UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

FRANCISCO MORAZÁN

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA- IV PROMOCIÓN

TESIS DE MAESTRÍA

"NIVEL DE LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS DOCENTES QUE LABORAN EN EL INSTITUTO SUPERACIÓN SAN FRANCISCO Y EN EL INSTITUTO SALESIANO SAN MIGUEL DE TEGUCIGALPA EN EL AÑO 2013"

TESISTA:

LICDA. MARTHA ELISA FLORES MONCADA

ASESOR DE TESIS:

Phd. EDWIN MEDINA

TEGUCIGALPA, MDC, AGOSTO 2014

“NIVEL DE LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS DOCENTES QUE LABORAN EN EL INSTITUTO SUPERACIÓN SAN FRANCISCO Y EN EL INSTITUTO SALESIANO SAN MIGUEL DE TEGUCIGALPA EN EL AÑO 2013”

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

FRANCISCO MORAZÁN

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN EDUCATIVA

TESIS DE MAESTRÍA

"NIVEL DE LA SALUD MENTAL DE LAS Y LOS DOCENTES QUE LABORAN EN EL INSTITUTO SUPERACIÓN SAN FRANCISCO Y EN EL INSTITUTO SALESIANO SAN MIGUEL DE TEGUCIGALPA EN EL AÑO 2013"

Tesis para obtener el título de:
Máster en Investigación Educativa

Maestrante:

LICDA. MARTHA ELISA FLORES MONCADA

ASESOR DE TESIS:

Phd. EDWIN MEDINA

TEGUCIGALPA, M.D.C, AGOSTO 2014

M.Sc. DAVID ORLANDO MARÍN LÓPEZ

Rector

M.Sc. HERMES ALDUVÍN DÍAZ LUNA
Vicerrector Académico

M.Sc. JORGE ALBERTO ÁLVAREZ
Vicerrector Administrativo

Dra. YENNY AMINDA EGUIGURE TORRES
Vicerrectora de Investigación y Postgrado

M.Sc. JOSÉ DARÍO CRUZ
Vicerrector del Centro Universitario de Educación a Distancia (CUED)

M.Sc. CELFA IDALISIS BUESO FLORENTINO
Secretaria General

M.S.c. GUSTAVO ADOLFO CERRATO
Director de Postgrado

Tegucigalpa, M.D.C., 2014

INDICE

	Página
Agradecimiento ----------	1
Introducción ----------	2
Capítulo 1: Construcción del objeto de estudio ----------	5
1.1 Formulación del problema ----------	5
1.2 Delimitación del objeto de estudio ----------	9
1. 3 Objetivos ----------	9
1.3.1 Objetivo General ----------	9
1.3.2 Objetivos Específicos ----------	10
1.4 Preguntas de Investigación ----------	10
1.5 Justificación ----------	11
Capítulo 2: Marco Teórico ----------	17
2.1 Salud Mental ----------	17
2.1. 1 Salud Mental Docente ----------	20
2.1. 2 Disfunciones adaptativas en la vida docente ----------	26
2.2 Síntomas Somáticos ----------	27
2.3 Disfunción Social ----------	29
2. 4 Ansiedad – Insomnio ----------	30
2.5 Depresión ----------	32
2.6 Clima Laboral de la salud mental de docentes e Instituciones de educación pública y privada ----------	34
2.7 Variables socio-demográficas y salud mental ----------	36
2.8 Resiliencia Docente ----------	40

Capítulo 3: Metodología de la investigación ---------- 42

3.1 Enfoque ---------- 42

3.2 Tipo de estudio ---------- 42

3.3 Tipo de diseño ---------- 43

3.4 Hipótesis ---------- 43

3.5 Variables o categoría de análisis ---------- 44

3.6 Matriz de variables o matriz de categorías de análisis ---------- 45

3.7 Población y muestra ---------- 46

3.8 Técnicas para la recolección y análisis de datos ---------- 47

3.9 Instrumento ---------- 48

Capítulo 4: Análisis y Discusión de Resultados ---------- 53

4.1 Análisis descriptivo de los ítems---------- 53

4.2 Resultados generales de salud mental ---------- 80

4.3 Datos generales (Sexo, Tipo de Institución, edad)---------- 81

4.4 Tipo de institución y dimensiones en estudio ---------- 94

4.5 Sexo y dimensiones en estudio ---------- 99

Capítulo 5: Conclusiones y Recomendaciones ---------- 102

5.1 Conclusiones ---------- 102

5.2 Recomendaciones ---------- 106

Referencias bibliográficas ---------- 109

Anexos ---------- 116

Índice de Gráficos

Gráfico No. 1: Porcentaje de participantes que se han sentido bien de salud -------- 54

Gráfico No. 2: Porcentaje de participantes que necesitan reconstituyente ---------- 55

Gráfico No. 3: Porcentaje de participantes que se han sentido agotados/as --------- 56

Gráfico No. 4: Porcentaje de participantes que han tenido la sensación de enfermedad ---------- 57

Gráfico No. 5: Porcentaje de participantes que han padecido dolor de cabeza ------ 58

Gráfico No. 6: Porcentaje de participantes con opresión en la cabeza ---------- 59

Gráfico No. 7: Porcentaje de participantes con oleadas de calor o escalofrío ------- 60

Gráfico No. 8: Porcentaje de participantes con pérdida de sueño ---------- 61

Gráfico No. 9: Porcentaje de participantes con dificultades al dormir ---------- 62

Gráfico No. 10: Porcentaje de participantes con agobio y tensión ---------- 63

Gráfico No. 11: Porcentaje de participantes nerviosos y malhumorados ---------- 64

Gráfico No. 12: Porcentaje de participantes con pánico ---------- 65

Gráfico No. 13: Porcentaje de participantes con la sensación que todo se les viene encima ---------- 66

Gráfico No. 14: Porcentaje de participantes que se sienten a punto de “explotar” - 66

Gráfico No. 15: Porcentaje de participantes que se las arreglan para mantenerse ocupado/a ---------- 67

Gráfico No. 16: Porcentaje de tiempo que les toma a los y las participantes hacer las cosas ---------- 68

Gráfico No. 17: Porcentaje de participantes que tienen la impresión de estar haciendo las cosas bien ---------- 69

Gráfico No. 18: Porcentaje de participantes que se han sentido satisfechos/as al hacer las cosas ---------- 70

Gráfico No. 19: Porcentaje de participantes que han sentido estar desempeñando un papel útil en la vida ---------- 71

Gráfico No. 20: Porcentaje de participantes que se han sentido capaces de tomar decisiones ---------- 72
Gráfico No. 21: Porcentaje de participantes que se han sentido capaces de disfrutar de las actividades diarias ---------- 73

Gráfico No. 22: Porcentaje de participantes que piensan que no valen para nada – 74

Gráfico No. 23: Porcentaje de participantes que han estado viviendo sin esperanza ---------- 75

Gráfico No. 24: Porcentaje de participantes que han tenido el sentimiento que la vida no merece la pena vivirse ---------- 76

Gráfico No. 25: Porcentaje de participantes que han pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio" ---------- 77

Gráfico No. 26: Porcentaje de participantes que han notado que no pueden hacer nada ---------- 78

Gráfico No. 27: Porcentaje de participantes que han deseado estar muertos -------- 79

Gráfico No. 28: Porcentaje de participantes con la idea de quitarse la vida --------- 79

Gráfico No 29: Nivel de Salud Mental General ---------- 80

Gráfico No 30: Nivel de salud mental-Sexo Femenino ---------- 82

Gráfico No 31: Nivel de salud mental-Sexo Masculino ---------- 82

Gráfico No 32: Nivel de Salud Mental Centros Privados ---------- 86

Gráfico No 33: Nivel de Salud Mental en Centros Públicos ---------- 86

Gráfico No 34: Comparación edad y salud mental ---------- 90

Gráfico No 35: Prevalencia de Síntomas ---------- 92

Gráfico No 36: Relación Tipo de Institución y disfunción social---------- 95

Gráfico No 37: Relación Tipo de Institución y síntomas-somáticos---------- 96

Gráfico No 38: Relación Tipo de Institución y ansiedad-insomnio---------- 97

Gráfico No 39*:* Relación Tipo de Institución y depresión ---------- 98

Índice de Tablas

Tabla No. 1: Diseño de dos grupos por selección solamente después ---------- 43

Tabla No. 2: Matriz de variables ---------- 45

Tabla No. 3: Descripción del instrumento ---------- 51

Tabla No. 4: Categorización del instrumento ---------- 52

Tabla No 5: Puntuación media general de salud mental ---------- 80

Tabla No 6: Estadísticos descriptivo de Sexo ---------- 81

Tabla No 7: Prueba T para la variable Tipo de Institución y Salud mental -------- 84

Tabla No 8: Comparación entre centros privados y públicos ---------- 85

Tabla No 9: Estadísticos descriptivos de edad ---------- 88

Tabla No. 10: Varianza de salud mental y edad ---------- 89

Tabla No 11: Frecuencia comparativa entre tipo de síntomas ---------- 91

Tabla No12: Correlación Salud Mental y Disfunción Social ---------- 93

Tabla No 13: Relación Tipo de Institución y disfunción social ---------- 94

Tabla No 14: Relación Tipo de Institución y síntomas somáticos ---------- 96

Tabla No 15: Relación Tipo de Institución y ansiedad-insomnio ---------- 97

Tabla No 16: Relación Tipo de Institución y depresión ---------- 98

Tabla No 17: Relación entre sexo y depresión ---------- 99

Tabla No 18: Relación entre sexo y síntomas somáticos ---------- 100

Tabla No 19: Relación entre sexo y síntomas de ansiedad-insomnio ---------- 100

Tabla No 20: Relación entre sexo y grado de disfunción social ---------- 101

AGRADECIMIENTO

- A Dios por la fortaleza que me brinda, en los retos que me propongo en la vida.
- A mi querida amiga y compañera de MIE IV: Arely Alvarado por su tiempo, paciencia y constantes consejos, así como el ánimo que ejerció en mi persona para poder culminar con éxito esta etapa de mi vida profesional.
- A todos los miembros de mi familia quienes han sido el motor que me mueve para seguir preparándome y representar para ellos un buen ejemplo.
- De manera muy especial agradezco a mi madre Martha Moncada por ser el más digno ejemplo de lucha y perseverancia en mi vida; a mi padre Marcial Flores quien representa una figura de humildad y conciencia constante, a mi hermana Odalis Flores Moncada por su valioso apoyo en los momentos cruciales de mi vida personal y profesional.
- A Emilio Pascual por su apoyo incondicional y motivación a culminar este trabajo académico.
- A mi asesor Edwin Medina quien es un verdadero ejemplo de positivismo a seguir.

A todos ellos mis más sinceras muestras de cariño, admiración y respeto.

I. INTRODUCCIÓN

El siguiente es un proyecto de investigación que tiene como fin determinar el nivel de salud mental de las y los docentes; asimismo, pretende identificar si el mismo se relaciona de alguna manera con las condiciones laborales y de infraestructura característicos de instituciones tanto públicas como privadas.

Este estudio se considera pertinente ya que toma una de las situaciones problemáticas más fuertes dentro del sector magisterial en Honduras; sin embargo, al mismo tiempo mayormente invisibilizadas, ya que el concepto de salud no es el primero que se viene a la mente o al discurso cuando se trata de abordar conflictos magisteriales.

En este sentido, entran en juego otras variables como sueldos razonables o no, salarios incumplidos, jornadas de trabajo, estabilidad laboral, prebendas, manifestaciones, etc. Así, es como justamente estas variables se convierten en las aristas que finalmente repercuten, para bien o para mal, en la salud mental de estas y estos docentes, ya que, como lo expresara Fernández (2011) "desde hace ya varias décadas se sabe de las graves consecuencias para la salud física y psíquica que está sufriendo una parte importante del profesorado en el mundo"; aunque este despertar lamentablemente no suceda en todos los países.

De manera adicional, y considerando el devenir del presente, ningún sistema educativo había enfrentado retos tan complejos como el actual, y al mismo tiempo con ningún modelo educativo se había manifestado tan alto grado de descontento en la población y específicamente entre los y las docentes. En el pasado existía un control social muy fuerte sobre la conducta del estudiantado, así como una menor tolerancia hacia los comportamientos inadecuados; de esta manera el personal docente gozaba de libertades para corregir a sus estudiantes a su libre albedrío, independientemente de si la corrección fuera correcta o no; eso le empoderaba y el sistema jerárquico era aceptado y respetado, lo cual le generaba seguridad y confort al docente.

Al respecto:

> En la primera mitad del siglo XX, la escuela y el maestro gozaban de un elevado estatus social y eran vistos como referentes culturales y morales. La escuela, además, era un canal privilegiado de movilidad social. En la actualidad casi nada de lo anterior existe. La profesión docente y la escuela como institución han perdido jerarquía social. (Soleno, 2007 p. 53).

La sociedad actual, en su afán de lograr una educación de calidad ha optado por una escuela más comprensiva e integradora, modificando el escenario educativo en general y por ende las demandas de los y las docentes.

Reflejo de lo anterior, es lo que se puede leer en algunos diarios del país (El Heraldo, 2013 y La Prensa, 2013) titulares como: "Maestros buscan salirse del Instituto Nacional de Prevención del Magisterio (INPREMA)", "Mil maestros podrían ser despedidos", "Educación advierte a maestros por anuncio de paros", "No hay dinero para docentes". Estos, entre otros titulares, además de contribuir a formar una imagen de deterioro y desprestigio en la figura de los y las docentes del sector público, también repercuten de alguna manera en la salud mental de los mismos.

Similarmente, se encuentran los cambios a los que se ha visto expuesto el personal docente, asumiendo muchas veces funciones que no pertenecen propiamente a la institución educativa.

Muestra de ello:

> Con el correr de los años, se han aumentado las tareas de las y los docentes relacionadas con acciones de asistencialidad, sanidad, alimentación, incorporación de temas transversales que se viven como una sobrecarga porque deben agregarse a los anteriores, etc. Al mismo tiempo han aumentado las dificultades con las que se enfrentan las y los docentes: clases muy numerosas, diversidad de poblaciones y necesidades educativas para las que no fueron formados, escasez de materiales educativos, edificios deteriorados, sin asistencia profesional, etc. (Soleno, 2007 p.187).

Así, lo que queda más allá del descontento, es una sobrecarga laboral que eventualmente no todas o todos pueden sobrellevar sin caer en somatizaciones o cambios conductuales en detrimento de su salud mental.

En contraste los y las docentes que laboran en el sector privado no se ven expuestos a medios de desprestigio, en su mayoría se perciben con diferente status quo, poseen una administración más organizada, con supervisiones y orientaciones de los procesos de manera directa, desempeñando su labor en zonas urbanas, con cargas laborales más livianas, gozando de mayor prestigio, etc.

Así, y como lo manifestara ya Enguita (2005) "desde 1996 se observa un descenso paulatino de la escuela pública en beneficio de la escuela privada".

Así mismo, González (2010) advierte que desde el punto de vista del prestigio profesional es "ligeramente mejor percibido el docente de escuelas privadas, porque la sociedad sobre todo la clase media y alta perciben el trabajo privado como más dignificante que el público".

Lo anterior puede generar en las y los docentes del sector público, casi de manera inevitable, un cierto grado de frustración al verse desvalorados y percibidos, muchas veces, de manera negativa en la sociedad, lo cual se reflejaría, tarde o temprano, en la respuesta conductual de las y los mismos, así como en sus niveles de salud mental.

Todo lo anterior, lleva a indagar la diferencia, si existiera, entre el nivel de salud mental de docentes del sector público en relación al sector privado. Ya que sólo de esta manera, documentando estos procesos tanto individuales como colectivos, es como se puede dar paso a la creación de programas preventivos en pro de la salud de las y los mismos.

CAPÍTULO 1

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Formulación del problema

En la actualidad mucho se habla en materia de educación; por ejemplo, cómo mejorar la calidad educativa, que si hay infraestructura adecuada, si están abiertas o cerradas las aulas de clase; así mismo se hace referencia al docente como sujeto responsable, y mediador de conocimientos, transmisor de valores y conducta; delegando de ésta forma, una responsabilidad considerable en la construcción de una educación transformadora, independientemente de las eventualidades en las que labore y frente a los problemas insospechados que surgen día a día en su entorno.

"El docente ya no es lo que quiere ser o lo que habitualmente se ha esperado que sea" (Perdomo, 2005 p. 123). Porque frente a él se planta la complejidad de las circunstancias que ejercen un poder impersonal y al mismo tiempo fetichizado, es decir, al que se le otorgan poderes mágicos o sobrenaturales, que marca el rumbo de su formación y las características de sus funciones.

Tomando como punto de partida lo anterior, es evidente que la labor docente acarrea un número grande de compromisos, desde lo que se va a transmitir, hasta el ejemplo que debe presidir en sus educandos.

En cuanto a Honduras, actualmente la labor docente, específicamente hablando del sector público, se ha visto deteriorada por diversos problemas magisteriales, uno de ellos es la falta de pago a más de 14,000 docentes; según diario El Heraldo (2013) dirigentes de la Federación de Organizaciones Magisteriales de Honduras (FOMH), después de hacer su propia investigación de la deuda a sus compañeros en todo el país, anunciaron que son más de 14,000 profesores que se han quedado sin pago desde el 2010.

Por su parte el actual Ministro de Educación Marlon Escoto, manifestó según el mismo diario El Heraldo, que los pagos los comenzará a efectuar en noviembre del 2013 sin embargo; advirtió que no todo lo que exigen los docentes del sector público es real porque hay muchos reclamos que no están documentados y la secretaría cumplirá con sus responsabilidades.

En las declaraciones previas queda evidenciado el total desacuerdo en el que viven las autoridades de educación con la dirigencia magisterial afectando directamente a un gran número de docentes; no simplemente por sueldos atrasados, sino también por pagos impuntuales, considerando que cada docente labora a la espera de su salario de manera puntual para satisfacer sus necesidades y las de sus familiares.

Al respecto se manifiesta:

> La Disponibilidad de dinero atañe a la cantidad de salario, pero también a la seguridad de que éste se conservará íntegro pagado en tiempo y forma apropiada. De ahí que – organizacionalmente hablando – sea muy importante la formalidad en cuanto al pago, se conoce casos de escuelas que presentan desorganización en este sentido y generan una molestia muy elevada en los docentes los cuales tienen que enfrentar compromisos que con anterioridad habían contraído. (González, 2010 p. 243).

Queda evidenciado en el párrafo anterior la importancia que ejerce el factor dinero para la satisfacción del individuo y esta es una de las inquietudes claras del sector magisterial ya que hay incumplimiento en promesas de pago; así como, la cancelación de los salarios en tiempo y en forma correspondiente.

Por otro lado; la situación de inseguridad que se vive en Honduras no favorece en nada al sector magisterial; ya que para accesar a algunas zonas los docentes del sector público deben transitar por sectores de inseguridad y violencia.

> Por ejemplo de acuerdo a datos oficiales en el 2013 se produjeron un total de 4,993 muertes violentas ocurridas en Honduras, Los datos reflejan que el homicidio sigue siendo la principal causa de muerte violenta con 3,547 muertes que representan el 71% del total reportado. El comportamiento mensual de los homicidios para el primer semestre del 2013, presenta un promedio mensual de 591 muertes violentas, se mantiene el promedio de 20 víctimas diarias de homicidio. (Observatorio de la violencia. UNAH-IUDPAS, 2013 p. 1).

De igual manera se puede leer en los diarios del país como jóvenes amenazan a sus docentes para que les aprueben el año escolar desafiándolos con hacerles daño a sus familiares o dañar su propia integridad física.

Según diario El Heraldo (2013) al menos 360 denuncias por asaltos y extorsiones en centros educativos han recibido en la Dirección Departamental de Educación de Francisco Morazán en Comayagüela. Autoridades educativas informaron que los maestros son obligados a pagar entre 500 y mil lempiras mensuales a cambio de no ser agredidos.

El panorama que se enfoca en los párrafos anteriores muestra la realidad que están viviendo los docentes en el sector público, hechos que aporta un sinfín de estresores y circunstancias probablemente adversas para los agentes implicados.

En contraste, en la educación privada, los procesos resultan estandarizados y los docentes están regidos bajo una administración que no permite ambigüedades que eleven los niveles de ansiedad en ellos mismos. Ya que estos últimos se encuentran aparentemente en mejores condiciones físicas, sociales y laborales, que los y las docentes de educación pública.

Consecuentemente "la docencia referida al sector público o privado es susceptible de análisis desde varios ángulos" (González, 2010 p. 77). Por ejemplo, desde el punto de vista del prestigio profesional, es ligeramente mejor percibido, el docente de escuelas privadas porque la sociedad, sobre todo de las clases media y alta, perciben el trabajo privado como más dignificante que el público.

Lo anterior resulta un aporte a la importancia del análisis entre ambas poblaciones. Sin embargo respecto a este hecho es importante señalar que pese a que los docentes de educación pública podrían estar más expuestos a situaciones deteriorativas de la salud mental también es válido afirmar en este punto del estudio que ambas poblaciones se encuentran inmersas en este contexto social general y por tanto los efectos ambientales en los recursos personales de los y las docentes de instituciones públicas y privadas se podrían ver afectados por este hecho

En dicho contexto es sabido que la docencia en la Instituciones públicas y privadas "puede diferir debido a cambios en su forma de administración, la población hacia la que se dirigen y los medios con los que cuentan" (Rodríguez, 2006 p. 9). Por lo que toma importancia el análisis y la comparación entre la salud mental de docentes de ambas poblaciones debido a que existen concepciones teóricas que mantienen que en los profesores de escuelas privadas, su relación con otros colegas se define como poco problemática y de mutuo apoyo. Por otro lado varios profesores de las escuelas públicas coincidieron que en general el apoyo entre maestros es mínimo y que incluso a veces existen rivalidades.

A la luz de lo expresado anteriormente se puede decir que existen diversas variables en el sector público, que no afectan al sector privado como ser: salarios atrasados, afiliación o no a colegios magisteriales, apertura de nuevas plazas, situaciones de riesgo social[1] en el que se ven envueltos muchos docentes, el alumnado y sus características individuales, inestabilidad laboral, que inciden de alguna forma en el desarrollo educativo tanto de las y los docentes como en el de los y las alumnas, sobre todo en las que sus efectos se manifiestan de forma directa en los sujetos implicados en los procesos descritos.

Por otro lado, las y los docentes que laboran en el sector privado, gozan de alguna manera de mejor estabilidad ya que sus instalaciones se encuentran en zonas céntricas y no en zonas marginales, como es el caso de muchos centros educativos públicos.

[1] El número de solicitudes de traslados y permutas de escuelas en zonas urbano-marginales ha ido en aumento en los últimos años debido a la extorsión y amenazas a docentes. (Tomado de El Heraldo 2013).

“Siendo la escuela pública un escenario diferente al de la escuela privada” (Martiña, 2003 p. 113). Por lo que resulta interesante y de gran importancia saber qué es lo que está sucediendo con la salud mental de las y los docentes en ambos entornos; considerando sus características, sistemas de regulación y administración.

1.2. Delimitación del Objeto de estudio:

La investigación se realizará con el sector magisterial de la ciudad de Tegucigalpa, en el Instituto Superación San Francisco y en el Instituto San Miguel tomando como unidad de análisis a todos los y las docentes de dichas instituciones. Estos colegios fueron seleccionados pues tienen características muy diferentes, es decir el contexto socio-económico y el área geográfica en que se ubican son de estratos distintos; el público está ubicado en un barrio urbano-marginal y el otro en una zona exclusiva de la capital, cerca de centros comerciales y cadenas internacionales de hoteles. Un aspecto que fue clave para la elección de estas instituciones fue el hecho de que se brindara el acceso para realizar la investigación en el Instituto privado y en el público, de igual manera se garantizó la seguridad de la investigadora durante el periodo de aplicación de instrumentos. Tegucigalpa es el lugar de residencia de la investigadora y al trabajar con dos institutos en La Capital no se incurrió en gastos de movilización y viáticos.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar el nivel actual de salud mental existente entre las y los docentes que laboran en Instituciones de educación de origen público respecto a las y los docentes que laboran en Instituciones de origen privado de Tegucigalpa en el año 2013.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar si existe relación entre sexo y niveles de salud mental de las y los docentes del sistema de educación público y privado.
2. Comprobar si el tipo de institución (pública o privada) se relaciona de forma directa con los niveles de salud mental.
3. Evidenciar la relación de la edad en los niveles de salud mental de las y los docentes de los sistemas educativos públicos y privados.
4. Establecer si el tipo de centro educativo resulta determinante en los niveles de síntomas somáticos, ansiedad – insomnio, disfunción social y depresión de los y las docentes evaluados.
5. Determinar si el sexo posee relación en los niveles de síntomas somáticos, ansiedad - insomnio, depresión y disfunción social presentes en las y los docentes de educación pública y privada.
6. Identificar la relación que existe entre el nivel general de salud mental y el grado de disfuncionalidad social presente en las y los docentes.

1.4 Preguntas de investigación

1. ¿Cuál es el nivel general de salud mental de las y los docentes?

2. ¿Cuál es el nivel de salud mental general de las y los docentes que laboran en el sector público?

3. ¿Cuál es el nivel de salud mental general de las y los docentes que laboran en el sector privado?

4. ¿Cuáles son los tipos de síntomas más frecuentes en las y los docentes evaluados?

5. ¿Qué factor sociodemográfico ejerce mayor influencia en el grado de salud mental de los y las docentes?

6. ¿Qué relación existe entre el nivel general de salud mental y el grado de disfuncionalidad social presente en las y los docentes?

1.5 Justificación

Considerando que la educación puede definirse como "un proceso multidireccional por el que se transmiten costumbres, valores, y formas de comportamiento que conllevan la socialización formal de los individuos de una sociedad" (Sarrate y Sanz, 2009 p. 38), es importante mencionar que es a través de dicho proceso que los jóvenes aprenden de sus mayores los conocimientos, normas de conducta y formas de ver el mundo que facilitan su adaptación al medio.

Lo anterior confirma el papel participativo del docente, convirtiéndose en eje central para explicar y abordar las problemáticas que exigen respuesta por parte de los agentes inmersos en la pluralidad contextual que implica dicho fenómeno.

Sin embargo,

> "Si la sociedad no asume la importancia de la educación y no brinda el reconocimiento debido a los docentes, si no respeta su autoridad, si no valora su esfuerzo, si no acompaña con los recursos necesarios, si la comunidad es indiferente a la labor educativa, la formación de los futuros ciudadanos y ciudadanas va rumbo al fracaso". (Bergé, 2008 p. 1)

Todas estas condiciones, son necesarias para que las y los docentes no sean encaminados al fracaso de su profesión, provocando sentimientos de indefensión, deterioro en su salud mental, con su cronicidad y consecuencias, como baja autoestima, ansiedad y depresión que afectan globalmente la productividad del personal docente y por ende la de los estudiantes.

Son varios los motivos que demuestran la necesidad de prestar atención a los problemas de salud mental. Muestra de ello son las estadísticas de varios países que indican que son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. En los Países Bajos, por ejemplo, los inconvenientes de la tercera parte de las y los trabajadores diagnosticados cada año con incapacidad laboral están relacionados con la salud mental. La mayor parte de este grupo, el 58%, se consideran relacionados con la actividad laboral y

los que parecen especialmente proclives a abandonar sus puestos de trabajo por estos motivos en los países bajos pertenecen al sector servicios, como los maestros.

En consecuencia los problemas de salud mental son los responsables de alrededor de dos terceras partes de todas las bajas anuales de causas médicas. En adición la negativa o baja salud mental resulta costosa en términos tanto humanos como económicos por lo que es necesario contar con un marco legal sobre salud y seguridad en el trabajo. Las empresas tienen el deber de adoptar medidas necesarias para la protección de la seguridad y la salud de las y los trabajadores, evitando, evaluando y combatiendo los riesgos laborales en su origen.

Por último, pero no menos importante, la prevención de la mala salud mental (en su origen) es rentable. Son muchos los indicios que demuestran que los programas preventivos producen beneficios importantes. Por ejemplo, del total de empresas de una muestra nacional representativa de tres grandes ramas de la industria, el 69% afirmaron que la motivación aumentó, el 60% que el absentismo por enfermedad disminuyó, el 49%, que el ambiente laboral mejoró y el 40% que la productividad se incrementó a consecuencia de un programa de prevención. (Houtman y Kompier, 2001).

Es evidente que "los desórdenes mentales no solo ocasionan problemas para el sector salud, sino también sus consecuencias repercuten en la sociedad, en el sistema educativo, económico y judicial". (La Organización Mundial de la Salud, OMS, 2001 p.2). Se puede comprender de esta manera, que en el marco educativo, conocer la realidad con respecto al nivel de salud mental del personal docente, contribuye en lo económico, debido a que mejorando la salud se disminuye el absentismo laboral.

Al respecto, Carabajal (2012) hace referencia a que en algunos países como Argentina el promedio de absentismo nacional es del 24,18%, y que el provincial se encuentra en rangos similares. Del mismo modo, La Secretaría de Gestión Educativa, Silvia Ojeda, consignó -para dar un ejemplo- que en un grupo de entre 100 a 150 docentes, hay cinco o seis que son los que siempre faltan sin justificación, proyectado en porcentajes, significa entre 5 al 3,5 %, sin tener en cuenta las otras licencias pautadas en el régimen de trabajo. Si se tiene en cuenta que un docente atiende varios cursos y diferentes divisiones, los efectos de una falta

se multiplican hasta cuatro veces a nivel educativo y económico. De esta forma, el Estado presenta considerables pérdidas de sus recursos financieros por pago de incapacidades y falta de rentabilidad.

Similarmente, en un estudio realizado en Oviedo, España, "las bajas por problemas psiquiátricos en el sector docente ocupan el quinto lugar con un 10.6% de las bajas totales" (Álvarez, 2003 p. 18).

Aunado a lo anterior, el nivel de la salud mental del personal docente repercute en la calidad de la enseñanza y ayuda a mejorar las condiciones de trabajo, logrando una participación más activa de los profesionales dentro de la sociedad, formando a su vez, ciudadanos y ciudadanas de calidad que le permitan al Estado obtener respuestas más rentables de parte de la población, ahorrando tiempo y dinero; volviéndose de esta manera la economía más dinámica, puesto que, generando un ambiente más saludable, se mejoran las relaciones entre los mismos, así como la comunicación, contribuyendo a establecer espacios sociales positivos y motivacionales, aumentando el rendimiento de las personas involucradas en la actividad laboral.

En una investigación en Coimbra, Portugal se plantea que "el estudio de la relación en el trabajo docente, las condiciones reales en las que se desarrolla y la posible enfermedad mental y física de los profesores constituye un reto y una necesidad para entender el proceso de salud – enfermedad del trabajador docente" (Borges, 2012 p. 14) por lo que, la literatura disponible permite sostener la idea que las condiciones de trabajo y cambios educativos implementados pueden conducir a un esfuerzo extra de las y los profesores en la realización de sus tareas, con lo cual la realidad y las contradicciones que las y los trabajadores enfrentan en las escuelas pueden ser fuente de exposición a factores de riesgo que contribuyen a la aparición de síntomas en el grupo de profesionales en análisis.

Al mismo tiempo la realidad que rodea al personal docente interfiere con la percepción de los problemas de salud, incluida la salud mental. Dicho concepto es fundamental para podernos expresar en términos funcionales, ya que es una característica que permite a las personas alcanzar una vida individual, social y económicamente productiva. Las causas de del deterioro en la salud mental en la docencia se sitúan tanto en el ámbito laboral como en

los fuertes cambios sociales de las últimas décadas. Del mismo modo, “la enseñanza también puede producir mucha tensión nerviosa, especialmente cuando se trabaja con niños o adolescentes” (Mota 1999 p. 6) ya que es evidente que estar al pendiente de las travesuras de ciertos niños o de las actitudes retadoras de los muchachos de secundaria, definitivamente pueden provocar mucha presión a los y las docentes.

Al respecto,

> En el docente influyen de manera directa distintos condicionantes, entendidos como nuevas expectativas sobre la educación, la función docente, problemas de disciplina, presión social, relaciones con críticas destructivas, falta de apoyo de la administración, que le exponen a una constante tensión, e inciden en su salud presentando unos mayores riesgos de nervios, estrés, depresión, ansiedad y lo que se ha denominado el síndrome de Burnout, entendido dicho término como el síndrome de quemarse en el trabajo. (Álvarez, 2003 p.96).

Cada situación produce unos comportamientos diferenciados en la persona y puede afectar seriamente su salud y perjudicar su trabajo con actitudes de desgana, de escasa o nula participación en el trabajo, de sentimientos desvalorizadores, de no asumir responsabilidades, de ganas de abandonar la profesión, etc. Todo ello trae graves repercusiones no sólo en la o el profesor sino también en sus alumnos y alumnas. En consecuencia, es importante señalar lo que apunta el autor:

- Es un deber prevenir el síndrome de quemarse en el trabajo, en la docencia de educación secundaria obligatoria, como consecuencia del estrés laboral crónico, porque los profesionales tienen el derecho de conservar su propia salud como todo ser humano, pero cuando se trata de la educación, la obligación se duplica, porque de la salud del docente depende una herramienta fundamental: la relación interpersonal con el alumnado.

- Una relación interpersonal adecuada es facilitadora del proceso de aprendizaje del alumnado y por ende, de la calidad educativa.

- Apostar por mejores condiciones para el docente, es el reto fundamental para lograr la calidad educativa. Estas condiciones no sólo dependen de éste colectivo, sino de toda la comunidad educativa, del esfuerzo y reconocimiento de toda la sociedad. (Bergé, 2008 p. 1).

Por lo anterior, es fundamental saber que las y los docentes deben pertenecer, como trabajadores, a un organismo; en este caso una dependencia de la Secretaría de Salud, que abarque a toda la población docente, tal organismo será el encargado de brindar y asegurar la protección de ellas y ellos mismos con el fin de garantizar que posean las condiciones necesarias de salud. Por lo que "crear servicios para la calidad de la enseñanza por parte de las instituciones públicas es asumir la responsabilidad ante los ciudadanos, tiene que ver con la educación, pero también con la prevención de la salud física y mental" (Meunier, Carreño y Sancho, 2011 p. 28).

En relación a lo anterior, cabe destacar que de acuerdo a La Gaceta (2013) La Secretaría de Salud recibe una parte importante del presupuesto, pues los 11,266.2 millones de Lempiras que tienen asignados representan el 12.6% del presupuesto total general del Estado; con el objetivo fundamental, que es, el mejoramiento de la salud para la población hondureña. No obstante en Honduras sólo existen dos hospitales psiquiátricos públicos a nivel nacional, El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y El Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza los cuales reciben un presupuesto muy bajo, que no alcanza a cubrir las necesidades reales de sus demandas.

Uno de los principales problemas en el funcionamiento del hospital psiquiátrico Mario Mendoza es la falta de presupuesto, su Director asegura que para el año 2013 se le asignó a dicho hospital la cantidad de 117 millones de lempiras anuales dividiéndose el 60% para pago de salarios, y el otro 40% para insumos de medicamento, alimentación, entre otros; considerando a la vez que éste hospital para la salud mental recibe alrededor de 70,000 pacientes al año un promedio de 55 pacientes diarios que requieren de atención y

medicamentos[2]. Ahora bien, para el año 2014 el presupuesto fue reducido entre el 10% y 15% por disposición de la Secretaría de Salud. (Panting, 2013).

A la luz de lo anterior es importante que el Estado, a través de sus diversos Ministerios, realice evaluaciones como la presentada en este proyecto de investigación, en aras de encontrar las formas de mantener una salud mental estable y prevenir el deterioro de la misma en las y los docentes, lo cual a su vez contribuye al uso racionable y sustentable de las arcas del Estado y la formación con calidad del estudiantado.

[2] El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y El Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza no cuentan con divisiones o categorías de pacientes por profesión.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 SALUD MENTAL

A partir de 1946, en La Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en New York se adopta como primer principio de la Constitución de la OMS la salud; tal principio, hasta la fecha no ha sido modificado, dicha determinación toma en cuenta tres dimensiones fundamentales, "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2006 p.1).

En base a lo anterior se puede interpretar el carácter multidimensional de la salud y el impacto directo en la integridad del ser humano. De igual manera "una buena salud no es sólo la ausencia de síntomas de enfermedad" (Trickett, 2009 p. 8). Es por lo tanto evidente, que la vitalidad se caracteriza por sentirse físicamente bien, tener confianza en uno mismo, tener la habilidad de adaptarse a los cambios, y un sentimiento de responsabilidad hacia uno mismo. Esto supone desarrollar una comprensión de los propios sentimientos y acciones, así como cultivar un grado de valoración de uno mismo que sea independiente de las opiniones de los demás.

Como se puede evidenciar en el párrafo anterior, el tema de la salud abarca muchas áreas en la vida del ser humano, y debido a la reciente incorporación de las condicionantes de carácter mental en el concepto de salud resulta importante el abordaje de estudios acerca de la situación de salud mental en diversas poblaciones y grupos integrados por seres humanos con características determinadas, resultando la salud mental indispensable para que el individuo se desenvuelva de manera positiva y productiva en la sociedad, realizando acciones encaminadas al fortalecimiento y progreso de la misma. "La salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico, que capacita al individuo para enfrentar las demandas de la sociedad con entusiasmo y alegría". (González, 2010 p. 245).
Por tanto, un individuo que goza de salud mental, no es solamente aquel que no tiene las enfermedades típicas de su profesión como estrés, desgaste físico, depresión, sino aquel que

goza con eficiencia de sus labores, está feliz y satisfecho con las actividades que realiza a diario.

> La salud mental como: Un estado en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. A su vez es la fuerza básica y dinámica de nuestro vivir cotidiano, en la que influyen nuestras circunstancias, nuestras creencias, nuestra cultura y nuestro marco social, económico y físico". (OMS, 2001 P. 1).

Estas definiciones previas brindan un estado de total plenitud, Sin embargo, en una investigación realizada en Oviedo, España se deben destacar tres características esenciales para acercarse al concepto de salud:

- El estado de salud no puede ser algo absoluto, completo o permanente, sino que es esencialmente variable.
- No puede establecerse un límite definido y drástico entre salud y enfermedad. Existen diversos niveles sobre los que tampoco pueden establecerse criterios fijos.
- El concepto de salud implica la consideración de tres componentes:
    - Subjetivo (creencia y percepción del bienestar
    - Objetivo (funcionalidad orgánica)
    - Adaptativo (integración bio-psico-social) (Álvarez, 2003 p. 16).

Las definiciones que se han dado acerca de salud pueden agruparse en dos categorías: la primera, aquellas que consideran la salud como un estado ideal del organismo, la segunda, aquellas que consideran la salud como una tendencia valorada universalmente como positiva.

Por su parte Houtman y Kompier (2001) definen la salud mental como: un estado
Por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y efectos positivos (p. ej., placer, satisfacción y comodidad) o negativos (p. ej., ansiedad, estado de ánimo depresivo,

insatisfacción, e incapaces de tomar decisiones razonables); un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía (ambos aspectos clave de la salud mental). Así mismo, "la salud mental y las enfermedades mentales están determinadas por muchos factores de interacción social, psicológica y biológica, de la misma forma en que lo están la salud y la enfermedad en general" (OMS, 2004 p. 14). Así mismo, se hace mención de la salud mental positiva como: "un conjunto de rasgos clave que abarcan el estado de bienestar y el estado de mente positiva. Puede influir en el inicio, curso, consecuencias tanto de las enfermedades físicas y mentales" (OMS, 2004 p. 14). De igual manera "No hay salud sin bienestar mental. Los problemas de salud mental pueden llegar a reducir de forma importante la calidad de vida de las personas que los sufren y de las de su entorno, y puede ser causa de discapacidad". (OMS, 2001 p.1).

En la misma línea, la OMS refiere que:

- La salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana. Tiene valores sustanciales e insustanciales, o intrínsecos: para el individuo, la sociedad y la cultura.
- La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de una sociedad y sus miembros. Su valor se puede considerar en diversas formas relacionadas:
- La salud mental es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos.
- La buena salud mental es un recurso importante para los individuos, familias, comunidades y naciones.
- La salud mental, como una parte invisible de la salud en general, contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general.
- La salud mental abarca a todas las personas ya que se genera en nuestra vida diaria en las casas, escuelas, lugares de trabajo y actividades recreativas.
- La salud mental positiva contribuye al capital social, humano y económico de cada sociedad. (OMS, 2004 p. 23).

Por su parte la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud (2005) señala que: los desórdenes mentales no sólo ocasionan problemas para el sector salud, sino también sus

consecuencias repercuten en la sociedad, en el sistema educativo, económico y judicial. Los problemas mentales pueden ser causa de absentismo laboral y de jubilación anticipada, lo que redunda en reducción de la productividad y en costos económicos, en exclusión social y discriminación de las personas afectadas, quienes frecuentemente son víctimas de prácticas sanitarias que atentan contra su dignidad y derechos fundamentales. "actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización", (Peiró, 1990 p.11) esto debido a que la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental tienen repercusiones sobre la organización. Esas repercusiones pueden incluir absentismo laboral, disminución en la calidad del trabajo y poca productividad.

En consecuencia refiriéndose al ámbito nacional, Chirinos, et al, (2001) refieren que en Honduras la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica existente en la comunidad oscila en diversos estudios entre el 10% y el 30%, lo que lo convierte en un problema de salud pública ya que son causa de sufrimiento importante para el paciente, su familia y el entorno, repercutiendo en aumento en el tiempo de incapacidad, disminución en la producción, predisposición a otras enfermedades, carnificación de patologías ya existentes y enmascaramiento, entre otras.

De esta forma, en un estudio realizado en ciertas comunidades Hondureñas se encontró que "los trastornos mentales más frecuentes son: El episodio depresivo mayor y los trastornos ansiosos, seguido de dependencia alcohólica; coincidiendo con los estudios internacionales comunitarios". (Chirinos et al; 2001 p.1). Adicionalmente se requiere de un esfuerzo para que los fondos lleguen hasta éstos sectores y las demandas en salud mental puedan ser cubiertas.

2.1.1 Salud mental en Docentes

En salud mental se engloba un término llamado el síndrome del profesional desgastado.

> En este síndrome nos encontramos con trabajadores, como profesorado, médicos, asistentes sociales, que se enfrentan a una carga afectiva importante y acaban perdiendo el interés. Ofrecen un trato deshumanizado a sus pacientes, clientes o alumnado, a los que ven como enemigos porque están desmotivados y emocionalmente exhaustos por su trabajo. (Ayuso, 2006 p. 2).

En consecuencia el burnout ha sido definido según Freudenberger (1974) como: "un síndrome psicológico, que ocurre en profesionales que trabajan en relaciones de ayuda hacia otras personas" (Cornejo y Quiñonez, 2007 p. 1). De igual manera los autores destacan que algunos estudios comparativos de profesiones de riesgo con el síndrome de burnout; informan que la docencia es una las profesiones que sufren niveles de estrés ocupacional más altos. Así mismo han identificado el cambio, como un factor importante dentro de las fuentes comunes de estrés docente. Considerando que la renovación no es la única causa de estrés, sino la aparición de una innovación tras otra, sin que la mayoría de maestros pueda hacer nada al respecto. Como consecuencia de lo anterior muchas de las presiones que ejercen las transformaciones, asociadas con crecientes demandas de tiempo, (cambios en el currículo), exigen a los docentes que asimilen las evoluciones propuestas, examinen sus prácticas actuales y, a la luz de las nuevas demandas, las modifiquen. Además se espera que midan el éxito de tales innovaciones evaluando el progreso de los alumnos, variando en consecuencias sus prácticas; sin olvidar el contexto que rodea al mismo.

En consecuencia; "El docente no está solo, su trabajo no se realiza de una forma aislada, pertenece a una organización donde la comunicación, el diálogo, la participación, la colaboración y la consideración son fundamentales para contribuir a que su persona sea sana o enferma" (Álvarez, 2003 p. 66).

En el ejercicio de su profesión, el docente establece relaciones, trabaja con personas. Así mismo, Rogers en el año 1972 decía que "el docente debe ser la persona que es, advertir con claridad las actitudes que adopta y aceptar sus propios sentimientos" (Álvarez, 2003 p. 16) de esa manera llega a ser una persona real, consigo mismo y en sus relaciones; una persona que puede enojarse, pero también ser sensible o

simpática, puesto que acepta sus sentimientos como suyos, no necesita imponerlos ni tratar de que sientan del mismo modo. En adición los docentes se ven forzados a implicarse durante muchas horas en los problemas e inquietudes de sus alumnos, esta interacción situada en un determinado entorno; la escuela, con sus peculiaridades y complejidades lo que puede generar sentimientos, respuestas contradictorias y frustrantes.

> La función del maestro es educar. Pero, para que esta tarea pueda realizarse con éxito es necesario que se cumplan diversos requisitos. Algunos competen al modelo educativo o al currículum, otros a la metodología de enseñanza, algunos más al conocimiento del alumno, pero, sin duda, la eficiencia del proceso educativo también depende del propio maestro, de sus características personales y de su salud mental, especialmente si consideramos su crucial influencia en el proceso de ajuste, desarrollo y superación de sus alumnos. (Mota, 1999 p. 6).

Se puede incluir, que lo que se espera de los docentes es un compromiso a nivel personal, se requiere de su afecto, el ser abierto, justo, la escucha y la paciencia se unen a éste menester, por otro lado se exige un compromiso profesional para dinamizar el proceso, adaptándose a los cambios; que pueden desconcertar muchas veces a los maestro, ocasionando en éstos anuencia al cambio, por ende originando desgaste en los docentes.

Por su parte Duque (2012) señala por otro lado que: nuevas formas contractuales se han dado, en ocasiones, para dar respuesta a un mercado cada vez más complejo y competitivo, convirtiendo la mayoría de las veces el trabajo en un ambiente psicológicamente desgastante y amenazador para la salud de los trabajadores, especialmente en algunos aspectos de la salud mental.

Queda claro que la profesión docente al igual que otras carreras, corre el riesgo del daño a la salud, pues se somete a quienes la ejercen a una gran presión laboral, en donde predomina la actividad tanto mental como física, con muy poca relajación ya que se exige una alta atención laboral.

También Mota (1999) describe que la docencia tiene diversos retos, que, si no son entendidos y atendidos, pueden afectar la salud mental del maestro. Para algunos profesores el principal riesgo de la enseñanza es la monotonía. Dar los mismos temas, un día tras otro, año con año; utilizar los mismos recursos, los mismos métodos; asistir al mismo tipo de reuniones y posiblemente con los mismos maestros- sin duda puede generar apatía.

Similarmente, Duque (2012) refiere al respecto de las condiciones que afectan la actividad del docente: Es sabido que una de las principales causas de malestar en los docentes se debe a un ambiente de trabajo que perciben como hostil y altamente competitivo, donde ante el quiebre de las relaciones interpersonales los docentes reaccionan de muy distintas formas, desde la negación de estar "quemados" hasta el refugio reactivo en el consumo de alcohol u otras drogas.

Es importante agregar que:

> Otro problema frecuente es la fatiga que produce la tarea de la enseñanza. Preparar clases, corregir exámenes, revisar trabajos, y, sobre todo, estar día tras día, a la misma hora al frente del grupo, propicia que el maestro se canse. Por esto mismo es necesario que se tome tiempo para reponer energías. Algunos minutos entre clase y clase, dedicados exclusivamente a relajarse, serían muy útiles. Conviene, además, que el profesor no se lleve tareas a casa ni se sobrecargue con demasiadas clases u horas extras de trabajo, que al final minarán su salud y su motivación, y por ende, su eficiencia docente. (Mota, 1999 p. 7).

De manera paralela Ayuso (2006) expresa que uno de los factores que podrían deteriorar la salud de las y los docentes es el estado de opinión que existe entre los profesionales de la enseñanza y buena parte de la sociedad, sobre lo difícil que es impartir clases a los adolescentes de hoy. Este clima de insatisfacción, recoge consideraciones negativas respecto a la falta de disciplina en nuestro alumnado, falta de apoyo de padres y madres e incluso de la administración educativa, el importante número de bajas entre docentes por enfermedades mentales (depresión, ansiedad, etc.), determinadas rutinas perniciosas que se establecen en los centros y que no permiten el desarrollo óptimo de la actividad profesional (falta de profesorado de apoyo, inadecuación de

horarios, las tutorías de las clases "más conflictivas" son asumidas por profesorado recién llegado al centro, etc.).

En definitiva, lo anteriormente expuesto hacen que la vivencia para muchas y muchos docentes, no sea la más adecuada y positiva, lo que les llevará a engrosar las filas de aquellos profesionales que sufren el día a día de su trabajo, llegando poco a poco a mayores cuotas de insatisfacción y "malestar.

Por su parte Sarrate y Sanz (2009) expresan que de manera general existe una gran asociación entre los diversos orígenes del estrés ocupacional y sus consiguientes manifestaciones (es decir, psicológicas, fisiológicas y conductuales), manifestando elementos estresores a largo plazo. Mencionan paralelamente que la labor docente puede llegar hasta las manifestaciones de posible agotamiento total; Así mismo detallan que los individuos incapaces de enfrentarse con efectividad a las exigencias ambientales empiezan a evidenciar pronto manifestaciones de estrés. Dependiendo de la naturaleza de éste.

> Hablando particularmente de las y los docentes las consecuencias del estrés pueden revelarse en las *manifestaciones emocionales*: sentimientos de ansiedad indefinida, insatisfacción, depresión, temor y frustración, baja autoestima, elementos cuyo posible resultado extremo sería el agotamiento total. Por otro lado están las *manifestaciones conductuales*: problemas de conducta tales como problemas alimenticios, consumo excesivo de tabaco, y alcohol/medicamentos, violencia o insomnio más otros posibles síntomas de renuncia como el absentismo y el abandono de la profesión. De igual manera se encuentran las *manifestaciones fisiológicas:* dolencias cardiacas, enfermedades psicosomáticas, fatiga, y bajas reservas de energía (Sarrate y Sanz, 2009 p. 38)

Por su parte Zubieta y Rada (1992) en su estudio sobre los factores más relevantes de tensión en la profesión docente, encuentran entre las situaciones que resultan más negativas las siguientes:

- ***Las condiciones de trabajo:*** las condiciones físicas inapropiadas son un factor de tensión e insatisfacción; identificándose así, el hacinamiento en los salones. La luminosidad, falta de seguridad, falta de agua potable, incomodidad, calor, falta de recursos didácticos, entre otros.

- ***Las condiciones sociales***: la docencia se transformó, en tan sólo unas décadas, de la aclamación social a los reproches cotidianos. Los factores que han contribuido a éste estado de cosas son, entre otros: la manifestación de la profesión docente, suspensiones de clases, excesivos asuetos. Por lo que el docente dejó su papel de personaje heroico para percibirse como un personaje antagónico.

- ***La política de traslados forzosos:*** otro factor de tensión en el campo laboral docente es la manera en la que se asignan los puestos de trabajo obligando a los maestros a trasladarse en muchas ocasiones por largos kilómetros de sus viviendas, forzándolos a perder tiempo que serían de calidad para su aprovechamiento profesional o personal.

- ***Los desacuerdos con las autoridades del centro:*** aunque el docente controle en términos generales todo el proceso, debe cumplir reglamentos operativos, que son específicos para cada institución; por ejemplo no mover bancas, o no hacer ruido; por otro lado, también es obligatorio el cumplimiento de reglamentos, que inciden en el sentido de respeto a ciertas políticas o valores y como se sabe cada individuo es un ser, por lo que siempre habrá discrepancia entre docente y autoridades. Por otro lado la actitud de los directivos que se vuelve poco empática y presentan excesivos requerimientos, generando inconformidad entre los docentes.

  Los conflictos derivados de la convivencia con los compañeros: en ocasiones, las malas relaciones suelen ser causadas por celos, actitudes negativas, poco control de los grupos, sin embargo una de las situaciones que más causa conflictos en la convivencia con los compañeros, las reuniones a las que muchos

> docentes se ven obligados a asistir y que parecen interminables cuando alguien toma la palabra, todo esto tiende a dañar las relaciones y hacerlas cortantes e inclusive puede generar una falla en la confianza y dañar las relaciones interpersonales tan necesarias y a coadyuvar a la baja satisfacción laboral (Zubieta y Rada, 1992 p. 68).

Del mismo modo, entre los aspectos más agobiantes en el trabajo docente, según los estudios aparecen:

En primer orden:

- Demandas de tiempo
- Preparación de lecciones
- Tiempos límites

En segundo orden:

- Los problemas de disciplina/ asistencia
- La confrontación con los estudiantes. (Fullan, 1991 p.72).

2.1.2 Disfunciones adaptativas en la vida docente

De acuerdo a Rivero y Cruz (2010) desenvolverse en el ámbito laboral docente se torna día con día más difícil, siendo imposible que las situaciones adaptativas no influyan de manera general y directa en la vida de los maestros, ocasionando en muchos de ellos problemas de salud por lo que los autores expresan:

> Es cada vez más significativo el número de docentes que muestran malestar por la situación que viven, por sus condiciones laborales y por la presión a la que se ven sometidos por los alumnos, los padres o el personal administrativo, la cual deriva en la aparición creciente de enfermedades, sobre todo del tipo psíquico y psicosomático, cuyas características hacen que con frecuencia sean difíciles de diagnosticar y caracterizar, como ansiedad, trastornos músculo- esqueléticos, lumbalgias, hipertensión, estrés laboral, depresión u otras manifestaciones orgánicas. (Rivero y Cruz, 2010 p. 240).

Por su parte Martínez, Collazo y Liss (2008) manifiestan que la falta de información completa y oportuna de los docentes, de sus derechos y de los procedimientos administrativos requeridos hace que, ante la necesidad y para no realizar trámites burocráticos, recurra a su obra social para asistencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, a las que no denuncia como tales. Hay un alarmante subregistro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en el sector docente. De igual manera es importante destacar que existen diferentes manifestaciones de conflicto en el área de la salud mental los cuales se estudian a continuación.

2.2 Síntomas Somáticos

A nivel general de la medicina uno de los problemas más frecuentes con los que se encuentran los doctores es la somatización, que de alguna manera incluye un amplio rango de fenómenos clínicos, una variedad de señales que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares del cuerpo. Entendida la somatización como "una enfermedad crónica y debilitante caracterizada por las múltiples quejas somáticas que no tienen una explicación lógica sobre la base de exámenes clínicos o de laboratorio" (Shaw y Demaso, 2009 p. 150).

Por lo que Morera (2010) define dicho padecimiento psicológico de la siguiente manera:

Los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente. En consecuencia Con el propósito de clarificar la etiología síquica en dicho fenómeno el auor ejemplifica que algo que nos ocurre de forma común es no demostrar nuestro enfado o malestar con alguien. Esta represión de nuestras emociones nos puede llevar a tener dolores de estómago, tensión alta, etc.

Por lo que del mismo modo Parga (2005) menciona que los síntomas somáticos han sido considerados tradicionalmente como una variable relacionada con la salud y un tópico dentro de los modelos de la conducta de enfermedad. En cuanto a su naturaleza, se proponen determinantes múltiples, aceptándose que los factores psicológicos juegan un

papel central en los mismos. En dicho marco de análisis resulta pertinente resaltar los efectos y la permanencia crónica de la sintomatología somática en el individuo como trastornos somatomorfes.

Tal como lo plantea Gallardo (1994) los trastornos somatoformes comprenden un grupo de trastornos en los cuales las quejas dolorosas físicas y la ansiedad irracional sobre la enfermedad física son la característica clínica predominante, estas molestias se presentan en ausencia de suficientes hallazgos físicos orgánicos o mecanismos fisiopatológicos que expliquen dolor. En adición existen cuatro trastornos somatoformes en los cuales puede estar presente el dolor. Trastorno de conversión, hipocondría, trastorno de dolor somatoforme y trastorno de somatización.

> ***Trastorno de conversión***: requiere de una pérdida o alteración en el funcionamiento físico. El dolor, el aturdimiento y la fatiga, son la triada de conversión en la clínica del dolor.
>
> ***Hipocondría:*** es la creencia fija, el miedo y la preocupación con la presencia de una enfermedad, la que se demuestra que no existe por la evaluación física durante un período de seis meses.
>
> ***Trastornos de dolor somatoforme***: la preocupación por el dolor, al menos durante seis meses, más la ausencia de suficiente manifestaciones orgánicas (o de un mecanismo fisiopatológico) que explique la gravedad del dolor o la alteración social que contribuyen al trastorno de dolor somatoforme. (Gallardo, 1994 p. 58).

Al respecto de esto último Martínez (2008) menciona que el trastorno por somatización es un síndrome crónico y recurrente que cursa con síntomas somáticos múltiples no explicados por ninguna otra enfermedad, con un importante distrés psicológico asociado y búsqueda exhaustiva de ayuda médica. Su etiología es compleja y probablemente biopsicosocial. Algunos pacientes presentan un deterioro del proceso cognitivo bifrontal de predominio en el hemisferio no dominante que podría ser responsable de la depresión, del dolor psicógeno, de los síntomas de conversión asimétricos y del patrón histriónico de conducta.

Los síntomas somáticos bien se manifiesten de forma crónica o situacional suelen tener un impacto directo en la funcionalidad de las personas quienes lo sufren; dichos efectos están ligados a diversos aspectos cognitivos, físicos, emocionales, sociales, etc.

Respecto a ello Taboada (2006) menciona que: los síntomas físicos suelen ser llamados de atención que nos indican que algo en nuestras vidas está necesitando cuidados. En la enfermedad psicosomática a medida que las emociones, el estrés o sentimientos negativos son más intensos, más fuertes o más impactantes, también lo son esas respuestas emocionales o cognitivas. Cuando la relación mente cuerpo ve alterada su armonía, debido a emociones displacenteras, sentimientos negativos, modificaciones del ciclo vital, baja autoestima, alteraciones funcionales o situaciones de alto impacto emocional generadoras de estrés, inevitablemente se produce un impacto, que puede representarse en forma de síntomas o enfermedades psicosomáticas. Detrás de todo síntoma físico hay guardados sentimientos, temores, pensamientos, y reacciones emocionales. Escuchar lo que estos síntomas nos están tratando de decir es una forma y una oportunidad de mantener la salud y una equilibrada forma de vida del eje cuerpo – mente. En la enfermedad psicosomática en la medida que las emociones, el estrés o sentimientos negativos son más intensos, más fuertes o más impactantes, también lo son esas respuestas emocionales o cognitivas.

2.3 Disfunción Social

Diferentes autores han analizado que la relación con los compañeros cuando es negativa es fuente de estrés y de desgaste en el docente. Fullan (1991) entre los aspectos mencionados anteriormente como agobiantes en el trabajo docente, destacaba en el 5º lugar las actitudes negativas de los compañeros. Otro autor como Álvarez (2003) ha analizado este tipo de relación, así y afirma que los conflictos que se dan entre profesores pueden convertirse en una causa de estrés y tensión además de privar de una importante fuente de apoyo social, infiriendo que las relaciones interpersonales causan un gran impacto en el estado de las personas, así como se pueden volver fuente de descarga de problemas, resultando perjudicial para la población.

Algunas investigaciones disponibles, como las realizadas por Álvarez en el 2003 y Fernández en el 2011, entre otros; plantean al respecto la existencia de un deterioro progresivo de la calidad de las relaciones laborales durante los últimos años, llamando la atención, que las principales fuentes de daño en el clima laboral reportada por los docentes, son las relaciones con sus colegas y directivos, por sobre las exigencias planteadas por los estudiantes y sus familias. El nexo entre pares docentes, potencial fuente de apoyo social en el trabajo, parece convertirse en un factor más de presión y desgaste laboral.

> Estudios clásicos sobre salud ocupacional y factores de riesgo en el trabajo son las investigaciones sobre fuentes laborales de estrés, las cuáles, tal vez por limitaciones metodológicas, arribaron a factores más bien generales tales como: ambigüedad y conflictos del rol docente, el mantenimiento de la disciplina, la desmotivación en los alumnos, la falta de materiales de apoyo para el trabajo, las presiones de tiempo, el exceso de trabajo administrativo, el descenso en la valoración social de la profesión docente, la pérdida de control y autonomía sobre el trabajo y la falta de apoyo entre los colegas. (Cornejo, 2008 p. 77).

2.4 Ansiedad-Insomnio

La presencia de desórdenes psiquiátricos en la sociedad actual han tomado relevancia y la ansiedad y el insomnio no son la excepción; por lo que Miller (1996) definen la ansiedad como un Concepto multidimensional manifestado como un fenómeno somático, experimental e interpersonal; sentimiento de inquietud, aprensión o pavor. Estos sentimientos pueden estar acompañados por síntomas como falta de aliento, sensación de ahogo palpitaciones, inquietud, tensión muscular, etc. La ansiedad puede ser racional, como la ansiedad de funcionar bien en un trabajo nuevo, la ansiedad sobre la enfermedad propia o de otro. Las personas también sienten una ansiedad realista sobre los peligros del mundo, posibilidad de una guerra, problemas sociales o políticos.

> La ansiedad es un trastorno presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos y una de las principales causas por las que el profesorado acude al médico; Además de la alteración de las respuestas fisiológicas, aparecen alteradas

> algunas respuestas conductuales y también cognitivas, es decir, distorsiones en pensamientos, ideas, creencias, expectativas, etc. del sujeto que la padece. Por otra parte la ansiedad tienen en común con el estrés la activación fisiológica a nivel autonómico y muscular (tasa cardiaca elevada, sudoración, sensación de mareo, tensión muscular muy alta, dolores de espalda y cuello, etc.) (Montiel, 2010 p. 17)

Tomando en consideración otro trastorno que se presenta en el ser humano es el del insomnio. Es sabido que cada persona tiene su forma particular de dormir, pero no significa que por mucho dormir la persona tendrá la calidad de sueño necesario; "dormir bien es levantarse sintiendo que se ha descansado, que el sueño ha sido reparador" (Tensoni, 2000 p. 14) lo que indica que la persona se siente bien físicamente para emprender la faena diaria. Así mismo él define el insomnio como una afección del sueño según la cual la persona que lo padece no duerme de la manera que debería hacerlo. Teniendo en cuenta ésta afirmación, el insomnio le impide a la persona recuperarse de las actividades, tensiones, preocupaciones y desgastes a los que se sometió durante el día. Así mismo el autor expresa que algunas de las causas el insomnio son las siguientes:

- Depresión
- Ansiedad
- Exceso de preocupaciones
- Angustia
- Sentirse inseguro o insegura en la casa
- Emociones que no pueden controlarse.
- Enfermedades

"La ansiedad como una reacción frente a la vida en el mundo" (Trickett, 2009 p. 15). Lo anterior significa que la ansiedad forma parte de la existencia diaria de un sujeto; por lo que es imposible no tener un ápice de ella; "la ansiedad es como algo bueno que le permite al ser humano mantenerse vivo y que le ayuda a preservar a la especie humana" (Ellis, 2000 p. 29). En definitiva la persona ha nacido con cierto grado de ansiedad que le inspira a desear las cosas, a querer superarse, a vencer los retos de la vida.

Paralelo a lo anterior, cabe destacar que dentro de la ansiedad se encuentra

la ansiedad sana a la que se puede considerar como inquietud, vigilancia o preocupación, la ansiedad sana preserva la vida en contraste, la *ansiedad malsana*, puede acabar con uno, haciendole perder el control "tomando forma de pánico, terror, horror, fobias,temblores y estados de shock.

Ansiedad Externa: consiste en preocuparse por amenazas reales de nuestro cuerpo o por circunstancias de la vida, como por ejemplo, una operación quirurjica o la pérdida del trabajo. A veces la amenaza es tan horrible que el que la sufre se resiste a enfrentarse a las causas de sus temores y los convierte en síntomas, físicos. Niega tener problemas en la vida y se vuelve evasivo cuando el médico le pregunta que si tiene preocupaciones cuando el médico le pregunta si tiene preocupaciones.

Ansiedad Interna: aquí el miedo proviene del interior y tiene su origen en los pensamientos. Hay temores internos vagos que el que los sufre, puede que sólo los reconozca a medias, como el miedo a perder el control, al castigo, miedo a no ser querido de ser querido, a sentimientos destructivos, los que la sufren a menudo tienen un miedo insuperable a las represalias. (Trickett, 2009 p. 15).

Contrario a lo anterior no hay parte buena en el insomnio ya que tiene efectos desvastadores en la salud del individuo, "el insomnio es un estado en el que la persona ve afectada calidad y la eficacia de su sueño. Es decir que su sueño no funciona de manera reparadora, por lo que no logra levantarse con la actitud adecuada para enfrentar el día que le espera de manera satisfactoria." (Tensoni, 2000 p. 14).

2.5 Depresión

El término depresión es un vocablo muy común en todos los ámbitos sociales; si alguien por ejemplo expresa "estoy deprimido" rápidamente todas las personas que lo escuchan sabrán de qué se trata aunque no tengan el significado etimológico. "La depresión es el principal trastorno del estado de ánimo. Es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y una de la condiciones de malestar psicológico más frecuente en seres humanos" (Montiel, 2010 p. 17).

En otra definición la depresión es definida como “una enfermedad de los sentimientos que va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aun puedes funcionar, hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración” (Trickett, 2009 p. 16). En la depresión grave incluso las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza y mareos.

Por su parte Montiel (2010) señala que la depresión es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental en el trabajo, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener en el lugar donde el individuo se desenvuelve, sino también al papel que el lugar de trabajo puede desempeñar como agente etiológico del trastorno. Por lo que entre el personal docente, la depresión sería el trastorno más grave dentro de los problemas de salud mental que presenta este gremio a su vez, uno de los que provoca más bajas laborales en los centros docentes,

Otros docentes presentan síntomas interpersonales, que da lugar a un mínimo o nulo contacto social con los demás y pérdida de interés. Estos casos merecen una atención especial, en consecuencia, Montiel (2010) afirman que las enfermedades depresivas son frecuentes y graves, y suponen una enorme carga tanto para los trabajadores como para los centros de trabajo. Cabe esperar que dos de cada diez trabajadores sufran una depresión en algún momento de su vida, y las mujeres son 1,5 veces más propensas que los varones a desarrollarla.

Otro aspecto que se debe destaca es la diferencia que puede existir entre la depresión en mujeres y hombres.

> La depresión ocurre en la mujer con una frecuencia casi doble que la del hombre. Hay factores hormonales que podrían contribuir a esta diferencia entre hombres y mujeres, en particular: los cambios del ciclo menstrual, cambios hormonales, embarazo. Así mismo existen presiones sociales en la mujer que pueden ocasionar una depresión como la responsabilidad del cuidado de los hijos o padres ancianos. Por su parte el hombre tiende a ser más reacio que la mujer admitir que tiene depresión y muestra menos claramente los síntomas de depresión, por lo que el diagnóstico puede llegar a ser más difícil. La depresión puede afectar la salud física

del hombre, teniendo más probabilidades de morir por esta causa. De igual manera el alcohol, las drogas enmascaran la depresión en el hombre con más frecuencia que la mujer. (Molina y Arranz, 2010 p.97).

2.6 Clima laboral de la salud mental de docentes entre Instituciones de educación pública y privada.

"Es sabido que la docencia en la Instituciones públicas y privadas puede diferir debido a cambios en su forma de administración, la población hacia la que se dirigen y los medios con los que cuentan". (Rodríguez, 2006 p. 9)

Por su parte el docente de la institución pública presenta una actitud más relajada hacia la enseñanza, esto genera que las materias sean más lineales, menos creativas y poco personalizadas; en contraste el sector privado la conciencia que tiene el profesor o en todo caso el dueño de la institución respecto que el alumno paga su colegiatura, lo lleva a una búsqueda de mayor calidad, a través de la exigencia profesional.

Se puede agregar que el compañerismo en el sector público resulta en muchas ocasione adverso, debido al clima en el que los docentes se desenvuelven; por otro lado, a pesar de compartir la misma profesión, la relación entre los docentes del sector público y privado no es de mayor relevancia; ya que no coinciden, en horarios, ni actividades colectivas por lo que los nexos interpersonales en ambos sistemas se tornan casi imposible.

Según un estudio realizado por Rodríguez (2006) a diferencia de los profesores de escuelas privadas, que describieron su relación con otros colegas de mutuo apoyo (incluso con trabajo y con suplencias extra oficiales), varios profesores de las escuelas públicas coincidieron en que en general el apoyo entre maestros es mínimo y que incluso a veces existen rivalidades que ocasionan un ambiente hostil en el gremio.

Otro de los aspectos que diferencia estas instituciones son las condiciones laborales diferenciadas que obligan a los docentes del sector público a reclamar sus derechos a través de protestas. En una investigación realizada por Rivero y Cruz (2010) se encontró que: las

exigencias laborales a las que con más frecuencia se enfrenta el profesorado de la institución educativa pública son las que se derivan de las malas condiciones en que se encuentran las instalaciones y la falta de mobiliario adecuado para que sus educandos puedan recibir sus clases de manera adecuada. Así mismo mencionan entre sus datos que: una particularidad que priva en la escuela pública es la gran cantidad de alumnos que se asignan por grupo, lo que causa que los profesores de este tipo de institución se vean obligados a llevar a cabo el trabajo pendiente en las horas o días de descanso y vacaciones, así como a escribir excesivamente en cuadernos y pizarrones, lo que hace su trabajo tedioso y sin contenido al tener que calificar o revisar de manera iterativa las notas de clase y las tareas de los alumnos.

> En tanto, en las escuelas privadas las exigencias que más predominaron son las que se derivan del tipo de actividad. La administración (dueños o directivos de estos planteles educativos) busca una mayor satisfacción de las necesidades de la población estudiantil a costa de los docentes; ejemplos de estas exigencias son el realizar guardias para mantener el control del alumnado al momento de la entrada, el descanso y la salida; tener que permanecer en la institución educativa durante las llamadas “horas muertas”; ser objeto de una supervisión estricta y control de calidad; no poder desatender las tareas por más de cinco minutos, y tener que tener una concentración excesiva y revisar las tareas diarias; El exceso de exigencias a que se enfrentan los profesores del sector privado dentro y fuera de su tiempo laboral origina una serie de sobresaltos emocionales que conllevan trastornos psíquicos como la fatiga. (Rivero y Cruz, 2010 p. 87).

2.7 Variables Sociodemográficas y salud mental

Moriana y Herruzo (2004) mencionan la existencia de estudios acerca de la relación del estrés y variables sociodemográficas, como ser:

Sexo. Las mujeres experimentan mayor y más intenso cansancio emocional que los hombres. Sin embargo, encontraron mayor varianza en despersonalización, siendo los hombres los que tiene mayor sentimiento negativo hacia los estudiantes. Por otro lado, existen diferencias en un mayor cansancio emocional y menor realización personal en mujeres, Tomando en cuenta el doble rol ejercido por la mujer en el trabajo y en la casa como fuente de estrés.

Edad. Los resultados sobre esta variable son contradictorios puesto que la relación establecida entre la edad y el burnout ha sido tanto lineal como curvilínea habiéndose encontrado también ausencia de relación. El vínculo que se establece entre el síndrome del burnout y la edad, se asocia a su vez al tiempo de experiencia en la profesión, la maduración propia por la edad del individuo y la pérdida de una visión irreal de la vida en general, así los profesores más jóvenes experimentan niveles superiores de estrés y mayores niveles de cansancio emocional y fatiga; por otro lado los docentes más experimentados presentaban una respuesta de mayor estrés que sus compañeros, pero no con grandes diferencias con relación a la edad.

Nivel impartido. En líneas generales, parece que a medida que vamos subiendo en el ciclo educativo, a excepción de los profesores de universidad, los índices de burnout incrementan, siendo los profesores de secundaria los más afectados sobre todo en cuanto a la despersonalización y realización personal

Tipo de centro. El tipo de centro en donde se desarrolla la función docente tiene grandes implicaciones en la percepción de estrés por parte del profesorado. (Moriana y Herruzo, 2004 p. 600).

Por su parte Fernández (2011) en su investigación plantea, en cuanto a la variable sexo, que las mujeres están más expuestas a mayores situaciones de tensión, puesto que en su mayoría están comprometidas a doble jornada, la laboral y la familiar. Todo ello junto con una elevada exigencia de trabajo y en muchos casos la ausencia de apoyo social. Así mismo él expresa en cuanto a la variable edad, que a medida que los años avanzan el sujeto va ganando experiencia y seguridad en las tareas laborales, mostrando en consecuencia una menor vulnerabilidad.

Por su parte González (2010) plantea que en el nivel escolar, los docente tiene que atender a diferentes tipos de complejidades, en términos generales, en cuanto la impartición de Clases, a mayor grado escolar en el que se desempeñe la función, deberá exigir mayores y más especializados cocimientos al docente, además de contar con un mayor nivel escolar comprobable para que los alumnos perciban que el maestro es autoridad en conocimiento. Por otro lado en secundaria la complejidad disciplinar es más alta puesto que los alumnos presentan cambios con respecto a la primaria; cambios que van desde lo físico hasta lo psicológico; todo esto afectará al docente inequívocamente, que valorará como extremadamente complicada la enseñanza, la retentiva y la disciplina del adolescente en secundaria.

> la degradación de la escuela pública, un notable descenso en el nivel científico, y de rigor escolar necesario tanto para mantener el nivel académico como una adecuada formación moral y cívica de los escolares pueden dar al traste con la idea de poner al alcance de todos una educación valiosa. El decaimiento de la escuela pública haría de la escuela privada no simplemente una opción pedagógica o ideológica legítima, sino un refugio privilegiado de una escuela más eficiente para el que pueda pagar, frustrándose el empeño de que el sistema escolar deje de contribuir a la reproducción de desigualdades. (Llorente, 2001 p. 6).

En esta misma línea Llorente (2001) afirma que un punto frágil de la escuela pública y delicadísimo es precisamente el espíritu y voluntad de servicio de sus responsables y de

sus profesores, en la escuela privada vigila el interés del titular o propietario y esa vigilancia optimiza el uso de recursos. Así mismo el autor expresa que la escuela pública es, en cambio, un ámbito de mayor libertad para el elemento docente; un ámbito de mayor autonomía personal.

Esto mismo podría ser una condición positiva para procurar una mejor educación a cambio de que se hiciera un uso responsable de esa libertad. En la escuela privada impone disciplina el poder del titular o propietario, cuyos intereses van ligados al mejor mantenimiento de la misma. En la escuela pública ha de emanar principalmente la disciplina de la consciencia del deber, pues el garantismo dificulta la aplicación rápida y eficiente de los mecanismos reglamentarios. Lastimosamente no todos los profesores, ni todos los responsables de la escuela pública están igualmente conscientes de que la degradación científica y la relajación del buen orden escolar, suponen no sólo la frustración profesional de los profesores, sino algo más grave, la quiebra en sí mismo del modelo concebido para una más equitativa redistribución del saber.

Por otro lado y en palabras de Moriana y Herruzo (2004) refieren que las características de la propia organización, también se consideran en el modelo como moduladoras de la experiencia de burnout, La baja participación en las decisiones del centro, el número de alumnos, la falta de material, horarios, etc., son algunas de las características de la organización educativa que provocan más efectos negativos dentro del profesorado. Finalmente, las cualidades personales del profesor, suponen otro factor de influencia en los procesos de desgaste. Dentro de estas, destacan las necesidades del docente de ser escuchado en sus problemas y apoyado en sus decisiones, la ruptura de aspiraciones que supone normalmente el no poder promocionar en su puesto de trabajo, etc.

> "La adversidad con, su conjunto de condiciones feroces, pueden hacer que los esfuerzos y las capacidades docentes aparezcan como insuficientes para alcanzar las metas laborales y las expectativas de la comunidad". Son otros escenarios institucionales y otros vínculos pedagógicos, también espacios de incertidumbre y malestar que indudablemente incrementan la vulnerabilidad de las y los docentes.

> De igual manera la frustración y la insatisfacción por no poder dar respuesta a éstas condiciones convertidas en demandas y a las propias expectativas personales y profesionales constituyen una fuente de tensión y una causa de estrés; la persistencia de éste estado, sin esperanzas de modificación, puede afectar, física, emocional y laboralmente a los docentes. (Coronado, 2008 p. 64).

Así mismo el malestar docente, la quemazón, el desgaste profesional, el estancamiento y otras denominaciones intentan dar cuenta y mostrar los efectos negativos de la práctica profesional del educador, que se incrementan en contextos percibidos como difíciles. De acuerdo a Álvarez (2003) las enfermedades psiquiátricas ocupan el cuarto lugar dentro de las enfermedades a nivel general; esto resulta preocupante por lo que se deben plantear como mejorar la salud del profesorado.

Lo anterior constata que una de las principales causas de baja por enfermedad en las y los docentes son las patologías psiquiátricas. El importante peso que esto tiene en el absentismo laboral y las repercusiones que puede tener, hace que se considere la necesidad de plantearse líneas de actuación encaminadas a mejorar la salud de los docentes.
Al respecto Martínez (2008) ha señalado que el efecto de situaciones de fatiga ya analizadas y a la falta de desarrollo de una cultura de la prevención del riesgo de trabajo en la escuela y del conocimiento de los mismos, los docentes tienen serias carencias en el cuidado a su salud laboral.

> la Educación para la Salud diciendo que es cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en el que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud, y busque ayuda cuando lo necesite". Para alcanzar dicho bienestar es necesario desarrollar acciones de protección y prevención, promoción y restauración de la salud docente con el fin de obtener estilos más sanos en la vida, de las y los docentes. (OMS, 2004 p. 4).

Tal definición implica el desear estar sano y saber cómo alcanzar esta salud, mostrando una actitud positiva para conseguir que los conocimientos que se obtiene en salud se traduzcan

en acciones concretas. De igual manera se añade a la cita dos tipos de actuaciones individual y colectiva, así como la búsqueda de ayuda; bajo la perspectiva de "un sistema integral de salud mental" docente centrado en la protección de la misma se han de asumir todas aquellas funciones dirigidas a garantizar y mejorar el nivel de salud individual y colectiva de los profesores.

Por ende, dichas acciones no son simplemente responsabilidad del individuo, sino que implica un nivel más amplio de actuación en donde el gobierno debe ser participante activo brindado:

> -El derecho a la protección de la salud.
>
> -El deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad.
>
> -El estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas. (Constitución de la República de Honduras, 2004 p. 23).

Es evidente que El Estado debe contribuir en gran medida para preservar la salud de sus ciudadanos, así como regular que las condiciones de los trabajadores; en este caso, de las y los docentes sean las más adecuadas.

2.8 Resiliencia Docente

Frente a las dificultades adversas que presentamos en los párrafos anteriores cabe mencionar que los seres humanos por naturaleza buscan sus propios mecanismos de defensa frente a los momentos difíciles de la vida, unos con más resistencia que otros.

> La resiliencia es la capacidad de superar las adversidades saliendo fortalecido de las mismas, tomando en cuenta las diversas variables pedagógicas y no pedagógicas que influyen en la labor docente. Esta capacidad de transformar lo negativo en positivo, de minimiza o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad. Se basa en la creencia que nosotros influye más la manera de afrontar las situaciones que las mismas situaciones, siendo de capital importancia la capacidad de diferenciar las que están bajo nuestro control, (en la que debemos centrarnos en busca de una

> solución), de las que no dependen de nosotros, (en las que deberíamos centrarnos en que no nos afecten más de lo conveniente. (Orts, 2009 p. 53).

De igual manera la resiliencia deja entrever la capacidad que tienen los sujetos de sobreponerse a contratiempos; volviéndose menos vulnerable en el fututo.

> El docente resiliente es un docente capaz de sobrellevar los embates del medio y usarlos para resistir, de igual manera como el metal resiste a las presiones de temperatura y presión externas y, logra inclusive, tener propiedades más nobles cuando es templado como la firmeza y la maleabilidad, por lo tanto el punto de partida de todo docente resiliente es concentrarse en el presente sereno. (González, 2010 p 278).

A manera de resumen, a lo largo de las paginas anteriores se ha realizado un recorrido de lo que varios autores sostienen sobre las implicaciones que ejerce el contexto socio demográfico en el deterioro de la salud mental de las y los docentes, destacando los síntomas que se desencadenan al verse la misma deteriorada, ocasionando daños devastadores para el desenvolvimiento normal en la vida del ser humano; a su vez se ha puesto de manifiesto como los y las docentes están inmersos en una situación educativa que refleja la problemática de la sociedad actual sus contradicciones, retos y como les puede afectar en su trabajo profesional. De igual manera, se ha tomado a consideración el clima laboral que existe entre las instituciones públicas y privadas así como las variables socio demográficas envueltas en este proceso de investigación. En tal sentido, es interesante conocer cuál es el nivel de salud mental de los y las docentes y la frecuencia con qué se manifiestan los síntomas en dichos profesionales con el fin de determinar si existen diferencias significativas en los niveles de salud mental del personal que labora en instituciones públicas y privadas de Tegucigalpa. Y de ser así cuáles son las causas que ocasionan tales diferencias y cómo se puede mejorar la situación.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Enfoque

En base a los objetivos planteados en la presente investigación se ha determinado utilizar una metodológica cuantitativa, puesto que el interés de la investigación presenta un modelo descriptivo, utilizando la modalidad del cuestionario; para la recogida de datos concretos, siendo el cuestionario una técnica apropiada para describir y analizar la información alcanzada de una vez. Los datos obtenidos permitirán delinear la incidencia, y frecuencia de las dimensiones del objeto de estudio, así como la relación existente entre las variables establecidas. Comprendiendo; de esta manera que, "la investigación cuantitativa se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, tendiendo a generalizar y normalizar los resultados." (Bernal, 2006 p. 57).

Consecuentemente, en este trabajo se recolectó información a través de un instrumento estandarizado y validado que arroja datos numéricos estimados en una escala intervalar, con el propósito de conocer específicamente el nivel de la variable central (salud mental), en una muestra representativa de docentes; ya que, de acuerdo Hueso y Cascant (2012) esta metodología descansa en el principio de que las partes representan el todo; por lo tanto observando y estudiando a cierto número de sujetos nos podemos hacer una idea de cómo es la población en su conjunto. En esta misma línea los autores expresan que se concibe la metodología y las técnicas cuantitativas de investigación como herramientas significativas para describir la realidad.

3.2 Tipo de estudio

Descriptivo Compuesto por una variable descriptiva operacionalizada a través de la selección de la misma dada su característica expost – facta; lo anterior permite la obtención de datos descriptivos del fenómeno que permiten establecer comparaciones paralelas y correlaciones no causales entre los resultados obtenidos en las dos poblaciones seleccionadas (Instituciones públicas y privadas). Las variables

sociodemográficas (edad, sexo, tipo de institución) permiten un contraste comparativo entre la variable descriptiva (salud mental) y establece de forma explicativa posibles relaciones con ambos tipos de fenómenos. Los métodos de recolección de información son de tipo cuantitativo en una escala de intervalos y sus resultados permiten jerarquizaciones y manipulaciones porcentuales que facilitan la descripción, comparación y entendimiento de los resultados del estudios.

3.3 Tipo de diseño

Diseño no Experimental – Descriptivo

Tabla No. 1

Diseño de dos grupos por selección solamente después.

Grupo	Asignación	Ob. Antes	Tx	Ob. Después
Inst. Pública	Selección	-	-	O1
Inst. Privada	Selección	-	-	O2

3.4 Hipótesis de Investigación

Hipótesis General

H_1 = Los (as) docentes de educación pública y privada tendrán diferencias significativas en sus niveles de salud mental.

$H_{01=}$ H_1 = Los (as) docentes de educación pública y privada NO tendrán diferencias significativas en sus niveles de salud mental.

Hipótesis Específicas

H_2 = Las y los docentes de menor edad mostrarán menor nivel de salud mental.

$H_{0=}$ Las y los docentes de menor edad no mostrarán menor nivel de salud mental.

H_3 = Las y los docentes de la institución Pública mostrarán niveles significativos de disfunción social.

H_0= Las y los docentes de la institución Pública no mostrarán niveles significativos de disfunción social.

3.5 Variable Central

Salud Mental

- Variables de contraste
  - Edad
  - Tipo de institución
  - Sexo
    - Femenino
    - Masculino

- Variable Descriptiva (Salud Mental)
  - Alta (0-27pts)[3]
  - Media (28-55pts)
  - Baja (56-84pts)

D.O. = Se aplicará el cuestionario de salud mental (GHQ) de Goldberg a 50 docentes de una institución pública y 42 docentes de una institución privada.

[3] Ver el apartado 3.9 "Instrumento".

Tabla No. 2

- Definición Operacional de Selección

3.6 Matriz de variables o matriz de categorías de análisis

Problema	Objetivo General	Hipótesis de Trabajo	Variable	Categorías	Variables de Contraste	Operacionalización de la variable Salud mental
¿Cuál es el nivel de la salud mental de los y las docentes en las Instituciones Superación San Francisco y Salesiano San Miguel de Tegucigalpa?	Comparar y Caracterizar el nivel de salud mental existente entre las y los docentes que laboran en Instituciones de educación de origen público respecto a las y los docentes que laboran en Instituciones de educación de origen privado de Tegucigalpa	**H_1** = Los (as) docentes de educación pública y privada tendrán diferencias significativas en sus niveles de salud mental.	Variable Descriptiva (Salud Mental)	**Síntomas Somáticos** Ítems A 1-7 **Ansiedad-Insomnio** Ítems B 1-7 **Disfunción Social** Ítems C 1-7 **Depresión** Ítems D 1-7 Ver anexos	Variables Independientes: Edad Tipo de Institución Sexo	Para determinar el nivel de salud mental se aplicó el cuestionario de salud mental (GHQ) de Goldberg (1972) a 50 docentes de una institución pública y 42 docentes de una institución privada.

3.7 Población y muestra

Con fines de alcanzar los objetivos planteados en esta investigación, se realizó de manera no probabilística la selección de la muestra. "Las *muestras no probabilísticas,* las cuales llamamos también *muestras dirigidas suponen un procedimiento de selección informal y un poco arbitrario.* Aún así estas se utilizan en muchas investigaciones y a partir de ellas se hacen inferencias sobre la población" (Sampieri, 1997, p. 278). Se realizó la selección de dos instituciones que tuvieran sistemas de regulación y administración diferentes, es decir, una institución privada (Instituto Salesiano San Miguel) y una institución pública (Instituto Superación San Francisco) y además de ser instituciones representativas de cada tipo de organización, es decir, el instituto público se ubica en un sector urbano marginal y la mayoría de sus estudiantes son de bajos ingresos; por otro lado el instituto privado se ubica en una zona residencial y su población estudiantil pertenece a la clase media y media alta. Así como, otras aristas en las que difieren ambas instituciones como ser: número de estudiantes, conflictos sociales, e infraestructura. Todo lo anterior permite un mayor nivel de comparabilidad en la variable de interés que es la salud mental de las y los docentes. Por otra parte, estas instituciones fueron las que estuvieron dispuestas a participar en el estudio y dieron el apoyo y consentimiento a la investigadora.

Se determinó aplicar el instrumento al universo poblacional, es decir, al 100% de la muestra, siendo un total de 92 docentes evaluados y evaluadas, dando como resultado el 45.7% de la muestra laborantes en la Institución educativa Salesiano San Miguel la cual es privada y el 54.3% laborantes en la Institución educativa Superación San Francisco la cual es pública. De este número total, el 59% de las participantes son de sexo femenino y 40% de los participantes del sexo masculino. Entre la distribución poblacional del Instituto San Miguel el 43% son del sexo femenino y 57% del sexo masculino; por otro lado del Instituto Superación San Francisco 62% de la población pertenecen al sexo femenino y el 36% al sexo masculino. Estableciendo a la vez tres rangos de edades, en el grupo número uno, los y las docentes entre las edades de 21 a 35 años, en el grupo dos de 36 a 50 años y finalmente el tercer grupo de 50 años y más.

Para la obtención de la muestra se utilizó una asignación de selección de la variable sujeta a estudio; dicha selección se realizó tomando 42 docentes laborantes en una institución

privada y 50 docentes laborantes en una institución pública, esta muestra no es representativa del total de la población sujeta a estas características, por ello el tipo de muestreo utilizado en el presente estudio es de carácter intencionado y no probabilístico.

3.8 Técnicas para la recolección y análisis de datos

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados, en esta investigación Se utilizó el Cuestionario de Salud Mental, de Goldberg —GHQ-28, de amplia difusión y reconocido prestigio en el ámbito psicológico; el cual permitirá recoger información concreta sobre el nivel de salud mental percibido por las y los docentes en las semanas recientes a la aplicación del instrumento; destacando la intensidad con que se manifiestan en ellos las cuatro sub-escalas valoradas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión; tomando en cuenta a su vez, las variables socio demográficas: edad, tipo de institución y sexo.

Para la aplicación del instrumento se solicitó por escrito a los directores del Instituto Superación Sanfrancisco (público) y el Instituto San Miguel (privado), el acceso a las instalaciones con el fin de aplicar el cuestionario a la muestra delimitada.

Una vez aplicados los instrumentos a la población previamente definida, se procedió a registrar los resultados en los medios digitales para proceder al análisis de los mismos. Para realizar el análisis de los datos recopilados a través del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg, se hizo uso del paquete estadístico SPSS 20.

Se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Prueba T para comparación de medias.
- Coeficiente de correlación de Pearson que se utilizó para variables con medidas de intervalo y razón.
- Se realizó análisis de varianza para analizar si grupos distintos diferían estadísticamente.
- Análisis descriptivos, mostrando frecuencias y datos porcentuales de los resultados obtenidos.

3.9 Instrumento

El Cuestionario de Salud Mental, posee un modelo el cual es "escalado" y contiene 28 ítems (GHQ-28) 1972[4], compuesto de cuatro sub-escalas de 7 ítems cada una: sub-escala A (síntomas somáticos), sub-escala B (ansiedad e insomnio), sub-escala C (disfunción social) y sub-escala D (depresión grave). Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas, progresivamente peores. La o el sujeto debe subrayar una de las cuatro respuestas, limitándose a las situaciones en las últimas semanas y no en el pasado. Su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal de la persona y no en rasgos que la han acompañado a lo largo de su vida.

INTERPRETACIÓN

Se trata de un cuestionario breve y de fácil ejecución. Tiene dos aplicaciones principales: estimar la prevalencia de la enfermedad psiquiátrica en una determinada población y captar casos de patología psiquiátrica en las consultas no especializadas. Como elemento de screening tiene ventajas sobre el SCL-90-R, pero como medida de diferentes perfiles psicopatológicos este último ha demostrado su superioridad. Es un buen instrumento para ser utilizado en atención primaria.

La mayoría de las críticas sobre el GHQ han incidido sobre las limitaciones que impone el diseño del mismo. Goldberg desarrolló el GHQ para monitorear el cambio reciente que han experimentado los pacientes en su sintomatología, no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y este no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será "no más que lo habitual" y no

[4] Ya que si bien el original es de 1972, (Goldberg Dp. The detection of psychiatric Ilness by Questionnaire. London. Oxford University Press. Validation 1972). La misma fue validada en español en el año 1986, (Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) IN A Spanish population Psychological Medicine, 1986; 16:135-140). Y dentro de las documentaciones de la APA, se puede mencionar entre una de las más importantes la del año 2000, (Rush AJ, Pincus HA, First MB, Blacker D, Endicott J, Keith SJ, Phillips KA, Ryan ND, Smith GR, Tsuang MT, Widiger JA, Zarin DA (Task Force for the Handbook Psychiatric Measures). Handbook of Psychiatric Measures. Washinton D.C. American Psychiatric Association, 2000).

identificará este como problemático. Este problema se puede obviar parcialmente utilizando la puntuación CGHQ para corregir el cuestionario.

Las diferentes sub-escalas del GHQ-28 valoran sintomatología específica para cada uno de sus apartados pero no se corresponden con diagnósticos psiquiátricos, estas sub-escalas no son independientes entre sí. Aunque las sub-escalas B (ansiedad/insomnio) y D (depresión grave) se correlacionan bien con la valoración de los psiquiatras para ansiedad y depresión, esto no ocurre con la sub-escala A síntomas somáticos.

Se ha demostrado en algunos estudios, que pacientes con enfermedad somática grave puntúan alto en el GHQ, se ha sugerido que en este tipo de pacientes sería necesario elevar el umbral para mejorar la sensibilidad y especificidad.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los estudios internacionales de validación del (GHQ-28) son numerosos y están hechos sobre diferentes grupos de pacientes. En conjunto, los datos disponibles han mostrado una elevada fiabilidad test-retest del GHQ-28 (r = 0.90).

Validez:

En los múltiples trabajos llevados a cabo en diferentes lugares del planeta, la sensibilidad del conjunto oscila entre 44% y 100% —mediana del 86%— y la especificidad entre el 74% y el 93% —mediana del 82%—.

En el trabajo de validación de Lobo se aplicó el cuestionario a una muestra de 100 pacientes ambulatorios de las consultas de medicina interna. Los datos sobre validez predictiva obtenidos fueron: para un punto de corte de 5/6 (5 no caso /6 caso) obtienen una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP del 75%, un VPN del 89.3% y un índice de mal clasificados del 17%; para un punto de corte de 6/7 una

sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3%, VPN del 85.9% e índice de mal clasificados del 15%. En el mismo estudio se ofrecen datos sobre la validez concurrente, tanto de la puntuación total como de las sub-escalas, hecho por dos psiquiatras entrenados en la administración de la CIS (Clinical Intrerview Schedule).

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 ítems — Muñoz , 1978, la de 30 ítems, Lobo y Gimeno Aznar, 1981, la de 12 ítems —Muñoz (1995)—. Sin embargo, el más difundido en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y, validado por Lobo en 1985.

Para determinar la puntuación del GHQ-28 se pueden utilizar 3 métodos alternativos.
El primero es ***"Puntuación GHQ"***, su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.

El segundo es **"*Puntuación CGHQ*"** divide los ítems en dos apartados: los positivos hacen referencia a la salud— (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos hacen referencia a la enfermedad— (el resto). Los positivos se puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0,1,1,1.

Y el tercer método, que es la utilizado en este estudio, que es a través de una "***Puntuación Likert***", según Sampieri (1997) Una de las dos formas básicas de aplicar una escala Likert es la *"Autoadministrada"* en la que se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, tomando una codificación de escalas que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a,b,c,d) Clasificando sus puntuaciones de la siguiente manera:
Salud mental Alta: 0-27 pts.
Salud mental Media: 28-55pts.
Salud mental Baja: 56-84pts.
A modo de resumen, del apartado referente al instrumento los siguientes cuadros recogen los elementos constitutivos del protocolo final de recogida de información.

Tabla 3

Descripción del Instrumento

Instrumento	Cuestionario de Salud Mental, de Goldberg (1972)
Objetivo	Recoger información concreta sobre el nivel de salud mental percibido por las y los docentes últimamente.
N° de ítems	28
Puntuación	Escala Likert - 0 = a. No en absoluto - 1 = b. No más que lo habitual - 2 = c. Bastante más que lo habitual - 3 = d. Mucho más que lo habitual
Clasificación de puntuaciones	- Salud mental Alta: 0-27pts. - Salud mental Media: 28-55pts. - Salud mental Baja: 56-84pts.

Tabla No. 4

Categorización del Instrumento

Síntomas	Pregunta	Ejemplo de respuesta
Síntomas somáticos	¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?	a. Mejor que lo habitual. b. Igual que lo habitual. c. Peor que lo habitual. d. Mucho peor que lo habitual
Ansiedad e insomnio	¿Se ha notado constantemente agobiado (a) y en tensión?	a. No en lo absoluto. b. No más que lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.
Disfunción Social	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	a. Más que lo habitual. b. Igual que lo habitual. c. Menos que lo habitual. d. Mucho menos que lo habitual.
Depresión	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?	a. No en lo absoluto. b. No más que lo habitual. c. Bastante más que lo habitual. d. Mucho más que lo habitual.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el proceso del presente estudio se ha pretendido analizar el nivel de salud mental existente entre las y los docentes que laboran en un instituto de origen público, respecto a las y los docentes que laboran en un instituto de origen privado de Tegucigalpa. Para ello se aplicó a los profesionales el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (1972) valorando las cuatro dimensiones presentes en dicho instrumento (Síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión) para luego relacionarlas con las variables sociodemográficas (tipo de institución, sexo, edad)

A continuación se presentan los principales hallazgos y resultados obtenidos en la investigación descriptiva en cuanto al nivel de salud mental en las y los docentes del sector público (Instituto Superación San Francisco) y privado (Instituto Salesiano San Miguel).

El primer apartado detalla de manera cuantitativa los resultados por cada uno de los ítems del Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (1972) luego los estadísticos generales en torno a los niveles de salud mental en las y los participantes, posteriormente se inicia la comprobación de hipótesis de investigación; de igual manera, los resultados basados en los objetivos de la investigación, respaldadas por bases teóricas de diversos autores; luego se inicia una descripción general de otras correlaciones, tablas, gráficos y descripciones que son importantes para el análisis de la variable salud mental.

4.1 Análisis descriptivo de los ítems

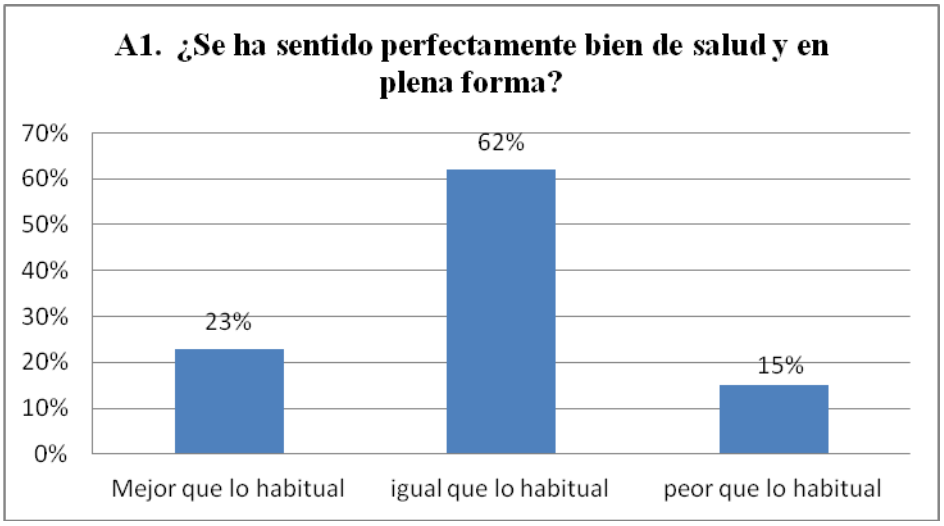
Se presenta a continuación la definición general de cada una de las dimensiones comprendidas en el Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (1972) seguido de la descripción de frecuencias por cada ítem.

Dimensión A 1-7 Síntomas Somáticos

Morera (2010) afirma que los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente. En consecuencia Con el propósito de clarificar la etiología psíquica en dicho fenómeno el autor ejemplifica que algo que nos ocurre de forma común es no demostrar nuestro enfado o malestar con alguien. Esta represión de nuestras emociones nos puede llevar a tener dolores de estómago, tensión alta, etc.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la dimensión de síntomas somáticos.

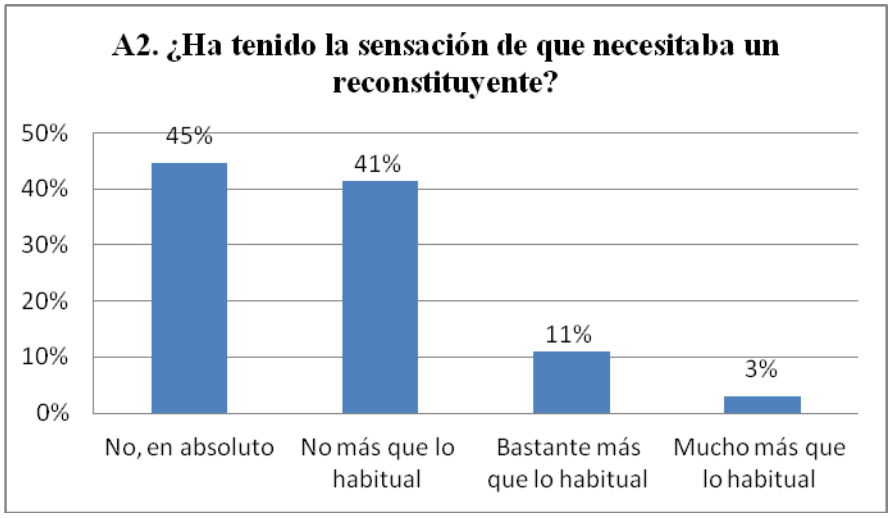
Gráfico 1. *Porcentaje de las y los participantes que se han sentido bien de salud*



Como se puede evidenciar en el gráfico anterior el 23% de las y los docentes se han sentido mejor que lo habitual, dejando a la vez en evidencia que la mayoría de los docentes, en este caso un 62% se han sentido igual que lo habitual y un 15% muestran un empeoramiento en su salud y condición física.

Lo anterior refleja lo que ya mencionaba Álvarez (2003) en relación al concepto de salud, quien desctacaba como una de las 3 características principales la subjetividad, es decir, la creencia y percepción de bienestar, dejando entrever que a nivel subjetivo, y en general, las y los docentes no perciben empeoramiento de su salud.

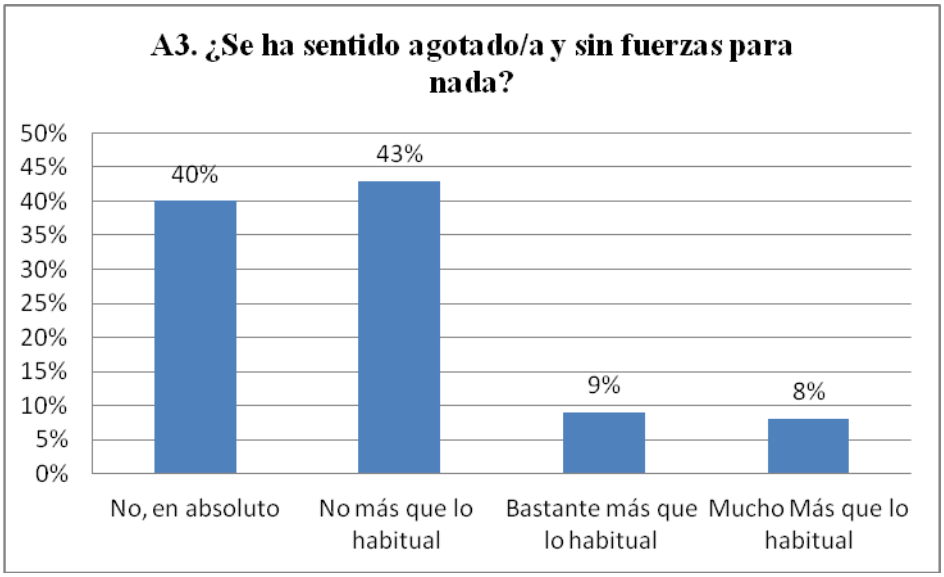
Gráfico 2. *Porcentaje de las y los participantes que han tenido la sensación de necesitar un reconstituyente.*



Es importante señalar que el 45% de las y los docentes evaluados en definitivo no sienten la necesidad de un reconstituyente, por otro lado el 41% quienes respondieron que no lo necesitan más que lo habitual quedando un porcentaje menor para aquellos quienes lo necesitan mas (11%) y mucho más (3%) que lo habitual.

En este sentido Mota (1999) expresa que el que hacer docente proporciona que el maestro se canse; y necesite elementos para recuperar sus fuerzas por lo que de nuevo hacemos referencia en Oviedo (2003) que a nivel "subjetivo", y en general, las y los docentes no perciben la necesidad de un reconstituyente, sin embargo el 41% afirman que en efecto utilizan habitualmente algún tipo de elemento para reponerse del que hacer docente afirmando lo que plantea el primer autor y sumado a ese porcentaje estan las y los docentes que necesitan un reconstituyente bastante y mucho más que lo habitual.

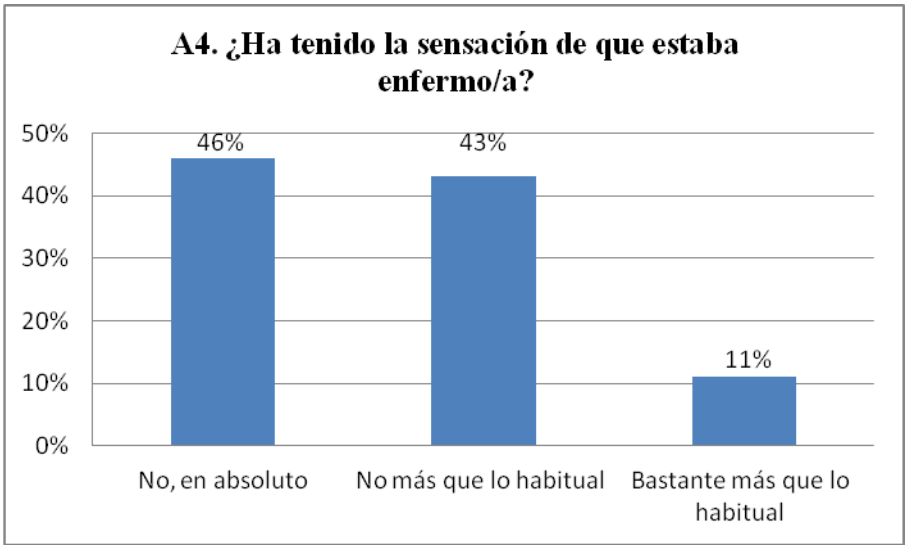
Gráfico 3. *Porcentaje de las y los participantes que se han sentido agotados/as.*



El 40% de las y los docentes de la institución pública y privada no se han sentido agotados (as) y sin fuerzas para nada; sin embargo un 43% no se sienten más que lo habitual; por otro lado, un total del 17% contestaron que afirmativamente se sienten agotados y agotadas bastante y mucho más que lo habitual.

En tal sentido Sarrate y Sanz (2009) mencionan que la labor docente puede llegar hasta las manifestaciones de posible agotamiento total. A pesar de no reflejarse este padecimiento en la mayoría de las y los participantes, la puntuación más alta la generan las y los docentes que no se han sentido agotados y sin fuerzas para nada más que lo habitual, afirmando de alguna manera que, el quehacer docente en efecto, habitualmente genera cierto nivel de agotamiento, aunque no se perciba el mayor porcentaje sin fuerzas para nada, pero tampoco la mayoría refleja estar con las fuerzas al máximo, al momento de la aplicación del instrumento.

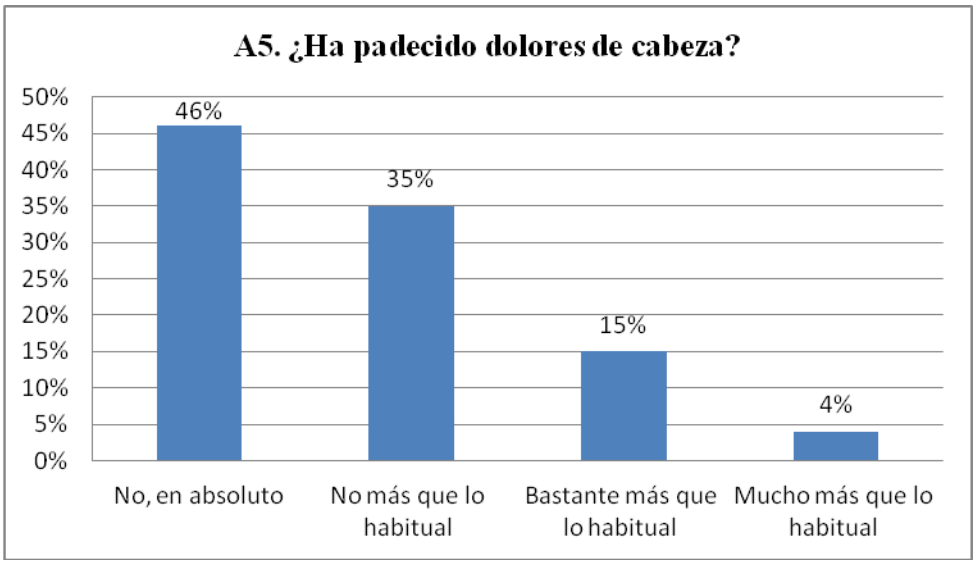
Gráfico 4. *Porcentaje de las y los participantes que han tenido la sensación de enfermedad.*



Como se muestra en el gráfico anterior el 46% de las y los docentes evaluados no ha tenido la sensación de estar enfermo, en contraste con un 11% quienes han estado bastante más enfermos que lo habitual, asímismo un 43% no más que lo habitual.

"Una buena salud es la ausencia de síntomas de enfermedad" (Trickett, 2009 p. 8); positivamente las y los participantes en las semanas recientes a la aplicación del instrumento se perciben como sanos, lo que nos permite interpretar que el contexto en el que se desenvuelven y las condiciones bajo las que laboran, no incide en su bienestar físico; o por otro lado, es probable que las y los docentes tengan padecimientos pasados que se han convertido en parte de su existencia y no los perciben como presencia de enfermedad.

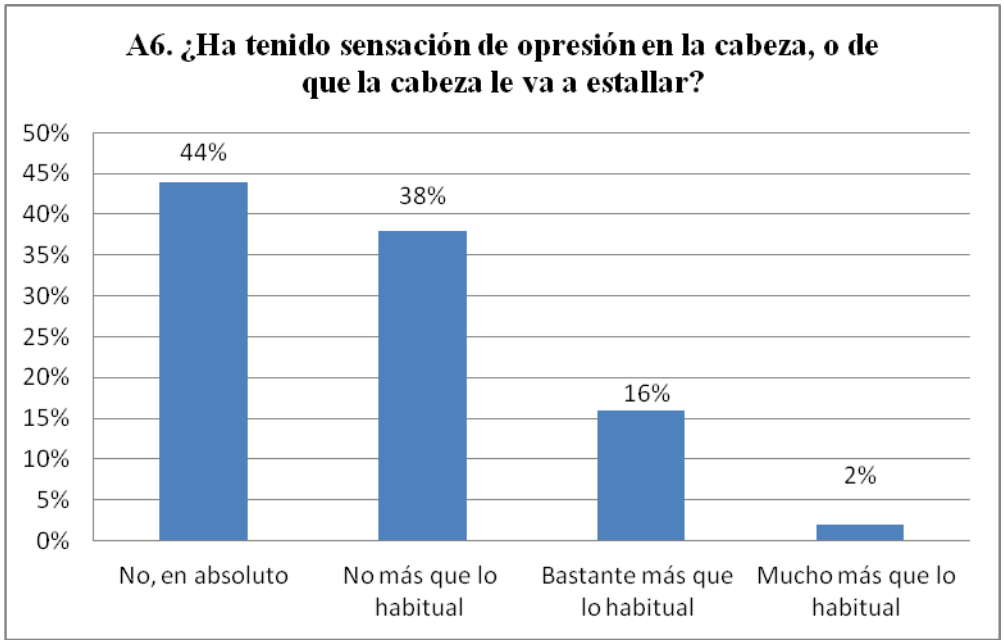
Gráfico 5. *Porcentaje de dolor de cabeza en las y los participantes.*



Un porcentaje de 46% de las y los docentes no ha padecido de dolores de cabeza ultimamente, por otro lado el 35% padece de dolores de cabeza como lo es habitualmente, quedando un porcentaje del 19% quienes lo han padecido bastante (15%) y mucho más (4%) que lo habitual.

"Los trastornos somatoformes comprenden un grupo de trastornos en los cuales las quejas dolorosas físicas; (dolor de cabeza) están presentes en el individuo que lo padece" (Gallardo, 1994 p. 58). Cabe destacar que dicho trastorno no es percibido en lo absoluto en el porcentaje más alto entre las y los participantes, pero de alguna manera este trastorno está presente ya que hay un 35% que habitualmente se percibe con dolor de cabeza, y no lo conciben como malestar físico porque lo toleran, se han adaptado y crean mecanismos de resiliencia para no concebirlo como ausencia de bienestar general.

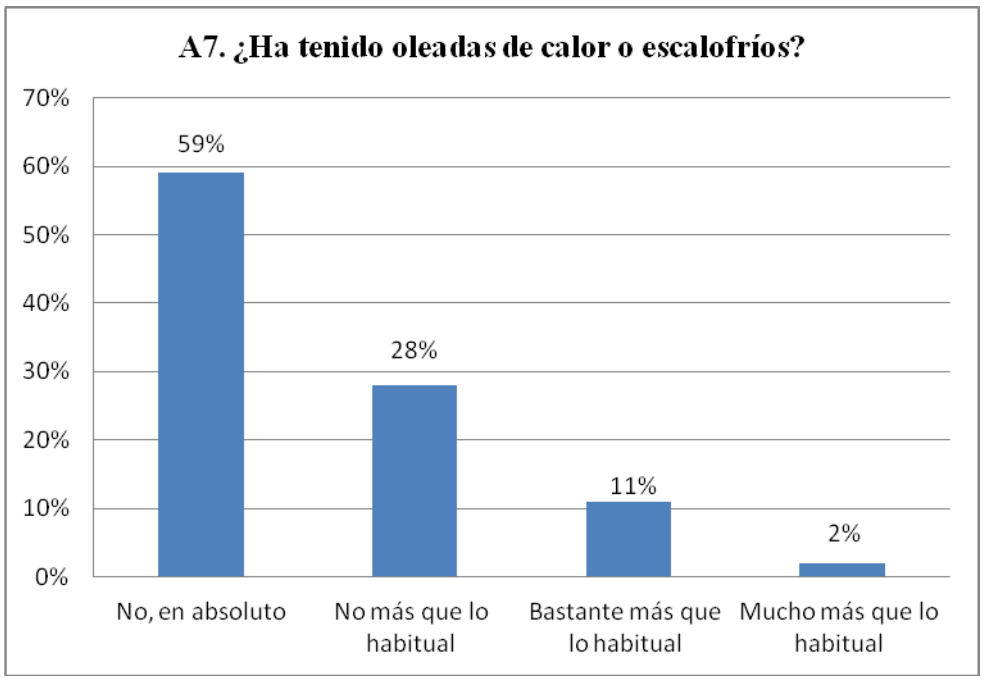
Gráfico 6. *Porcentaje de opresión en la cabeza de las y los participantes.*



Un 44% no ha tenido ninguna sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar, en contraste con un 18% que últimamente ha tenido esas sensaciones mucho más que lo habitual, y el 38% no más que lo habitual.

"Las quejas dolorosas físicas están presentes en el ejercicio de la docencia" (Gallardo, 1994 p. 58). Sin embargo de manera general las y los participantes no presentan la sensación de opresión en la cabeza como queja dolorosa. Por otro lado, en el presente gráfico se observa y se confirma lo que ya se mencionaba en el gráfico 5, donde los porcentajes son muy similares con relación a la manera en como las y los docentes perciben los dolores y opresiones en la cabeza, que aunque en ambos gráficos el porcentaje mayor refleja que no han sentido estos padecimientos en lo absoluto, hay un porcentaje entre el 35% y 38% que han tenido estas quejas dolorosas habitualmente; sin embargo no lo conciben como padecimiento físico porque están presentes de manera constante en el quehacer docente y lo consideran como algo normal; por lo tanto de manera general se distinguen como personas sanas.

Gráfico 7. *Porcentaje de oleadas de calor o escalofríos en las y los participantes.*



la mayoría de las y los docentes (59%) no han tenido últimamente oleadas de calor o escalofríos, sin embargo, siempre prevalece un grupo (28%) que frecuentemente lo padece y el 13% que las ha sentido más que lo habitual.

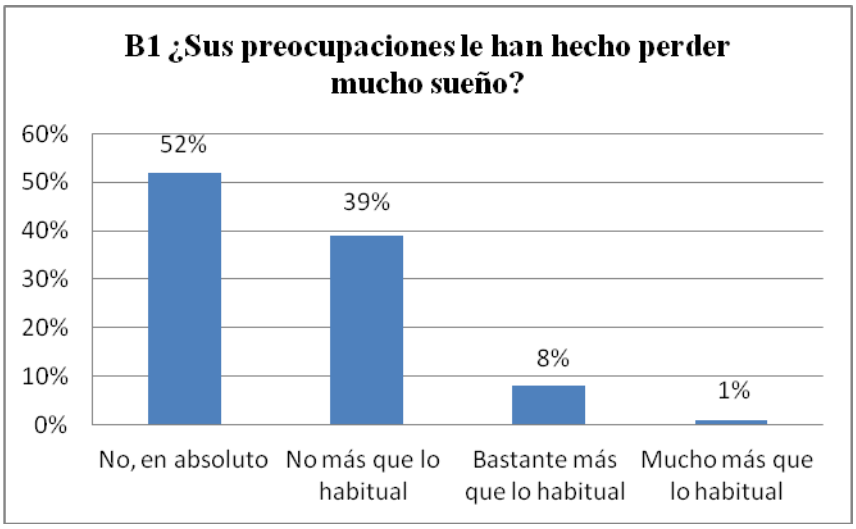
Entendida la somatización como "una enfermedad crónica y debilitante caracterizada por las múltiples quejas somáticas que no tienen una explicación lógica sobre la base de exámenes clínicos o de laboratorio" (Shaw y Demaso, 2009 p. 150), de manera general en las y los participantes no es percibido este trastorno.

Dimensión B 1-7Ansiedad- Insomnio

Miller (1996) definen la ansiedad como un Concepto multidimensional manifestado como un fenómeno somático, experimental e interpersonal; sentimiento de inquietud, aprensión o pavor. Estos sentimientos pueden estar acompañados por síntomas como falta de aliento, sensación de ahogo, palpitaciones, inquietud, tensión muscular, etc. La ansiedad puede ser racional, como la ansiedad de funcionar bien en un trabajo nuevo, la ansiedad sobre la enfermedad propia o de otro. Las personas también sienten una ansiedad realista sobre los peligros del mundo, posibilidad de una guerra, problemas sociales o políticos.

Por otro lado, Tensoni (2000) menciona que el insomnio es una afección del sueño según la cual la persona que lo padece no duerme de la manera que debería hacerlo

Gráfico 8. *Porcentajes en la pérdida de sueño de las y los participantes.*

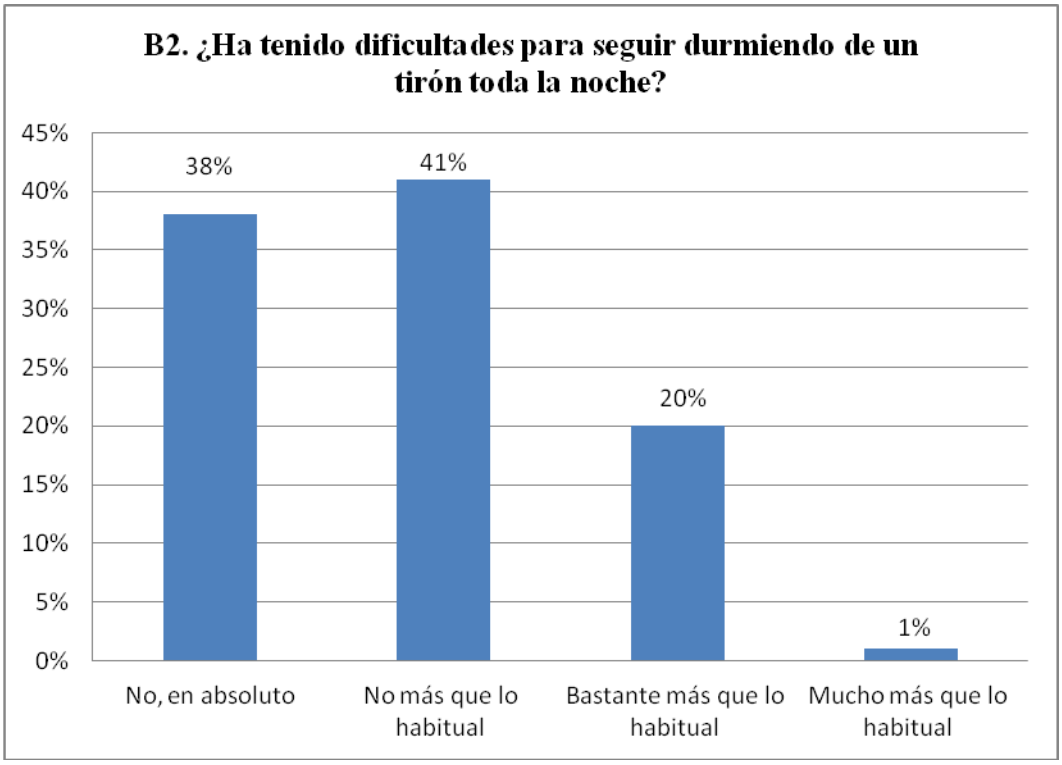


Solamente el 9% afirma que las preocupaciones de últimamente le han hecho perder mucho sueño, contrario al 52% que afirma que absolutamente las preocupaciones no le han hecho perder el sueño y el 39% frecuentemente pierden el sueño debido a las preocupaciones.

Dentro de una de las causas del insomnio Tensoni (2000) enumera “las preocupaciones”; y contrario a lo que él plantea, de manera general las y los participantes en el estudio no parecen verse afectados por sus preocupaciones, al extremo de perder el sueño por esta causa. Esto podría significar, que o bien las y los docentes no tienen grandes

preocupaciones o que crean algún mecanismo que les permite manejarlas de manera más efectiva.

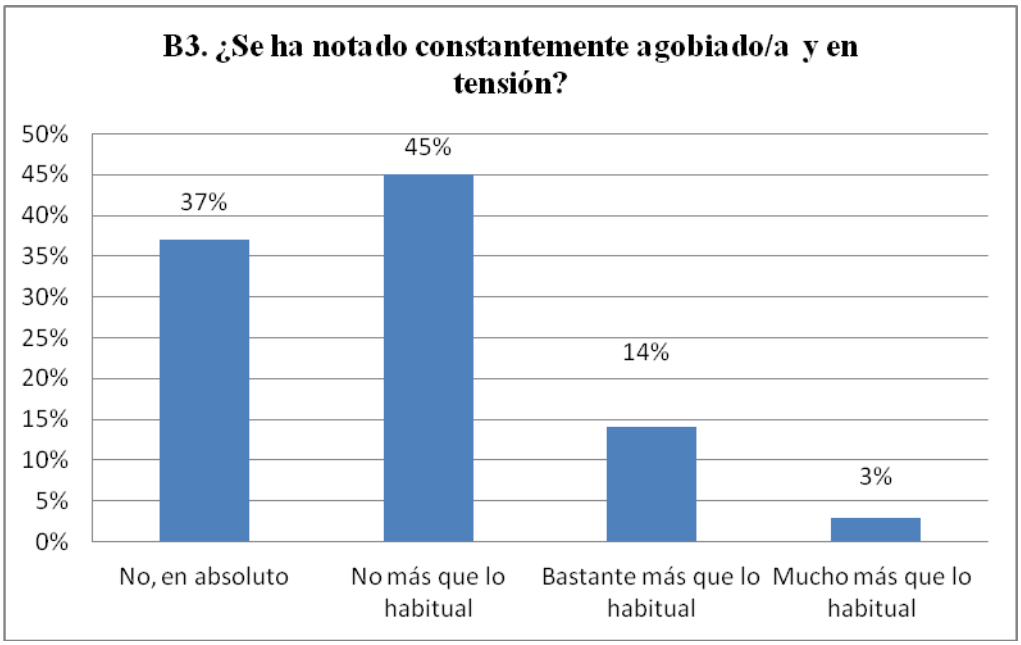
Gráfico 9. *Porcentaje de las dificultades para dormir en las y los participantes.*



Últimamente sólo un 38% no ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche, por el contrario un 21% que sí ha tenido. Y el 41% no más que lo habitual.

En referencia a lo anterior se afirma que cuando una persona padece de insomnio "no duerme de la manera que debería hacerlo" (Tensoni, 2000 p. 14) en tal sentido las y los participantes de manera general no presentan dificultades para dormir, pero si es interesante resaltar que para descansar y reponerse para las tareas asignadas en el diario vivir se debe dormir las horas adecuadas, evitando despertarse por largos lapsos de tiempo y en el gráfico se observa que sólo el 38% duermen de un solo tirón y aunque el 41% no refleje un resultado negativo; es probable que sus hábitos de sueño implique despertarse una o dos veces durante el descanso, por tal motivo consideren normal el no dormir de manera profunda hasta el siguiente día.

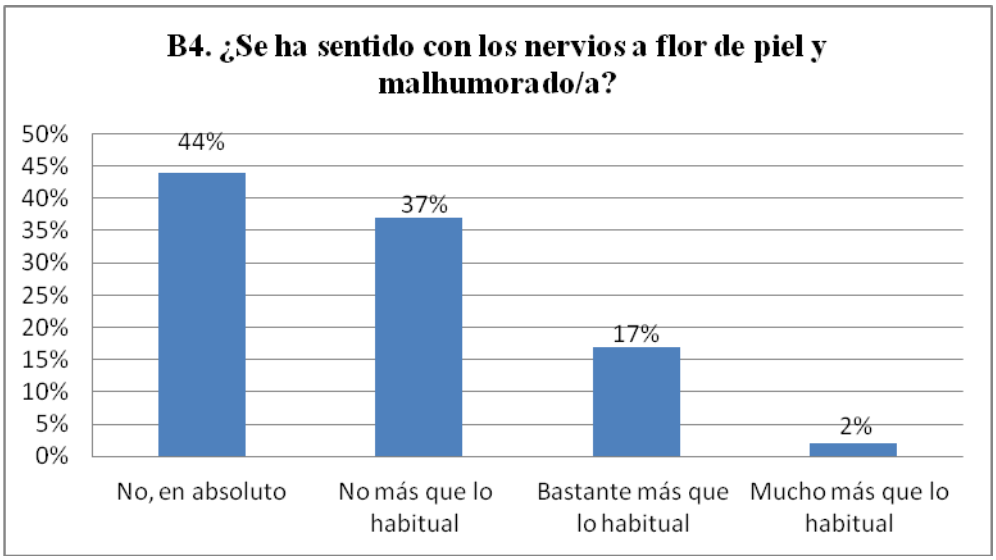
Gráfico 10. *Porcentaje de agobio y tensión en las y los participantes.*



Solamente el 37% de toda la población no se ha notado últimamente agobiado/a y en tensión, en contraste el 17% que sí lo han notado y el 45% no más que lo habitual.

"Los educadores están sujetos a una tensión psicológica considerada de alto riesgo para la salud"; (Fernández, 2011 p. 85). En el gráfico se observa que la profesión docente, en efecto genera estrés dentro de este gremio, ya que el porcentaje más alto lo tienen las y los docente que de alguna manera se han sentido agobiados y en tensión, pero estos padecimientos son normales en ellos y encuentran mecanismos para superarlos y abordarlos considerándolos como parte de su diario vivir; por lo que no los conciben como algo grave o que puedan provocar algún padecimiento físico o mental en ellos; así que, de manera general las y los participantes no se han notado agobiados/as o en tensión.

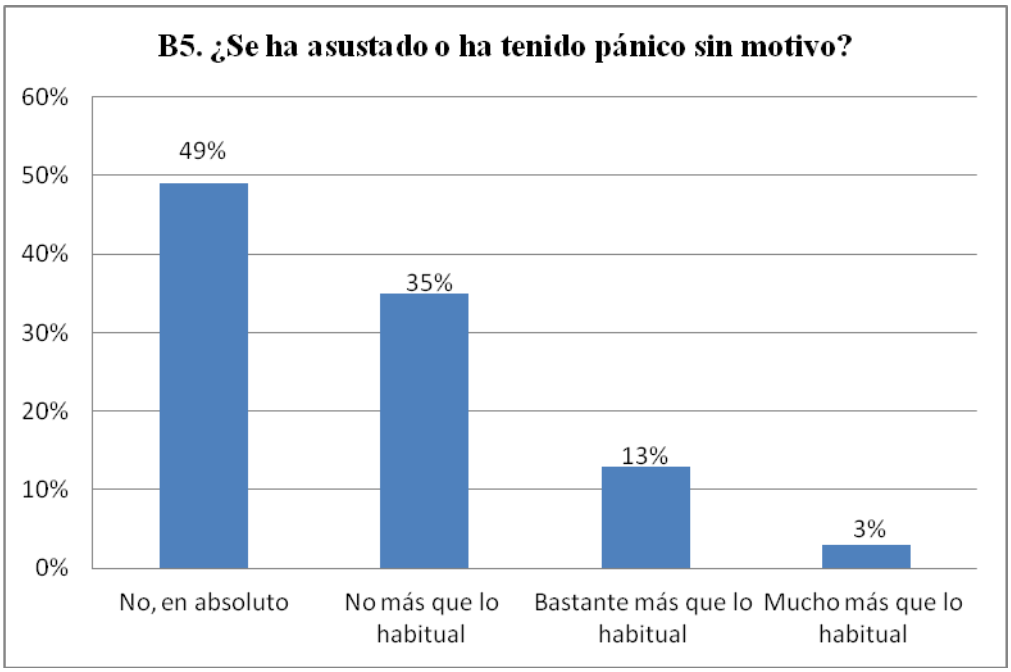
Gráfico 11. *Porcentaje de nervios y malhumor en las y los participantes.*



Como se puede evidenciar en el gráfico anterior el 44% no se han sentido últimamente con los nervios a flor de piel y malhumorados; por otro lado existe un 37% que frecuentemente se sienten en esta condición y un 19% que se han sentido así.

Del mismo modo como lo menciona Mota (1999) la enseñanza también puede producir mucha tensión nerviosa; sin embargo de manera general las y los participantes no se han sentido con los nervios a flor de piel, contrario a lo que plantea el autor las y los docentes han empleado estrategias para manejar sus nervios y poder superar con éxito cualquier sentimiento que pueda alterar sus emociones y estado de ánimo, expresando en los resultados que su labor como mentores y mentoras no afecta su bienestar mental.

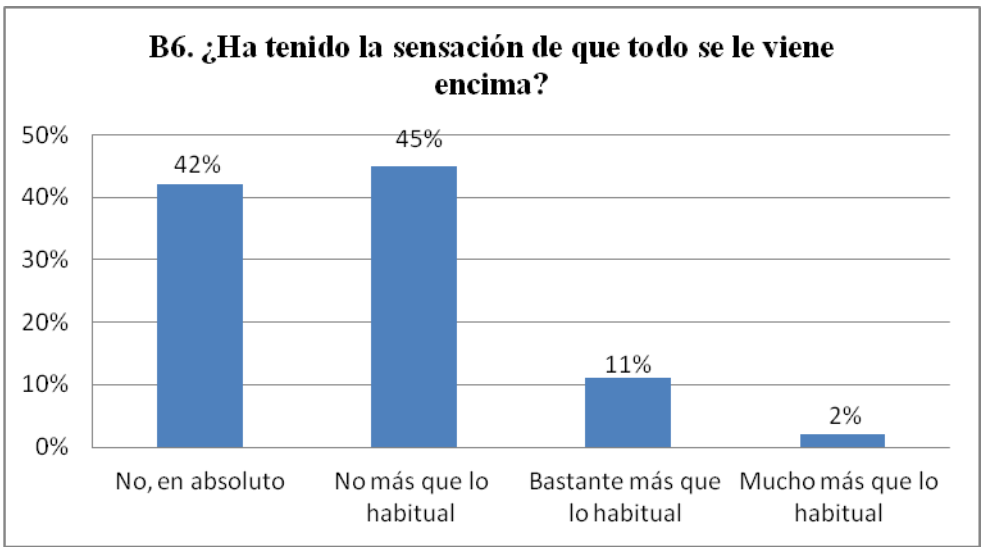
Gráfico 12. *Porcentaje de pánico en las y los participantes.*



Un 49% no se ha asustado o ha tenido pánico en lo absoluto últimamente; en contraste un 16% que últimamente sí; por otro lado el 35% que lo hace habitualmente.

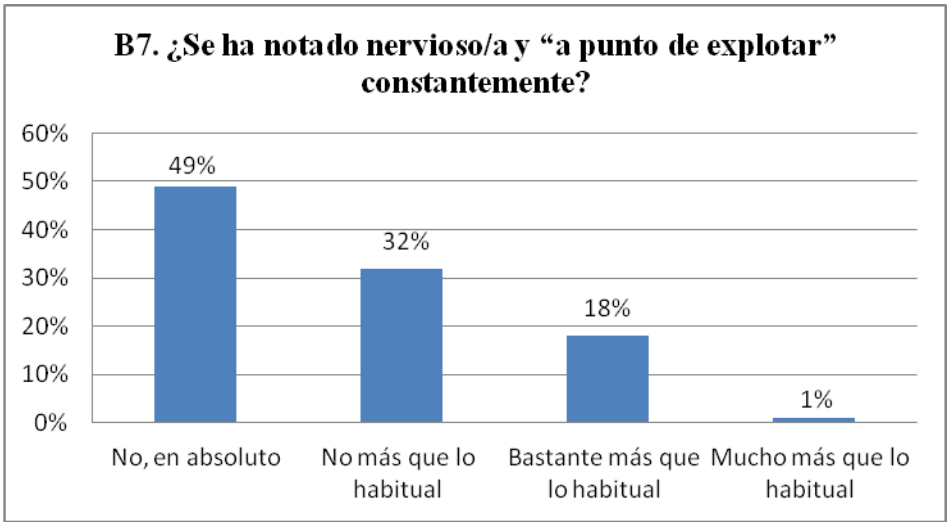
"la ansiedad malsana, puede tomar forma de pánico" (Trickett, 2009 p. 15). De manera general las y los participantes no perciben haberse asustado ó haber tenido pánico sin motivo; por el contrario el porcentaje más alto lo reflejan aquellos/as quienes no han tenido pánico en lo absoluto.

Gráfico 13. *Porcentaje de la sensación que todo se le viene encima a los y las participantes.*



Es relevante destacar que el 45% de las y los docentes experimentan la sensación de que todo se les viene encima frecuentemente; en contraste un 42% no sufren de esta sensación en lo absoluto, y el 13% que han tenido esta sensación últimamente.

Gráfico 14. *Porcentaje de sentirse a punto de "explotar" por parte de las y los participantes.*



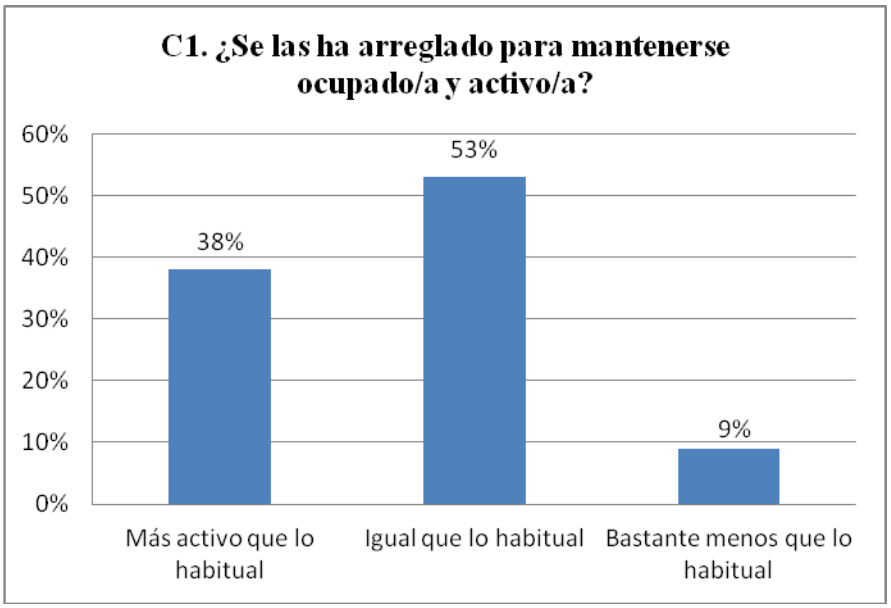
El 49% últimamente no se han notado nerviosos y "a punto de explotar" en contraste un 32% que no ha experimentado estar nervioso o a punto de explotar, por otro lado, un 19% que lo ha venido experimentando bastante y mucho más que lo habitual.

Dimensión C 1-7 Síntomas de Disfunción Social

Fullan (1991) menciona que entre los agobiantes en el trabajo docente, destacaba en el 5º lugar las actitudes negativas de los compañeros. Otro autor como Álvarez (2003) ha analizado este tipo de relación, así y afirma que los conflictos que se dan entre profesores pueden convertirse en una causa de estrés y tensión además de privar de una importante fuente de apoyo social, infiriendo que las relaciones interpersonales causan un gran impacto en el estado de las personas, así como se pueden volver fuente de descarga de problemas, resultando perjudicial para la población.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la dimensión disfunción social.

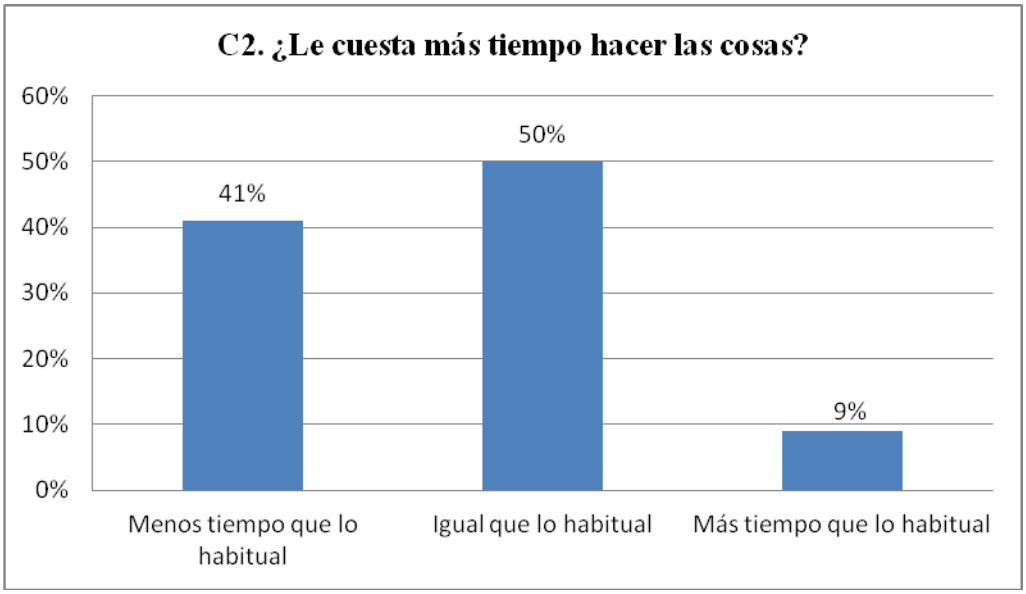
Gráfico 15. *Porcentaje para mantenerse ocupado/a por parte de las y los participantes.*



Es significativo notar que la mayoría de las y los docentes (53%) se ha mantenido ocupado/a y activo/a igual que lo habitual; un 38% sí ha estado más ocupado y activo que lo habitual, en contraste, un 9% que ha estado menos ocupado que lo habitual.

En este sentido para Mota (1999) la docencia tiene diversos retos, que, si no son entendidos y atendidos, pueden afectar la salud mental del maestro. En base a lo anterior se puede evidenciar que la generalidad de las y los docentes busca la manera de mantenerse ocupados para poder hacerle frente a los retos que su profesión exige.

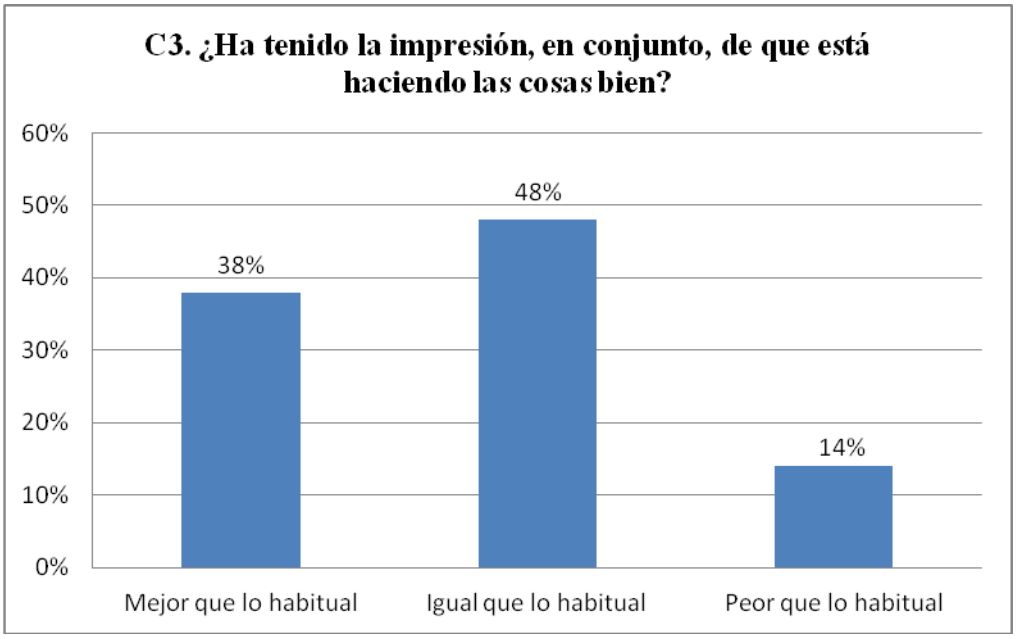
Gráfico 16. *Porcentaje del tiempo que le toma hacer las cosas a las y los participantes.*



La mayoría de las y los docentes hecen las cosas en el mismo tiempo en que las ha hecho siempre; sin embargo, el 9% ha sentido que le cuesta más tiempo hacer las cosas, por otro lado el 41% le ha costado menos que lo habitual.

Ya lo plantea Gallardo (1994) que uno de los trastornos que afectan la labor docente son los de "conversión" entendido éste como una alteración en el funcionamiento físico de la persona. Sin embargo, las y los docentes no se perciben como personas tardías en realizar sus diferentes labores; por el contrario retoman uno de los aspectos positivos que brinda la profesión docente y es la constante actividad física que acarrea esta labor; por ejemplo, al cambiar de plantel y llevar el tiempo estipulado para realizar trabajos de enseñanza y revisión de tareas, por lo que se debe organizar y hacer las cosas en tiempo y en forma. Estos aspectos contribuyen a realizar las labores con éxito en el menor tiempo o en el tiempo que habitualmente lo hacen y positivamente el trastorno de conversión no se ve reflejado en las y los participantes.

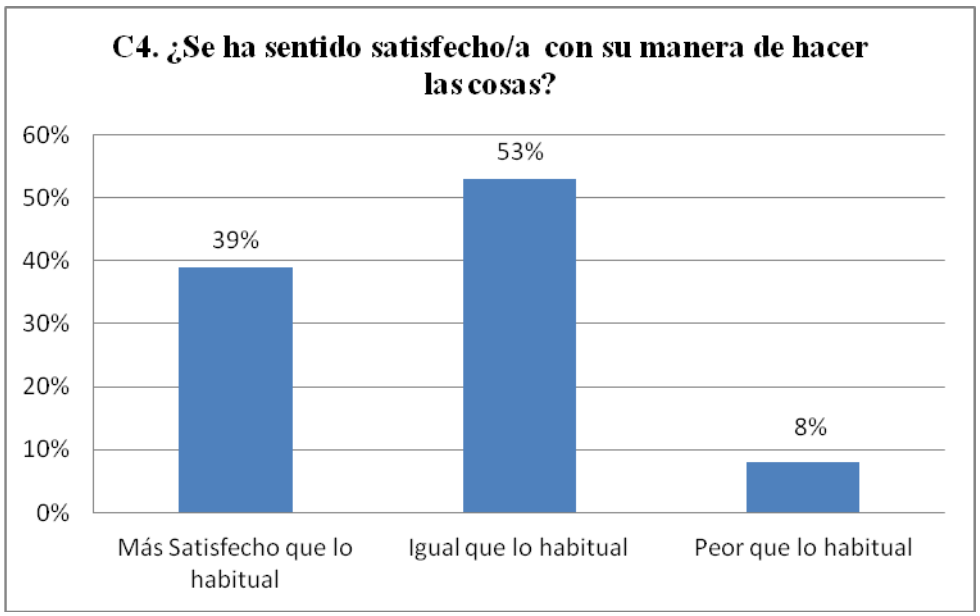
<u>Gráfico 17.</u> *Porcentaje de participantes que tienen la impresión de estar haciendo las cosas bien.*



El 48% ha tenido la impresión de que esta haciendo las cosas igual que lo habitual; en contraste un 38% ha tenido la impresión que esta haciendo las cosas mejor que lo habitual, sin embargo, un 14% ha sentido que esta haciendo las cosas peor que lo habitual.

"Por tanto, un individuo que goza de salud mental, no es solamente aquel que no tiene las enfermedades típicas de su profesión como, estrés, desgaste físico, depresión, sino aquel que goza con eficiencia de sus labores, está feliz y satisfecho con las actividades que realiza a diario" (González, 2010, p. 245), en consecuencia, si el docente tiene satisfacción de la labor que desempeña una de sus impresiones será que está haciendo las cosas bien como lo refleja la generalidad de las y los participantes.

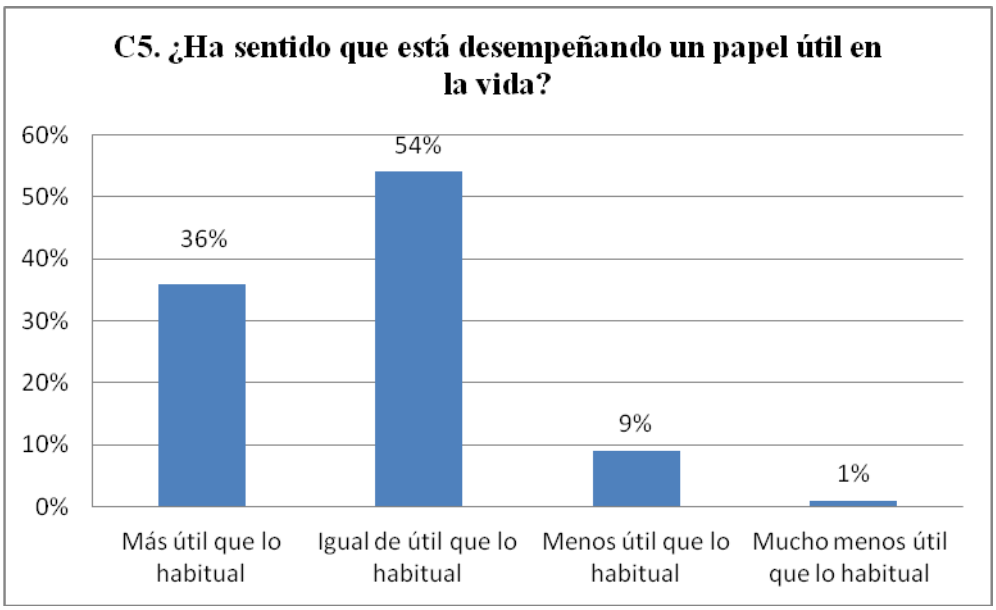
Gráfico 18. *Porcentaje de satisfación al hacer las cosas por parte de las y los participantes.*



La mayoría (53%) se ha sentido igual que lo habitual con su manera de hacer las cosas; en contraste el 39% se ha sentido más satisfecho y solamente un 8% se ha sentido peor que lo habitual en su manera de hacer las cosas.

"La salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico, que capacita al individuo para enfrentar las demandas de la sociedad con entusiasmo y alegría" (González, 2010 p. 245). Por tanto, las y los participantes en general se perciben como satisfechos en su manera de hacer las cosas, lo que permite constatar que teniendo buena salud les permite a las y los participantes, de manera positiva contribuir a su comunidad realizando su labor con entusiasmo, satisfacción y alegría.

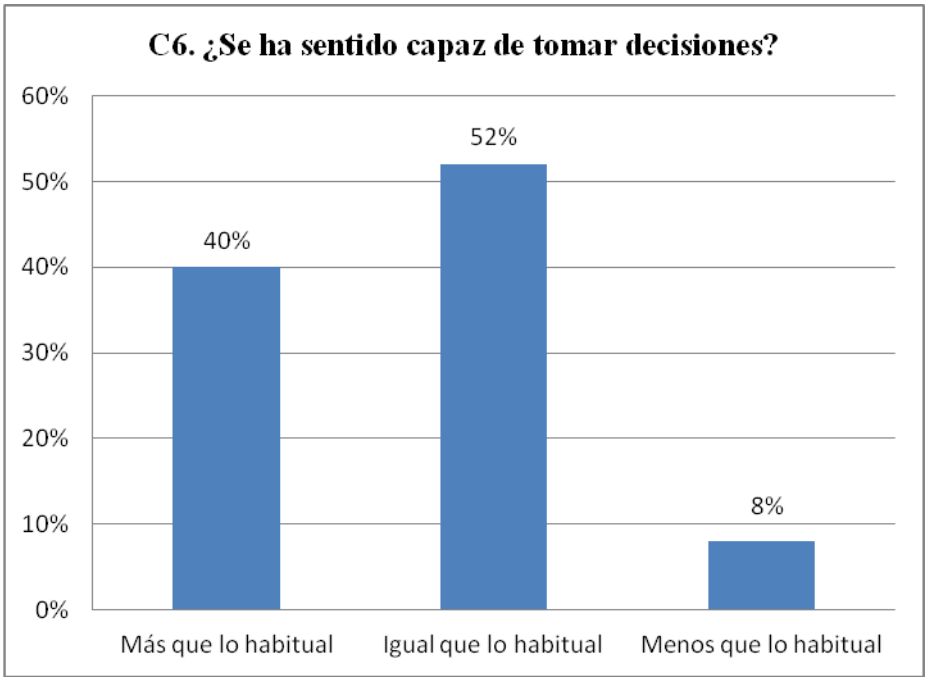
Gráfico 19. *Porcentaje de un desempeño útil en la vida por parte de las y los participantes.*



Es interesante mencionar que el 36% ha sentido que últimamente esta desempeñando un papel más útil en la vida. por otro lado tenemos que el 54% quienes son la mayoría ha sentido que ha sido igual de útil que lo habitual. Y un 10% se ha sentido que esta desempeñando un papel menos útil que lo habitual.

La salud mental se define como "un estado en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". (OMS, 2001 p. 1). De manera general y en base a lo anteriormente expuesto, las y los participantes perciben que están desempeñando un papel útil en la vida; pese a las dificultades con que se enfrentan en el contexto social actual.

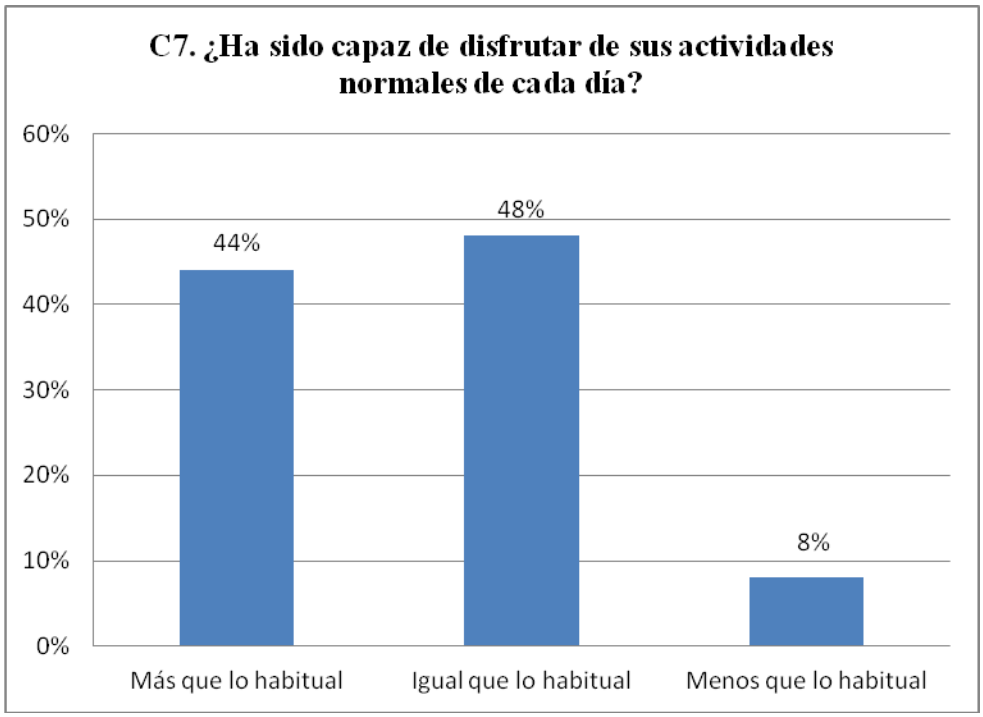
Gráfico 20. *Porcentaje de participantes que se han sentido capaz de tomar decisiones.*



En cuanto a la toma de decisiones un 40% se ha sentido capaz de tomar decisiones más que lo habitual, un 52% lo ha hecho igual que lo habitual y solamente un 8% menos que lo habitual.

De esta forma, Houtman y Kompier (2001) definen la salud mental como *un estado* de bienestar psicológico y social, total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y efectos positivos. Dichos estados fundamentales en la toma de determinaciones, y positivamente las y los participantes coinciden con lo que el autor plantea ya que ellos se perciben de manera general como personas sanas, por ende capaces de tomar decisiones en el entorno en el cual se desenvuelven tanto a nivel personal como profesional.

Gráfico 21. *Porcentaje de las y los participantes que disfrutan de sus actividades diarias.*



La mayoría representada por el 48% ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales igual que lo habitual, un 44% lo ha hecho más que lo habitual, y solamente un 8% menos que lo habitual.

"La salud mental contribuye a todos los aspectos de la vida humana y tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de una sociedad y sus miembros." (OMS, 2004 p. 23). En relación a lo anterior se puede establecer que de manera general las y los participantes se perciben capaces de disfrutar de sus actividades normales de cada día, concibiéndose de esta manera como personas en pleno uso de sus facultades y sanas.

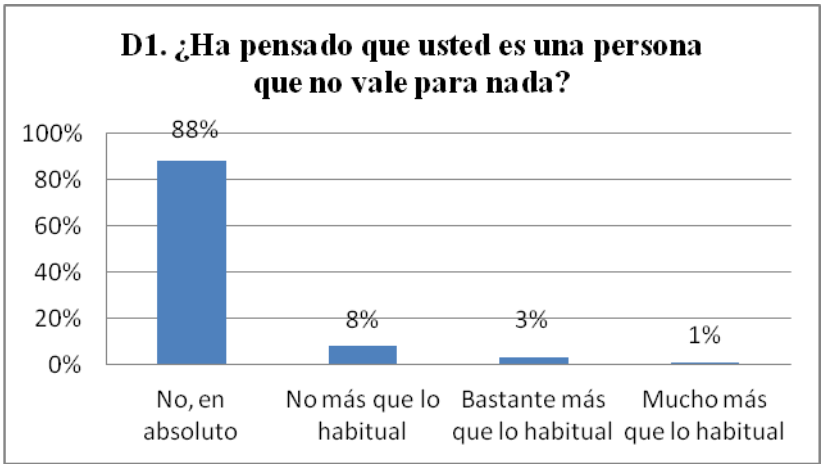
Dimensión D 1-7 Depresión

El término depresión es un vocablo muy común en todos los ámbitos sociales; si alguien por ejemplo expresa "estoy deprimido" rápidamente todas las personas que lo escuchan sabrán de qué se trata aunque no tengan el significado etimológico. "La depresión es el principal trastorno del estado de ánimo. Es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y una de la condiciones de malestar psicológico más frecuente en seres humanos" (Montiel, 2010 p. 17).

Por su parte para Trickett (2009) la define como "una enfermedad de los sentimientos que va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aun puedes funcionar, hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración" (Trickett, 2009 p. 16). En la depresión grave incluso las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza y mareos.

A continuación se presentan los resultados de la categoría depresión.

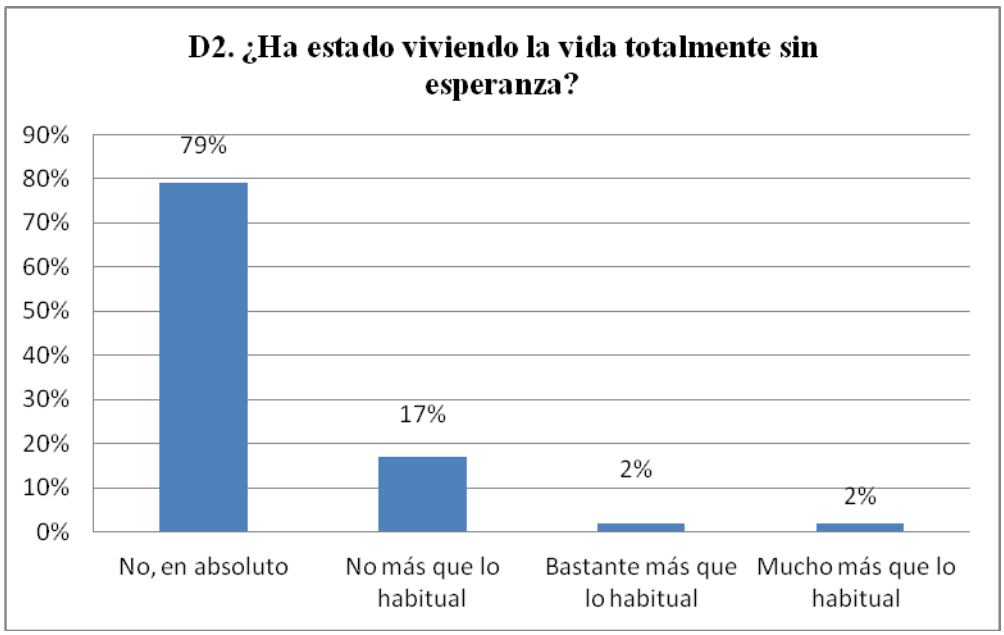
Gráfico 22. *Porcentaje de las y los participantes que piensan que no valen para nada.*



De manera positiva el 88% no ha pensado últimamente que es una persona que no vale para nada.

"L*as manifestaciones emocionales* presentes en el ser humano y generadas por su entorno son los sentimientos de ansiedad indefinida, insatisfacción, depresión, temor, frustración, baja autoestima", manifestaciones que de manera general y positivamente no se manifiestan en las y los participantes. (Sarrate y Sanz, 2009 p. 38).

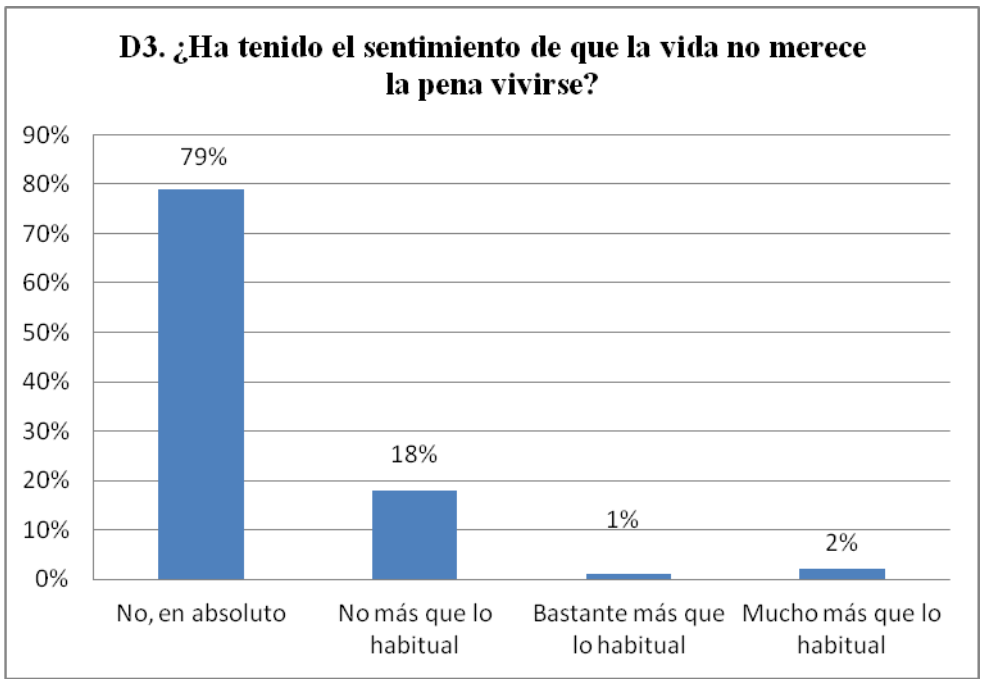
<u>Gráfico 23.</u> *Porcentaje de las y los participantes que han estado viviendo la vida sin esperanza.*



Se puede notar en el gráfico anterior que un 79% de las y los docentes no ha sentido ultimamnete que ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza, hay un 17% que lo hace de manera habitual y un 4% que últimamente lo ha estado haciendo más que lo habitual.

"La depresión es una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración". (Trickett, 2009 p. 16), En base a lo anterior y de manera general las y los participantes no perciben estar viviendo la vida sin esperanza. Es importante mencionar que aunque el 4% no representa preocupación a nivel estadístico, pero sí merece especial atención ya que ese porcentaje puede desencadenar un aumento con el pasar de los años si no se trabaja en temas de prevención, para que estas personas no sigan cayendo en la desesperación y desesperanza absoluta.

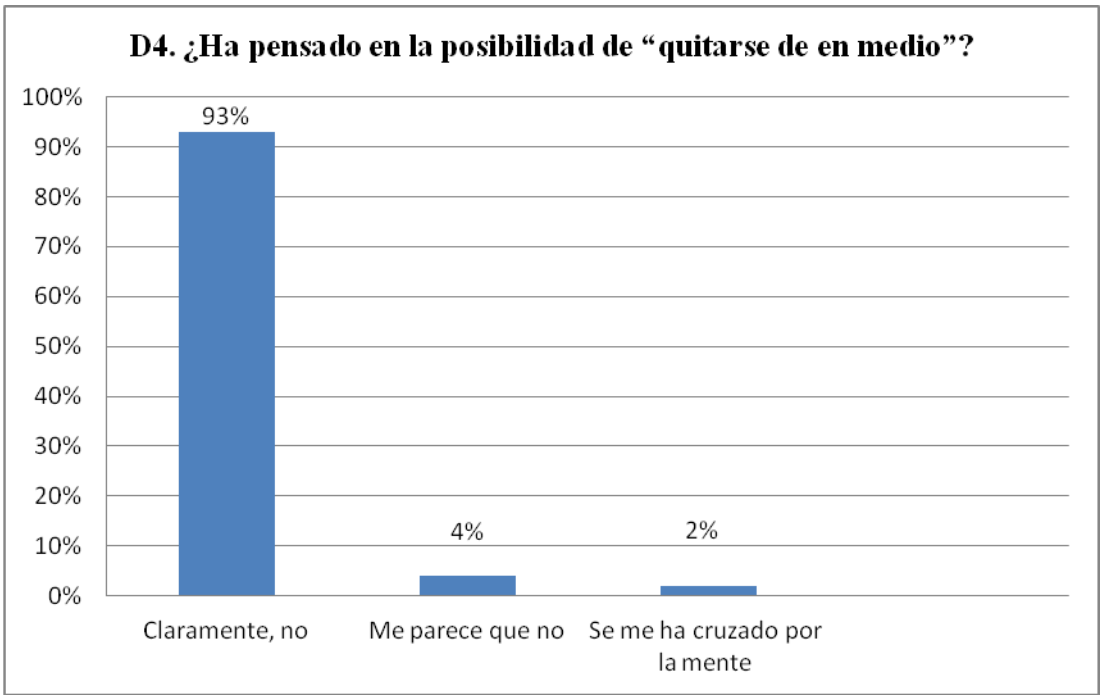
Gráfico 24. *Porcentaje de las y los participantes que han tenido el sentimiento que la vida no merece la pena vicirse.*



A pesar que la mayoría de las y los docentes (79%) no han tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse, es relevante destacar que un 18% lo siente de manera frecuente y un 3% que últimamente ha tenido ese sentimiento más que lo habitual.

"La depresión es una enfermedad de los sentimientos que va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris" (Trickett, 2009, p. 16) así mismo es merecido hacer énfasis en que la depresión es uno de los trastornos más difíciles de detectar, puesto que las personas que lo padecen tienden a esconder este tipo de sentimientos y se va incrementado de manera paulatina y silenciosa. Cabe destacar que las afecciones anteriormente presentadas por el autor no se manifiestan de manera general en las y los participantes, considerando que la vida merece ser vivida a plenitud.

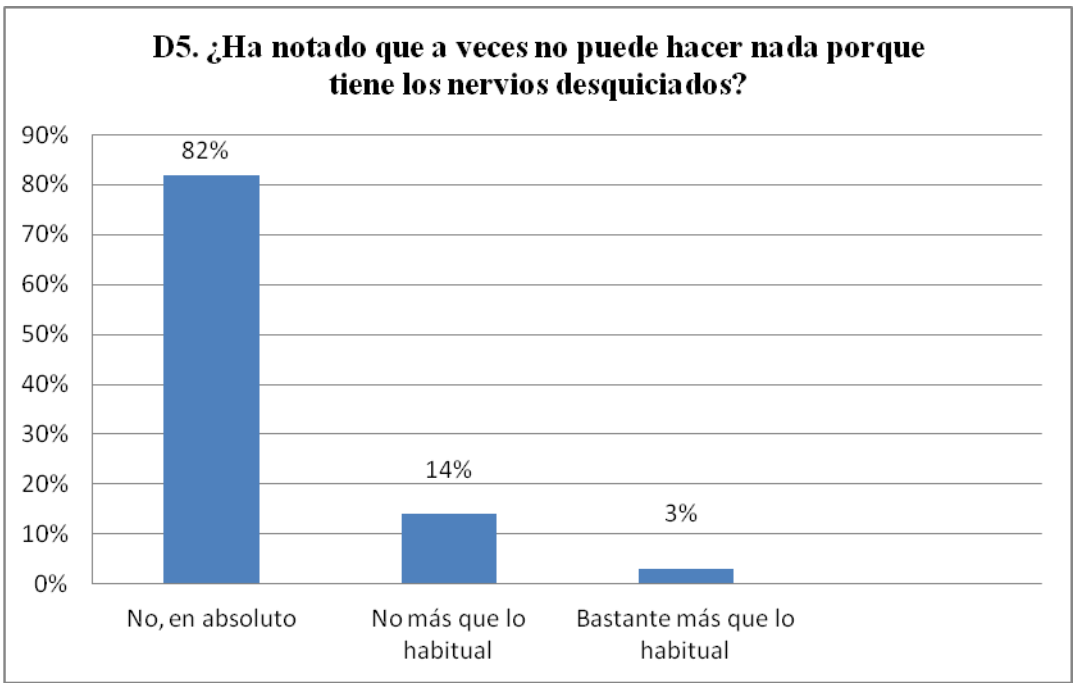
Gráfico 25. *Porcentaje de las y los participantes que han pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"*



De manera positiva un 93% claramente no han pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio" por el contrario a un 2% se le ha cruzado por la mente esta posibilidad.

"La depresión es una enfermedad de los sentimientos expresando una reacción exagerada" (Trickett, 2009, p. 16). Difícilmente una persona que está pensando en quitarse la vida lo va a decir abiertamente; sin embargo de manera general y contundente las y los participantes no padecen depresión grave, mucho menos se perciben como personas capaces de quitarse de en medio. Confirmando una vez más su buen estado de salud mental.

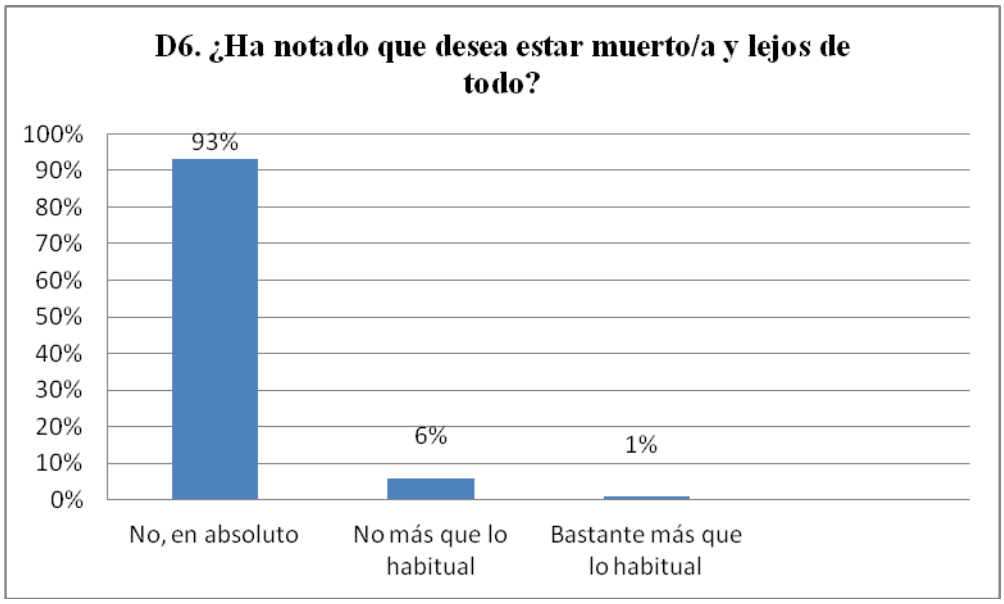
Gráfico 26. *Porcentaje de las y los participantes que han notado que no pueden hacer nada.*



La mayoría de las y los docentes (82%) no han sentido que no pueden hacer nada porque tienen los nervios desquiciados, por otro lado el 14% lo ha sentido frecuentemente y un 3% más que lo habitual.

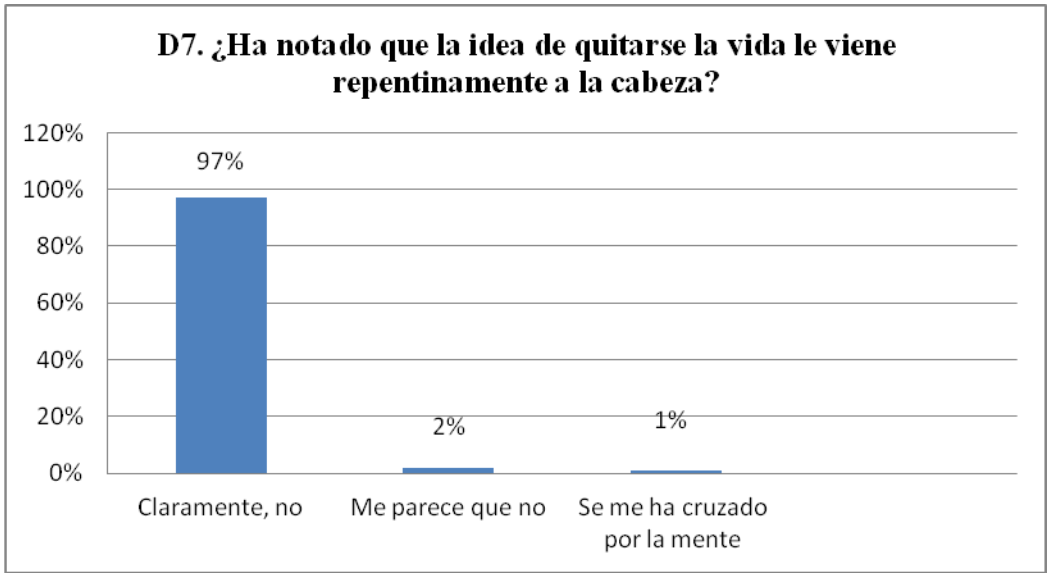
Tal como lo menciona Álvarez (2003) en el docente influyen de manera directa distintos condicionantes que le exponen a una constante tensión, e inciden en su salud presentando unos mayores riesgos de nervios, y depresión que de manera general no se reflejan en las y los participantes.

Gráfico 27. *Porcentaje de las y los participantes que han notado deseos de extra muertos.*



El 93% absolutamente no han deseado estar muertos y lejos de todo, un 6% lo hace frecuentemente y solamente un 1% lo ha estado deseando más últimamente.

Gráfico 28. *Porcentaje de las y los participantes que han notado que la idea de quitarse la vida viene a sus cabezas.*



Positivamente podemos evidenciar que un 97% claramente no han notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza, solamente el 1% lo ha pensado últimamente.

4.2 Resultados Generales de salud mental

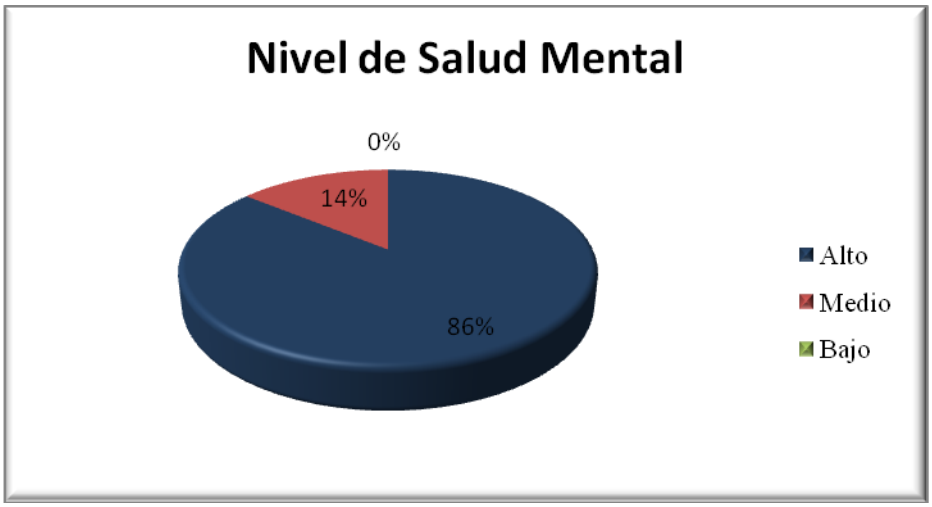
Tabla N. 5

Puntación Media General de Nivel de Salud Mental en Docentes Evaluados

N	Válidos	92
	Perdidos	0
Media de Salud mental		16.09

Como se puede observar en la Tabla 5 la media de nivel de salud mental presente en la población evaluada es de 16.09 e indica que las y los docentes evaluados poseen un nivel alto de salud mental y una baja prevalencia de síntomas.

Gráfico 29. *Porcentaje de Nivel de Salud mental de las y los participantes en general.*



El gráfico 29 muestra la distribución porcentual del nivel de salud mental presentado por las y los docentes participantes en el estudio, mostrándose en un 86% un nivel de salud mental alto y una baja sintomatología, de igual forma un 14% de los encuestados mostró un nivel de salud mental intermedio con una presencia sintomatológica moderada. Por último un punto resaltable lo constituye el 0% de participantes con salud mental baja y sintomatología teóricamente ausente.

En este punto, dando respuesta al *objetivo general* planteado, el cual refiere a la salud mental y el tipo de institución; se determina que: se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

hipótesis alternativa; es decir que el tipo de centro no tiene influencia significativa en los niveles generales de salud mental de las y los docentes de educación pública y privada.

Frente a todo este panorama, es de admirar que, pese a que nos enfrentamos a una sociedad docente que resiste problemas tanto gremiales, como sociales y que de manera general no presenten deterioro en su salud mental, resulta positivo. Tal fenómeno podría ser un mecanismo resultante de resiliencia entendido este término como "la capacidad de superar las adversidades saliendo fortalecido de las mismas, tomando en cuenta las diversas variables pedagógicas y no pedagógicas que influyen en la labor docente" (Orts, 2009, p. 53).

Consecuentemente, se responde a continuación a los objetivos y preguntas de investigación planteadas en este proyecto de investigación:

1. En relación al ***primer objetivo***, sobre determinar si existe relación entre el sexo y los niveles de salud mental de las y los docentes del sistema de educación Público y privado a continuación se describe a la población docente con los resultados relacionados a las variables de contraste o sociodemográficas.

Datos Generales

Variable Sexo

Tabla 6

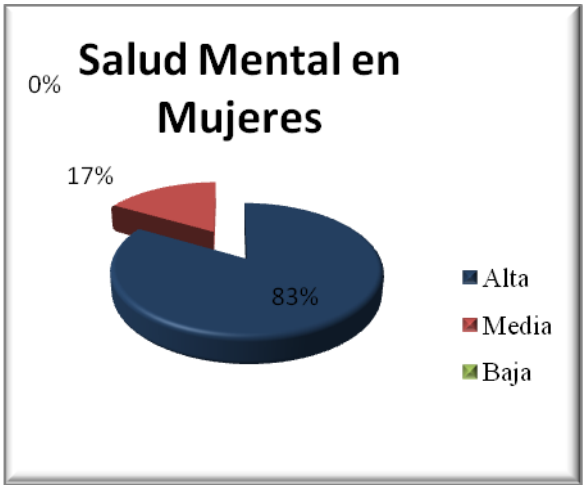
Estadísticos Descriptivos según la variable Sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Salud Mental	Masculino	37	14.30	11.963	1.967
	Femenino	54	17.43	12.117	1.649

Como se muestra en la Tabla 6 las mujeres presentan en promedio una mayor presencia de síntomas patológicos que a pesar de encontrarse no constituyen factores que determinan una ausencia de salud mental, por el contrario pese a estar presentes la puntuación media obtenida por las participantes se encuentra dentro de la categorización de baja sintomatología por ende una adecuada salud mental. Por otro lado, los participantes del

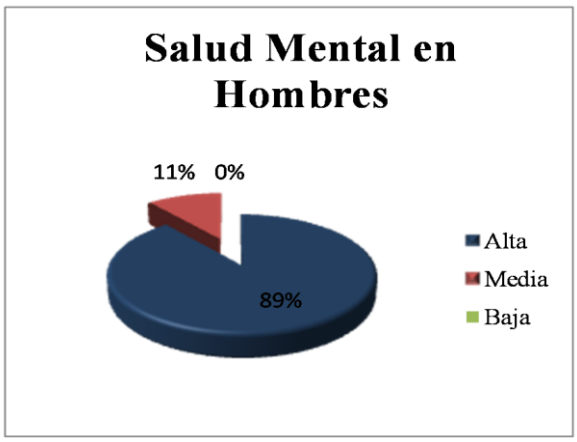
sexo masculino mostraron una sintomatología estadísticamente más baja que las obtenidas por las mujeres, y de igual manera este puntaje no implica una salud mental deteriorada, por el contrario son factores que no constituyen un agente de deterioro de la salud mental en los encuestados del sexo masculino.

Gráfico 30. *Porcentaje de Nivel de Salud mental de las participantes de sexo Femenino.*



Como se observa en el gráfico 30 se muestra la distribución porcentual de las docentes participantes, de las cuales el 83% tienen un nivel de salud mental alta y un 17 % salud mental moderada, mostrando que ninguna de las participantes posee salud mental baja.

Gráfico 31. *Porcentaje de Nivel de Salud mental de los participantes de sexo Masculino.*



En cuanto a la población masculina, el gráfico 31 muestra que el 89% de los docentes participantes en la investigación poseen salud mental alta, un 11% se encuentra en un nivel de salud mental moderado y un 0% de esta población posee salud mental baja.

De manera general según los datos obtenidos en los gráficos 29 y 30, que nos proporcionan información sobre la salud mental de la variable sexo, se puede establecer que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre la salud mental de ambos grupos de participantes. Sin embargo, los hombres presentaron mayores niveles de salud mental alta; en relación a las mujeres, afirmando lo que plantea Moriana y Herruzo (2004) quienes señalaron que las mujeres experimentan mayor y más intenso cansancio emocional que los hombres. Tomando en cuenta el doble rol ejercido por la mujer en el trabajo y en la casa como fuente de estrés. En esta misma línea, Fernández (2011) en su investigación; afirma, que las mujeres están expuestas a mayores situaciones de tensión, puesto que, en su mayoría realizan una doble jornada, laboral y familiar.

Es evidente en este sentido, que la salud mental no puede ser tratada de la misma manera en hombres y mujeres y no simplemente por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles, diferentes estilos de vida y responsabilidades; es decir viven de manera diferente, lo que puede exponer a la mujer a situaciones de salud diferente a la de los hombres.

El presente análisis, nos permite retomar la situación de desventaja de las mujeres, en relación con las desigualdades a las que han sido sometidas a lo largo de la historia, respecto a los hombres. Es necesario retomar el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de género para identificar las diferencias entre mujeres y hombres y a partir de las mismas hallar los factores que actúan de forma particular sobre cada sexo y aplicar las acciones para la solución de los problemas y necesidades de cada uno con la finalidad de que todos los seres humanos independientemente de su género, logren alcanzar altos niveles de salud mental.

Finalmente, Es fundamental destacar que el método no probabilístico de selección de la muestra dificulta la igualación de las poblaciones de sexo femenino y masculino por lo que la comparación o contraste entre ambas poblaciones según este criterio resulta moderadamente generalizable en el estudio. Por otro lado, el instrumento empleado en la recolección de información no mide la presencia de rasgos y características de personalidad constantes que incidan en los mecanismos de afrontamiento de las y los participantes y las

influencias culturales en los mismos como ser: presencia de una idiosincrasia machista, tolerancia a la diversidad, tolerancia a la frustración, dinámica familiar, etc.

En relación al ***segundo objetivo*** específico en el de identificar si el tipo de institución (público o Privada) se relaciona de forma directa en los niveles de salud mental a continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo al tipo de institución.

Tipo de Institución

Tabla No. 7

Prueba T para las Variables de Tipo de Institución y Salud mental

Variables		Prueba T para la igualdad de medias						
		T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
							Inferior	Superior
Salud Mental	Inst. Pública	0.427	90	0.671	1.080	2.531	-3.948	6.108
	Inst. Privada	0.434	89.976	0.665	1.080	2.489	-3.865	6.025
No es significativa al 0.05								

En base a las medias obtenidas y el análisis de las mismas, se observa que el nivel de salud mental es similar tanto en los maestros y maestras de instituciones públicas como los y las de instituciones privadas, teniendo a nivel de porcentaje igual sintomatología por lo que la variable sociodemográfica de tipo de institución no es estadísticamente significativa.

Contrario a lo planteado por Rivero y Cruz (2010) quienes sugieren que los profesores de Educación Pública presentarían mayor propensión a tener sintomatologías que atenta a la salud mental debido a que en sus datos mencionan que una particularidad que priva en la escuela pública es la gran cantidad de alumnos que se asignan por grupo, lo que causa que los profesores de este tipo de institución se vean obligados a llevar a cabo el trabajo pendiente en las horas o días de descanso y vacaciones, así como a escribir excesivamente

en cuadernos y pizarrones, lo que hace su trabajo tedioso y sin contenido al tener que calificar o revisar de manera interactiva las notas de clases y las tareas de los alumnos.

Decisión Estadística:

Después del análisis estadístico NO se rechaza la hipótesis nula. Es decir, los datos muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre las y los docentes de ambas instituciones en lo relacionado a su salud mental.

$H_{01=}$ = Los (as) docentes de educación pública y privada no tendrán diferencias significativas en sus niveles de salud mental

Aunque Rodríguez (2006) plantea que "la docencia en la Instituciones públicas y privadas **puede diferir** debido a cambios en su forma de administración, la población hacia la que se dirigen y los medios con los que cuentan" (Rodríguez, 2006, p. 9). Se concluye que esta diferencia en la administración de las instituciones no está relacionada con los niveles de salud mental de las y los docentes.

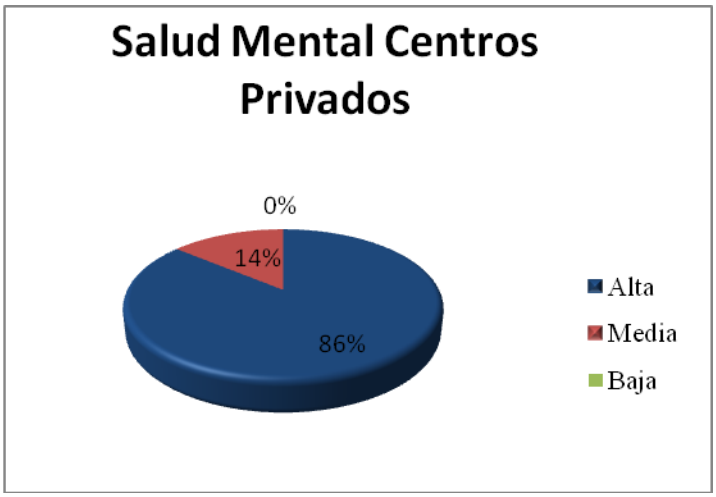
Tabla No. 8

Frecuencia Comparativa entre Instituciones del sector Público y Privado

Tipo de Centro	Nivel Alto	Porcentaje	Nivel Medio	Porcentaje	Nivel Bajo	Porcentaje
Público	43	86%	7	14%	0	0%
Privado	36	86%	6	14%	0	0%

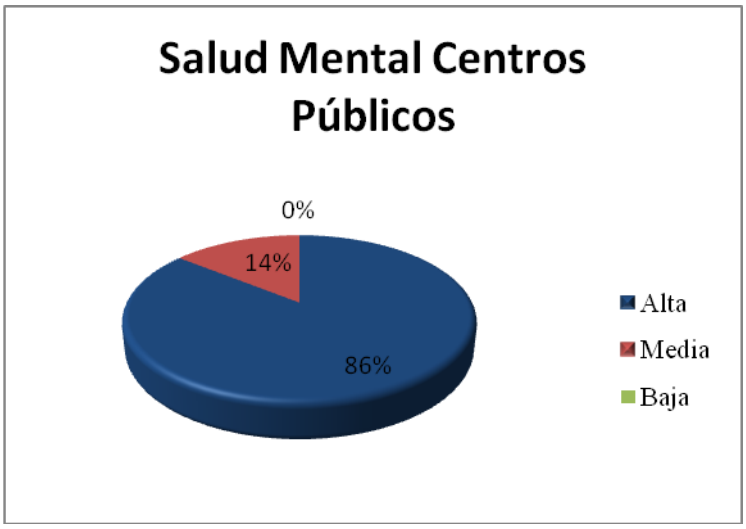
En base a las frecuencias obtenidas y el análisis de las mismas, se observa que el nivel de salud mental de las y los docentes que laboran en el sector privado posee un nivel de salud mental igual al de las y los docentes que laboran en el sector público. Por lo que se afirma la no significación estadística entre la variable tipo de institución.

Gráfico 32. *Nivel de Salud mental de las y los participantes que laboran en Instituciones Privadas.*



El gráfico 32 presenta el nivel de salud mental de las y los docentes que laboran en la Institución Privada, mostrando que el 86% de esta población posee una salud mental alta, un 14 % salud mental moderada, y un 0% con salud mental baja.

Gráfico 33. *Nivel de Salud mental de y las y los participantes que laboran en Instituciones Públicas.*



El gráfico 33 muestra que el 86% de los y las docentes del sector Público tienen una salud mental alta, un 14% salud mental moderada y 0% salud mental baja similar a los hallazgos presentes entre los y las docentes evaluados que pertenecen al sector privado.

"La docencia referida al sector público o privado es susceptible de análisis desde varios ángulos" (González, 2010, p. 77). En los resultados presentados no se muestran diferencias en los porcentajes de salud mental de las y los participantes.

De esta manera, y en base a los resultados, se puede determinar que el tipo de institución no es una variable que influya en el grado de salud mental de las y los docentes. Contrario a lo planteado por Rivero y Cruz (2010) quienes afirman que los profesores de Educación Pública tiene propensión a tener sintomatologías que atenta a la salud mental debido por un lado, a la gran cantidad de alumnos que se asignan por grupo, y por otro, a la carga de trabajo que esto genera. Sin embargo, pese a no ser un factor de variabilidad en las puntaciones de salud mental, de forma porcentual si existieron leves diferencias en los niveles de salud mental siendo los indicadores de docentes de instituciones públicas más prevalentes respecto a los (as) de las instituciones privadas sin ser significativamente determinante, pero sí resulta un hallazgo digno de mencionar en los resultados obtenidos.

Al respecto el autor plantea "es sabido que la docencia en las instituciones públicas y privadas puede diferir debido a cambios en su forma de administración, la población hacia la que se dirigen y los medios con los que cuentan". (Rodríguez, 2006, p. 9)

En este punto es fundamental mencionar que, la existencia de variables extrañas y sesgos en torno a los procesos de aplicación resultan aspectos que determinaron la forma en que las y los participantes dieron respuesta al instrumento, en este respecto se resalta la presión existente en las y los docentes de la institución pública por cumplir los requerimientos de la secretaria de educación. En contraste, las y los docentes de la institución privada la aplicación se llevó a cabo de forma más sistemática y organizada, en ausencia de actividades gremiales organizadas o consignas sociales que generaran algún tipo de dificultad respecto a los requerimientos de la secretaria de educación. Por lo anterior resulta de vital importancia resaltar la utilidad de un método de recolección de información de origen cualitativo e interpersonal que permita una indagación más acuciosa respecto a los estresores percibidos subjetivamente por las y los participantes.

De manera adicional, en relación al ***tercer objetivo*** específico se pretendió evidenciar la relación de la edad en los niveles de salud mental, de las y los docentes de los sistemas educativos público y privado; para lo cual a continuación se presentan los resultados obtenidos

Edad

Tabla 9

Estadísticos Descriptivos de la Variable Edad

Rangos de Edad	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
21 – 35 años	30	15.80	11.345	2.071	11.56	20.04	0	53
36 – 50 años	46	16.83	13.445	1.982	12.83	20.82	0	54
50 – más años	12	15.17	10.408	3.005	8.55	21.78	2	36
Total	88	16.25	12.268	1.308	13.65	18.85	0	54

En la tabla 9 se observan las diferencias en la medias de los niveles de salud mental según la edad. Viendo que el grupo 2 (36-50 años de edad) posee una salud mental "más alta" que el resto de los grupos. Y que el grupo 3 (50 años en adelante aunque posee salud mental alta, es la más baja de los grupos de edad. Por lo que se rechaza $\mathbf{H_2}$ **=** Las y los docentes de menor edad mostraron menor nivel de salud mental, y se acepta $\mathbf{H_{0=}}$ Las y los docentes de menor edad no mostraron menor nivel de salud mental.

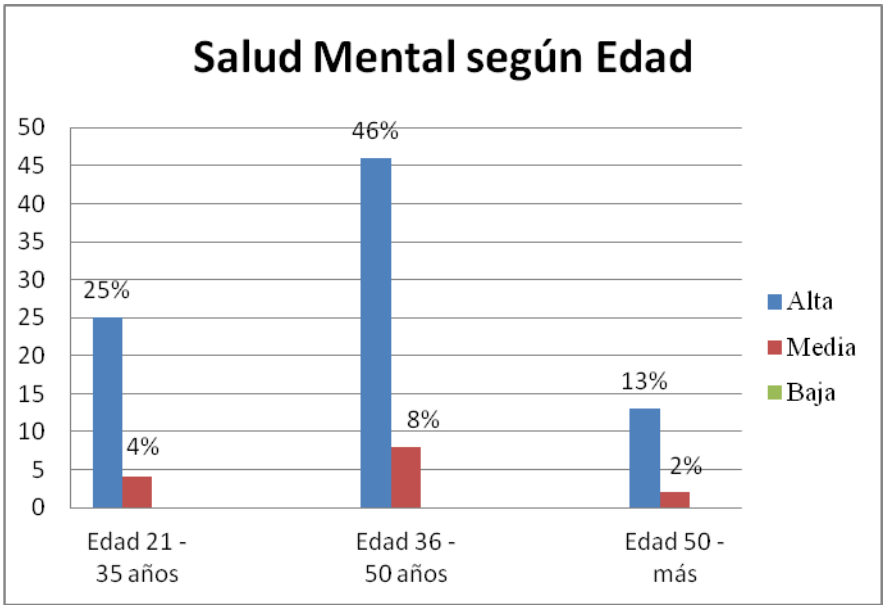
Tabla 10

Análisis de Varianza de los puntajes de Salud Mental y Edad

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	35.425	2	17.712	.115	.891
Intra-grupos	13059.075	85	153.636		
Total	13094.500	87			

Como se puede observar en la tabla 10, la variable edad no constituye un factor que está directamente relacionado con los niveles de salud mental, esto contrario a lo planteado por Belló, Puentes, Medina y Lozano (2005) quienes mencionan en su investigación que en un periodo anual previo a la entrevista, 5.8% de las mujeres y 2.5% de los hombres de 8 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con la depresión; la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. En las mujeres, el porcentaje de las afectadas fue de 4%, en las menores de 40 años de edad, y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. En el caso de los hombres, las prevalencias en los grupos de edad considerados fueron de .6 y 5 por ciento, respectivamente.

Gráfico 34. *Comparación de Rangos de Edad y Salud Mental.*



En el gráfico 34 se puede observar 3 rangos de edades para la población evaluada, en los cuales existen diferencias porcentuales en cuanto a salud mental. Las personas entre 36-50 años tienen niveles más altos de salud mental que los otros dos grupos. Las personas entre 21 a 35 años poseen nivel de salud alto, pero menor al primer grupo mencionado. Por último las personas mayores de 50 años tienen salud mental alta pero menor a la que poseen los dos grupos restantes.

Considerando lo anterior, se determina que la variable edad no tiene relación estadísticamente significativa con los niveles de salud mental de las y los docentes. Sin embargo los (as) participantes incluidos en el rango de 36 – 50 años fueron los que porcentualmente presentan niveles más óptimos de salud mental respecto a los participantes de 21 – 35 años y 50 – más años de edad según análisis cuantitativo. Contrario a lo que plantean Moriana, y Herruzo (2004) en donde los profesores más jóvenes experimentan niveles superiores de estrés y mayores niveles de cansancio emocional y fatiga; por otro lado Fernández (2011) afirma que a medida que los años avanzan el sujeto va ganando experiencia y seguridad en las tareas laborales, mostrando en consecuencia una menor vulnerabilidad.

Por lo tanto de las 3 variables de contraste (sexo, tipo de institución y edad) relacionadas con la variable descriptiva (Salud Mental) ninguna constituye un factor determinante en el funcionamiento psíquico adecuado de las y los participantes.

Seguido, para dar respuesta a los tres últimos objetivos referidos a las variables de contraste (sociodemograficas) y los niveles de sintomatología presente entre las y los docentes, se hizo necesario el análisis de las dimensiones establecidas en el GHQ-28 (Síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave). Presentando a continuación los resultados más relevantes.

Tabla No. 11

Frecuencia Comparativa entre tipos de Síntomas

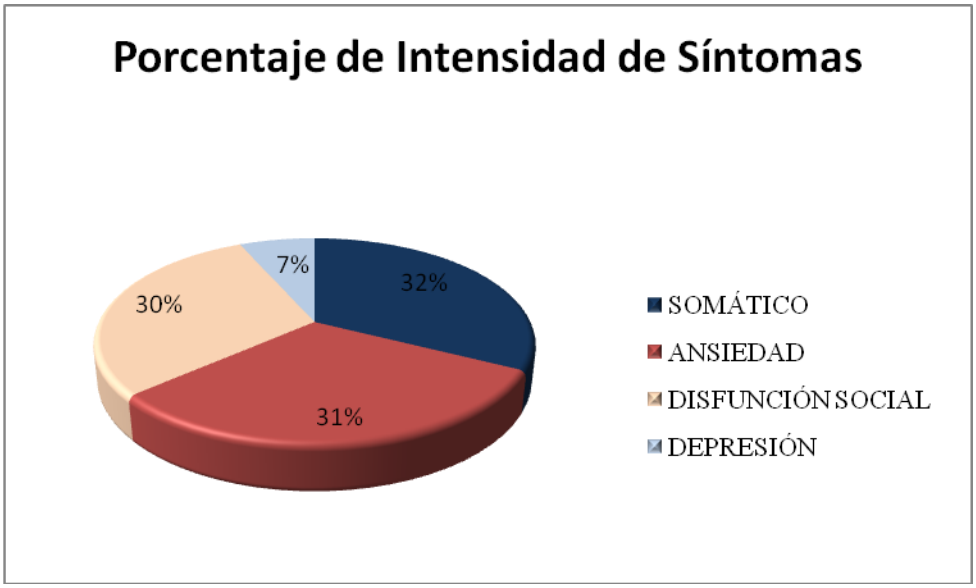
Tipo de Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Somáticos	29	32%
Ansiedad	28	31%
Disfunción Social	27	30%
Depresión	7	7%

En base a las frecuencias obtenidas y el análisis porcentual de las mismas, se observa que la prevalencia de síntomas somáticos en los y las participantes es levemente mayor al de la presencia de otros síntomas evaluados.

Lo anterior reafirma lo expuesto por Morera (2010) quien ejemplifica que algo que nos ocurre de forma común es no demostrar nuestro enfado o malestar con alguien. Esta represión de nuestras emociones nos puede llevar a tener dolores de estómago, tensión alta, etc.

Intensidad de Síntomas en los y las docentes

Gráfico 35. *Porcentaje de Prevalencia de Intensidad de Síntomas*



Como se puede observar en la tabla 11 se desarrolla de forma descriptiva el comportamiento general de las puntuaciones obtenidas por la muestra total, por la naturaleza de la escala dichas puntuaciones expresan el nivel de síntomas presentes en toda la población evaluada. La Media que representa el nivel sintomatológico general de la población, y el porcentaje que indica la proporción que el síntoma ocupa entre todos las sintomatologías presentes; siendo para los síntomas somáticos una media de 5.30 puntos correspondiente a síntomas bajos, como lo podemos evidenciar en el gráfico 34 esta cantidad representa un 32% de los síntomas totales presentes en la población general, como se muestra en la tabla y como lo observaremos en el gráfico; por otro lado, los síntomas de ansiedad tienen una media general de 5.10 correspondiente de igual forma a presencia baja de dicha sintomatología y representa un 31% de los síntomas totales presentes en la población. Los síntomas de la sub-escala de disfunción social tienen una puntuación media de 4.87 que indican una sintomatología baja y que porcentualmente representan un 30% del total de síntomas presentes en la población, por último los síntomas depresivos se manifiestan con una puntuación media de 1.09 que expresa una presencia baja de dichos indicadores y que porcentualmente representan solo un 7% de todos los síntomas presentes en la población evaluada.

Tabla No. 12

Correlación Nivel de Salud Mental y Disfunción Social.

		Salud Mental	Disfunción Social
Salud Mental	Correlación de Pearson	1	.766**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	92	92
Disfunción Social	Correlación de Pearson	.766**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	92	92

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Como se observa en la correlación realizada, existe relación significativa entre el nivel de salud mental y el grado de disfunción social en los y las docentes evaluados. Así como lo plantea Cornejo (2008) al afirmar que hay un deterioro progresivo de la calidad de las relaciones laborales durante los últimos años, llamando la atención que la principal fuente de deterioro del clima laboral reportada por los docentes sean las relaciones con sus colegas y directivos, por sobre las exigencias planteadas por los estudiantes y sus familias. Por lo que se acepta **H_3 =** Las y los docentes de la institución Pública mostraran niveles significativos de disfunción social.

Con relación al ***cuarto objetivo*** el cual pretende evidenciar si el tipo de centro educativo resulta determinante en los niveles de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. A continuación se presentan los resultados obtenidos entre el tipo de institución y las dimensiones en estudio.

4. 4 Tipo de Institución y Dimensiones en estudio

Tabla No. 13

Relación entre tipo de Institución y síntoma de Disfunción Social

	Estadísticos de grupo				
	Tipo de Institución	*N*	*Media*	*Desviación típ.*	*Error típ. de la media*
Disfunción Social	Privada	42	4.71	3.118	.481
	Publica	50	5.00	2.886	.408

En tabla 13 se detalla la prevalencia del grado de disfunción social entre las y los docentes evaluados, mostrándose en los de la institución pública levemente mayor a los de la institución privada.

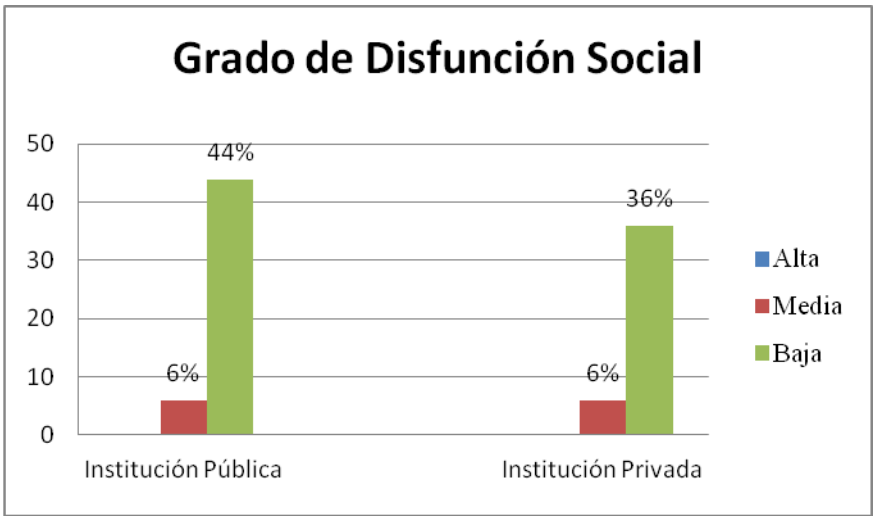
De acuerdo a Rivero y Cruz (2010) desenvolverse en el ámbito laboral docente se torna día con día más difícil, siendo imposible que las situaciones adaptativas no influyan de manera general y directa en la vida de los maestros, ocasionando en muchos de ellos problemas de salud. Teniendo en cuenta lo anterior y en base a los resultados obtenidos en la investigación, se puede decir que el grado de **disfunción social** influye de forma directa en el nivel de salud mental de las y los docentes evaluadas, lo cual significa que la forma en que ellos y ellas presentan cambios en su entorno social y la manera en que se adaptan a los mismos tiene una influencia directa en sus niveles de salud mental, lo cual aporta una importancia relevante a las condicionantes sociales a las que se ven expuesto los y las docentes del sector público en contraposición a los (as) pertenecientes al sector privado.

Por lo que es interesante mencionar que en la Investigación realizada por Fernández (2011) encontró que el profesorado puede mejorar sus condiciones adaptativas, a través de programas de intervención en donde se conoce la estructura y funcionamiento de un sistema interrelacionado como lo es la sociedad, administración educativa, centro docente e

individuo, modificando los posibles elementos de riesgo en su mutua interdependencia, puesto que las características de cada uno de ellos incide y condiciona al siguiente. A través de este tipo de programa se ha obtenido la especialización suficiente en el ámbito de las relaciones personales, de manera que estas no son percibidas como problemáticas en el grupo de profesionales estudiados por el autor.

En base a lo anterior resulta de importancia imperativa, la inclusión de métodos y estrategias cualitativas de indagación y recolección de datos debido a las limitaciones inherentes al instrumento utilizado en el presente estudio, esto permitirá la obtención de información más fluida y con componentes catárticos en ambas poblaciones sometidas a análisis; dicha premisa deducida a partir de la aplicación del cuestionario de salud mental.

Gráfico 36. *Prevalencia de síntoma Disfunción Social en las y los docentes de institución pública y Privada.*



El gráfico 36 describe la prevalencia del síntoma de disfunción social en los y las docentes evaluados, a este respecto las y los docentes de la institución pública presentan un grado más bajo de sintomatología de esta naturaleza respecto a sus homólogos de la institución privada, de igual forma ambos tipos de instituciones muestran síntomas intermedios de disfunción social en la misma medida.

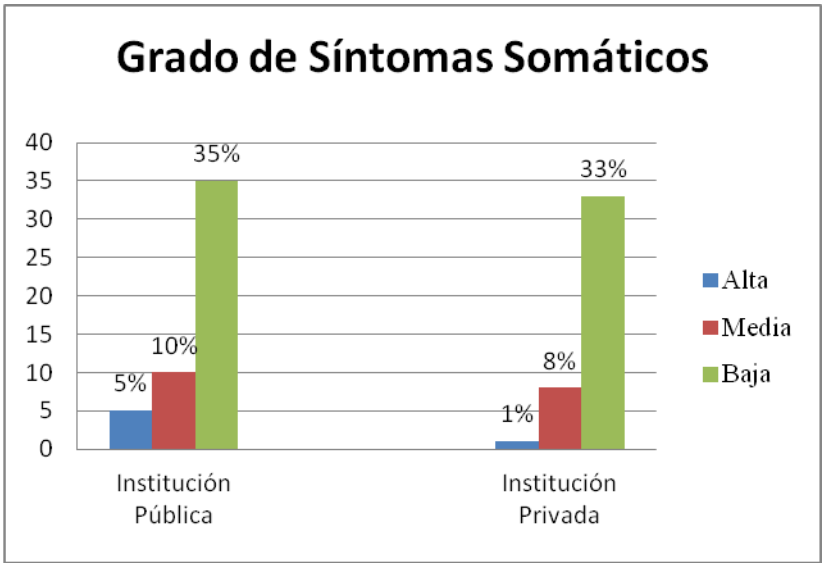
Tabla No. 14

Relación entre tipo de Institución y síntomas Somáticos

Estadísticos de grupo					
	Tipo de Institución	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Somático	Privada	42	5.05	3.499	.540
	Pública	50	5.52	4.862	.688

Como se observa en la tabla 14 tanto las y los docentes de la institución pública como privada muestran niveles de prevalencia similares en cuanto a los síntomas somáticos, sin embargo es resaltable considerar que la institución privadas representan una muestra menor.

Gráfico 37. *Prevalencia de síntoma somático en las y los docentes de la institución pública y privada.*



En el gráfico 37 el punto más resaltable es que las y los docentes de la institución pública presentan un mayor grado de síntomas somáticos respecto al de los de institución privada; de igual forma la presencia de síntomas somáticos es levemente mayor en los maestros de la institución pública.

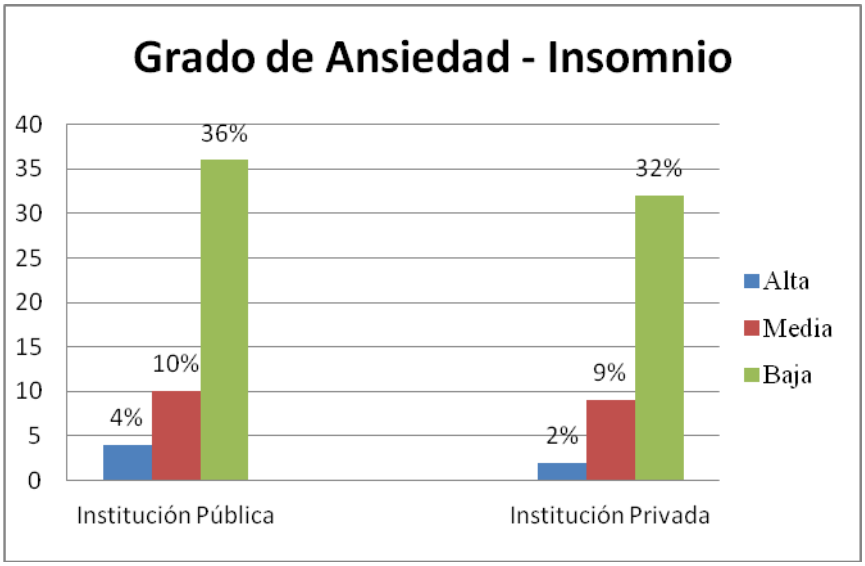
Tabla No. 15

Relación entre tipo de Institución y síntomas de Ansiedad - Insomnio

Estadísticos de grupo					
	Tipo de Institución	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad-Insomnio	Privada	42	4.88	4.192	.647
	Publica	50	5.28	4.840	.685

Las y los docentes de la institución pública presentan mayor nivel de ansiedad – insomnio según se muestra en la tabla 15.

<u>Gráfico 38</u>. *Prevalencia de síntoma Ansiedad - Insomnio en las y los docentes de la institución pública y privada*



Según el gráfico 38 las y los docentes de la institución pública presentan mayor presencia de síntomas altos relacionados con ansiedad e insomnio, de igual forma tienen mayor presencia de síntomas moderados de la misma naturaleza.

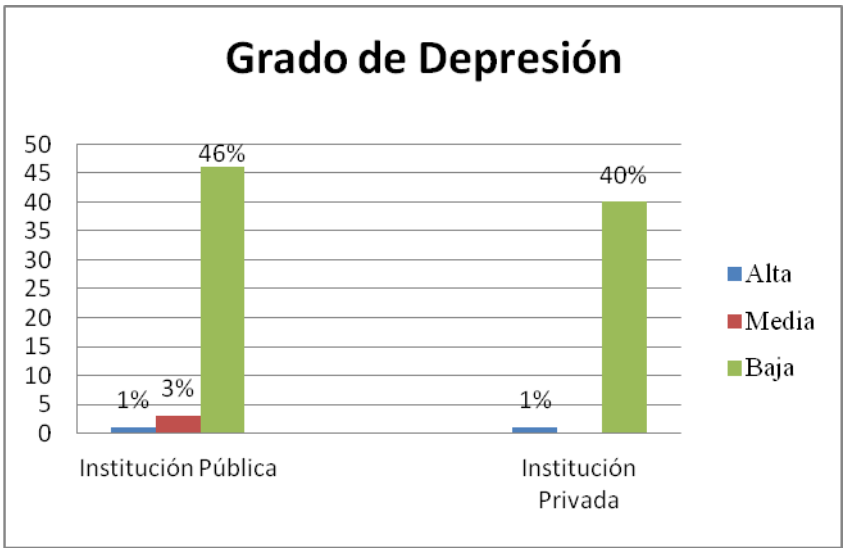
Tabla No. 16

Relación entre tipo de Institución y síntomas de Depresión

Estadísticos de grupo					
	Tipo de Institución	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Depresión	Privada	41	.98	2.743	.428
	Publica	50	1.18	2.655	.375

Como se puede observar en la tabla 16 el síntoma de depresión se manifiesta de forma leve en las y los docentes de ambas instituciones, sin embargo en las y los docentes de la institución pública se manifiesta en mayor medida la presencia de dicho síntoma.

Gráfico 39. *Prevalencia de síntoma de Depresión en las y los docentes de la institución pública y privada.*



Las y los docentes de la institución pública muestran levemente una mayor presencia de síntomas depresivos, sin embargo en ambas poblaciones el síntoma está presente solo en menor medida

De igual manera y para dar respuesta al ***quinto objetivo*** el que pretende determinar si el sexo posee relación en los niveles de síntomas somáticos, ansiedad, depresión y disfunción social, presentes en las y los docentes de educación pública y privada. A continuación se presentan los resultados obtenidos entre la variable sexo y las dimensiones en estudio.

4. 5 Sexo y Dimensiones en estudio

Tabla No. 17

Relación entre sexo y depresión

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Depresión	Femenino	54	.91	2.497	.340
	Masculino	36	1.39	2.979	.496

Como se observa en la tabla anterior, los hombres mostraron un nivel levemente más alto de depresión que las mujeres, sin ser dicho nivel suficientemente alto para considerarlo un factor significativo.

En cuanto a **la depresión** Montiel (2010) afirma que entre el personal docente, la depresión sería el trastorno más grave dentro de los problemas de salud mental; al respecto, entre las y los participantes el síntoma está presente sólo en menor medida. Sin embargo, es importante destacar que estos resultados coinciden con los presentados en una investigación realizada en una institución pública del Honduras, así lo expone Alvarado et al. (2005) en donde la tendencia dentro del personal de salud, o ciencias sociales y humanitarias coinciden con los de esta investigación reflejando entre el 1% y el 2% en un nivel serio de depresión grave; que aunque no es estadísticamente significativo, si merece especial atención.

Por otro lado es importante destacar que dentro de las y los docentes del sector público se manifiesta en mayor medida la presencia de la depresión; siendo el sexo masculino el que presenta más síntomas depresivos. Este resultado es interesante dese el punto de vista, que la mujer por su rol de madre, esposa, ama de casa y profesional se ve expuesta a más situaciones de tensión, con una tendencia a deprimirse más fácilmente que el sexo

masculino; de igual manera y como afirma Molina y Arranz (2010) el hombre tiende a ser más reacio que la mujer admitir que tiene depresión y muestra menos claramente los síntomas, por lo que el diagnóstico puede llegar a ser más difícil. Sin embargo, en los resultados obtenidos en la presente investigación se ve reflejado como los hombres presentan el síntoma en una medida más alta. Esto puede ser causado por diferentes motivos, y como lo señalan los mismos autores, quienes afirman que el alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre con más frecuencia que la mujer, afectando la salud física y mental del hombre, presentando los síntomas más altos, con la probabilidad de morir por esta causa.

Tabla No. 18

Relación entre sexo y síntomas somáticos

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Somático	Femenino	54	6.02	4.328	.589
	Masculino	37	4.35	4.084	.671

Las mujeres mostraron un nivel más alto de sintomatología de tipo somática en relación al grupo de hombres evaluados

Tabla 19

Relación entre sexo y síntomas de ansiedad - insomnio

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Ansiedad-Insomnio	Femenino	54	5.89	4.657	.634
	Masculino	37	4.05	4.190	.689

En cuanto a los síntomas de ansiedad-insomnio las mujeres manifestaron niveles más altos que los hombres como lo muestra la tabla 19.

Tabla No. 20

Relación entre sexo y grado de disfunción social

Estadísticos de grupo					
	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Disfunción Social	Femenino	54	4.94	3.092	.421
	Masculino	37	4.70	2.866	.471

Como se observa en la tabla 20, tanto mujeres como hombres mostraron niveles de disfunción social similares en la población de estudio.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5. 1 Conclusiones

1. Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de salud mental de los docentes en la Institución Pública Superación San Francisco y la Institución Privada Salesiano San Miguel. Ambos grupos mostraron los mismos porcentajes de salud mental alta (86%) y salud mental moderada (14%). Recalcando que no existe en ninguno de los participantes un nivel bajo de salud mental. Tomando en cuenta lo planteado por diferentes autores, todo apunta a que los docentes del sector público tienden a carecer de una buena salud mental con mucha más frecuencia que sus homólogos del sector privado, esto debido a diferencias tales como las que plantea Soleno (2007) quien afirma que las dificultades con las que se enfrentan las y los docentes han aumentado: clases muy numerosas, intensas jornadas de trabajo; ya que, a mayor número de estudiantes el horario laboral se alarga, viéndose obligados a llevar a sus casas trabajos pendientes, aunado a eso las constates amenazas que reciben por parte de algunos estudiantes para aprobar su año escolar, paralelo a lo anterior las y los docentes del sector público se enfrentan a diversidad de poblaciones y necesidades educativas para las que no fueron formados, como ser: escasez de materiales educativos, edificios deteriorados, sin asistencia profesional.

A pesar de lo anterior, de manera general las y los docentes del sector público reflejan los mismos niveles de salud mental que las y los docentes del sector privado. Cabe destacar, que ambas instituciones están inmersas en el mismo contexto social con altos índices de criminalidad e inseguridad, empero dichos factores no incide en el deterioro de su salud mental; por lo tanto, al encontrar que ningún docente presenta bajos niveles de la variable en estudio es sorprendentemente positivo y se llega a pensar que las y los participantes, de alguna manera están creando mecanismos de resistencia para poder sobrevivir al medio en el que se desenvuelven.

2. Pese a las diferentes aseveraciones que afirman que la mujer por sus diferentes roles puede manifestar deterioros en su salud mental, como lo establecen Moriana y Herruzo (2004) en donde afirman que las mujeres experimentan mayor y más intenso cansancio emocional que los hombres; sin embargo, en los resultados encontrados en esta investigación la **variable sociodemográfica sexo** no tiene relación directa sobre la salud mental general. Se observan diferencias leves que no marcan una disparidad relevante entre ambos grupos de participantes. Por ejemplo, los hombres presentaron mayores niveles de salud mental alta (89%) en relación a las mujeres, (83%) a pesar de no ser porcentajes que determinan la ausencia de salud mental, de manera concluyente se puede decir que el tema de salud mental no debe ser tratado de la misma manera en cuanto al género, no simplemente por el factor biológico que incluye cambios hormonales, exponiendo a la mujer a mayor vulnerabilidad que el hombre, sino por factores como el rol protagónico que desempeña la mujer como ama de casa y el grado de responsabilidad que esto conlleva, similarmente debe desenvolverse como profesional y someterse a diversas presiones del entorno social, lo que puede exponer a la mujer a situaciones de salud mental diferente a la de los hombres.

3. Se encontró que la **edad** no es una variable que se relaciona con los niveles de salud mental, aunque todos los participantes poseen un nivel alto de salud mental, existen diferencias porcentuales según rangos de edad, de la siguiente manera: los que poseen salud mental más alta se encuentran ente las edades de 36-50 años, siguiendo el rango de 21 a 35 años y observándose que las personas mayores a 50 años son los más bajos en comparación a los grupos restantes. Aunque muchos autores coinciden con lo que plantea Fernández (2011) quien sostiene que a medida pasan los años las y los docentes van ganando experiencia en su trabajo, lo que genera en ellos mayor seguridad; por ende, mejores condiciones de salud, contrariamente, con los resultados que se reflejan en la presente investigación se puede inferir que existen variables externas como factores ambientales y sociales que de alguna manera inciden para que las y los participantes con mayor edad no apunten los niveles de salud mental más óptimos dentro de los tres rangos de edades. Enfatizando igualmente que dicho grupo no refleja salud mental baja.

4. En cuanto a las sintomatologías se encontraron leves diferencias en sexo femenino y masculino. El sexo femenino posee mayores síntomas de tipo somático, ansiedad-insomnio y de disfunción social, y el sexo masculino refleja niveles más bajos en las categorías mencionadas anteriormente; pero denotan más síntomas depresivos que el sexo femenino. La depresión es un trastorno que afecta tanto a mujeres como a hombres. Sin embargo; a lo largo de la historia, se ha enfatizado que la mujer tiende a deprimirse mucho más que el hombre, así mismo las mujeres tienen más probabilidades a que se les diagnostique con esta enfermedad. Consecuentemente la depresión en los hombres conlleva mucho más riesgos, puesto que el hombre tiende a esconder más sus sentimientos y emociones, él pide ayuda hasta que ya no aguanta más. Es mucho más fácil escuchar a una mujer decir "estoy deprimida" que escuchar esta frase en un hombre. Es evidente que entre los docentes del sexo masculino encuestados en la investigación, está presente la depresión, que aunque no sea significativo estadísticamente, merece atención ya que el hombre está expuesto al alcohol, tabaco, y exceso de trabajo, siendo estos factores que enmascaran la depresión y si no se presta la debida atención con trabajos de prevención estos niveles que encontramos en la presente investigación, aunque no son desfavorables, con el correr del tiempo podrían empeorar.

5. Pese a que no existen diferencias significativas entre el tipo de Institución y salud mental, se observa que las y los docentes de la Institución Pública muestran mayores síntomas de ansiedad, depresión y somáticos que las y los docentes de la Institución privada; sin embargo no constituye diferencias significativas estadísticamente, ya que en ambas poblaciones (Pública y Privada) la salud mental es alta. Aunque los resultados son favorables, es importante destacar que diferentes autores consultados a lo largo de esta investigación, afirman que la que escuela pública difiere en muchos aspectos de la escuela privada, comenzando por su forma de administración, de igual manera el prestigio con el que son vistas ambas instituciones; así mismo, González (2010) advierte que desde el punto de vista del prestigio profesional es ligeramente mejor percibido el docente de escuelas privadas, porque la sociedad sobre todo la clase media y alta perciben el trabajo privado como más dignificante que el público.

Dichas aseveraciones ponen en mayor vulnerabilidad a las y los docentes que laboran en el sector público, señalando que en los últimos años la carrera docente en este sector ha

sido muy desprestigiada lo que ha sido muy beneficioso para las instituciones privadas. Estas pequeñas diferencias denotan de alguna manera que la teoría coincide en algún punto con la realidad que están viviendo las y los docentes en el sector público.

6. Finalmente, de las cuatro categorías implícitas en la variable descriptiva, se puede mencionar que el grado de disfunción social influye de forma directa en el nivel de salud mental de las y los docentes evaluados, lo cual significa que la forma en que las y los participantes encuestados presentan cambios en su entorno social y la manera en que se adaptan a los mismos, tiene una influencia directa en sus niveles de salud mental, lo cual aporta una importancia relevante en las condiciones sociales a las que se ven expuestos las y los docentes del sector público en contra posición del sector privado. De acuerdo a Rivero y Cruz (2010) desenvolverse en el ámbito laboral docente se torna día con día más difícil, siendo imposible que las situaciones adaptativas no influyan de manera general y directa en la vida de los maestros, ocasionando en muchos de ellos problemas de salud; siendo cada vez más significativo el número de docentes que muestran malestar por la situación que viven, por sus condiciones laborales y por la presión a la que se ven sometidos por los alumnos, los padres o el personal administrativo, la cual deriva en la aparición creciente de enfermedades, sobre todo del tipo psíquico y psicosomático, cuyas características hacen que con frecuencia sean difíciles de diagnosticar y caracterizar, como ansiedad, trastornos músculo- esqueléticos, lumbalgias, hipertensión, estrés laboral, depresión u otras manifestaciones orgánicas.

5. 2 Recomendaciones

1. El conjunto de factores procedentes del entorno (condiciones sociales, físicas, las responsabilidades asignadas) ejercen diversas presiones sobre la persona; y cada cual responde de manera diferenciada a las demandas del entorno; ya sea, facilitándose las tareas o en algunos casos las personas alcanzan fatiga mental, provocando así trastornos de ansiedad, somatización, depresión, y una relación directa entre los niveles de salud mental y disfunción social como se demostró en esta investigación. En tal sentido conviene participar en diferentes medidas que modifiquen dichos trastornos en el momento oportuno, y promover la presencia de niveles óptimos de salud mental. Para ello es imprescindible crear terapias grupales e individuales que incluyan más estrategias de trabajo en el contexto real en el que desenvuelven las y los docentes, de igual manera es importante brindar formación a través de talleres para mejorar las habilidades sociales y la vida adaptativa al ambiente, participar de jornadas terapéuticas y charlas educativas, Consecuentemente se debe impartir enseñanza en técnicas cognitivas, técnicas para manejo del estrés, y todo síntoma o trastorno que afecte la salud mental para el mantenimiento de los recursos adaptativos de las y los docentes tanto en instituciones públicas como privadas.

2. Dada la prevalencia de síntomas somáticos (malestares físicos) en la población evaluada y teniendo en cuenta que el modelo de atención en la Secretaría de Salud en Honduras sigue exclusivamente enfocado a la atención del daño y la enfermedad con acciones muy poco costo-efectivas, causando con ello un gasto creciente en actividades curativas a expensas de la promoción y producción social de la salud; se sugiere que:

- A partir del análisis de la situación real de salud de Honduras y en el marco del modelo de salud pública, **El Estado** desarrolle políticas públicas y estrategias basadas en la promoción de la salud y la atención primaria, en vez de la reparación del daño y la atención a la enfermedad, con la integración de todos los actores que participan en la salud, de los distintos niveles, como son: la persona, la familia, la comunidad, el gobierno local, y los demás actores presentes en la comunidad.
- **La Secretaría de Salud** debe dirigir y regular toda política y estrategia de salud dictada por el Estado, con el propósito de; integrar tanto a instituciones públicas y

privadas del país. Consecuentemente, la Secretaría de Salud es el ente responsable de alcanzar el mejor desempeño posible del sistema de salud y a su vez el ente para regular la protección del interés público en esta área, evaluando el cumplimiento de las normas para obtener óptimos resultados en el fortalecimiento de las políticas y así mejorar los servicios de salud y bienestar de la población.

- Se sugiere que **La Secretaría de Educación** incluya en sus programaciones estrategias para la psicoeducación a los y las docentes, ofreciendo de igual manera jornadas profilácticas, dando a conocer tamizajes o cuestionarios breves para la detección temprana de problemas de salud mental; consecuentemente que las y los docentes conozcan las condiciones psicosomáticas provocadas por el manejo inadecuado del estrés, lo cual se reduce a efectos nocivos para el organismo de las personas.
- A nivel de **institutos** se sugiere que, en caso de contar con un departamento de orientación, consejería o psicología se designe personal de apoyo que desempeñe la detección temprana de problemas de salud mental en las y los docentes; en caso de no contar con ninguno de los departamentos anteriormente mencionados, se debe asignar a una persona a nivel de dirección, sub dirección o en su defecto, una de las personas más capacitadas en el campo de la salud, para realizar esta labor. Luego se deben abrir los espacios de consejería, solicitar y participar activamente en jornadas profilácticas para detectar qué es y cuándo se está presentando un problema de salud mental.

3. En los últimos años, la Secretaría de Salud ha fortalecido la política de incentivar la participación activa de la comunidad, promoviendo nuevos modelos de gestión para la implementación de programas de prevención de riesgo de enfermedades y promoción de la salud. La mayor participación se ha dado en el nivel comunitario, a través de Organizaciones Privadas de Desarrollo (OPD), Organizaciones no Gubernamentales (ONG), sin embargo se sugiere a la Secretaría de Salud llegar a sectores y gremios más específicos como en el caso de las y los docentes, estableciendo y monitoreando un programa de prevención e intervención psicológica para dichos profesionales; partiendo de la creación de un banco de datos del sector magisterial; posteriormente registrando las enfermedades comunes que aquejan a este sector, identificando los recursos existentes y los que se deben suministrar; luego se sugiere realizar una

planificación de evaluaciones periódicas a las y los docentes para verificar su estado de salud física y mental.

4. En cuanto al método de investigación se recomienda emplear técnicas en donde se pueda profundizar más la información de interés para el estudio, tal es el caso de la entrevista en donde se establece contacto directo con la persona, lo que permite tener información más espontánea y abierta del sujeto en estudio; de manera paralela se puede hacer uso de la observación directa, la cual permite obtener información precisa y confiable, especialmente en estudios del comportamiento de las personas, de igual manera se pueden realizar grupos focales. Así mismo, se recomienda emplear métodos para la recolección de información de orden cualitativo con el objetivo de obtener percepciones, opiniones y puntos de vista de las y los docentes evaluados y el impacto que tiene en ellos el trabajo con relación a su salud mental.

5. Se puede ampliar la muestra inicialmente a nivel de institutos en donde la población magisterial sea más amplia y las condiciones económicas sean más dispares. Con la intención de conocer si hay más deterioro en la salud mental de las y los docentes a mayor o menor estatus o categoría de las instituciones. Ejemplo de lo anterior sería buen referente un instituto de las dimensiones del Central Vicente Cáceres y la Escuela Americana. Considerando; inicialmente, que el nivel socio económico de los estudiantes que debe atender el personal docente que labora en el centro educativo público no tiene las mismas características de los estudiantes de la escuela Americana. Seguido al hecho que los docentes que laboran en la escuela americana gozan de mayor prestigio, con relación a las y los docentes del Instituto central, por lo que se puede generar muchos resultados interesantes en cuanto a la salud mental de los profesionales que laboran en dichas instituciones.

6. Debido que a partir del uso de la muestra en esta investigación no se pueden generalizar los resultados, se sugiere crear una línea de investigación en el tema de salud mental, orientada a las y los docentes del sector tanto público como privado.

7. Se sugiere realizar un estudio a nivel de región metropolitana de educación en Tegucigalpa ya que por el tamaño de la muestra, no se puede generalizar a partir de los resultados de ésta investigación.

8. De igual manera se recomienda que El Gobierno realice un estudio a nivel del gasto económico- social al Estado que generan las enfermedades relacionadas con la salud mental en las y los docentes, ya que es de suma importancia enfocar este tema desde el punto de vista preventivo, y que no se limite a dar respuesta a medida surjan los problemas, sino que se deben afrontar antes que se vuelvan graves, esto se puede lograr a través de la prevención de riesgos laborales en general, elaborando estrategias con el magisterio, a largo, medio y corto plazo y así se reducen los gastos del gobierno en materia de incapacidades, medicamentos y hospitalización de docentes enfermos. Por otro lado se sugiere estudios de tipo Investigación acción, donde el gremio magisterial pueda verse beneficiado y al mismo tiempo obtener la medición del impacto de los mismos; así mismo como otros estudios que se consideren pertinentes a la temática abordada a través de esta investigación.

Referencias Bibliográficas

Alvarado, A., Canales, T., Lizardo, G., Ramos I., Valladares, P. y Tinoco, (2005) *Unidad de Salud mental para estudiantes de Psicología:* Tegucigalpa Honduras. Disponible en Universidad Nacional Autonoma de Honduras.

Álvarez, M. T. (2003). *Condicionantes Socioprofesionales de la Salud Docente.* (Tesis), Universidad de Oviedo. Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11097/UOV0045MTGA.pdf?sequence=1

Ayuso, J. A. (2006). Profesión Docente y Estrés Laboral: Una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista Iberoamericana de Educación* . (1681-5653), Recuperado de: http://www.rieoei.org/deloslectores/1341Ayuso.pdf

Belló, M., Puentes, E., Medina, M., y Lozano R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México. *Revista del Instituto Nacional de salud Pública de México*. *Vol 47*, Recuperado de: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000496

Bergé, M. E. (2008). *Cuando "Se quema" el Profesor de Secundaria.* Madrid, España: Díaz Santos S.A.

Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la Investigación.* México: PEARSON Educación.

Borges, S. C. (2012). *Satisfacción en el trabajo y salud mental en docentes de enseñanza superior de Coimbra.* Colección Tesis Doctoral- TDR. Coimbra, Portugal. Recuperado de: http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/316

Carabajal, T. (2012, 28 de Agosto). Cada 100 docentes hay cinco o seis que faltan seguido a clases y no lo justifican. *La Gaceta,* Recuperado de: http://www.lagaceta.com.ar/nota/507630/cada-100-docentes-hay-cinco-o-seis-faltan-seguido-clases-no-lo-justifican.html?=mlt

Chirinos, A, Munguía, A., Lagos A., Salgado J., Reyes, A. y Padgett, D. (2001). Prevalencias de Transtornos Mentales en la Población Mayor de 18 Años en 29 Comunidades Urbanas de

Honduras. *Revista Médica de los Postgrados de Medicina, Vol. 7* (1). Recuperado de: http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2002/pdf/Vol7-1-2002-10.pdf

Constitución de la República de Honduras (2004). Capítulo VII artículo 145. Recuperado de: http://www.honduras.com/honduras-constitution.html

Cornejo, R. (2008). Entre el sufrimiento individual y los sentidos colectivos: Salud laboral docente y condiciones de trabajo. *Revista Docencia, (No. 35)*, pp. 78-81. Recuperado de: http://www.revistadocencia.cl/pdf/20100730180726.pdf

Cornejo, R. y Quiñonez, M. (2007). Factores Asociados al Bienestar/Malestar Docente. *Revista Iberoamericana Sobre Calida, Eficacia y Cambio en Educación. España: , Vol.5* Recuperado de: http://scholar.google.hn/scholar?q=Cornejo+y+Qui%C3%B1onez+factores+asociados+al+bienestar+/+malestar+docente&hl=es&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ei=TY1LU7zoLYaT0QGGs4HwAQ&ved=0CCcQgQMwAA

Coronado, M. (2008). *Competencias Sociales y Convivencia Herramientas de Análisis de Intervención.* Argentina: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

Duque, M.I. (2012). Revisión de la Precarización Laboral y sus Implicaciones en la Salud Mental de los Docentes en Educación Superior. *Artículo de Revisión.* Recuperado de: http://www.buenastareas.com/ensayos/La-Precarizaci%C3%B3n-Laboral-y-Sus-Implicaciones/3576926.html

Ellis, A. (2000). *Como Controlar la Ansiedad Antes de que lo Controle a Usted.* España: Paidós Ibéria S.A.

Enguita, M. F. (2005). *Organización Escolar, Profesión Docente y Entorno Comunitario.* Andalucía: Akal S.A.

Fernández, B. (2011). *Un análisis multidimensional del Síndrome de Burnout en Profesorado de Conversatorios y Enseñanza Secundaria.* (Disertación Doctoral, Universidad de Valencia). Valencia, España: Recuperado de: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/78805/fdez%20morante.pdf?sequence=1

Fullan, M. (1991). *El significado del cambio educativo: un cuarto de siglo de aprendizaje.* Toronto, Canadá: Estudios de la Universidad de Toronto.

Gallardo, P. F. (1994). *Psiquiatría en el Hospital General* (3ra ed.). España: Díaz Santos S.A.

González, L. F. (2010). *Psicologia para el docente.* Guanajuato: EMMS de León de la universidad de Guanajuato.

Goldberg Dp. (1972) The detection of psychiatric Ilness by Questionnaire. London. Oxford University Press. Validation.

Houtman, I.L. y Kompier, M.A. (2001). Trabajo y Salud Mental. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, OIT*. Madrid, España: MTAS. Recuperado de: http://higieneyseguridadlaboralcvs.files.wordpress.com/2012/04/oit-enciclopedia-de-salud-y-seguridad-en-el-trabajo.pdf

Hueso, A. y Cascant, M. (2012) *Metodología y Técnicas Cuantitativas de investigación*. España: Universidad Politécnica de Valencia. Recuperado de: http://riunet.upv.es/bitstream/handle/10251/17004/Metodolog%C3%ADa%20y%20t%C3%A9cnicas%20cuantitativas%20de%20investigaci%C3%B3n_6060.pdf?sequence=3

Llorente, L. G. (2001). *Educación Pública* (2da ed.). Madrid, España: MORATA S.L.

Martínez, D., Collazo, T. y Liss, R. (2008). *Informe Sobre el sistema de Salud Mental en Honduras utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS.* (2008). Honduras. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/honduras_who_aims_spanish.pdf

Martínez, L. (2008). *Transtornos Somatomorfos y Síndrome Somático Funcionales en Atención Primaria.* Madrid, España: Servicio de Psiquiatría. Hospital Puerta de hierro. Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

Martiña, R. (2003). *Escuela y Familia.* Argentina: Troquel S.A.

Meunier, I., Carreño, S. y Sancho, V., (2011). Guía Para Proyectar y Construir Escuelas Infantiles. *Catálogo General de Publicaciones Oficiales*, España: p.28. Recuperado de:

https://www.google.hn/?gws_rd=cr&ei=QB1VU9aEGamvsASgjYCQDg#q=gu%C3%ADa+para+proyectar+y+construir+escuelas+infantiles&tbm=bks

Mil docentes a paro por pago de deudas. (2013, 11 de Noviembre). Tegucigalpa, Honduras: *El Heraldo*. Recuperado de: http://www.elheraldo.hn/Secciones-Principales/Pais/14-mil-docentes-a-paro-por-pago-de-deudas

Miller, B. F. (1996). *Diccionario Enciclopédico de Enfermeria* (5a ed.). Buenos Aires, Argentina: Panamericana.

Molina, L. S. y Arranz, B.(2010). *Comprender la Depresión.* Barcelona: Amat, S.L.

Montiel, L. M. (2010). La Importancia de la Salud Laboral Docente. *Revista: Dialnet ,Vol. 3* (N° 5), p. 16-17. *Recuperado de:* https://www.google.hn/search?q=La+importancia+de+la+salud+laboral+docente+vol+3&oq=La+importancia+de+la+salud+laboral+docente+vol+3&aqs=chrome..69i57j69i64.21842j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8

Morera, G. T. (2010). Síntomas Somáticos. El Síndrome de adaptación al estrés. *Blog: Mensalus.* Recuperado de: http://mensalus.es/psicologos/sintomas-somaticos-el-sindrome-de-adaptacion-al-estres/

Moriana, y Herruzo (2004). Estrés y Burnout en Profesores. *Revista: International Journal of Clinical and Health Psychology , Vol. 4*. Recuperado de: https://www.google.hn/?gws_rd=cr&ei=ZTNVU_DbNqvnsASl6ILwDA#q=36%09Moriana%2C+y+Herruzo.+(2004).+Estr%C3%A9s+y+Burnout+en+Profesores.+Revista%3A+International+Journal+of+Clinical+and+Health+Psychology+%2C+Vol.+4.

Mota, F. (1999). *Salud Mental en Hombres y Mujeres Mexicanas.* México: Secretaría de Salud. Instituto Nacional de la Mujer. *Primera edición.* P. 6.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Documentos Básicos* (45a ed.). Recuperado de: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/basic-documents-47-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud.(2001). Plan Nacional de la Salud. *Informe Sobre la Salud Mental del Mundo*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/es/

Organización Mundial de la Salud OMS.(2004) *Promoción de la salud Mental*. Departamento de la Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra*:* Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Orts, J. V. (2009). *Profesor Emocionalmente Competente: "Un Puente Sobre Aguas Turbulentas"*. Barcelona, España: Grao, DRIFSL.

Panting, C. (2013, 4 de Octubre). Calamidad en el Hospital Psiquiátrico Mario Mendoza. Tegucigalpa Honduras: *La Prensa.* Rcuperado de: . http://www.laprensa.hn/honduras/391435-98/en-calamidad-el-hospital-psiquiatrico-mario-mendoza

Parga, S. O. (2005). *Análisis de Psicología. Síntomas Somáticos: Predicción Diferencial a través de Variables Psicológicas.* Madrid, España.

Peiró, J. (1990). *Nuevas Perspectivas Psicológicas. Barcelona*, España: Promociones y Publicaciones Universitarias S.A.

Perdomo, C. R. (2005). *Pensando la Escuela de Nuestro Tiempo.* Ideas Litográficas.

Resumen del Presupuesto del Sector Púlico, Decreto Nº 223-2012. (2013, 6 de febrero). *La Gaceta,* Diario Oficial de la República de Honduras: Recuperado de: http://www.sefin.gob.hn/wpcontent/uploads/2013/02/presupuesto%20ciudadano%202013.pdf

Rivero, L.F. y Cruz, M. (2010). Transtornos Psíquicos y Psicosomáticos: Problemas Actuales de Salud de los Docentes Mexicanos. *Revista: Psicología y salud, Vol. 20,* (No. 2: 239-249), Recuperado de: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-2/20-2/Luis-Fernando-Rivero-Rodriguez.pdf

Rodríguez, M. (2006). *Salud emocional en profesores de secundaria, desequilibrio de esfuerzo-recompensa, una comparación entre escuelas de administración pública y privada.* Barcelona, España: CLACSO. Recuperado de: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/2005/2005/trabjov/rodriguez.pdf

Sampieri. (1997). *Metodología de la Investigación.* México: Mc Graw Hill.

Sarrate, M.L. y Sanz, M (2009). *Intervención en Pedagógia Social* España: NARCEA,S.A.

Secretaría de Educación. Sistema de Administración de Centros Educativos de Honduras: SACE 2014. Recupeado de http://www.sace.se.gob.hn/

Secretaría de Estado en el Despacho de Salud. *Plan Nacional de Salud 2021*. (2005). Tegucigalpa, Honduras: Recuperado de: http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/PoliticasNacionales/SaludHonduras/PlanNacional/2021.pdf

Shaw, R. y Demaso, D. (2009). *El Niño y el Adolescente con Enfermedad Orgánica.* Buenos Aires, Argentina: Médica Panoamericana, S.A.

Soleno, R. D. (2007). *Estado, Sociedad y Educación.* Tegucigalpa, Honduras: Ideas Litográficas.

SPSS, Inc. (2010). *Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics 20*. Recuperado de: http://eps.udg.edu/si/docs/manuals/aplicacions/spss/Statistics_20_Core_System_Users_Guide.pdf

Taboada, C. M. (2006). *Enfermedades Psicosomáticas, Síntomas*. Instituto Gubel, Buenos Aires, Argentina: Recuperado de: http://www.hipnosisnet.com.ar/?s=s%C3%ADntomas+f%C3%ADsicos

Tensoni, A. (2000). *Cómo vencer el insomnio: claves y consejos para dormir sin problemas.* Buenos Aires, Argentina: GIDESA.

Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la Depresión* (5ta ed.). España: Hispano Europea S.A.

Observatorio de la violencia. UNAH-IUDPAS. (2013). *Boletín Informativo* , Instituto Universitario de Democracia Paz y Seguridad, Tegucigalpa, Honduras: No. 30. P.1. Recuperado de: http://www.iudpas.org/pdf/Boletines/Nacional/NEd30EneJun2013.pdf

Unos 360 centros educativos bajo extorsión. (2013, 30 de Julio). Tegucigalpa Honduras: *El Heraldo*. Recuperado de: http://www.elheraldo.hn/Secciones-Principales/Sucesos/Unos-360-centros-educativos-bajo-extorsion

Zubieta, J. C. y Rada, T. S. (1992). *Las Satísfaccione e Insatísfacciones de los Enseñantes.* Madrid, España : Gráficas JUMA.

ANEXOS

Anexo 1. *Cuestionario de Salud Mental de Goldberg.*

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
"FRANCISCO MORAZÁN"
-MAESTRÍA DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA-

Datos Generales:

Edad: _____

Sexo: Femenino ☐ Masculino ☐

Tipo de institución:

Pública ☐ Privada ☐ Bilingüe ☐ Religiosa ☐

Propósito:

Como estudiante de la maestría de Investigación Educativa, estoy realizando mi TESIS DE MAESTRÍA sobre el **"NIVEL DE SALUD MENTAL DE LAS Y LOS DOCENTES DEL SISTEMA EDUCATIVO FORMAL"**, por lo cual en esta ocasión le solicito, de la manera más respetuosa, su entera colaboración. Su respuesta es estrictamente confidencial y anónima.

Con fines de este proyecto de investigación, es importante saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas **subrayando la respuesta**, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo/a?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

B. 1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha notado constantemente agobiado/a y en tensión?

- ✐ No, en absoluto
- ✐ Bastante más que lo habitual
- ✐ No más que lo habitual
- ✐ Mucho más que lo habitual

4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Se ha notado nervioso/a y "a punto de explotar" constantemente?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado/a y activo/a?

- Más activo que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Menos tiempo que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho más tiempo que lo habitual

3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

4. ¿Se ha sentido satisfecho/a con su manera de hacer las cosas?

- Mas satisfecho que lo habitual
- Menos satisfecho que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

- Más útil que lo habitual
- Menos útil que lo habitual
- Igual de útil que lo habitual
- Mucho menos útil que lo habitual

6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- Claramente, no
- Se me ha cruzado por la mente
- Me parece que no
- Claramente, lo he pensado

5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha notado que desea estar muerto/a y lejos de todo?

- No, en absoluto
- Bastante más que lo habitual
- No más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Se me ha cruzado por la mente
- Me parece que no
- Claramente, lo he pensado

EXCLUSIVO PARA USO DE LA INVESTIGADORA:

PUNTUACIÓN	*GHQ*	*CGHQ*
PUNTUACIÓN TOTAL		
Síntomas somáticos:		
Ansiedad-insomnio:		
Disfunción social:		
Depresión:		