudes negativas frente a las personas y las cosas, las cuales suelen ser estables y duraderas, así como son influenciadas en pequeña proporción por la parte genética, y en gran proporción por el ambiente en el cual se ha desenvuelto el sujeto a lo largo de su vida. Asimismo, la persona hostil suele ver a los otros como personas mezquinas, egoístas, deshonestas, antisociales, inmorales, malevolentes y representan una amenaza. Por lo anterior, la persona hostil tiende a crear ambientes de tensión y competitividad, debido a que son desconfiadas (no creen que nadie coopere sin un propósito determinado), competitivas, resentidas y se dan atribuciones altamente positivas en comparación a los otros (todo lo que hacen es correcto, mientras que las demás personas son ineptas e ignorantes).

-Psicoticismo: Para Cecílio, Bartholomeu, Marín, Bulhoca Y Fernandes (2005), las personas con puntuaciones altas en psicoticismo muestran una tendencia a la crueldad o insensibilidad, así como despreocupación frente a la relación con otros y a la soledad. Asimismo, alguna literatura muestra que estas personas tienden a la psicosis, ya que según Engler (Citado en Montaña, Palacios y Gantiva, 2009), la persona con psicoticismo “Se caracteriza por la pérdida o ausencia del principio de realidad connotado por la incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales o imaginados” (p. 93).

-Paranoia: Actualmente, debido a que se caracteriza principalmente por el delirio, es tomada como Trastorno Delirante, es decir, como una alteración de la percepción de la realidad en la cual hay una autorreferencia de grandeza, celotipia, entre otros, pero en el test, se hace referencia a la ideación paranoide, la cual es mejor explicada por el Trastorno de Personalidad Paranoide, el cual se caracteriza según la quinta versión del Manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-V) por:

A. Desconfianza y suspicacia intensa frente a los demás, de tal manera que sus motivos se interpretan como malévolos, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cuatro (o más) de los hechos siguientes:

1. Sospecha, sin base suficiente, de que los demás explotan, causan daño o decepcionan al individuo.
2. Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas.
3. Poca disposición a confiar en los demás, debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.
4. Lectura encubierta de significados denigrantes o amenazadores en comentarios o actos sin malicia.
5. Rencor persistente (es decir, no olvida los insultos, injurias o desaires).

6. Percepción de ataque a su carácter o reputación que no es apreciable por los demás y disposición a reaccionar rápidamente con enfado o a contraatacar.

7. Sospecha recurrente, sin justificación, respecto a la fidelidad del cónyuge o la pareja.

B. No se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia, un trastorno bipolar o un trastorno depresivo con características psicóticas, u otro trastorno psicótico, y no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p.360).

Sensitividad interpersonal: Los autores de la actualización del inventario de síntomas (Casullo y Pérez, 2008), la definen como la presencia de sentimientos de inferioridad en una persona, especialmente cuando se compara con otros; Aparte de esta definición, la conceptualización de esta dimensión no ha sido encontrada en la literatura bajo este nombre, sin embargo, se describirá el autoconcepto negativo y positivo, los cuales están ampliamente relacionados con esta dimensión:

Cazalla y Molero (2013) se sirven de diferentes autores, tales como Shavelson, Hubner, Stanton, García y Musitu, para definir el autoconcepto como las percepciones que una persona tiene sobre sí misma. Asimismo, el autoconcepto se considera un constructo, debido a que estas autopercepciones se crean a partir de la experiencia que la persona ha tenido a lo largo de su vida, así como la manera de interactuar con los otros (relaciones interpersonales). Además, es multidimensional, pues este concepto se extiende a la percepción que la persona tiene de sí en diferentes áreas, tales como la física, la espiritual, la social, entre otras.

Harter (citado en Cazalla y Molero, 2013), menciona que el autoconcepto general o global va a estar determinado de acuerdo al grado de importancia que le demos a cada uno de los componentes específicos del mismo, es decir, “Si al autodescribirnos nuestros juicios de valor son satisfactorios, entonces obtendremos un autoconcepto global positivo. En el caso contrario,

generaremos sentimientos negativos y, por tanto, repercutirá en un autoconcepto global negativo” (p.44).

Por último, Clark, Cledes y Bark resaltan el papel importante que cobra el autoconcepto en la formación de la personalidad y la relación que tiene con la competencia social, la cual tiene influencia sobre la manera en que la persona siente, aprende, piensa, se comporta, se relaciona y se valora (citados en Cazalla y Molero, 2013, p.44).

-Cefalea: Es también conocida como dolor de cabeza. El comité de la sociedad internacional de cefaleas (citado por Casas, et al., 2000, p. 532) destaca una clasificación importante, donde se encuentran las cefaleas primarias y las secundarias. Entre las primarias están los traumatismos craneales, trastornos vasculares, procesos infecciosos, alteraciones metabólicas y neuralgias. Estas últimas ocasionan las cefaleas secundarias, las cuales pueden estar asociadas también, a un consumo excesivo de ciertas sustancias como el alcohol, la cafeína y los mismos analgésicos, que consumidos en gran cantidad, dejan de cumplir su función principal de aliviar el dolor de las cefaleas. Un tipo de cefalea que sobresale, es la cefalea tensional, la cual es producida por factores psicológicos; aparece como una respuesta ante el estrés y consiste en la tensión de la musculatura alrededor del cuello y el cráneo.

-Fibromialgia: Según Casas, et al. (2000), es un síndrome crónico caracterizado por un dolor musculoesquelético que se extiende en todo el cuerpo. Asimismo, estas personas suelen tener otro tipo de alteraciones, tales como un sueño no reparador, fatiga, hinchazón en manos y pies, sensación de frío en las extremidades y alteraciones anímicas. Un rasgo llamativo de este síndrome, es la presentación de tender points o puntos blandos, los cuales se caracterizan por ser las zonas del cuerpo más sensibles, ya que al ser presionadas suavemente, generan dolor (p.536).

-Colitis ulcerosa: Según Casas, et al. (2000), se caracteriza por una inflamación que ataca la mucosa del colon y del recto, lo que hace que haya un aumento de las deposiciones, pero con disminución en las heces, las cuales suelen estar acompañadas por sangre y por mucosa. Esta

enfermedad suele aparecer en personas que son muy susceptibles a la opinión y el rechazo de los demás, lo que los hace poseer una baja autoestima y dependencia del vínculo social (p.606).

-Síndrome de colon irritable: Según Casas, et al. (2000), se caracteriza por cambios en los hábitos intestinales, dolor y flatulencias. Además, se ha asociado la presencia de este síndrome a sintomatología ansiosa y depresiva (p. 607).

-Úlcera gastroduodenal: Según Casas, et al. (2000), se presenta por un exceso en la secreción de ácido clorhídrico y pepsina, lo que altera el equilibrio de la mucosa gastroduodenal. Se caracteriza por la pérdida de apetito, la sensación de ardor o quemazón (pirosis), vómitos y por un fuerte dolor que solo es aliviado con la ingesta de alimentos o sustancias alcalinas como la leche. La diferencia entre la úlcera gástrica y duodenal, es que la gástrica se presenta en la parte inferior del estómago, mientras que la otra, se presenta en el inicio del duodeno. En la úlcera duodenal, ha sido demostrado que la tensión puede agravar o precipitar las crisis (p. 607).

-Síndrome de hiperventilación: Según Casas, et al. (2000), la hiperventilación es un síndrome en el que la persona que lo experimenta, siente que le falta el aire y que se ahoga. Fisiológicamente, es asociado a situaciones de miedo, ira o angustia. Esta sensación de falta de aire, hace que la persona tome profundos suspiros con mayor rapidez e intensidad, lo que agrava la crisis. Algunos de los síntomas que presenta la persona cuando está pasando por la crisis, son los espasmos, vértigo, visión borrosa, temblor, palpitaciones, entre otros. La hiperventilación es asociada a la ansiedad o angustia (p. 608).

-Alexitimia: Según Casas, et al. (2000), la palabra alexitimia traduce literalmente “Sin palabras para las emociones” (p. 604). Estas personas no tienen la capacidad de expresarse ni verbal ni corporalmente. Son personas que, al no saber reconocer sus emociones, se les dificulta diferenciar entre sus sentimientos y sus sensaciones corporales. La alexitimia es un factor de riesgo en las enfermedades psicósomáticas, ya que la mayoría de personas que sufren de síntomas somáticos, presentan un perfil alexitímico, es decir, las personas alexitímicas, al no

describir sus emociones, describen todo tipo de síntomas corporales propios de las enfermedades psicosomáticas, tales como problemas digestivos, respiratorios y cardiovasculares. Esto es posible debido a la respuesta de la persona alexitímica ante situaciones estresantes o con una alta carga emocional; ya que su dificultad para reconocer las propias emociones, hace que no pueda generar un aprendizaje de la experiencia, y tenderá a repetirla, exponiéndose reiteradamente a una situación que puede ser estresante o dolorosa, pero que la persona no identifica como tal. Asimismo, estas personas se identifican por ser poco soñadoras y más concretistas, lo que conllevará a que ante una dificultad, opten por la resolución de problemas, lo que genera más ansiedad, puesto que es más difícil cambiar los factores externos (el problema) que los factores internos (la percepción o actitud frente al problema) (Casas, et al., 2000, p. 604).

Marco legal

Por último, es pertinente considerar los parámetros legales con los cuales cuentan los docentes en materia de salud física y salud mental, los cuales ayudarán a clarificar cómo lo reglamentario cobra relevancia en la labor docente. En primera instancia, es importante señalar algunas nociones acerca de educación formal y la educación básica obligatoria, que ayudarán a dar un panorama general de la educación de la cual hacen parte los docentes. La educación básica es definida en la Ley de Educación General, artículo 10, como:

Aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas, y conducente a grados y título...tiene por objeto desarrollar en el educando conocimientos, habilidades, aptitudes y valores mediante los cuales las personas pueden fundamentar su desarrollo en forma permanente (Ministerio de educación, 1994, p.3)

Frente a la educación básica obligatoria, la ley de educación general en el artículo 19d plantea que corresponde a la educación primaria y secundaria, “Comprende 9 grados y se estructurará en torno a un currículo común, conformado por las áreas fundamentales del conocimiento y de la actividad humana” (Ministerio de educación, 1994, p. 6).

Igualmente, se enunciarán las leyes y reglamentos que respaldan la salud mental de los ciudadanos, en este caso, los docentes:

En primera instancia, el Ministerio de Salud en la *Resolución 2357 de 1998*, resalta la importancia de la Salud Mental dentro del marco de una Salud Integral perteneciente a los colombianos, la cual, se expone, es un derecho fundamental y los “Problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades, son actualmente de tal magnitud que deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública” (Ministerio de Salud, 1998, p. 2). Por lo tanto, el concepto de salud que define la OMS (Organización Mundial de la Salud) es retomado para estos aspectos de la ley, ya que la salud debe ser vista

como el complemento entre diferentes dimensiones, tales como la física, psicológica y social de la persona.

De igual manera, con la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud de la *Ley 100 de 1993*, se pasa a considerar la Salud Mental como parte de los requerimientos fundamentales para el servicio público, entre los cuales se encuentra la implementación de herramientas como la promoción y prevención y un debido proceso para la calidad salubre y la protección integral; el *artículo 153, numeral 3* lo expone en función de una atención en salud integral a la población: “Fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia...” (Congreso de la República de Colombia, 1993, p. 43). Este Sistema de Seguridad Social en Salud, junto con la Política Nacional de Salud Mental, declaran que el cumplimiento de una Salud Mental deberá llevarse a cabo a partir de “La agrupación de objetivos y opciones estratégicas que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental” (Ministerio de Salud, 1998, p. 27), así como de la formulación de una Política de Salud Mental en Colombia que “Se sustenta en la situación presentada y en la existencia de una clara voluntad política para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población (Ministerio de Salud, 1998, p. 27).

Tomando en cuenta lo anterior, *el artículo 3 de la ley 1616 de 2013*, define la Salud Mental como un estado dinámico, el cual es expresado a través del:

Comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 2013, p.1).

Por tal motivo, *en el artículo 5, numeral 1 al 4* se ahonda en el establecimiento de las formas de aplicación para dicha ley, teniendo en cuenta la promoción de la salud mental, la prevención de enfermedades y la atención integral e integrada. Aunado a esto, el *artículo 9*, en

donde se expone la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales en el ámbito laboral, para lo cual le concierne a las *Administradoras de Riesgos Laborales* generar:

Estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores (Congreso de la República de Colombia, 2013, p. 5).

De la misma manera, en la *Resolución 1016 de 1989, Artículo 10*, se plantea que dentro de los subprogramas de la medicina preventiva y del trabajo, se tiene como finalidad primordial “La promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores de riesgo ocupacionales, ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psicofisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo” (Min de Trabajo y Seguridad Social, 1989, párr. 15).

Considerando el *Decreto 1443 de 2014*, artículo 3 en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), tiene como responsabilidad prevenir “Las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores” (Ministerio de Trabajo, 2014, p. 5) y como objetivo, “Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones” (Ministerio de Trabajo, 2014, p. 6). El artículo anterior, se encuentra relacionado directamente al *Decreto 614 de 1984, artículo 2 (apartado c)*, el cual expone que la Salud Ocupacional debe “Proteger a la persona contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo” (Ministerio de Trabajo, 1984, p. 1).

Por último, en la *Resolución 002646 de 2008* para la intervención de los factores psicosociales presentes en el trabajo y sus efectos, según el Ministerio de la Protección Social, *artículo 13*, la priorización de éstos, debe considerarse de acuerdo al *apartado 3*: “Su asociación estadística con efectos negativos sobre el trabajo o los trabajadores, resultado del análisis epidemiológico de la empresa” (Ministerio de la Protección Social, 2008), a las actividades educativas y formativas con los trabajadores a fin de modificar actitudes o respuestas situacionales (*numeral 4*). Éstas “Deben formar parte de un programa continuo y realizarse de manera paralela a la modificación de las condiciones de trabajo, aplicando técnicas de educación para adultos” (Ministerio de la Protección Social, 2008), y los “Procesos de inducción, reinducción, entrenamiento y capacitación facilitarán el conocimiento y la motivación de los trabajadores sobre los factores que afectan su salud y su bienestar” (*numeral 5*) (Ministerio de la protección social, 2008).

Marco Ético

La investigación está regida por toda la normatividad que concierne a la Investigación con seres humanos, contemplada internacionalmente por El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la OMS, así como el principio ético de Beneficencia. También se contemplan 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” y para lo cual se utilizará un Consentimiento Informado entre los participantes, todos ellos mayores de edad.

Así también se tendrán 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.

Diseño metodológico

Esta investigación tiene como soporte un enfoque cuantitativo de tipo correlacional con corte transversal, en donde el enfoque cuantitativo se implementa para la recolección de datos del cual se podrá obtener resultados neutrales y con criterios de objetividad. Según Galeano (2004) en un enfoque cuantitativo se pretende dar explicación a una realidad social a partir del análisis de una perspectiva externa y objetiva, en donde se busca “La exactitud de mediciones o indicadores sociales con el fin de generalizar sus resultados a poblaciones o situaciones amplias. Trabajan fundamentalmente con el número, el dato cuantificable” (citado por Thomas, Nelson & Silverman, 2005).

Asimismo, el tipo correlacional se debe a la descripción de la reciprocidad entre una o más variables, que se entrelazan al corte transversal, ya que los instrumentos serán aplicados en un solo momento (Ferrer, J., 2010).

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 188 docentes.

Criterios de inclusión:

- Ser docentes de carrera de las Instituciones Educativas del Municipio de Envigado

Criterios de exclusión:

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

Instrumentos de Evaluación:

- **SCL-90-R o Inventario de Síntomas de L. Derogatis:** Según Casullo y Pérez (2008),

este test evalúa patrones de síntomas psicológicos y psicopatológicos presentes en individuos y está conformado por:

- **Nueve dimensiones primarias de síntomas:**

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC).

Y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
- 3) Total de síntomas positivos (TP) (p.1).

Confiabilidad y validez: Aunque en este trabajo de grado se utilizará la actualización del Test realizada por Marcelo Pérez en 2008, a la adaptación de Martina Casullo en 1999 y 2004; se expondrán datos de confiabilidad y validez de la adaptación original del Test, realizada por Leonard Derogatis en 1975.

Así, Roberto Sánchez y Rubén Ledesma (2009) en su artículo *Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica*, dicen que: “Se obtuvieron buenos niveles de consistencia interna para todas las escalas (Alfa de Cronbach de 0,72 a 0,86) y para el índice general (0,96)” (p. 265). De igual manera, Caparrós, Villar, Juan y Viñas (2007), en su trabajo investigativo *Symptom check-list-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios*, mencionan que: “La fiabilidad de la escala resulta muy

aceptable, con unos coeficientes de consistencia interna de las nueve dimensiones primarias y del GSI, que oscilan entre 0.69 y 0.97” (p.781), teniendo en cuenta que GSI es la abreviatura para Global Severity Index, que traduce al español, Índice de Severidad Global.

Operacionalización de variables

Tabla 1

Tabla de operacionalización de variables

Categoría	Subcategorías de calificación	Definición	Naturaleza: cuantitativas/cualitativas	Valor o código
Condiciones sociodemográficas	Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa	Hombre : 1- Mujer: 0
	Nivel de ingresos mensuales	Promedio de ingresos económicos.	Cuantitativa	Menos del salario mínimo: 1 Entre 1 y 2 salarios mínimos: 2 Más de 2 salarios mínimos: 3
Enfermedades psicosomáticas y otros síntomas	Somatizaciones (SOM)	Presencia de malestares que la persona	Cuantitativa	Número decimal

psicopatológicos		percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios). (Casullo & Pérez, 2008)		
	Obsesiones y compulsiones (OBS)	Síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados. (Casullo & Pérez, 2008)	Cuantitativa	Número decimal
	Sensitividad interpersonal (SI)	Presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes. (Casullo & Pérez, 2008)	Cuantitativa	Número decimal
	Depresión (DEP)	Manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones	Cuantitativa	Número decimal

		suicidas. (Casullo & Pérez, 2008)		
	Ansiedad (ANS)	Presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos. (Casullo & Pérez, 2008)	Cuantitativa	Número decimal
	Hostilidad (HOS)	Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo. (Casullo & Pérez, 2008)	Cuantitativa	Número decimal
	Ansiedad fóbica (FOB)	Una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca. (Casullo & Pérez, 2008)	Cuantitativa	Número decimal
	Ideación paranoide (PAR)	Comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de	Cuantitativa	Número decimal

		autonomía. (Casullo & Pérez, 2008)		
	Psicoticismo (PSIC).	Síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. (Casullo & Pérez, 2008)	Cuantitativa	Número decimal

Nota. En la **Tabla 1**, se muestra la descripción de las variables evaluadas en esta investigación. **Fuente.** Propia.

Plan de análisis.

Procedimiento de aplicación.

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

Procedimiento de aplicación.

- Análisis univariado: para variables cuantitativas se obtuvieron las medidas de tendencia central, dispersión y distribución.
- Análisis bivariado: Se realizó la prueba chi cuadrado de Pearson para identificar la asociación entre variables cualitativas, cuya hipótesis nula es que no existe asociación entre las variables, rechazándose la hipótesis nula cuando el valor de P es menor que 0.05.

Resultados esperados

Se generará un informe de investigación, que a su vez, hace parte del macro proyecto Estudio de salud mental con docentes de colegios públicos del municipio de Envigado, con el cual se pretende dar a conocer el estado de salud mental de los docentes, y así crear una posible estrategia de intervención por parte de la Alcaldía.

Compromisos

-Exposición de los resultados ante la comunidad académica de la Institución Universitaria de Envigado.

Estrategias de comunicación

- Póster
- Socialización de los resultados con los docentes que participaron en la investigación.

Resultados

Descripción de la Muestra

Tabla 2

Descripción de variable sexo y variable nivel de ingresos mensuales.

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	143	72.6
	Hombre	54	27.4
Nivel de ingresos mensuales	Menos del salario mínimo	1	.5
	Entre 1 y 2 salarios mínimos	9	4.6
	Más de 2 salarios mínimos	186	94.9

Nota. Según la **Tabla 2**, se encuentran los resultados generales de los datos sociodemográficos. **Fuente.** Propia.

En cuanto a la variable sexo, se puede evidenciar que la mayoría de la población docente que realizó el cuestionario, correspondía a las mujeres, siendo un número más bajo de participantes masculinos. En la variable nivel de ingresos mensuales, se puede observar cómo los docentes tienen mayormente un ingreso de más de dos salarios mínimos, seguido de aquellos que reciben entre 1 y 2 salarios mínimos. Y, por último, están aquellos que obtienen menos del salario mínimo.

Tabla 3

Puntuación general (Nueve Dimensiones Sintomáticas).

Dimensión	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Somatizaciones	Bajo	38	19.7
	Medio	117	60.6
	Alto	38	19.7
Obsesiones y Compulsiones	Bajo	59	30.6
	Medio	108	56.0
	Alto	26	13.5
Sensitividad Interpersonal	Bajo	67	34.7

	Medio	108	56.0
	Alto	18	9.3
Depresión	Bajo	66	34.2
	Medio	108	56.0
	Alto	19	9.8
Ansiedad	Bajo	85	44.0
	Medio	93	48.2
	Alto	15	7.8
Hostilidad	Bajo	47	24.5
	Medio	132	68.8
	Alto	13	6.8
Fobia	Bajo	88	45.6
	Medio	74	38.3
	Alto	31	16.1
Ideación Paranoide	Bajo	79	40.9
	Medio	100	51.8
	Alto	14	7.3
Psicoticismo	Bajo	75	38.9
	Medio	93	48.2
	Alto	25	13.0

Nota. Según la **Tabla 3**, se presentan los resultados obtenidos por los docentes, respecto a la presencia de síntomas en las nueve dimensiones. **Fuente.** Propia.

En primer lugar, prevaleció el nivel medio de presencia de síntomas psicopatológicos en los docentes evaluados. Específicamente, en las siguientes dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo, exceptuando la ansiedad fóbica, en la cual predominó el nivel bajo de presencia de síntomas psicopatológicos. De la misma manera, se encontró la prevalencia del nivel bajo en segundo lugar, en las siguientes dimensiones: obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, excluyéndose la dimensión de somatizaciones, considerándose a su vez, que en las dimensiones mencionadas anteriormente, se determinó en último lugar, el nivel alto de presencia de síntomas psicopatológicos.

Tabla 4
Índices globales del SCL-90 R.

Índice	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Global de severidad (IGS)	Bajo	86	44.6

Síntomas positivos (TSP)	Medio	85	44.0
	Alto	22	11.4
	Bajo	71	36.6
Malestar sintomático positivo (IMSP)	Medio	95	49.0
	Alto	28	14.4
	Bajo	76	39.4
	Medio	106	54.9
	Alto	11	5.7

Nota. Según la **Tabla 4**, se presentan los resultados de los índices globales para la interpretación de las nueve dimensiones sintomáticas. **Fuente.** Propia.

En el total de síntomas positivos y en el índice de malestar sintomático positivo, se halló en primera instancia el nivel medio, seguido del nivel bajo. Contrario a lo anterior, el índice de severidad global, reportó en primer lugar el nivel bajo, seguido del medio. Y tal como los otros índices, arrojó el nivel alto en último lugar.

Asociación entre Sexo, Nivel de Ingresos Mensuales y las Dimensiones del SCL-90-R

Tabla 5

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y somatización.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de somatización	Frecuencia nivel medio de somatización	Frecuencia nivel alto de somatización	X²	Valor P
Sexo				6.501	.039
Mujer	32(23.4)	77(56.2)	28(20.4)		
Hombre	4(8.0)	37(74.0)	9(18.0)		
Nivel de ingresos mensuales				6.205	.184
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	2(40.0)	3(60.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	29(21.2)	83(60.6)	25(18.2)		

Nota. Según la **Tabla 5**, se muestra la asociación entre variable sexo, nivel de ingresos y somatización. **Fuente.** Propia.

Se encontró una asociación entre la variable sexo y somatizaciones, dando como resultado un mayor porcentaje de mujeres en los niveles bajo y alto para la presencia de síntomas; comparado con los hombres, que presentaron un mayor porcentaje en el nivel medio. A pesar de que la variable nivel de ingresos mensuales no presentó una asociación significativa con la dimensión de somatizaciones, se encontró un mayor porcentaje de docentes que recibían menos de un salario mínimo, en el nivel alto de síntomas, seguido de aquellos que recibían más de dos salarios mínimos en el nivel medio.

Tabla 6

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y obsesiones y compulsiones.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de obsesiones y compulsiones	Frecuencia nivel medio de obsesiones y compulsiones	Frecuencia nivel alto de obsesiones y compulsiones	X²	Valor P
Sexo				.415	.813
Mujer	42(30.7)	78(56.9)	17(12.4)		
Hombre	15(30.0)	27(54.0)	8(16.0)		
Nivel de ingresos mensuales				9.799	.044
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	45(32.8)	77(56.2)	15(10.9)		

Nota. Según la **Tabla 6**, se muestran los resultados entre las variables sexo, nivel de ingresos y obsesiones y compulsiones. **Fuente.** Propia.

En esta dimensión, no se halló una asociación significativa con la variable sexo, sin embargo, los resultados arrojaron que en el nivel bajo y medio de presencia de síntomas fueron más prevalentes las mujeres, exceptuando el nivel alto, que correspondió la mayor prevalencia a los hombres. Por otro lado, sí se pudo asociar significativamente con la variable nivel de ingresos mensuales, donde se arrojó que aquellos docentes que recibían menos de un salario mínimo,

presentaban un nivel alto de obsesiones y compulsiones, seguido de un nivel medio en los que obtenían más de 2 salarios mínimos.

Tabla 7

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y sensibilidad interpersonal.

Variable Sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de sensibilidad interpersonal	Frecuencia nivel medio de sensibilidad interpersonal	Frecuencia nivel alto de sensibilidad interpersonal	X²	Valor P
Sexo				2.324	.313
Mujer	51(37.2)	75(54.7)	11(8.0)		
Hombre	13(26.0)	31(62.0)	6(12.0)		
Nivel de ingresos mensuales				14.152	.007
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	4(80.0)	1(20.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	49(35.8)	76(55.5)	12(8.8)		

Nota. Según la **Tabla 7**, se muestran los resultados entre las variables sexo, nivel de ingresos y sensibilidad interpersonal. **Fuente.** Propia.

Frente a la sensibilidad interpersonal, se registró como en la dimensión anterior, una asociación significativa con el nivel de ingresos mensuales, pero no con el sexo, considerándose mayores porcentajes en el nivel alto de presencia de síntomas en aquellos docentes clasificados en un nivel de ingresos mensuales menor a un salario mínimo. Aunque no se encontró una asociación significativa entre la variable sexo y sensibilidad interpersonal, es importante resaltar que los hombres reportaron mayores puntajes en el nivel medio y alto de presencia de síntomas.

Tabla 8

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y depresión.

Variable Sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de depresión	Frecuencia nivel medio de depresión	Frecuencia nivel alto de depresión	X²	Valor P
Sexo				1.938	.379

Mujer	50(36.5)	75(54.7)	12(8.8)		
Hombre	13(26.0)	31(62.0)	6(12.0)		
Nivel de ingresos mensuales				12.315	.015
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	1(20.0)	4(80.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	51(37.2)	75(54.7)	11(8.0)		

Nota. Según la **Tabla 8**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos y depresión. **Fuente.** Propia.

En esta dimensión, se encuentra nuevamente una asociación significativa con el nivel de ingresos, más no con el sexo, continuando a su vez, la prevalencia de los docentes que recibían menos de un salario mínimo en el nivel alto de la presencia de síntomas. Asimismo, frente a la variable *sexo*, se halló que los hombres prevalecieron en los niveles medio y alto de presencia de síntomas depresivos.

Tabla 9

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y ansiedad.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de ansiedad	Frecuencia nivel medio de ansiedad	Frecuencia nivel alto de ansiedad	X²	Valor P
Sexo				3.767	.152
Mujer	65(47.4)	64(46.7)	8(5.8)		
Hombre	17(34.0)	27(54.0)	6(12.0)		
Nivel de ingresos mensuales				1.765	.779
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	62(45.3)	65(47.4)	10(7.3)		

Nota. Según la **Tabla 9**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos y ansiedad. **Fuente.** Propia.

A diferencia de las dimensiones anteriores, en los resultados se pudo observar que no hay una asociación significativa estadísticamente entre las variables sexo y nivel de ingresos mensuales con la ansiedad. No obstante, los resultados arrojaron que los docentes que recibían menos de un salario mínimo, fueron aquellos que presentaron el porcentaje más alto en el nivel medio de la presencia de síntomas ansiosos. Frente a la variable sexo, fueron nuevamente los hombres aquellos que presentaron mayores puntajes en los niveles medios y altos de síntomas ansiosos.

Tabla 10

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y hostilidad.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de hostilidad	Frecuencia nivel medio de hostilidad	Frecuencia nivel alto de hostilidad	X²	Valor P
Sexo				2.688	.261
Mujer	33(24.3)	96(70.6)	7(5.1)		
Hombre	12(24.0)	32(64.0)	6(12.0)		
Nivel de ingresos mensuales				.905	.924
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	1(20.0)	4(80.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	35(25.7)	93(68.4)	8(5.9)		

Nota. Según la **Tabla 10**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos y hostilidad. **Fuente.** Propia.

En esta dimensión, tampoco se encontró una asociación significativa estadísticamente con el nivel de ingresos mensuales y el sexo. A pesar de esto, se halló que las mujeres fueron aquellas que representaron mayores puntajes en el nivel bajo y medio de presencia de síntomas hostiles, así como se encontró un mayor reporte de docentes clasificados en la categoría de menos de un salario mínimo para el nivel medio. Finalmente, aquellos docentes que reportaron ganar más de dos salarios mínimos se posicionaron con mayores puntajes en el nivel bajo y alto de presencia de síntomas psicopatológicos.

Tabla 11

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y ansiedad fóbica.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de ansiedad fóbica	Frecuencia nivel medio de ansiedad fóbica	Frecuencia nivel alto de ansiedad fóbica	X²	Valor P
Sexo				2.535	.282
Mujer	58(42.3)	58(42.3)	21(15.3)		
Hombre	27(54.0)	15(30.0)	8(16.0)		
Nivel de ingresos mensuales				6.781	.148
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	62(45.3)	55(40.1)	20(14.6)		

Nota. Según la **Tabla 11**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos y ansiedad fóbica.

Fuente. Propia.

En esta dimensión, se halló que no hay una asociación significativa entre la variable sexo y nivel de ingresos con la ansiedad fóbica. No obstante, se encontró que los hombres presentan mayor prevalencia en el registro de síntomas, respecto al nivel bajo y alto. Adicionalmente, quienes reportaron mayores puntajes en el nivel alto de ansiedad fóbica, fueron los docentes con menos de un salario mínimo.

Tabla 12

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales e ideación paranoide.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de ideación paranoide	Frecuencia nivel medio de ideación paranoide	Frecuencia nivel alto de ideación paranoide	X²	Valor P
Sexo				.117	.943
Mujer	56(40.9)	72(52.6)	9(6.6)		
Hombre	20(40.0)	26(52.0)	4(8.0)		
Nivel de ingresos				1.199	.878

mensuales

Menos de un salario mínimo	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)
Entre 1 y 2 salarios mínimos	2(40.0)	3(60.0)	0(0.0)
Más de 2 salarios mínimos	56(40.9)	73(53.3)	8(5.8)

Nota. Según la **Tabla 12**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos e ideación paranoide. **Fuente.** Propia.

En la dimensión de ideación paranoide, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el sexo y el nivel de ingresos mensuales. Sin embargo, los resultados dejan entrever que las personas con mayores puntajes en los niveles bajo y medio de presencia de síntomas, fueron las mujeres. Por otra parte, se halló un nivel medio de los síntomas de ideación paranoide más prevalente en aquellos docentes que recibían menos de un salario mínimo, prevaleciendo así, en un nivel bajo y alto, quienes reportaron ganar más de dos salarios mínimos.

Tabla 13

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y psicoticismo.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de psicoticismo	Frecuencia nivel medio de psicoticismo	Frecuencia nivel alto de psicoticismo	X²	Valor P
Sexo				2.081	.353
Mujer	52(38.0)	70(51.1)	15(10.9)		
Hombre	20(40.0)	21(42.0)	9(18.0)		
Nivel de ingresos mensuales				9.114	.058
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	3(60.0)	2(40.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	54(39.4)	68(49.6)	15(10.9)		

Nota. Según la **Tabla 13**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos mensuales y psicoticismo. **Fuente.** Propia.

En esta dimensión, los resultados arrojados, dan cuenta que entre la variable sexo y psicoticismo, no hubo una asociación significativa; sin embargo, hubo un mayor reporte por los hombres, en los niveles altos y bajos de la presencia de síntomas. Al igual que con la variable nivel de ingresos mensuales, evidenciando un nivel alto en presencia de síntomas en los docentes que recibían menos de un salario mínimo.

Tabla 14

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales e índice de severidad global.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de índice de severidad global	Frecuencia nivel medio de índice de severidad global	Frecuencia nivel alto de índice de severidad global	X²	Valor P
Sexo				1.610	.447
Mujer	64(46.7)	57(41.6)	16(11.7)		
Hombre	19(38.0)	23(52.0)	5(10.0)		
Nivel de ingresos mensuales				11.108	.025
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	4(80.0)	1(20.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	61(44.5)	62(45.3)	14(10.2)		

Nota. Según la **Tabla 14**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos mensuales e índice de severidad global. **Fuente.** Propia.

Los resultados arrojados, dieron cuenta de que no hay una asociación significativa entre la variable sexo y el índice de severidad global. No obstante, se halló que son las mujeres quienes presentan mayores puntajes en los niveles bajos y altos de este índice. Por su parte, se encontró asociación significativa entre la variable nivel de ingresos mensuales y el índice de severidad global, donde el nivel alto fue reportado por aquellos docentes que recibían menos de un salario mínimo.

Tabla 15

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y el índice total de síntomas positivos.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de total de síntomas positivos	Frecuencia nivel medio de total de síntomas positivos	Frecuencia nivel alto de total de síntomas positivos	X²	Valor P
Sexo				2.695	.260
Mujer	54(39.4)	64(46.7)	19(13.9)		
Hombre	14(28.0)	30(60.0)	6(12.0)		
Nivel de ingresos mensuales				10.961	.027
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	0(0.0)	1(100.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	4(80.0)	1(20.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	53(38.7)	68(49.6)	16(11.7)		

Nota. Según la **Tabla 15**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos mensuales y el índice total de síntomas. **Fuente.** Propia.

En este índice, se evidencia una asociación significativa con el nivel de ingresos mensuales, más no con la variable sexo. De esta manera, se puede evidenciar que aquellos docentes con mayores puntajes en el nivel alto de presencia de síntomas, fueron los que pertenecían a la categoría *menos de un salario mínimo* y en el nivel medio se posicionaron los docentes que ganaban más de 2 salarios mínimos. Respecto a la variable sexo, aunque la asociación no fue significativa, se halló que las mujeres presentaban puntajes más altos en los niveles bajos y altos de presencia de síntomas.

Tabla 16

Asociación entre variables sexo, nivel de ingresos mensuales y el índice de malestar sintomático positivo.

Variable sociodemográfica	Frecuencia nivel bajo de índice de malestar sintomático positivo	Frecuencia nivel medio de índice de malestar sintomático positivo	Frecuencia nivel alto de índice de malestar sintomático positivo	X²	Valor P
----------------------------------	---	--	---	----------------------	----------------

Sexo				1.572	.456
Mujer	51(37.2)	79(57.7)	7(5.1)		
Hombre	22(44.0)	24(48.0)	4(8.0)		
Nivel de ingresos mensuales				1.000	.910
Menos de un salario mínimo	0(0.0)	1(100.0)	0(0.0)		
Entre 1 y 2 salarios mínimos	2(40.0)	3(60.0)	0(0.0)		
Más de 2 salarios mínimos	51(37.2)	79(57.7)	7(5.1)		

Nota. Según la **Tabla 16**, se muestran los resultados de las variables sexo, nivel de ingresos mensuales y el índice de malestar sintomático positivo. **Fuente.** Propia.

En este índice, se arrojó como resultado, una asociación no significativa entre las variables sexo, nivel de ingresos mensuales y el índice de malestar sintomático positivo. Sin embargo, se encontró que los hombres tienen un porcentaje más alto en los niveles bajo y alto. Por su parte, así los docentes con ingresos mensuales equivalentes a más de 2 salarios mínimos, reportaron mayores puntajes en el nivel alto, mientras que aquellos que recibían menos de un salario mínimo, obtuvieron mayores puntajes en el nivel medio.

Discusión

En este trabajo se encontró que los profesores reportaron un nivel medio de presencia de somatizaciones, lo que significa que si bien no tienen un alto riesgo a padecer enfermedades psicosomáticas, sí aparece en ellos una vulnerabilidad a presentar problemas corporales, relacionados con el sistema cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal, lo cual coincidió con lo encontrado en una investigación realizada en Alemania, en el año 2015, donde se encontró que los profesores presentaron síntomas propios de la somatización tales como: “Agotamiento y fatiga, dolores de cabeza, tensión, languidez, desórdenes del sueño y la concentración, inquietud interior” (Scheuch & Haufe, 2015).

De otro modo, en un estudio realizado en México por Rivero y Cruz, en el año 2010, se encontró que los profesores que trabajaban en instituciones privadas eran los que padecían mayores daños psicosomáticos. No obstante, en la presente investigación se encontró que los docentes que trabajaban en instituciones públicas, presentaron una vulnerabilidad ante el padecimiento de síntomas psicosomáticos.

Adicionalmente, los resultados encontrados en nuestra investigación, corroboran los encontrados en diferentes estudios. Por un lado, se encuentra el realizado por Gómez y Moreno (2009), donde se halló que la presencia de somatizaciones era una de las más frecuentes en la población docente colombiana. Por otro lado, se encontró el estudio realizado por Sieglin en el año 2014 con 733 docentes mexicanos, de los cuales, el 54.6% de ellos, había manifestado padecer uno o más trastornos psicosomáticos, respecto al 45.4% que reportó no padecerlos, es decir, prevaleció la presencia de somatizaciones en la población docente.

El estudio anterior, dilucidó a su vez, la existencia de trastornos ansiosos y depresivos con manifestaciones somáticas como síntomas gastrointestinales, temblores, sudoraciones, fatiga, dolores musculo esqueléticos y cefaleas. Aunado a lo anterior, otro artículo realizado por Sieglin

y Ramos en el año 2007, expone que en el área educativa existe mayor riesgo para contraer trastornos psíquicos o psicosomáticos (Millicent y Sewell, 1991; Shonfeld, 2000 citados en Sieglin y Ramos, 2007, p. 519). Allí, participaron 171 profesores de educación básica, de los cuales, la mayoría presentaba un estado de salud alarmante, puesto que la mitad de la población encuestada, manifestó de forma crónica dolencias o síntomas somáticos (Sieglin y Ramos, 2007, p. 533). Dichas dolencias físicas manifestadas, las entrelazaron a los síntomas característicos de una depresión moderada, puesto que el 30% de los docentes, dijeron haberse sentido muy triste o sin ánimo de nada, el último mes percibido de los síntomas entre siempre y muy seguido; 40.4% expresó a lo largo del mismo tiempo, cansancio sin razón aparente; un 34% padeció dolores de cabeza por el mismo lapso de tiempo y un 24% sufrió insomnio y colitis (Sieglin y Ramos, 2007, p. 534). Síntomas característicos no sólo de la depresión, sino también de las somatizaciones.

Aunque en el presente estudio no se haya evaluado la relación entre las dimensiones depresión, ansiedad y somatizaciones como en los artículos anteriores, sí se encontraron altos niveles de somatizaciones, comparados con la ansiedad y la depresión, que representaron niveles más bajos. Sin embargo, en la dimensión de somatizaciones, los profesores reportaron presentar como en la investigación realizada por Sieglin (2014), fatiga, sudoraciones, temblores, cefaleas, además de dolores en el pecho y en la espalda, calambres en manos, brazos o piernas, ataques de frío o calor, hormigueos en el cuerpo, entre otros.

De otra manera, son diferentes los estudios que ofrecen las posibles causas de la presencia de somatizaciones en los docentes. En primera instancia, un estudio realizado en México, en el año 2009, menciona entre las causas de las somatizaciones, el hecho de que los docentes deben cumplir múltiples exigencias, tales como ser un modelo para los estudiantes, mejorar la calidad y las estrategias de enseñanza, así como la producción intelectual, para poder recibir diferentes reconocimientos. (Cisneros y Ramírez, 2009). Retomando a Sieglin (2014), expone que los trastornos psicosomáticos o somáticos son el resultado de ambientes laborales altamente

exigentes y que no son balanceados por otro tipo de estrategias compensatorias para la salud del docente, que amenazan con destruir no sólo su salud física, sino también sus relaciones afectivas y laborales.

Agregado a lo anterior, Rubio, Villareal, Pérez y Guzmán (2013), evaluaron el trastorno por somatización y sus síntomas fisiológicos característicos, en una población docente perteneciente a Ibagué, Colombia. Así, encontraron una correlación entre somatización y búsqueda de apoyo social, y expresión emocional abierta, es decir, los docentes con tendencias a sufrir de trastorno por somatización, se caracterizaban por tener búsqueda de apoyo social y expresión emocional como estilos de afrontamiento

Por otro lado, Cerón (2014), quien realizó un estudio acerca de la incidencia de los riesgos psicosociales en docentes ecuatorianos, concluyó que los padecimientos psicósomáticos se veían mayormente influenciados por la ausencia de control del tiempo a disposición (elección de los tiempos de descanso y vacaciones) y por la doble presencia, es decir, realizar múltiples tareas que requieren de la presencia del docente en casa y en el trabajo.

Aunque no se haya encontrado en la presente investigación, una asociación estadísticamente significativa entre somatizaciones y nivel de ingresos, el estudio anterior, permite clarificar los puntajes de los docentes que ganaban más de dos salarios mínimos, en los niveles medios de somatizaciones; pues en las instituciones públicas, el aumento y mantenimiento del salario depende del nivel de estudios del docente, las publicaciones que ha realizado, entre otras, pudiéndose afirmar que los docentes con un mayor ingreso mensual, son aquellos que se caracterizan por múltiples tareas y la doble presencia, dando como resultado, un menor tiempo a disposición, percibiendo el lugar de trabajo como altamente exigente, y a su vez, teniendo a su favor escasos estilos de afrontamiento, que en conjunto con los demás factores, repercuten en la salud psicósomática de éste.

Por otro lado, un estudio realizado en Rumania por Muntele & Curelaru, en el año 2013, resaltó que la relación entre los síntomas somáticos y el estrés percibido es más fuerte en aquellos profesores que tienen una motivación extrínseca que en aquellos que poseen una motivación intrínseca. Lo anterior, ofrece una perspectiva para clarificar la asociación entre nivel de ingresos mensuales y las diferentes dimensiones del SCL-90-R, donde aquellos profesores con un mayor salario devengado, fueron los mismos que presentaron mayores puntuaciones en los niveles medios y altos de presencia de síntomas psicopatológicos, debido a que el dinero es una motivación extrínseca, y podría diferir con los intereses particulares de los docentes, cuando éstos no reciben la remuneración que se percibe como justa ante la magnitud del esfuerzo y la sobreexigencia laboral.

La idea anterior, es complementada por un estudio realizado en docentes de educación especial en el año 2009 por Franco, C., Mañas, I., y Justo, E., que arrojó que las mayores manifestaciones emocionales que presentan los docentes, específicamente de la educación especial, son: “frustración, cansancio mental, preocupaciones excesivas, ansiedad, depresión y sentimiento de apresuramiento y urgencia” (Franco, C. et al., p. 12). Esto, debido a las dificultades intrínsecas que se presentan al momento de ayudar a personas con patologías severas, así como el ambiente de sufrimiento en el que se desenvuelven diariamente, el carácter interdisciplinar necesario para el trabajo en equipo, y la poca valoración social existente.

Del mismo modo, un artículo realizado en España del año 2014, estimó que el 30% de los profesores de dicho país, sufrían de enfermedades mentales, debido a la presencia de algunos factores psicosociales como lo son “el reconocimiento de los demás, la retribución económica y la satisfacción personal” (Fernández, 2014, pp. 19-20), que pueden ser nocivos en la labor del docente, ya que van desencadenando diversas patologías en estos, tales como estrés, depresión, ansiedad, fobia, trastornos psicósomáticos y sintomatología paranoide.

Finalizando con la variable *nivel de ingresos mensuales*, en un estudio realizado por Diazgranados et al, citados por Gómez y Moreno (2009), se expuso que la población docente y el salario devengado que estos reciben, está relacionado con la presencia de enfermedades mentales, tales como depresión, ansiedad y hostilidad. A su vez, en el presente trabajo, se pudo observar que la mayoría de docentes que recibían un salario bajo, fueron quienes presentaron mayor sintomatología psicopatológica, lo que presupone una alta preocupación de estos y una decepción laboral, al recibir poca remuneración del trabajo realizado. En el caso de la hostilidad, en nuestro estudio, se constató que la mayoría de docentes presentan niveles medios, lo que indica una vulnerabilidad al padecimiento de la misma.

Por tanto, la ansiedad, se hace presente en los docentes, debido a la frustración o sobreexigencia profesional, la cual “se constituye a menudo como un síntoma nuclear de la neurosis de ansiedad o la neurosis histérica” (Fernández, 2014, p. 27) y se entrelaza al padecimiento de fobias (en especial, la ansiedad neurótica). No obstante, en la actual investigación, se observó que la mayoría de población docente, presentó niveles bajos de ansiedad fóbica. Sin embargo, en la dimensión específica de ésta, se encontró que los hombres tienen prevalencia no sólo en el nivel bajo sino también en el nivel alto en la presencia de sintomatología, donde se evaluó miedos irracionales, nerviosismo, entre otros.

Por otro lado, una investigación realizada por Martín, López y García (2013), para evaluar las enfermedades mentales en 199 profesores mexicanos, encontró que quienes realizaban en menor cantidad actividades extralaborales, tendían a presentar un mayor número de trastornos mentales (depresión, distrés, fatiga y ansiedad). Por el contrario, se observó que quienes desarrollaban actividades de manera continua en el tiempo libre, no presentaban ninguno de los trastornos mencionados anteriormente ni los síntomas psicopatológicos asociados a éstas. Comparado con la actual investigación, aunque los síntomas asociados a la ansiedad y la

depresión no son los más prevalentes, las personas con menos de un salario mínimo y las mujeres, eran quienes presentaban niveles medios y altos en estas dimensiones.

De otra manera, tomando en cuenta la dimensión *depresión*, el artículo de España del año 2014, reportó que “alrededor del cincuenta por ciento de los educadores que precisan ayuda terapéutica posee una historia clínica con antecedentes neuróticos depresivos registrados antes de haber iniciado la carrera docente” (p. 24). Este resultado, fue observado bajo la hipótesis de la baja autoestima que presentan algunos docentes, respecto al estándar que creen, deben sostener durante su formación y su ejercer laboral. Por tanto, se concluyó que se habla de una depresión anérgica, debido a la falta de energías y/o entusiasmo por parte de los docentes al momento de ejercer su profesión. Ésta va acompañada de apatía, aburrimiento, indiferencia, fallos de memoria o atención, ideas obsesivas, trastornos digestivos o disfunción sexual, somnolencia, entre otros síntomas psicopatológicos, también asociados a las somatizaciones (Fernández, 2014, p. 27).

Si bien en nuestra investigación, no se evaluó la historia clínica de los docentes, ni su autoestima, sí se reportó la prevalencia de niveles medios de presencia de síntomas depresivos similares a los descritos en la investigación anterior, así como otros adicionales: falta de interés en diversas actividades, específicamente en las relaciones sexuales, falta de energías, pensamiento de autolesión, llanto sin razón aparente, sentimientos de encierro, culpa, soledad, tristeza, inutilidad y preocupación por muchas cosas que pasan alrededor, pérdida de las esperanzas en el futuro, y sentir que le cuesta un gran esfuerzo realizar diferentes cosas.

Por otro lado, una investigación realizada por Roldán, Lopera, Londoño, Cardeño y Zapata (2008) con 131 docentes y empleados del Instituto Jaime Isaza Cadavid (Medellín, Colombia), encontró que el 40.5% presentaron depresión leve o moderada (según la escala de Hamilton); comparados con los resultados de nuestra investigación, donde los niveles bajos correspondían a un 34.2% de la población, y los niveles moderados a un 56.0%. Asimismo, en la otra investigación, encontraron que valores menores de depresión eran existentes en personas

activas o muy activas. Es decir, las personas sedentarias presentaban mayores puntajes en la escala de depresión. Por último, recalcan la importancia del deporte en la literatura para disminuir la aparición de síntomas depresivos, mencionando que algunos autores: “comparan el ejercicio con diversos tipos de psicoterapias tradicionales, demostrando que el ejercicio, tanto aeróbico como anaeróbico, presenta un valor similar a cualquier procedimiento de psicoterapia tradicional” (2008, p.60).

Frente al psicoticismo, se toma como referente una investigación realizada por Pastor (2017) sobre estilos de enseñanza y tipo de personalidad realizada en el año 2009, aplicando el Inventario de personalidad de J. Eysenck-S.B.G. a 50 docentes, donde se buscaba evaluar los factores de la personalidad: introversión, extroversión, psicoticismo y neuroticismo. En esta investigación se encontró que el 14% de la población presentaba una alta rigidez, propia del psicoticismo, resultados similares a los de nuestra investigación, donde se reportaron niveles altos de psicoticismo en un 13% de la población. Asimismo, en la investigación de Pastor (2017), se esclarece que esta dimensión estaba relacionada con un estilo de enseñanza experto, es decir, a mayores puntajes en psicoticismo, mayor experticia mostraron los profesores, siendo caracterizados por tener grandes competencias, preparación y organización. Por último, se menciona que esta dimensión no es tan favorable para la enseñanza, debido a que la rigidez mental propia de la misma, dificulta la autoevaluación de las debilidades, y por ende, dificulta el cambio del docente en pro de una mejor enseñanza.

Respecto a la paranoia, en el artículo de España del año 2014, fue definida como una paranoia sensitiva autorreferencial, ya que los docentes que la padecen, pueden llegar a sentirse como objeto de burla y/o difamación para los otros, enfatizando en que el mantenimiento de ésta, se debe al “insuficiente reconocimiento social, el deficiente nivel material de vida o el trato humillante e injusto” (Fernández, 2014, p. 28-29). Estos mismos síntomas fueron evaluados por el SCL-90-R para la dimensión de ideación paranoide en nuestra investigación, donde se halló

que las mujeres presentaron un mayor puntaje en los niveles medios y bajos, seguido de los hombres que reportaron un mayor porcentaje en los niveles altos, reportando síntomas tales como: sentir que los otros son culpables de lo que pasa en la propia vida, perder confianza en la mayoría de las personas, sentir que otras personas le vigilan o hablan de sí, tener ideas o pensamientos que los demás no entienden, sentir que los demás no le dan el valor que merece y sentir que los otros se aprovechan de sí.

En relación a la variable sexo, se pudo encontrar en un estudio realizado por Aldrete, León, González, Medina, Contreras y Pérez (2013) con profesoras de Guadalajara, que el 25% de ellas, reportaron padecer de síntomas psicopatológicos. Allí, evidenciaron que la mayoría de los problemas estaban asociados a los trastornos del sueño, en segundo lugar, a enfermedades psicosomáticas, a la cual le siguieron las dimensiones de alteraciones de la conducta, relaciones interpersonales y de ansiedad y depresión. Sin embargo, difiere de los resultados encontrados en la presente investigación, en la cual se halló que los niveles medios y altos de presencia de síntomas prevalecieron en la población femenina, presentándose mayores puntajes relacionados en primer lugar, con somatizaciones, seguido de la ansiedad fóbica, obsesiones y compulsiones y psicoticismo.

Adicionalmente, en un estudio sobre la salud mental de docentes Chilenos, se halló que los resultados variaban de acuerdo al género, pues se encontró que “Las mujeres tienden a enfermarse más que los hombres, en tanto, a mayor edad, se presentan mayores niveles de enfermedad” (Cornejo, 2009, p.415). Esta idea es corroborada por el artículo realizado en España en el año 2014 mencionado anteriormente, el cual expone que las docentes mujeres, presentaron un mayor grado de vulnerabilidad ante el padecimiento de síntomas psicopatológicos y otras enfermedades, puesto que deben distribuir su tiempo entre la labor de docencia y las actividades habituales dentro del hogar, enfatizando en que, si la mujer es casada o tiene pareja, necesitará sobreesforzarse.

Sin embargo, en la actual investigación se encontró que los hombres fueron quienes reportaron mayores puntajes en los niveles altos de presencia de síntomas psicopatológicos en todas las dimensiones evaluadas (exceptuando las somatizaciones). Por el contrario, en los niveles medios de presencia de síntomas psicopatológicos, las mujeres fueron las que obtuvieron mayores puntajes (excepto en somatizaciones), lo cual significa que aunque los hombres presentaron niveles más altos en presencia de síntomas psicopatológicos, las mujeres al presentar mayores puntajes de niveles medios en presencia de síntomas, son vulnerables a padecer niveles altos de síntomas psicopatológicos, propios de las enfermedades mentales, si no se hace un trabajo de promoción y prevención pertinente.

Tomando en cuenta los índices del SCL-90-R, es relevante mencionar un estudio realizado en Madrid, con profesores de educación secundaria en el año 2007, donde se halló que un 63.8% de los docentes obtuvieron niveles altos en el índice Global de Severidad, es decir, un gran número de docentes, reconocieron un alto número de síntomas del inventario como positivos, así como les atribuyeron una gran intensidad. En nuestra investigación, las mujeres presentaron mayor puntaje en el índice de severidad global, quedando en el nivel medio, los hombres, por lo que se puede observar que, aunque los hombres obtuvieron un mayor puntaje en los niveles altos de la mayoría de dimensiones, las mujeres fueron aquellas que reportaron mayores síntomas positivos, con una mayor intensidad en el mayor número de las dimensiones. Asimismo, se corrobora que a menor salario mínimo devengado, mayor número de síntomas psicopatológicos y mayor intensidad, diferente a quienes reciben más de dos salarios mínimos, puesto que reportaron en su mayoría, un nivel medio en el índice de severidad global.

Además, es importante resaltar que en el índice de total de síntomas positivos, como en el índice de malestar sintomático positivo, se halló que la prevalencia de población docente (independiente del sexo y el nivel de ingresos) fue en el nivel medio, lo que permite afirmar que los docentes fueron conscientes al momento de responder cada pregunta del cuestionario

realizado, dejando a un lado la exageración o minimización de los síntomas, así como la actitud de fingimiento; permitiendo que los resultados arrojados en este estudio, tengan una veracidad y confiabilidad necesaria para la discusión implementada.

Por último, se quiere resaltar la perspectiva psicoanalítica que Cuello y Silvage (2010), ofrecen del malestar docente, el cual surge del ideal del yo impuesto por la cultura, que quiere ser reforzado por el superyó: “exigiendo, forzando, hostigando desde un circuito pulsional a trabajar más allá de lo que da placer, a trabajar “desesperadamente” marca clara de la pulsión de muerte que promueve la compulsión en abierta renuncia al deseo” (p.132). A su vez, se complementa esta idea, con la perspectiva de Freud (citado en Cuello y Silvage, 2010):

He aquí a mi entender la cuestión decisiva para el destino de la especie humana: si su desarrollo cultural logrará (...) dominar la perturbación de la convivencia que proviene de la humana pulsión de agresión y auto aniquilamiento (...). Y ahora cabe esperar que (...) Eros eterno haga un esfuerzo para afianzarse en la lucha contra su enemigo igualmente inmortal. ¿Pero quién podrá prever el desenlace? (p.132).

Conclusiones

Se puede concluir en primer lugar, que la mayoría de docentes participantes, fueron mujeres. Por otro lado, la variable de Nivel de Ingresos Mensuales, dio cuenta de que los docentes de colegios públicos del municipio de Envigado, reciben en su mayoría, más de 2 salarios mínimos, cifra que varía de acuerdo a su nivel de estudios, años de experiencia, número de publicaciones científicas, entre otros.

Asimismo, los docentes evaluados no mostraron un alto número de daños psíquicos o psicosomáticos, tal como había sido encontrado en diferentes investigaciones, aunque sí, una vulnerabilidad a padecerlos. Lo anterior, podría ser explicado por diferentes factores protectores, tales como la presencia de motivaciones intrínsecas y los estilos de afrontamiento o por la ausencia de factores de riesgo como el desempleo, el cambio de trabajo, la insatisfacción laboral, las problemáticas presentes entre jefe y empleados o compañeros de trabajo, que pueden llegar a generar en las personas, fobia social, depresión y ansiedad (Arrivillaga et al, Rueda et al, y Urrego citados en Londoño, 2010, p. 66).

Además, se puede concluir que respecto al padecimiento de síntomas psicopatológicos, los hombres tienen mayor prevalencia y vulnerabilidad, puesto que en los resultados arrojados, se posicionaban en los niveles medios y altos. Aunque las mujeres hayan presentado en su mayoría niveles medios de presencia de síntomas, también presentaron mayor puntaje en el índice de severidad global, por lo que se puede concluir que, aunque los hombres obtuvieron un mayor puntaje en los niveles altos de la mayoría de dimensiones, las mujeres fueron aquellas que reportaron mayores síntomas positivos, con una mayor intensidad en el mayor número de dimensiones.

De otra manera, es importante resaltar que en el índice de total de síntomas positivos, como en el índice de malestar sintomático positivo, se halló que la prevalencia de población docente (independiente del sexo y el nivel de ingresos) fue en el nivel medio, lo que permite

afirmar que los docentes fueron conscientes al momento de responder cada pregunta del cuestionario realizado, dejando a un lado la exageración o minimización de los síntomas, así como la actitud de fingimiento; permitiendo que los resultados arrojados en este estudio, tengan una veracidad y confiabilidad necesaria para la discusión implementada.

Por otro lado, en la población evaluada, se encontró que aunque no se encontró una asociación significativa entre algunas dimensiones y la variable *nivel de ingresos mensuales*, sí se pudo concluir, diferente a lo evidenciado en las investigaciones citadas, que las personas con un alto ingreso económico mensual, eran las mismas que presentaban una vulnerabilidad a padecer los síntomas psicopatológicos evaluados, lo cual podría ser explicado por la presencia de una motivación extrínseca en los docentes y los estilos de afrontamiento propios de cada uno.

Por último, frente a los factores predisponentes a las enfermedades psicosomáticas y teniendo en cuenta los índices globales implementados para la interpretación y análisis de los resultados, se puede concluir que, al momento de evaluar o diagnosticar a una persona o en este caso, participante, es importante tener en cuenta la percepción que ellos tienen de sus síntomas, así como de su enfermedad aunque no se tenga una significación clínica, ya que éstos, pueden percibirlos como amenazantes y nocivos, llevándolos a enfatizar todo el tiempo en sus malestares (Casas, et al. 2000).

Limitaciones y Recomendaciones

Limitaciones

A lo largo del proceso de aplicación de pruebas, se hallaron varios inconvenientes, respecto a la resistencia que algunos docentes presentaban al momento de diligenciar los cuadernillos, considerando que eran preguntas intrusivas, las cuales eran tan necesarias para poder caracterizar la población y establecer factores protectores y de riesgo. Asimismo, la resistencia de los docentes o a veces el desinterés, dificultó recoger un amplio número de pruebas diligenciadas correctamente, es decir, hubo un vasto número de datos perdidos.

Asimismo, el tiempo empleado para la investigación fue poco debido a la gestión administrativa que se le dio a la misma, pues hubo poca comunicación y cohesión entre las diferentes instituciones involucradas (la universidad de envigado, la secretaría de educación y los colegios públicos de envigado), así como poco apoyo por parte de las mismas. Por este motivo, fueron pocas las variables que pudieron asociarse con las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos, dejando a un lado variables tan importantes como las horas trabajadas, el número de alumnos, la edad, entre otros.

Además, los pocos recursos físicos y económicos que la institución le asignó a la investigación, se reflejó en una serie de obstáculos, propiciando que la investigación tuviera que replantearse teóricamente, debido a los pocos recursos intelectuales de los cuales se podía disponer de manera gratuita.

Recomendaciones

Se recomienda un mayor apoyo institucional, así como mayores recursos físicos y económicos, para próximas investigaciones, pues de esta manera, el tiempo empleado en la investigación puede ser coherente con las expectativas de la misma.

Se recomienda estudiar otras variables que pueden influir en las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos asociados a algunas enfermedades mentales, tales como las horas laboradas, número de alumnos, edad, entre otros.

Se recomienda generar programas de promoción y prevención en el municipio de Envigado para los docentes de colegios públicos, puesto que la mayoría de esta población reportó en su mayoría, niveles medios en la presencia de síntomas, o lo que es lo mismo, se encuentran en condición de vulnerabilidad a padecer las patologías que abarcan los síntomas psicopatológicos aquí estudiados. Por último, se recomienda implementar mayores investigaciones en el área específica de enfermedades psicosomáticas para ampliar el panorama no solo científico, sino también de promoción, prevención e intervención.

Referencias bibliográficas

- Aldrete, G., León, S., González, R., Medina, E., Contreras, M. y Pérez, B. (2013). El trabajo y la salud mental de las profesoras de preescolar de la zona metropolitana de Guadalajara (México). *Salud Uninorte*, 29(3), 478-486. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/5811/3554>
- Antúnez, Z. y Vinet, E. V. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n3/art05.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. Recuperado de <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>
- Baeza, V. C., Bulbena V. A., Fénérier, C., & Gély, N. M. (2011). Trastornos psicósomáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y salud*, 221(2), 227-237. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Carolina%20Baeza%20Velasco.pdf>
- Campo-Arias, A., & Cassiani, A. (2008). Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), p. 598-613. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80637410.pdf>
- Caparrós, B., Villar, E., Juan, J. y Viñas, F. (2007). Symptom check-list-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International journal of clinical and health psychology*, 7(3), 781-794. Recuperado de <http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/8599/Symptom-Check-List.pdf?sequence=1>
- Casas, J. M & et al. (2000). Enciclopedia de la Psicología. España: Océano Editorial.

Casullo, M., Pérez, M. (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Recuperado el 27 de Junio de 2017 de

<https://linguisticaydiscursividadsocialunr.files.wordpress.com/2015/04/scl08.pdf>

Cazalla, N. & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electrónica de investigación y docencia*, 10, 43-64. Recuperado de <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/viewFile/991/818>

Cecílio, D., Bartholomeu, D., Marín, F. J., Boulhoca, A.C. y Fernandes, F. (2005). Auto concepto y rasgos de personalidad: un estudio correlacional. *Psicología Escolar e Educacional*, 9(1), 15-25. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/pdf/2823/282321815002.pdf>

Cerón, A.X. (2014). Gestión de riesgos psicosociales y su incidencia en las enfermedades psicosomáticas de los docentes en la universidad técnica de Manabí (Tesis de maestría). Universidad Técnica de Manabí, Ambato, Ecuador. Recuperado de

http://redi.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8064/1/Tesis_t907mshi.pdf

Cisneros, Y. y Ramírez, M. L. (2009). Prevalencia de enfermedades en trabajadores académicos de una universidad pública según seguro de gastos médicos. *Salud de los trabajadores*, 17(2), 121-131. Recuperado de

http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382009000200005

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de Diciembre 23 de 1993 (Sistema de seguridad social integral)*. Recuperado de

<http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>

Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1616 de 21 de Enero de 2013*. Recuperado de

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>

- Cornejo, R. (2009). Condiciones de trabajo y bienestar/malestar docente en profesores de enseñanza media de Santiago de Chile. *Educ. Soc. Campinas*, 30(107), 409-426.
Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n107/06.pdf>
- Cuello, M. E. y Silvage, C. A. (2010). *Políticas de evaluación y malestar docente. Un abordaje desde el psicoanálisis*. Conferencia llevada a cabo en II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.
Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/718.pdf>
- Fernández, F. (2014). Una panorámica de la salud mental de los profesores. *Revista Iberoamericana de Educación* (66), pp. 19-30. Recuperado de [file:///C:/Users/erika/Downloads/rie66%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/erika/Downloads/rie66%20(1).pdf)
- Ferrer, J. (2010). Tipos de investigación y diseño de investigación [Web log post]. Recuperado de <http://metodologia02.blogspot.com.co/p/operacionalizacion-de-variables.html>
- Franco, C., Mañanas, I., & Justo, E. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial. *Revista Educación Inclusiva*, 2 (3), pp. 11-22. Recuperado de <file:///C:/Users/erika/Downloads/40-90-1-SM.pdf>
- Freud, S. (1916-17). *Obras completas: Conferencias de introducción al psicoanálisis (parte III)*. Argentina: Amorrortu Editores.
- García, P.P y Magariños, M.L. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento)*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- Gómez, O. V., & Moreno, L. (2009). Factores psicosociales del trabajo (demanda control y desbalance esfuerzo-recompensa), salud mental y tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, 9(2), 393-407.
Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a08.pdf>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Iacovella, J. y Troglia, M. (2003). La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares.

Psico-USF, 8(1), 53-61. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v8n1/v8n1a08.pdf>

Ibáñez, I., Olmedo, E., Peñate, W., & González, M. (2001). Obsesiones y compulsiones:

estructura del inventario de Padua. *Redalyc*, 2(2), 264-288. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/html/337/33720204/>

Londoño, N., Marín, C., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B...López, I. (2010).

Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma*

Psicológica, 17(1), 60-68. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v17n1/v17n1a5.pdf>

Martínez, S., López, F. y García, O. A. (2013). Tiempo libre y trabajo doméstico en su relación

con daños psicosociales en docentes de una universidad pública mexicana. *Ciencia y*

Trabajo, 15(48), 165-172. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cyt/v15n48/art11.pdf>

Masari, G. A., Muntele, D. & Curelaru V. (2013). Motivation, Work-Stress and somatis

symptoms of Romanian preschool and primary school teachers. *Procedia - Social and*

Behavioral Sciences, 84 (2013), 332 – 335. Recuperado de [http://ac.els-](http://ac.els-cdn.com/S1877042813016285/1-s2.0-S1877042813016285-main.pdf?_tid=bb2168f2-7258-11e7-b1c9-00000aab0f6c&acdnat=1501111288_220bb3ad19fd034d9ea9927ef2b67e03)

[cdn.com/S1877042813016285/1-s2.0-S1877042813016285-main.pdf?_tid=bb2168f2-](http://ac.els-cdn.com/S1877042813016285/1-s2.0-S1877042813016285-main.pdf?_tid=bb2168f2-7258-11e7-b1c9-00000aab0f6c&acdnat=1501111288_220bb3ad19fd034d9ea9927ef2b67e03)

[7258-11e7-b1c9-](http://ac.els-cdn.com/S1877042813016285/1-s2.0-S1877042813016285-main.pdf?_tid=bb2168f2-7258-11e7-b1c9-00000aab0f6c&acdnat=1501111288_220bb3ad19fd034d9ea9927ef2b67e03)

[00000aab0f6c&acdnat=1501111288_220bb3ad19fd034d9ea9927ef2b67e03](http://ac.els-cdn.com/S1877042813016285/1-s2.0-S1877042813016285-main.pdf?_tid=bb2168f2-7258-11e7-b1c9-00000aab0f6c&acdnat=1501111288_220bb3ad19fd034d9ea9927ef2b67e03)

Ministerio de Salud. (1998). *Resolución 2358 de 13 de Julio de 1998*. Recuperado de

https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_2358_de_1998.aspx#/

- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y Salud. (1989). *Resolución 1016 de 1989*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5412>
- Ministerio del Trabajo. (2014). *Decreto 1443 de 31 de Julio de 2014*. Recuperado de http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/2095-decreto1443sgsss.html
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 002646 de 17 de Julio de 2008*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>
- Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3(2), 81-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf>
- Pastor, I. (2017). Relación entre estilos de enseñanza y tipos de personalidad en docentes de nivel superior. *Perspectiva Educativa. Formación de Profesores*, 56(1), 62-83. Recuperado de <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/viewFile/443/224>
- Presidente de la República de Colombia. (1984). *Decreto 614 de Marzo 14 de 1984 (Bases para organización y administración de salud ocupacional)*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1357>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- O'Sullivan, S. (2017). Cuando el cuerpo habla. *Psychology today*. 73-79.
- Rivero, L. F. y Cruz, M. A. (2010). Trastornos psíquicos y psicosomáticos: problemas actuales de salud de los docentes mexicanos. *Psicología y Salud*, 20(2), 239-249. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Luis-Fernando-Rivero-Rodriguez.pdf>

- Roldán, E. E., Lopera, M. H., Londoño, F. J., Cardeño, J. L., y Zapata, S. A. (2008). Análisis descriptivo de las variables: nivel de actividad física, depresión y riesgos cardiovasculares en empleados y docentes de una institución universitaria en Medellín (Colombia). *Apunts Medicina de L'Esport*, 158, 55-61. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1886658108700720>
- Rubio, L.A., Villareal, J.S., Pérez, X.C y Guzmán, M.R. (2013). Prevalencia de estilos de afrontamiento y trastornos de somatización en docentes universitarios de dos facultades de psicología en Ibagué (Colombia). *Desbordes*, 4. 60-74. Recuperado de https://academia.unad.edu.co/images/investigacion/hemeroteca/DESBORDES/Desbordes/Desbordes_-_Vol%C3%BAmen_4/8._PREVALENCIA_DE_ESTILOS_DE_AFRONTAMIENTO_Y_TRASTORNOS_DE_SOMATIZACION_EN_DOCENTES.pdf
- Ruiz, Y. (2016). La alexitimia como defensa ante las enfermedades psicosomáticas (tesis de especialización). Universidad de San Buenaventura, Cali, Colombia. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3427/1/Alexitimia_defensa_enfermedades_ruiz_2016.pdf
- Sánchez, R. O. y Ledesma, R.D. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18, 265-274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2819/281921775007/>
- Scheuch, K. & Haufe, E. (2015). Teacher's Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(20), 347–356. Recuperado de <https://www.aerzteblatt.de/int/archive/article/170603>
- Sieglin, V. (2014). Huellas de patologías organizacionales: trastornos somáticos y su vinculación con culturas organizacionales y el acoso laboral en la educación superior. *Red Cultura, Política y Educación*, 13-44. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Irma-Lorena_Acosta-

Reveles/publication/294640749_Políticas_educativas_y_construcción_de_subjetividades_en_universidades/links/56c2baa508ae44da37ff8013/Políticas-educativas-y-construcción-de-subjetividades-en-universidades.pdf#page=15

Sieglin, V., & Ramos, M. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista Mexicana de Sociología*, 69 (3), pp. 517-551.

Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032007000300005

Sociedad Analítica de Psicología. (2011). Desórdenes psicósomáticos: la canalización de la mente en la materia. *Journal of Analytical Psychology*, 57, 37-55.

Terán, R. C., & Botero A. C. (2012). Riesgos psicosociales intralaborales en docencia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología* 5(2), 95-106. Recuperado de: <http://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/250>

Thomas, Nelson & Silverman. (2005). Enfoque Cuantitativo. *Eumed.net* [Enciclopedia Virtual]. Recuperado de http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/cualitativo_cuantitativo_mixto.html

Vargas, P. (2013). Las enfermedades psicósomáticas y el malestar emocional de los (as) estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. *Intersedes: Revista de las Sedes Regionales*, 14(28), 5-24. Recuperado de <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intersedes/article/view/12119/11405>

Zboralski, K. (2008). Calidad de Vida y funcionamiento emocional en determinadas enfermedades psicósomáticas. *Postepy Hig Med Dosw*, 2008 (62), 36-41.

Anexos

Inventario de Síntomas SCL-90-R

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

María Martina Casullo, Marcelo Pérez.
(2008)

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
 - 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 3) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 4) Depresión (DEP)
 - 5) Ansiedad (ANS)
 - 6) Hostilidad (HOS)
 - 7) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 8) Ideación paranoide (PAR)
 - 9) Psicoticismo (PSIC).
-
- 1) Índice global de severidad (IGS)
 - 2) Total de síntomas positivos (TSP)
 - 3) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre: Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

- 19: Poco apetito
- 44: Problemas para dormir
- 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir
- 60: Comer en exceso
- 64: Despertarse muy temprano.
- 66: Sueño intranquilo.
- 89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global (IGS): es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido.

2) Total de síntomas positivos (TSP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva). Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario: tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan. Puntuaciones extremas en este índice también sugieren patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

- 10) Somatizaciones (SOM)
 - 11) Obsesiones y compulsiones (OBS)
 - 12) Sensitividad interpersonal (SI)
 - 13) Depresión (DEP)
 - 14) Ansiedad (ANS)
 - 15) Hostilidad (HOS)
 - 16) Ansiedad fóbica (FOB)
 - 17) Ideación paranoide (PAR)
 - 18) Psicoticismo (PSIC).
-
- 4) Índice global de severidad (IGS)
 - 5) Total de síntomas positivos (TSP)
 - 6) Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítems en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

Evaluación e interpretación del inventario

- 1) Para cada una de las respuestas a los ítems, se asignarán los siguientes valores:

Nada: 0 Muy poco: 1 Poco: 2 Bastante: 3 Mucho: 4

Con esos cinco números se completará en la *hoja para el cálculo de los puntajes* el valor que le corresponde a cada respuesta. Por ejemplo, si al ítem nro. 1 el examinado marcó una cruz en la columna encabezada con la opción “ poco” , donde dice en la hoja de cálculo donde dice 1..... se deberá completar con en número dos: 1..2.. De la misma forma se procede con las 90 respuestas.

- 2) Cada una de las nueve dimensiones primarias tiene sus ítems en un mismo renglón de la hoja para el cálculo de puntajes. Para cada dimensión se sumarán los valores de todas las respuestas que la componen, y el resultado se escribirá en donde dice “total”. Luego se contará el número de respuestas en dicha dimensión y se anotará en “Nº resp.”. Finalmente se calculará el promedio dividiendo el número “total” por el de “Nº resp.”. Dicho valor se escribirá en “promedio”.
- Ejemplo:

SOMATIZACIONES (SOM):

1.2 4.1 12.0 27.2 40.1 42.2 48.3 49.1 52.0 53.1 56.2 58.2€

Total	17	promedio
Nº resp.	12	1,41

- 3) Los ítems adicionales no conforman una dimensión, pero a fin de luego poder calcular el índice de severidad global, se realizará la sumatoria como se vino haciendo para obtener el total, sin hacer el promedio.
- 4) Para calcular el índice de severidad global (IGS), se suman los valores de todas las respuestas y se divide por la cantidad de respuestas dadas (90 si respondió a todas). Una manera práctica de hacer esto es sumando el valor de las casillas “total” de las nueve dimensiones y de las respuestas adicionales y dividir ese valor por el número de respuestas dadas.
- 5) El total de síntomas positivos (TSP) es la cantidad de respuestas distintas de cero que dio el examinado
- 6) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se calcula haciendo la misma suma que para IGS pero esta vez en vez de dividir por la cantidad de respuestas se divide por la cantidad de respuestas dadas distintas de cero, vale decir por TSP
- 7) Estos doce puntajes brutos se transformarán en un puntaje T normalizado para su adecuada lectura. Dichos puntajes se volcarán en el cuadro correspondiente de la hoja de cálculos:

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP

- 8) Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.
- 9) Puntajes brutos de TSP menores o iguales a 6 en varones y 13 en mujeres (adolescentes), pueden indicar tendencia a mostrarse exageradamente libre de síntomas. Valores brutos de TSP superiores a 71 en varones y 75 en mujeres indicarían por el contrario malestar exagerado o dramatización.
- 10) Valores extremos en IMSP podrían indicar un intento deliberado en mostrarse demasiado bien o mal. Un IMSP menor a 1,00 (bruto) con un TSP muy bajo (menos o igual a 3 en hombres y 4 en mujeres adultos) en general indica tendencia a mostrarse libre de problemas psicológicos. IMSP mayores a 3,20 en adultos sugiere dramatismo. Mayores a 3,50 extremo dramatismo.

Hoja para el cálculo de los puntajes

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T normalizadas, usando tabla.
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T normalizada igual o superior a 63.

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN MUESTRAS DE ADOLESCENTES y ADULTOS

Las muestras fueron tomadas a personas de población general de la ciudad de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense, como parte de actividades prácticas obligatorias de los alumnos que cursaron la asignatura TEORÍA Y TÉCNICAS DE EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO, Módulo I, Cátedra 2, (Facultad de Psicología, UBA), en los años 2003 (adultos) y 1998 (adolescentes). Los 588 adolescentes que conformaron la muestra tenían edades comprendidas entre los 12 y 19 años ($\bar{x}=15$, $s=1,5$) y los 760 adultos entre 25 y 60 años ($\bar{x}=41$, $s=9$). Los valores promedio y de desvío estándar de cada muestra fueron:

DIMENSIONES DE SINTOMAS	FEMENINO N: 313		MASCULINO N: 275		« t »
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Somatizaciones	1,28	0,78	0,99	0,72	
Obsesiones, Compulsiones	1,22	0,78	0,75	0,57	*
Sensibilidad Interpersonal	0,92	0,69	0,47	0,47	*
Depresión	1,19	0,80	0,67	0,55	*
Ansiedad	1,08	0,82	0,56	0,54	*
Hostilidad	1,10	0,90	0,92	0,80	
Ansiedad Fóbica	0,52	0,60	0,27	0,44	*
Ideaciones Paranoides	1,07	0,90	0,77	0,72	*
Psicoticismo	0,70	0,65	0,42	0,47	*
Indice Severidad Global	0,93	0,58	0,59	0,40	*
Total de Síntomas Positivos	42,90	18,95	30,60	16,43	*
Indice de Malestar Positivo	1,82	0,52	1,64	0,5	*

DIMENSIONES DE SINTOMAS	FEMENINO N: 381		MASCULINO N: 379		« t »
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Somatizaciones	0,85	0,62	0,57	0,48	*
Obsesiones, Compulsiones	1,12	0,70	1,0	0,69	*
Sensibilidad Interpersonal	0,85	0,63	0,69	0,59	*
Depresión	1,05	0,69	0,81	0,59	*
Ansiedad	0,96	0,64	0,74	0,56	*
Hostilidad	0,80	0,66	0,78	0,65	
Ansiedad Fóbica	0,41	0,51	0,29	0,39	*
Ideaciones Paranoides	0,90	0,78	0,85	0,71	
Psicoticismo	0,52	0,49	0,46	0,47	
Indice Severidad Global	0,16	0,09	0,13	0,07	*
Total de Síntomas Positivos	38,78	16,71	33,82	17,05	*
Indice de Malestar Positivo	1,90	0,48	1,81	0,45	*

Los asteriscos en la columna t indican que hay diferencias significativas entre los valores medios por género, con un nivel de significación $p < 0.01$, lo que justifica utilizar baremos diferenciados con dicha variable. Por otra parte, los valores obtenidos fueron marcadamente diferentes a los de la muestra original estudiada por Derogatis en EEUU y que figuran en el Manual en inglés del SCL-90-R, por lo que es imprescindible el uso del baremo local (argentino) para interpretar de forma válida las puntuaciones obtenidas.

A fin de determinar la necesidad de más de un baremo para los adultos, se lo dividió en tres grupos etáreos (25 a 34, 35 a 45 y 46 a 60 años) y se calculó ANOVA de un factor, no obteniéndose diferencias significativas en ninguna escala entre dichos grupos, por lo que se confeccionó un baremo único.

Normas Adolescentes

Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adolescentes													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,10	0,11	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	7,00	1,00	30
35	0,08	0,20	0,22	0,15	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19	13,00	1,10	35
40	0,25	0,50	0,44	0,38	0,30	0,29	0,00	0,17	0,10	0,37	22,00	1,30	40
45	0,42	0,80	0,78	0,70	0,50	0,50	0,14	0,50	0,20	0,56	32,13	1,50	45
50	0,75	1,20	1,11	1,00	0,90	0,83	0,29	0,83	0,60	0,84	43,00	1,76	50
55	1,18	1,66	1,56	1,54	1,40	1,33	0,57	1,50	0,90	1,17	52,00	2,02	55
60	1,58	2,10	2,00	1,92	1,90	2,00	1,00	2,05	1,40	1,53	63,00	2,40	60
63	1,89	2,4	2,33	2,31	2,2	2,5	1,29	2,5	1,6	1,71	69,7	2,54	63
65	2,08	2,60	2,44	2,46	2,40	2,81	1,57	2,67	1,80	1,86	72,39	2,66	65
70	2,84	3,20	3,11	3,23	3,15	3,55	2,57	3,26	2,50	2,33	80,62	3,10	70
75	3,34	3,30	3,57	3,65	4,02	4,00	2,89	3,35	3,01	2,78	88,06	3,36	75
80	3,42	3,30	3,78	5,25	4,38	4,00	3,43	3,67	3,20	3,12	89,00	3,37	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 313 12 a 19 años. Casullo – Pérez (2006)

MASCULINO adolescentes													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	3,56	0,90	30
35	0,00	0,10	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12	8,00	1,00	35
40	0,02	0,30	0,22	0,15	0,10	0,17	0,00	0,00	0,00	0,19	13,00	1,17	40
45	0,17	0,50	0,36	0,35	0,20	0,33	0,00	0,33	0,10	0,33	20,00	1,33	45
50	0,33	0,90	0,67	0,54	0,40	0,67	0,14	0,67	0,30	0,52	30,00	1,54	50
55	0,58	1,30	1,00	0,77	0,70	1,17	0,29	1,00	0,50	0,71	39,00	1,80	55
60	0,92	1,80	1,33	1,23	1,00	1,67	0,57	1,50	0,80	0,97	47,00	2,14	60
63	1,08	2,01	1,56	1,46	1,31	2,02	0,71	1,83	1,01	1,1	52,1	2,29	63
65	1,31	2,20	1,67	1,62	1,43	2,33	0,86	2,00	1,28	1,27	56,00	2,47	65
70	1,75	2,72	2,24	2,11	2,07	3,21	1,32	2,71	1,92	1,60	71,00	2,81	70
75	2,23	3,48	2,84	2,83	2,89	3,62	3,37	3,49	2,43	2,26	74,53	3,72	75
80	3,08	3,89	3,00	3,00	3,70	3,67	4,00	4,83	2,50	2,39	76,00	4,00	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 275 12 a 19 años. Casullo – Pérez (2006)

Normas Adultos
Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	1,83	2,10	1,67	2,00	1,80	1,67	1,14	2,00	1,10	1,62	62,00	2,53	63
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo – Pérez (2008)

MASCULINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	1,25	1,90	1,56	1,62	1,60	1,67	0,86	1,83	1,20	1,32	57,00	2,40	63
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80

Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo – Pérez (2008)

Nombre..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

Mujer Varón

Educación:

Primario incompleto Secundario incompleto Terciario incompleto
 Primario completo Secundario completo Terciario/universitario completo

Estado civil:

Soltero Divorciado Viudo/a
 Casado Separado En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE –
MUCHO.**

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza

Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho

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

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.

Participantes del estudio:

De manera aleatoria, se han seleccionado 279 docentes que pertenecen a colegios públicos del municipio de Envigado, los cuales cumplen los siguientes criterios de inclusión: Ser docentes de carrera administrativa y ser mayor de edad. Los criterios de exclusión son: que posea algún problema neurológico certificado y docentes que no hayan pasado el periodo de prueba.

Procedimiento:

De manera aleatoria usted ha sido seleccionado (a) para participar en esta investigación, ya que cumple con los criterios de inclusión. La decisión de participación es voluntaria, y en caso de acceder a hacerlo le solicitamos que por favor responda con honestidad la totalidad de los cinco test, cuestionario o encuestas, los cuales son:

Nombre del Test, cuestionario o encuesta	¿Qué evalúa?
Cuestionario de condiciones sociodemográficas.	Caracterización de la población.
Assist	Su experiencia con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante su vida y en los últimos tres meses. Estas sustancias se pueden fumar, tragar, esnifar, inhalar o inyectar.
Inventario de Síntomas SCL-90-R	Evalúa patrones de síntomas presentes en individuos, relacionado con: Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo.
Cuestionario de Prácticas y creencias sobre Estilos de Vida	El cuestionario evalúa seis dimensiones del estilo de vida: condición, actividad física y deporte; tiempo de ocio; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; y sueño.
Cuestionario de Burnout de Maslach para Docentes (MBI-Ed)	Valora el "Síndrome de Burnout" que se define por tres grandes aspectos: El cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal.

Todos los instrumentos fueron validados mediante una prueba piloto. El desarrollo de todas las pruebas tiene una duración de 60 minutos aproximadamente, y su diligenciamiento se hará de manera totalmente confidencial.

Riesgos e Incomodidades:

Esta investigación se clasifica "sin riesgo", según se describe en 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. En caso de que usted desista de participar usted se encuentra en total libertad de abandonar el proceso de la investigación, sin dar explicaciones al respecto.

Beneficios:

Gracias a su participación se podrán describir algunos criterios del estado de Salud Mental de los docentes de Colegios Públicos de Envigado, información vital para orientar el desarrollo de posteriores planes, programas y proyectos de intervención en el municipio.

Privacidad y confidencialidad

La información personal que usted dará en el curso del presente estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a usted bajo ninguna circunstancia. A los resultados de los test se les asignará un código que permitirá procesar la información y manejarlos de manera confidencial.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas de literatura científica, ser presentados en reuniones académicas relacionadas con el tema y/o puede ser utilizada para otras investigaciones, pero su identidad no será divulgada ya que su nombre no aparecerá en estas publicaciones.

Esta investigación sigue todos los parámetros que se establecen en la Ley 1090 de 2006, en donde se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.

Estoy de acuerdo en participar del estudio:

SI: _____ NO: _____

Firma: _____

Número de cédula de ciudadanía: _____

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 marque 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?_