UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA PREDOMINANTE EN DOCENTES DE C.A.B.A Y GRAN BUENOS AIRES

TESIS DE GRADO

TESISTA

PARDINI PRAT, CARLA ALDANA

(aldi.pardini@hotmail.com)

Legajo: 2849

TUTOR

Lic. Preuss, Maximiliano

SEDE – TURNO

Ituzaingó I

FECHA DE ENTREGA

Diciembre, 2023

AGRADECIMIENTOS

Fue un camino muy extenso en el cual no estuve sola, por tal motivo quiero agradecer…

A mi mamá ya que, a su modo, tan particular, me acompañó a lo largo de este proceso.

A Fer que sin su aliento, amor y apoyo no hubiese llegado a la meta final.

A mis amigas que me sostuvieron y siempre creyeron en mí.

A las mejores compañeras y amigas que pude haber encontrado en este camino, Gimena, Agostina y Ayelén. Fueron imprescindibles para llegar hasta acá, no hubiese podido sin ustedes.

A mi amigo Enzo Moreno que, si bien no me acompaña desde este plano, es, fue y seguirá siendo una persona fundamental en mi vida.

A mi tutor Maximiliano Preuss que me brindó tiempo, conocimientos y me animó a seguir cuando pensaba que no podía.

A mi familia en general, entre ellos, papá, hermanas, sobrinos, tíos, que siempre tuvieron palabras de apoyo.

A todos ellos ¡Muchas Gracias!

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo de investigación fue conocer la sintomatología psicopatológica predominante en docentes de C.A.B.A y Gran Buenos Aires. La muestra estuvo conformada por 65 profesionales de la educación de Argentina a los cuales se les administró el inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis junto con un cuestionario sociodemográfico. La selección fue elegida siguiendo un muestreo no probabilístico intencional con un diseño de tipo no experimental, de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y de corte transversal. El rol que desempeñan los docentes es de real importancia, por lo tanto, es fundamental su salud mental, considerada un estado de bienestar general que, en caso de deteriorarse, puede producir el desarrollo de sintomatología psicopatológica. Los resultados obtenidos demostraron que la sintomatología predominante en los docentes encuestados fue Obsesiones y Compulsiones, Depresión, Somatizaciones y Ansiedad. Asimismo, se halló que las mujeres puntúan más alto respecto a los hombres en Ideación Paranoide, Depresión, Sensitividad Interpersonal y Obsesiones y Compulsiones. Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel educativo de desempeño. Finalmente, vale mencionar que quienes realizaban terapia puntuaron significativamente más bajo en Ansiedad Fóbica que quienes no recibían atención terapéutica.

Se concluye que es de suma importancia atender a las demandas de los docentes para perfeccionar el ambiente donde se desempeñan y, así disminuir el malestar que presentan mejorando la calidad de vida.

Palabras Clave: Sintomatología psicopatológica - Docentes – Gran Buenos Aires – C.A.B.A

ABSTRACT

The objective of this research work was to know the predominant psychopathological symptoms in teachers the C.A.B.A and Gran Buenos Aires. The sample was made up of 65 education professionals from Argentina to whom the symptom inventory was administered SCL-90-R the Derogatis with a sociodemographic questionnaire. The selection was chosen following intentional non-probabilistic sampling with a non-experimental design, quantitative approach, descriptive scope and cross-sectional design. The role that teachers play is of real importance, therefore, their mental health is essential, considered a state of general well-being that, if it deteriorates, can produce the development of psychopathological symptoms. The results obtained showed that the predominant symptoms in the teachers surveyed were Obsessions and Compulsions, Depression, Somatizations and Anxiety. Likewise, it was found that women score higher than men in Paranoid Ideation, Depression, Interpersonal Sensitivity and Obsessions and Compulsions. On the other hand, no significant differences were found regarding the educational level of performance. Finally, it is worth mentioning that those who underwent therapy scored significantly lower in Phobic Anxiety than those who did not receive therapeutic care.

It is concluded that it is of utmost importance to meet the demands of teachers to improve the environment where they work and thus reduce the discomfort they present by improving the quality of life.

Keywords: Psychopathological symptoms - Teachers - Gran Buenos Aires - C.A.B.A.

Índice General

AGRADECIMIENTOS ……. 2

RESUMEN……..3

ABSTRACT…… 4

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA …….. 8

1.1 Introducción …… 8

1.2 Antecedentes …… 9

1.2.1 Antecedentes de análisis psicométricos del inventario de Sintomatología psicopatológica SCL-90 R …….. 9

1.2.2 Antecedentes de análisis psicométricos del inventario de Sintomatología psicopatológica SCL-90 R en Argentina …… 11

1.2.3 Antecedentes de Antecedentes de sintomatología psicopatológica en docentes que utilizan la escala SCL-90 R ……. 13

1.2.4 Antecedentes de sintomatología psicopatológica en docentes que emplean otros instrumentos ……. 15

1.3 Preguntas de investigación …… 18

1.4 Relevancia …… 19

1.4.1 Teórica ……... 19

1.4.2 Práctica …….. 19

1.4.3 Social ……. 19

1.5 Objetivos …….. 20

1.5.1 General …….. 20

1.5.2 Específicos …… 20

1.6 Hipótesis ……... 20

2 MARCO TEÓRICO …… 21

2.1 Psicopatología: definición y caracterización ……... 21

2.2 Sintomatología psicopatológica …… 22

2.2.1 Somatizaciones …… 23

2.2.2 Obsesiones y Compulsiones …….. 25

2.2.3 Sensitividad Interpersonal …….. 27

2.2.4 Depresión …….. 29

2.2.5 Ansiedad …… 31

2.2.6 Hostilidad ……... 33

2.2.7 Ansiedad fóbica …… 35

2.2.8 Ideación Paranoide …….. 36

2.2.9 Psicoticismo …….. 38

2.3 Síntomas psicopatológicos en el trabajo y la función docente …… 40

3 METODOLOGÍA …… 56

3.1 Diseño ……... 56

3.2 Participantes …… 56

3.3 Instrumentos …… 56

3.3.1 Cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc …… 56

3.3.2 Inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1999; adaptación argentina: Casullo, 2004) …… 56

3.4 Procedimiento …….. 59

4 RESULTADOS …… 60

4.1 Caracterización de la muestra …….. 60

4.2 Descripción de los niveles predominantes de síntomas psicopatológicos en la muestra …… 61

4.3 Análisis de variables sociodemográficas …….. 62

4.3.1 Análisis de las correlaciones entre variables …….. 62

4.3.2 Análisis de las diferencias entre grupos …….. 63

5 CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN ... …….. 67

6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS …… 74

7 ANEXOS …….. 88

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

El objetivo general de esta investigación consistió en conocer la sintomatología psicopatológica predominante en docentes de C.A.B.A. y Gran Buenos Aires.

A lo largo del tiempo se han llevado a cabo distintos estudios sobre sintomatología psicopatológica en docentes, pero, en su mayoría, han trabajado de manera disgregada, es decir, analizando de manera específica determinadas variables psicopatológicas (ansiedad, obsesiones y compulsiones, depresión, somatizaciones, entre otras). Lo distintivo que aporta la presente investigación es que integra el análisis de dichas variables en un solo constructo, lo cual permite obtener información más acabada y completa del fenómeno en cuestión en docentes de diversos niveles educativos. Esta población está expuesta a conflictos institucionales, sobrecarga de trabajo, críticas permanentes, desacreditación profesional y cambios tecnológicos constantes, entre otros factores que ponen en riesgo su equilibrio psíquico (Alonso Fernández, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) la salud mental es fundamental para el bienestar de los seres humanos y en la actualidad constituye una problemática tanto en el ámbito nacional como internacional, siendo una de las principales causas de morbilidad.

La función que realizan los profesionales de la educación conlleva una vida abnegada, es decir, que muchas veces suelen sacrificar su tiempo destinándolo a otros y, también amenazada gravemente por los riesgos para la

salud mental. Existen varios factores psicosociales perjudiciales que convierten a la docencia en una profesión de riesgo para la salud (Alonso Fernández, 2014).

Es habitual que se presenten diversos síntomas cuando la salud mental se encuentra afectada, entre ellos dolores y trastornos del sueño, considerando a estos como afecciones físicas, también ansiedad, tristeza y distancia afectiva. Además, dificultad para pensar, alteraciones de la memoria, alteraciones perceptivas tanto visuales o auditivas y síntomas del comportamiento como conducta agresiva y abuso de sustancias (OMS, 2022).

Asimismo, tanto el trastorno como la sintomatología y el malestar psicopatológico están señalados por el deterioro del comportamiento y la actividad psíquica de los seres humanos (Galli Cambiaso, 2005).

Por lo expuesto anteriormente, es de real importancia interrogar sobre los síntomas psicopatológicos y su influencia en la población docente.

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes de análisis psicométricos del inventario de Sintomatología psicopatológica SCL-90 R.

En España, más específicamente en Girona, Caparrós et al. (2007) llevaron a cabo una investigación cuyo propósito fue analizar las características psicométricas de una escala para evaluar sintomatología psicopatológica. A tal fin conformaron una muestra de 1277 estudiantes universitarios de ambos sexos de los primeros dos años de estudios de diversas carreras, cuya edad promedio fue 34 años. A todos ellos se les administró el Symptom checklist-90-R [SCL-90-R] ya que es el instrumento más frecuente en la evaluación de sintomatología

psicopatológica, teniendo en cuenta la población clínica y la población en general. A partir de los resultados se encontró que de las nueve dimensiones que se evaluaban, las puntuaciones más altas fueron en: Obsesividad-Compulsividad junto con Depresión y Sensibilidad Interpersonal. Asimismo, a excepción de Ideación Paranoide junto a Psicoticismo, se encontraron diferencias significativas en la variable género de las dimensiones primarias evaluadas, puntuando más alto las mujeres; de hecho, teniendo en cuenta las nueve dimensiones primarias como el resto de los índices globales y escalas adicionales del inventario, las mujeres alcanzaron puntuaciones más altas en casi todas las escalas excluyendo Psicoticismo y haciéndose más notoria su significancia en las variables Depresión, Somatización, Sensitividad Interpersonal, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Hostilidad y Obsesividad-Compulsividad.

En una investigación posterior, Gemp Fuentealba y Avendaño Bravo (2008) sintetizaron el Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado [SCL-90-R] en la adaptación para Chile. La muestra fue compuesta por 718 estudiantes universitarios, tanto hombres como mujeres, de tres regiones diferentes (Antofagasta, Santiago y Temuco). Estos autores exhibieron las propiedades psicométricas y los datos normativos obtenidos, en los cuales se halló una clara tendencia de asimetrías positivas (leve prevalencia de sintomatología) resultando coherente, teniendo en cuenta la población (no clínica). Asimismo, las diferencias encontradas fueron por región y no por género, aunque no resultaron significativas debido a su baja magnitud. Considerando los resultados obtenidos, dichos autores plantearon como no necesaria la construcción de normas diferenciales para las variables género o ciudad, concluyendo que el SCL-90-R

presentaría un trabajo psicométrico aceptable dentro de lo esperado para un instrumento de autoinforme psicopatológico en una población universitaria no clínica.

1.2.2 Antecedentes de análisis psicométricos del inventario de Sintomatología psicopatológica SCL-90 R en Argentina.

En un trabajo realizado por Casullo y Castro Solano (2000) se planteó la necesidad de desarrollar una escala breve para la evaluación del Bienestar Psicológico en adolescentes y la revisión de sus características psicométricas. Además, investigaron si existían diferencias por edad, lugar de residencia y sexo de las personas que conformaban la muestra. La misma estaba compuesta por 1270 adolescentes de tres regiones del país entre 13 y 18 años. A todos ellos se les administró el Listado de Síntomas Psicopatológicos [SCL-90], la Escala de Bienestar [BIEPS-J], y otras escalas que usualmente se utilizan para la evaluación de la satisfacción. En los resultados obtenidos se evidenció que las escalas clásicas, las cuales evalúan satisfacción con la vida, suelen ser indicadores insuficientes para la evaluación del bienestar psicológico autopercibido. Para la evaluación del bienestar psicológico en jóvenes diseñaron un instrumento ad-hoc, el cual estaba compuesto por 20 ítems. Las dimensiones Vínculos Psicosociales, Proyectos y Aceptación de Sí, Autonomía y Control de Situaciones fueron incluidas. Asimismo, para que el contenido manifieste cada una de las dimensiones del Bienestar consideradas se utilizaron cuatro ítems para cada una de las escalas, hallándose discrepancias significativas entre las personas que exhibían psicopatología y las que no presentaban, concluyendo que los jóvenes que alcanzaban un alto índice de presencia de psicopatología

mostraban un menor bienestar psicológico autopercibido, con dificultades en sus vínculos psicosociales, considerándose decepcionados de sí mismos y de sus habilidades personales. No obstante, los autores enfatizaron que la presencia de psicopatología en los jóvenes no obligatoriamente perturbaría la voluntad de conseguir y realizar sus metas y o proyectos personales.

Posteriormente, Casullo (2004) realizó una investigación en la cual se planteó estudiar los síntomas psicopatológicos que exhibían sujetos adultos residentes del conurbano bonaerense. Su investigación siguió un diseño de tipo descriptivo – correlacional y la muestra estuvo conformada por 760 personas, cuyas edades oscilaban entre los 25 y los 60 años. Dentro de las dimensiones Psicoticismo, Ideación Paranoide y Hostilidad no se encontraron discrepancias respecto a la variable sexo. No obstante, el Índice de Malestar Positivo, puntuó más alto en mujeres que en varones, mientras que la dimensión Obsesión y Compulsión resultó más elevada en hombres. Adicionalmente, la investigación tuvo como propósito la construcción de baremos locales en Argentina para futuros estudios epidemiológicos, considerando que los alcanzados en el manual original SCL-90 de Derogatis (1994) no eran coincidentes con este trabajo.

Finalmente, en una investigación de Sánchez y Ledesma (2009) se aplicó la Escala SCL-90 con el propósito de proveer datos normativos para su utilización en Argentina y facilitar evidencia sobre su funcionamiento en población clínica. La muestra estuvo conformada por 570 personas que contestaron el cuestionario de autoinforme en un proceso de admisión a asistencia psicoterapéutica. Para todas las escalas alcanzaron óptimos niveles de consistencia interna (Alfa de Cronbach de 0,72 a 0,86) y para el índice general (0,96). Respecto al género se observaron diferencias significativas en las

escalas de Ansiedad, Somatizaciones, Sensitividad Interpersonal, Depresión y, también, en los Índices Generales. Lo expuesto evidenció el buen funcionamiento del SCL90-R en la población observada.

1.2.3 *Antecedentes de sintomatología psicopatológica en docentes que utilizan la escala SCL-90 R*

Para comenzar, cabe aclarar que es escasa la bibliografía existente que aborde la sintomatología psicopatológica en docentes de manera global, por lo tanto, se exponen diferentes investigaciones las cuales se centran en algunos de los factores del instrumento utilizado en la presente investigación.

En el municipio de Envigado, Varela Arboleda y López Taborda (2018) investigaron los factores predisponentes para la presencia de las somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos en 188 profesionales de la educación de colegios públicos, con el objetivo de proveer elementos investigativos y, así, contribuir a programas de promoción y prevención, logrando que los factores de riesgos de los docentes disminuyan. Se utilizó el Inventario de Síntomas Revisado [SCL-90-R] (Casullo & Pérez, 2008). En los resultados no se observaron niveles altos de síntomas psicopatológicos, pero sí vulnerabilidad a padecer ciertas patologías relacionadas con las dimensiones del instrumento. Se destacó que el sexo masculino y, que aquellos sujetos que perciben un bajo salario, presentaron mayor preponderancia respecto a los niveles altos de sintomatología.

En el mismo año, pero en Ecuador, una investigación llevada a cabo por Verdugo Maldonado y Paucar Ávila (2018), con una muestra de 75 docentes, buscó establecer la relación entre el Síndrome de Burnout y las condiciones

clínicas en dichos profesionales. Para ello se aplicó el Maslach Burnout Inventory [MBI] (Maslach & Jackson, 1986) y el cuestionario Symptom Checklist-90-R [SCL-90-R] (Casullo, 2004). Los resultados obtenidos manifiestan que el 25,3% de las personas estudiadas padecía de Síndrome de Burnout y, respecto al SCL-90, se presentaron con mayor frecuencia ciertas dimensiones, entre ellas, Somatizaciones, Ansiedad Fóbica y Psicoticismo. Dicho estudio expone que los síntomas clínicos estudiados, excluyendo el psicoticismo, poseen una relación estadísticamente significativa con la presencia de síndrome de Burnout.

En el año siguiente en la tesis de Bernal Muñoz y Cañar Romero (2019) se planteó establecer la prevalencia del síndrome de Burnout y síntomas clínicos presentes en 57 profesionales de educación primaria de la ciudad de Cuenca, Ecuador. Los investigadores utilizaron la SCL-90 (Derogatis, 1994) y el Maslach Burnout Inventory [MBI] (Maslach & Jackson, 1981). Los datos obtenidos demostraron que el 40,4% presenta Agotamiento Laboral, y a éste se vincula el síntoma clínico Ansiedad Fóbica con un alto porcentaje (38,6%). En cuanto a las variables sociodemográficas, el síndrome es mayor en adultos entre 41-45 años (60%), en mujeres (44,2%) y docentes que trabajan hace 6/10 años en la institución (55,6%). Asimismo, Obsesiones y Compulsiones es el síntoma clínico que demuestra mayor relación respecto al síndrome de Burnout

Por otro lado, en una tesis realizada por Raymundo Castro (2021) en Huancavelica, Perú, se estudió el Estrés Laboral y la Salud Mental en docentes de educación secundaria en contexto de pandemia por Covid-19. Para tal investigación se aplicó el Cuestionario de Job Stress Survey [JSS] (Spielberger, 1994) y el Inventario de Síntomas [SCL-90-R] (Derogatis et al., 1975/1994) a 50

docentes. Tal estudio demostró que las variables no se relacionaban significativamente.

1.2.4 *Antecedentes de sintomatología psicopatológica en docentes que emplean otros instrumentos*

En la investigación llevada a cabo por Mérida-López et al (2017) se indagó acerca de la variable sexo como moderador en el vínculo entre la Inteligencia Emocional Percibida [IEP] y la Sintomatología Depresiva, Ansiosa y Estrés. Se utilizó la Escala de Inteligencia Emocional (Wong & Law, 2002; adaptación española: Fernández-Berrocal et al., 2004) y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Lovibond & Lovibond, 1995; adaptación española: Bados et al., 2005). La misma fue llevada a cabo en una muestra de 310 docentes de distintos niveles educativos de Málaga, más específicamente, 55,9% mujeres y 44,1% hombres. En consecuencia, se observó que el sexo es moderador entre la IEP y la Sintomatología Depresiva y Ansiosa, enfatizando mayor disposición para el sexo masculino.

Asimismo, Rodríguez-Martínez et al. (2018), investigó si la condición de trabajo emocional y estresores laborales son predictores de Ansiedad y Depresión. Asimismo, indagó si las subescalas de trabajo emocional, sexo y edad influyen a la hora de entender los síntomas. A tal fin, se conformó una muestra de 211 profesores universitarios mexicanos, a quienes se les administró una ficha de identificación en la cual se obtenían datos sociodemográficos, entre ellos sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y datos de identificación laboral como antigüedad, horas trabajadas, cantidad de asignaturas y número de alumnos. También, utilizaron la escala para la evaluación del Trabajo Emocional

de Profesores de Educación Superior [TEES] (Rodríguez, et al., 2017). De la misma manera, para evaluar los estresores laborales emplearon la Escala de Estresores Laborales [EL] (Téllez, 2015), la cual evalúa estresores en el trabajo de profesores universitarios. Por último, emplearon la Escala Kessler 10 [K-10] (Vargas, et al., 2011) para medir Depresión y Ansiedad. En efecto, se evidenció un vínculo estrecho entre Estresores, Ansiedad y Depresión en la profesión, pero no sucedió lo mismo con el trabajo emocional. Se observó que la Ansiedad y la Depresión son explicados por el TE y EL. Asimismo, se encontró que el sexo femenino obtuvo puntuaciones significativamente más altas en Ansiedad que sus pares masculinos.

Continuando con la temática, en un trabajo realizado por Esteras et al. (2019), se aplicó el Maslach Burnout Inventory [MBI] (Maslach & Jackson, 1981), la Escala de Síntomas Somáticos–Revisada [ESS-R] (Sandín & Chorot, 1995; véase Sandín et al., 2008) y el Symptoms Assessment–45 Questionnaire [SA-45] (Maruish, 1999) con el propósito de indagar la relación entre el Burnout y la Sintomatología Somática y Psicopatológica, en una muestra de 171 profesionales de la docencia que trabajaban en centros educativos en los niveles preescolar, primaria y ESO/bachillerato. Como resultado se obtuvo que la dimensión de Agotamiento Emocional del MBI se asoció fuertemente a la Sintomatología Somática y Psicopatológica. Del mismo modo, se corroboró que los docentes con Síndrome de Burnout manifiestan mayor nivel de Sintomatología Somática y Psicopatológica en comparación a los docentes que no tienen el síndrome.

Luego, Alvites-Huamaní (2019) investigó el vínculo entre el estrés y los factores psicosociales en 81 docentes de educación básica y universitaria,

pertenecientes a Latinoamérica, Norteamérica y Europa. Se utilizó la Escala de Estrés Docente [ED-6] (Gutiérrez et al., 2018; adaptación peruana: Parihuaman-Aniceto, 2017) y el Cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo Académico [FPSIS] (Silva Gutiérrez, 2005; adaptación peruana: Graneros, 2018). Se concluyó que existe un vínculo significativo entre el Estrés Docente y los Factores Psicosociales, encontrando asociación positiva entre Estrés, Ansiedad, Depresión y Creencias Desadaptativas, las cuales se asocian con los factores psicosociales.

Más adelante, Mendes Rodrigues et al. (2020) analizaron a 163 docentes de una institución pública de Brasil con el fin de examinar la presencia de Estrés y signos indicativos de Depresión. Con tal propósito se administró un Cuestionario Sociodemográfico, la Escala de Estrés Percibido [PSS-10] (Siqueira Reis et al., 2010) y el Inventario de Depresión de Beck (Beck, s.f.). Se observó que los hombres obtuvieron niveles un poco más altos de estrés que las mujeres y se halló una correlación positiva entre Estrés y Depresión.

Asimismo, durante la pandemia por Covid-19, en Quito, Patiño Navarrete (2021) investigó los niveles de Ansiedad y Depresión en docentes. A tal fin, la muestra estuvo conformada por 88 mujeres y 23 hombres, es decir, 111 profesionales. Para evaluar depresión se utilizó la escala de valoración de Hamilton [HDRS] (Hamilton, 1960/1967). Los resultados obtenidos manifestaron que en general los niveles de sintomatología fueron bajos, pero, cabe destacar que los más jóvenes obtuvieron puntajes más altos.

En la misma línea, Escobedo (2022) trabajó con una muestra de 202 docentes de la Universidad de Huánuco con el fin de investigar el grado de relación existente entre la presión laboral y dimensiones de personalidad. Con

dicho propósito se utilizó el Cuestionario de Personalidad de Eysenck [EPQR] (Eysenck, 1982) y el de Presiones Laborales (Travers & Cooper, 1997). Se concluyó que las variables estudiadas se vinculan significativamente, es decir, las fuentes de presión laboral se asociaron a las dimensiones de personalidad de Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo, hallándose que cuanto mayor presión laboral experimentaba un docente, mayores puntuaciones obtenía en los tres constructos mencionados.

Finalmente, Reyes Carpio y Viteri Merizalde (2023) investigaron la prevalencia del estrés laboral, ansiedad y depresión asociados a otros factores en docentes, diferenciando primaria y secundaria. La muestra se conformó por 95 docentes, 50 pertenecientes al sector primario y 42 al sector secundario, asimismo, 3 avocados a cargos administrativos. Se utilizó la encuesta de condiciones de salud y de trabajo de Latinoamérica segunda versión 2021 y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS 21]. Se obtuvieron altos niveles en los constructos mencionados, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre éstos y el nivel educativo en el cual se desempeñan.

1.3 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los síntomas psicopatológicos más frecuentes en docentes?
- ¿Cómo son los niveles de sintomatología psicopatológica en función de las variables sociodemográficas contempladas?

1.4 Relevancia

1.4.1 Teórica

Existen diferentes investigaciones sobre profesionales de la educación, pero resulta escasa la bibliografía existente sobre sintomatología psicopatológica en dicha muestra, más aún en el contexto analizado en el presente estudio. Este trabajo puede aportar información significativa tanto en el área psicológica como en el contexto educativo.

1.4.2 Práctica

Esta investigación puede ser especialmente útil para profesionales que se desempeñan en ámbito educativo ya que el presente trabajo pretende aportar datos sobre la presencia de sintomatología psicopatológica y sus respectivos niveles de severidad en docentes, lo cual permitiría reflexionar sobre las estrategias de abordaje y así también, sobre las herramientas utilizadas para palear la problemática. A tal fin se podría desarrollar espacios de escucha, recreación y contención para dichos profesionales.

1.4.3 Social

La justificación social de este trabajo estriba en detectar y discriminar los niveles de sintomatología psicopatológica en docentes, concientizando sobre la implicancia de dicha sintomatología en el deterioro de la salud mental del profesional, para lo cual es menester fomentar el desarrollo de estrategias preventivas e intervenciones que mejoren la calidad de vida de los actores involucrados y aborden la problemática a nivel educativo, lo que tributará a mejorar el desempeño docente.

1.5 Objetivos

1.5.1 General

Conocer los síntomas psicopatológicos predominantes en docentes de C.A.B.A y G.B.A

1.5.2 Específicos

1.5.2.1 Comparar los niveles de sintomatología psicopatológica en docentes según sexo.

1.5.2.2 Identificar los niveles de sintomatología psicopatológica en docentes respecto al ámbito educativo en el que se desempeñan

1.5.2.3 Indagar acerca de los niveles de sintomatología psicopatológica en docentes que realizan y no realizan terapia.

1.6 Hipótesis

H1: Los síntomas psicopatológicos predominantes en los docentes son ansiedad y depresión.

H2: Los hombres presentan mayor sintomatología psicopatológica que las mujeres.

H3: No existen diferencias significativas en sintomatología psicopatológica según el nivel educativo en el cual se desempeña el docente.

H4: Los niveles de sintomatología psicopatológica son mayores en los docentes que no realizan terapia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Psicopatología: definición y caracterización

En Psicopatología General, Jaspers (1913) plantea que el devenir psíquico patológico es el objeto de estudio de la psicopatología.

Teniendo en cuenta lo referido por Cortese (2004), se puede comprender a la psicopatología como el conocimiento de la enfermedad o sufrimiento del alma. Este concepto es originario del griego psyché: alma o razón; pathos: enfermedad, sufrimiento y logía o logos, que implica discurso racional, juicio o discernimiento.

Por otro lado, y citando a la OMS (2022), se puede contraponer la definición de salud mental, entendida como un estado de bienestar completo en el cual las personas pueden desplegar diversas cualidades para llevar adelante una vida sana, con el término de psicopatología, tratándose de un trastorno mental y o del comportamiento que puede alterar el intelecto y el estado de ánimo que, generalmente, discrepa con los parámetros establecidos de una sociedad.

Introduciéndose un poco más en el tema, se pueden clasificar distintos tipos de síntomas: cognitivos (creencias atípicas, pensamiento distorsionado, y alteraciones de la memoria), físicos (trastornos del sueño, dolencias), comportamentales (abuso de sustancias, agresividad, actividades de la vida cotidiana alteradas), afectivos (ansiedad, miedo, tristeza) y alteraciones de la percepción (auditiva o visual). Más allá de los síntomas específicos, los cuales pueden oscilar de un trastorno mental a otro, se presenta un sufrimiento considerable en el sujeto o alteración de sus rutinas, siendo esto un factor común en las personas que lo padecen. Aquí es indiferente la edad, el género o la etnia.

Generalmente, hay una unión de distintos factores que dan origen a la enfermedad. Estos elementos biológicos, psicológicos y sociales deben estar acompañados por un hecho y o suceso estresante que lo desencadene. Aun así, es necesario aclarar que la causa de ciertas enfermedades todavía es desconocida. (OMS, 2022)

Baumgart (2008) enfatiza que es necesario comprender los hechos tanto sociales como culturales, desde los cuales se juzgan. Es así que define a la psicopatología como la disciplina que expone los conocimientos relacionados a las anormalidades y, también, los desórdenes que presenta la salud mental, considerando a las variaciones de fenómenos normales como fenómenos patológicos.

Según el DSM 5 (2013), el término psicopatología se puede utilizar para referir conductas o experiencias que indican un trastorno mental o enfermedad, inclusive cuando no conforma un diagnóstico formal (ej.: alucinaciones).

2.2 Sintomatología psicopatológica

Desde la psiquiatría, para determinar una clasificación diagnóstica, es necesario considerar un síntoma o un conjunto de síntomas (Baumgart 2008). De la misma manera, es imprescindible definir síntoma como un signo de una clase diagnóstica específica, siendo fundamental su tipificación y clasificación, de las cuales la más conocida y empleada es el DSM 5.

En lo que a la psicopatología psicopatológica específicamente se refiere, se definen a continuación

2.2.1 Somatizaciones

Ey et al. (1978) se refieren al término somatizaciones como psicosomática y plantean que ésta puede ser aplicada a todo síntoma o síndrome, encontrando una expresión fisiológica y una expresión psicológica, ambas coordinadas entre sí, constituyendo una unidad patológica.

Kellner (1985) alude a la somatización cuando el médico no encuentra ninguna causa orgánica a la cual pueda atribuir los síntomas físicos. También, enfatiza en la presencia de síntomas funcionales siendo una manifestación compleja y determinada multifactorialmente que puede encontrarse en diferentes categorías diagnósticas; por lo tanto, no es posible dar cuenta de un proceso patológico.

En concordancia, la Asociación Psiquiátrica Americana [APA] en el DSMII-R la definen como:

> Uno o más síntomas físicos [...] en los que una exploración apropiada no descubre ningún tipo de patología orgánica o de mecanismo fisiopatológico que explique las molestias [...] o, cuando existe una patología orgánica, los síntomas o el deterioro social o profesional resultante son claramente desproporcionados. (APA, 1988, pp. 319-320)

Santiago y Belloch (2002) plantean que Steckel fue el primero en emplear el término de somatización en 1943, haciendo referencia a que un trastorno psicológico atraviesa un proceso en el cual puede provocar trastornos corporales.

Según el DSM 5 (2013) es necesario que los síntomas físicos no puedan deberse a una enfermedad médica y que estos no sean intencionados o simulados. Para poder diagnosticarse debe presentarse un criterio fundamental que es una serie de síntomas somáticos, periódicos, variados y clínicamente significativos. De la misma manera, es preciso un deterioro de la vida laboral y o social acompañado de dolor que demande tratamiento en cuatro áreas diferentes: abdomen, articulaciones, cabeza, espalda, extremidades, recto, tórax o historia de dolor en distintas funciones (micción, coito, menstruación). También, la presencia de dos síntomas (mínimo) relacionados a lo gastrointestinal y, al menos, un síntoma sexual o reproductivo. Conjuntamente, dolor a través de la menstruación irregular, menorragias o vómitos en el embarazo; del mismo modo, en los hombres se presenta disfunción eréctil o eyaculatoria y, tanto en hombres como mujeres se puede dar falta de deseo sexual.

Por otra parte, es requisito al menos un síntoma diferente al dolor que se refiera a algún trastorno neurológico. Es común que frecuenten distintos médicos de manera simultánea incrementando la posibilidad de exponerse a diversos tratamientos en paralelo. Las personas exponen sus síntomas de manera exagerada y suelen ser inconsistentes. Si bien, los primeros síntomas se presentan en la adolescencia, el rango de edad para diagnosticar es inferior a los 25 años (DSM 5, 2013).

2.2.2 Obsesiones y Compulsiones

Éstas fueron denominadas fenómenos especiales por Jaspers (1913-1980). En dichos fenómenos convergen una impulsión instintiva y al mismo tiempo, una lucha contra ella. Hay una incapacidad de la persona para distanciarse de manera voluntaria su atención de una representación, de una sensación, de una alucinación. Asimismo, la conciencia se encuentra invadida por ideas intrusivas, representaciones, tendencias de pensamientos, problemas y recuerdos. Además, la extrañeza de contenido se presenta como característica fundamental y se divide en afectos obsesivos, obsesión por la validez e impulsos obsesivos. En la primera división el sentir aflora con extrañeza, existe una imposibilidad de protegerse de ellos y no hay motivación. La segunda, es la obsesión de que algo imposible sea verdadero y, por último, vivencias absurdas y contradictorias de los impulsos instintivos. En conclusión, en los pensamientos hay un sistema de significaciones (obsesiones) y en las acciones uno de ritos (compulsiones), es así que las personas que lo padecen son irrumpidas por una angustia desmedida si no obedecen como ciertas las representaciones, aunque éstas sean irracionales y absurdas.

Automatismo, lucha, incoercibilidad y conciencia de enfermedad son las características clásicas que mencionan Ey et al. (1978). En “Tratado de Psiquiatría” plantean que es necesario que la estructura personal del sujeto, el cual se encuentra doblegado ante a las obligaciones que le impiden ser, sea utilizada para definir la neurosis obsesiva.

Respecto a las obsesiones, la aparición de los fenómenos obsesivos en relación a una representación específica, idea o situación de extrema preocupación son características fundamentales. También, los medios de

defensa son obsesivos, estos son utilizados como herramientas que aplican de manera consciente para lidiar contra la obsesión. La abulia, sentimientos de extrañeza y la duda son los trastornos intelectuales y afectivos que más se ven implicados (Ey et al., 1978).

El pensamiento intrusivo es uno de los síntomas más significativos ya que la persona se encuentra irrumpida por ideas intrusivas que van más allá de su voluntad. En cuanto a la actividad compulsiva hay propensión a maniobras impulsivas, actos agresivos, no deseados o temidos, por lo tanto, el sujeto que lo padece se encuentra obligado a llevar a cabo actos repetitivos, siendo ritos del pensamiento mágico, es decir, que este conjunto de síntomas es la obsesión `propiamente dicha (Ey et al., 1978).

Según el DSM 5 (2013) las obsesiones son “ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos”. El sujeto comprende que las obsesiones son efecto de su mente, pero es inevitable que las considere egodistónicamente debido a su inadecuación, es decir, es disímil a las ideas que la persona suele tener. Estas ideas se presentan y el sujeto no logra tener control sobre ellas y pocas veces se vinculan con situaciones reales, pero en un intento de aminorarlas y o eliminarlas se llevan a cabo otras ideas/ actividades, es decir, compulsiones.

Continuando con el DSM 5 (2013) las compulsiones son comportamientos, acciones o actos mentales repetitivos mediante los cuales se intenta evitar o disminuir la ansiedad de las obsesiones, aunque es importante destacar que estos actos no otorgan ni gratificación ni placer. De la misma manera, es necesario especificar que no tiene relación lógica con las obsesiones

y, además, son excesivas. En otras palabras, el sujeto utiliza la compulsión de manera obligada para alivianar el malestar que generan las obsesiones.

2.2.3 Sensitividad Interpersonal

Teniendo en cuenta los criterios y los abordajes de investigación del presente trabajo se considera sensitividad como sinónimo de sensibilidad. A continuación, se definirá el término según Derogatis y Cleary (1977, citados en Gemp Fuentealba y Avendaño Bravo, 2008)

> Sentimientos de inferioridad e inadecuación personal, especialmente en comparación con otras personas, autodepreciación e incomodidad durante las interacciones personales. Las personas con altas puntuaciones en esta dimensión también reportan expectativas negativas sobre las interacciones interpersonales y elevados niveles de autoconciencia pública. (p.4)

Las personas con esta sintomatología se comparan con los demás ya que los sentimientos de inadecuación, inferioridad como así también de minusvalía son frecuentes, incluso experimentan malestar al interactuar con otras personas (Robles et al., 2002).

De la misma manera, se puede explicar como el sentir de insuficiencia personal, inadecuación, malestar en las interacciones sociales, incomodidad y autocensura (Sánchez & Ledesma, 2009).

Dentro del DSM 5 (2013) la sensitividad interpersonal se encuentra en diversos trastornos, uno de ellos es el de personalidad narcisista. Aquí, la sensibilidad del sujeto va de la mano de la poca tolerancia a la frustración y la vulnerabilidad frente a la crítica, generando un sentimiento de vacío y humillación. Es frecuente que para encarar estas situaciones el individuo reaccione de manera desafiante con rabia o enojo. Consecuentemente, puede derivar en retraimiento social o grandiosidad enmascarada bajo una imagen de humildad.

Siguiendo con la misma línea, vale mencionar al trastorno de personalidad por evitación, en donde hay una evaluación negativa desencadenada por la hipersensibilidad; esto se da al comienzo de la edad adulta y, en distintos, contextos. Para su diagnóstico es necesario la evitación de actividades y o trabajo debido a que indefectiblemente se necesita de contacto interpersonal y a los sujetos que lo padecen les aterra la desaprobación, crítica o rechazo. Respecto a lo personal hay un entorpecimiento para hablar de sí mismos y experimentan miedo a ser ridiculizados generando un comportamiento represivo consecuencia de la baja autoestima y la hipersensibilidad, lo que se traslada a lo social y laboral. Tienden a ser personas reservadas, calladas, tímidas, temerosas y su actitud tensa suele intensificar las burlas de los demás confirmando su temor, así evitan todo tipo de exposición o llamado de atención. Sin embargo, poseen deseos de aceptación y afecto e, incluso, fantasías sobre relaciones a las cuales idealizan. Frecuentemente, no suelen tener red de apoyo y estudian las expresiones y el actuar de los demás, siendo considerados por ellos como personas solitarias, tímidas y vergonzosas (DSM 5, 2013).

También, se debe considerar a los melancólicos ya que se puede encontrar a la sensibilidad dentro de los síntomas atípicos. Hay un rasgo característico que se presenta de manera precoz y perdura a lo largo de la vida adulta que es la percepción de rechazo interpersonal. Es indistinto si el individuo está deprimido o no, ya que la sensibilidad al rechazo sucede y cabe destacar que se acentúa en periodos depresivos. El sujeto experimenta la sensibilidad al rechazo en niveles altos desembocando en vínculos conflictivos que imposibilitan una relación a largo plazo. Es frecuente, la utilización de sustancias, respuestas desadaptativas y renuncias laborales frente a las críticas (DSM 5, 2013).

2.2.4 Depresión

Síntoma, síndrome o entidad nosológica, así es como describen al concepto depresión Ey et al. (1978), haciendo especial hincapié en el descenso de humor o timia. Además, se unen el dolor moral y la inhibición conformando el síndrome. En cuanto al dolor se hace referencia a la autopunición, autodepreciación y culpa. Y, respecto a la inhibición hay un enlentecimiento de la ideación, en otras palabras, un frenaje, el cual disminuye la conciencia, afectando los intereses del individuo generando un retrotraimiento de la persona. En consecuencia, el sujeto afectado experimenta enlentecimiento motriz y entorpecimiento para pensar y recordar.

Beck (1978/2003) plantea que hay tres conceptos básicos para comprender el modelo cognitivo. En primer lugar, hace referencia a la “tríada cognitiva” la cual está compuesta por tres elementos fundamentales, a saber: (1) la percepción que la persona tiene sobre sí mismo, teniendo en cuenta que el

sujeto se sentirá más desvalorizado cuanto mayor sea la depresión; (2) el segundo elemento de la triada es su percepción del mundo y (3) la percepción del sujeto sobre su futuro. Ambos se caracterizan porque experimentan su entorno como hostil, acompañado de una visión negativa.

El segundo componente, luego de la triada cognitiva, son los esquemas mentales, es decir, el tipo de creencias de los sujetos y, en tercer lugar, las distorsiones de la percepción preponderantemente sesgadas y negativas, las cuales son los errores cognitivos. Aquí, podemos encontrar: maximización y minimización concerniente al evento; pensamiento absolutista, dicotomía constante, todo o nada; personalización, aquí el sujeto se atribuye hechos externos en los cuales no existe relación; abstracción selectiva, toda la experiencia es conceptualizada respecto a detalles únicos que son sacados de contexto y generalización excesiva que se caracteriza porque a partir de acontecimientos aislados se realiza una conclusión general. Por lo tanto, para poder explicar y comprender dicho trastorno es necesario la triada cognitiva, los esquemas mentales negativos y las distorsiones del pensamiento (Beck, 1978/2003).

En el inventario de Sintomatología Depresiva de Beck [BDI] Beck et al. (2009) exponen el instrumento y aclaran que la sintomatología depresiva debe fundamentarse en los síntomas frecuentes de los sujetos para poder medirse. Asimismo, para poder identificar la sintomatología es necesario que ésta se sustente en descripciones verbales y sean considerados los siguientes conceptos: sensaciones de fracaso, llanto, culpa, estado de ánimo, aislamiento social, pesimismo, insatisfacción, acusaciones a sí mismo, disgusto consigo mismo, indecisión, insomnio, irritabilidad, preocupación somática, cambios de

imagen corporal, ideas suicidas, pérdida de libido, dificultades en el trabajo, pérdida de peso, fatiga y pérdida de apetito.

Según DSM 5 (2013), cuando dichos síntomas alcanzan niveles disfuncionales y entorpecen la vida del sujeto, se produce el trastorno depresivo, el cual se encuentra dentro de los trastornos afectivos y se caracteriza por irritabilidad, desinterés y un estado de ánimo deprimido, siendo sus principales manifestaciones la fatiga, la dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, cambios de la actividad psicomotora, cambios de apetito o peso o, también, en el sueño, además, de sentimientos de infravaloración o culpa y pensamiento rumiante relacionado a la muerte, ideación o intentos de suicidio.

2.2.5 Ansiedad

Las personas ansiosas se caracterizan por solicitar protección permanente y utilizan como sostén a los vínculos más cercanos. Asimismo, su inquietud es intensa debido a que la angustia es la base en la cual la ansiedad conforma una condición sistemática ante la existencia. Los traumatismos son esperados por el sujeto ansioso ya que éstos son la corroboración de su aflicción, argumentando que son una muestra fehaciente (DSM 5, 2013).

Por lo tanto, la persona ansiosa se posiciona en un lugar donde espera el peligro, que consecuentemente deriva en una visión negativa de los hechos y del futuro, predominando el sentimiento de inquietud. Además, es importante resaltar que la inferioridad, el temor, la mala suerte y la debilidad son los temas centrales. Es así que la angustia se manifiesta como ley de su existencia que, inevitablemente, genera un estado de alerta constante (Ey et al. 1978).

En síntesis, en palabras de Clark y Beck (2012), la ansiedad puede ser definida como:

> Un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo. (p.23)

Dichos autores explican que el sujeto reproduce lo que teme considerándolo un rasgo paradójico, generando que aumente la posibilidad de que tal hecho suceda. En los episodios que sufre la persona ansiosa se compromete todo el organismo, experimentando sensación de mareo, el ritmo cardíaco aumenta, hay sudoración y la cognición se encuentra perturbada por el miedo que implica la anticipación.

El proceso cognitivo es el componente sustancial, tal proceso puede ser un pensamiento automático o una imagen inesperada consecuente de un estímulo inicial que es verosímil, seguido de una invasión de ansiedad. Es necesario reconocer y distinguir la pieza perdida, el componente que falta para comprender la eclosión de la ansiedad. Cabe destacar que estas imágenes o pensamientos no siempre se pueden reconocer y, por tal motivo, se deduce que hay un conjunto cognitivo activado que trae un significado de peligrosidad (Clark & Beck, 2012).

Inquietud, nerviosismo, tensión, preocupación excesiva que genera que el sujeto no se concentre, temor a que suceda un hecho considerado terrible o a la pérdida de control, son algunas de las características que plantea el DSM 5 (2013) sobre la ansiedad, la cual se percibe como un malestar repetitivo y excesivo que posibilita la interpretación de hechos (referidos al objeto, situación y o contexto) desproporcionada. Dicha preocupación excesiva y característica se denomina “anticipación aprensiva”.

Los trastornos de ansiedad que se encuentran dentro del DSM 5 (2013) son trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social, el de pánico, fobia específica o situacional, trastorno de ansiedad inducido por sustancias o debido a una afección médica, mutismo selectivo y agorafobia.

2.2.6 Hostilidad

Beck (2003) le da un papel fundamental al significado y a la interpretación que se les otorga a los factores que desatan la hostilidad; estos pueden ser tristeza, ansiedad, ira, entre otros. Dichos desencadenantes producen generalmente una sensación de aislamiento social en la cual el sujeto piensa y experimenta que los demás no lo tienen en cuenta y también se puede producir un mecanismo exagerado de enfoque egocéntrico, en donde el sujeto interpreta a los demás como enemigos.

Beck (2003) enfatiza que los individuos son incapaces de discriminar racionalmente y esto genera que retroceda a mecanismos más primitivos. Es frecuente, que haya un aislamiento por parte del sujeto como consecuencia de una interpretación catastrófica de las actitudes del resto, generalizando sus

defectos y eliminando cualquier tipo de virtud del otro. Este pensamiento sesgado y rígido elimina toda posibilidad de flexibilidad de pensamiento a diversos problemas.

El autor mencionado plantea que el sujeto enfatiza más en la imagen que en la propia realidad, de tal modo se suele divisar y rebelarse frente a la amenaza. Se identifican a las imágenes negativas con peligro y rencor hacia el enemigo, de la misma manera, hay recuerdos selectivos que se caracterizan por sesgos negativos. Para entender los mecanismos de la ira es de gran ayuda comprender a las personas con personalidad antisocial en las cuales se presentan sentimientos de dolor y pensamientos de autodegradación, siendo la reacción hostil el resultado de una interpretación desvalorizada de sí mismos. Estos sujetos valorizan enfáticamente su estatus social, su imagen y es su sistema de creencias el que concluye sus interpretaciones frente a los supuestos enemigos. También, es importante resaltar que dichas conclusiones derivan de pautas que ellos mismos imponen.

Continuando con el mismo autor, se expone que es un legado natural el instinto de supervivencia, es así que ante cualquier hecho que parezca peligroso se activan las defensas para intervenir ante el comportamiento de los demás. Hay una predisposición a otorgar significados propios desfavorables a hechos inofensivos y dramatizar su valor. Generalmente la persona se expone a sentimientos de disgusto con los demás.

Según el DSM 5 (2013), la hostilidad puede ser observada en diferentes patologías, entre ellas el trastorno de personalidad borderline en el cual la irritabilidad es consecuencia de la inestabilidad afectiva del sujeto, acompañado de enojo desproporcionado e intenso y pocas facultades para manejar la ira.

También, dentro del trastorno antisocial la hostilidad se presenta como síntoma frecuente y se acentúa debido a niveles altos, lo cual se ve reflejado mediante la irritabilidad y la agresividad, desencadenando agresiones físicas frecuentes. Por otro lado, el trastorno negativista desafiante presenta enfado/irritabilidad y es frecuente en los sujetos que se enfrentan a la imagen de autoridad.

2.2.7 Ansiedad Fóbica

Un estado de angustia desagradable que atenta frente a circunstancias naturales es como Jaspers describe a las fobias. Las mismas están vinculadas a sentimientos de angustia mortal, palpitaciones, temblor general, debilidad de las extremidades con temor a caer, calores, sentimientos de estar sujeto al piso, transpiración y escalofríos (Jaspers, 1980).

Por otra parte, Ey et al. (1978) consideran que es necesario conocer el miedo que genera en la persona y, por lo tanto, el objeto fóbico para poder definir a las fobias como tal. También, explican que hay conductas de evitación, generando una estrategia para evadir la angustia frente al objeto fobigeno y, consecuentemente, pueden derivar en conductas de fuga, las que variarán teniendo en cuenta la forma e intensidad de la angustia. Asimismo, puede apelar a una persona/personaje para no estar en soledad o, en ocasiones, a un lugar seguro o con un objeto, los cuales generen un sentimiento de protección. La persona fóbica se encuentra en un estado de alerta permanente. Las situaciones son percibidas y definidas de manera errónea y es ahí donde pone de manifiesto el terror ante las mismas, ya que vislumbra un peligro cercano. Es habitual que niegue hasta su mundo imaginario por el terror que le genera el mundo exterior,

y, a menudo, las actitudes de huida se pueden presentar como pasivas (inhibición) o activas (falta de descanso, estar permanentemente ocupado, etc.).

Según Baumgart (2008), las fobias son una especie de repulsión hacia algo o alguien. Es habitual que se considere fobia a las situaciones u objetos que se evaden por la angustia que éstos generan. Se pueden clasificar en fobias comunes (su nombre refiere a que el miedo es cotidiano entre las personas, exceptuando que el temor es exagerado) u ocasionales (en estas la angustia no se justifica, es decir, el temor es absurdo para un sujeto que no padece ninguna fobia).

Según el DSM 5 (2013) se describe como miedo o ansiedad hacia un objeto y o situación determinada, de tal modo que frente al objeto fóbico el sujeto responde de manera inminente y ansiosamente e incluso, a veces, puede concluir en un ataque de pánico. El miedo percibido es desproporcionado en relación al peligro real y/o situación determinada, siempre teniendo en cuenta el contexto sociocultural. Aquí, hay un malestar clínicamente significativo o se presenta un deterioro en distintas áreas.

2.2.8 Ideación Paranoide

> Los síntomas de este delirio (interpretaciones, ilusiones, percepciones delirantes, actividades alucinatorias, fabulaciones, intuiciones) son todos reducibles a una patología de las creencias, ya que las ideas delirantes envuelven en su convicción dogmática todos los fenómenos que forman, a través

> del pensamiento reflexivo del delirante, la edificación de su mundo. (p. 450)

Aquí se habla de psicosis paranoicas o, bien, de delirios sistematizados crónicos, los cuales se determinan considerando la construcción lógica y la relación con la personalidad (Ey et al.,1978).

Por otro lado, se puede comprender el vínculo entre paranoia y personalidad a través de Jaspers (1980) ya que describe a la paranoia como desarrollo de la personalidad. El sistema delirante se forma de manera gradual en concordancia con las particularidades previas de la persona. Se origina una transformación de la personalidad en la cual no se vuelve atrás, es decir, se desarrolla una nueva personalidad. Se puede identificar a procesos orgánicos (demencias) o psíquicos (esquizofrenias endógenas).

Es frecuente que los límites no estén bien definidos, es así que el delirio está sujeto a la comprensibilidad, respecto a la historia particular de la persona y su personalidad. Es decir, no es una vivencia normal, por lo tanto, no es racional. Por consiguiente, el delirio es sistematizado, suele tener cierto grado de probabilidad ocasionando que los demás lo crean (Jaspers, 1980).

La paranoia, como patología, se puede definir como una enfermedad que está sometida a causas internas que cuyo crecimiento puede ser engañoso y su sistema delirante puede ser duradero ya que ingresa a la conciencia y al pensamiento conservando la claridad de las mismas (Baumgart, 2008).

Según dicha autora, los delirios sistematizados son paranoias, estos poseen un núcleo sólido y, por lo general, las personas se caracterizan por

presentar ciertas cualidades, entre ellas, desconfianza, orgullo y susceptibilidad, sin embargo, la claridad del pensamiento y de la conciencia no se ven afectados.

El delirio de una persona que padece de paranoia se produce debido a la manera delirante en la que la realidad es interpretada. De tal modo, la persona modifica el vínculo con el exterior mediante el sistema delirante; esto es producto de la fuerza que ejerce la ideación paranoide sobre el sujeto transformando su personalidad (Baumgart, 2008).

Según el DSM 5 (2013) desconfianza y suspicacia son características fundamentales del trastorno de personalidad paranoide. El sujeto interpreta que los demás poseen malas intenciones. Asimismo, se acompaña de diversos síntomas como inquietud acerca de la confianza sobre otros sin fundamento, sospecha que abusan de él, entre otros. También, suelen entender comentarios y/o hechos como humillantes, denigrantes o desafiantes cuando no lo son. Del mismo modo, se presenta rencor permanente, con tendencia al enojo inmediato.

2.2.9 Psicoticismo

Además de neuroticismo e introversión y extroversión, Eysenck (1991) incorpora al psicoticismo y enfatiza ciertas características que son propias de estos sujetos: agresividad, impulsividad, depresión, esquizoafectividad, criminalidad, esquizofrenia, desórdenes afectivos, hostilidad y psicopatía. Aquí es clave tener en cuenta la teoría del psicoticismo ya que tal síntoma está presente en todas las psicosis y, se podría inferir que se puede encontrar con menos severidad en otras patologías, o en ocasiones, en conductas no patológicas. Según el autor se establece una relación entre psicoticismo y conductas criminales, psicopáticas y antisociales sin fijar una edad de

preferencia. El psicoticismo se puede encontrar en comportamientos no psicóticos (criminales, esquizoides y psicopáticos), por lo que, en conclusión, se puede entender a la psicosis como el finito de una constante.

Dentro de psicoticismo y en el inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis (SCL-90-R, 1999; adaptación argentina: Casullo, 2004) se incluyen síntomas relacionados a estilo de vida esquizoide, estados de soledad, alucinaciones y control del pensamiento.

Alucinaciones, delirios, comportamiento psicomotor anormal, discurso desorganizado, abulia, funcionamiento y comportamiento alterado, y síntomas negativos son las características que se encuentran dentro del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (DSM 5, 2013). Más específicamente, en la esquizofrenia, el ánimo es disfórico, la afectividad es inapropiada y el sueño se encuentra alterado, produciendo en ocasiones despersonalización, inquietud somática y desrealización.

A menudo, en sujetos con psicosis hay inconsciencia de la enfermedad lo que es consecuencia de la falta de introspección sobre su trastorno. Generalmente, se debe a factores genéticos y fisiológicos, pero no se descartan factores temperamentales y ambientales. Se presentan alteraciones emocionales, conductuales y cognitivas que generan malestar clínicamente significativo afectando indefectiblemente al sujeto que lo padece y su entorno en general, deteriorando diversas áreas (DSM 5, 2013).

2.3 Síntomas psicopatológicos en el trabajo y la función docente

Acoso sexual, insatisfacción, incertidumbre en relación al futuro, discrepancia con los jefes y personal en general y varios factores psicosociales estresantes en relación a lo laboral, son contemplados en el DSM 5 (2013) en problemas relacionados con el empleo. De tal modo, dichos inconvenientes profesionales tienen incidencia en el tratamiento y pronóstico de un sujeto, o bien, son motivo de ser considerados clínicamente.

En lo que respecta específicamente al trabajo docente, es pertinente comenzar definiendo el concepto de docente como tal; para ello se utiliza lo expresado por Tedesco (1996), entendiendo que es un actor fundamental en el proceso de evolución educacional. Dicho autor diferencia cuatro tensiones que están presentes en el desarrollo de su labor:

- Responsable de la formación integral de la personalidad del alumno versus el responsable del desarrollo cognitivo.

- Transmisor de información y de conocimientos ya establecidos versus guía considerado experto del proceso de construcción y elaboración del conocimiento en los estudiantes.

- Profesional independiente, creativo y responsable versus un mero ejecutor de tareas diagramadas externamente.

- Una persona liada ética y moralmente con supuestos valores explícitos versus un administrativo que cumple su labor según lo establecido por las reglas.

Es así, que el autor plantea dos maneras diferentes de ver al docente, una de ellas como “víctima” del sistema y, por otro lado, como “culpable” por los resultados negativos.

En palabras de Martínez de la Hidalga y Villardón Gallego (2018), parte de la sociedad aún sostiene que existe una imagen positiva del papel docente. En cuanto a la imagen positiva se piensa que la función que se lleva a cabo es de suma importancia, lo cual posibilita el crecimiento de los alumnos, quienes enfatizan que el rol ocupado por el profesional tiene más relevancia del que verdaderamente se expone. No obstante, los estudiantes también suelen exponer una visión negativa sobre el rol docente y aquí se acentúa lo vinculado al prestigio social que se divide en categorías: (1) social (bajo impacto ya que el papel se interpreta como cuidadores o que solo dan clases y, en ocasiones, transmiten saberes que no son significativos); (2) profesión fácil (los alumnos entienden que la sociedad piensa que es una profesión cómoda, desde la formación hasta el ejercicio) y (3) bajo prestigio social (se hace alusión a la "buena vida" porque es una labor en la cual se trabaja poco debido a las vacaciones otorgadas y el buen salario obtenido, es decir, la sociedad piensa que el profesor cobra demasiado para lo poco que hace y encima las vacaciones son excesivas).

En otras palabras, y continuando con las autoras referidas en el párrafo anterior, los alumnos creen que la falta de prestigio se debe a que durante la formación son mínimas las dificultades académicas, existe cierta simplicidad en las funciones y quehaceres y, además, buenas condiciones laborales. No obstante, dicha visión es dinámica y está sujeta a consideraciones contextuales.

Precisando acerca de la labor docente, en el segundo artículo del Estatuto y Escalafón Docente se expresa:

> Se considera docente a los efectos de la ley a quien imparte,
> dirige, fiscaliza u oriente la educación general y la enseñanza

> sistematizada, así como a quien colabora directamente en esas funciones, con sujeción a normas pedagógicas en los organismos provinciales de docencia. (Decreto 214, 1960)

Durante el siglo XX/XXI las políticas educativas se encontraron interferidas por problemas y modificaciones políticas, económicas y sociales, principalmente por la división y falta de consenso de las políticas educativas. En Argentina, fue muy dificultoso confeccionar políticas docentes nacionales ya que existía un impedimento en la reconstrucción del sistema educativo debido a que las relaciones laborales y los planes pedagógicos estaban en manos de cada una de las 24 jurisdicciones del país. Sin embargo, con la creación del INFod en el 2007 se pudo planificar, darle dirección e incrementar nuevas políticas en lo que respecta a la formación y labor (Tenti Fanfani, 2006).

Asimismo, Tenti Fanfani (2006) plantea que en nuestro país la educación sobrevivió a distintas etapas hasta llegar a la democratización de la enseñanza y el cambio del sistema. Es así que, en el 2005, con la Ley de Financiamiento Educativo, se modificaron las condiciones laborales y la capacitación docente, es decir, se estableció una comisión con el fin de vincularse con los sindicatos nacionales para dialogar sobre la carrera docente. Dicha comisión tomaría medidas para contemplar desempeño, antigüedad y formación permanente. Del mismo modo, se comienza un ciclo en el cual se agrandan los presupuestos en general.

Continuando con el mismo autor, a lo largo del tiempo, las propuestas y políticas estructurales de ajuste propiciaron un decaimiento en lo referido a la inversión educativa, concluyendo que una de las variables más destacadas fue

la deflación del salario, consecuentemente, generó ausentismo, búsqueda de otros trabajos, desmoralización y abandono del ejercicio. Simultáneamente, conllevó a un efecto negativo en lo que respecta a la calidad de la educación brindada a los alumnos.

Antiguamente, se consideraba que la labor docente sólo era una tarea llevada a cabo sólo por mujeres, tomada como un trabajo sin mayores complejidades, es decir, con una formación de corta duración, un salario pertinente y una jornada de medio tiempo (Mendizábal, 1995).

No obstante, y en contraposición con lo anterior, Gaviria Arbeláez (2009) expone que las mujeres asumen diversas responsabilidades y están más expuestas a condiciones desfavorables respecto a los hombres.

En la misma línea, Arenas y Puigcerver (2009) manifiestan que el sexo femenino experimenta más traumas en relación al sexo opuesto, entre ellos, abusos sexuales, físicos o emocionales, teniendo en cuenta factores sociales y culturales.

Continuando con las diferencias, pero a nivel biológico, la autora Brizendine (2010) expone que el género femenino atraviesa por diversos ciclos hormonales lo cual podría generar una variación en las respuestas sobre el mismo estímulo más allá de los contextos socioculturales.

Sin embargo, y sin inferir en el sexo del docente, ya en la década de 1980 la Organización Internacional del Trabajo [OIT], expuso que la docencia era una profesión propensa a padecer un agotamiento tanto físico como mental (Pinto et al., 2005).

La actividad que lleva a cabo el docente es una tarea que está muy expuesta ya que es él el encargado de favorecer y certificar que los alumnos obtengan una educación de calidad y que ésta contribuya en su formación como ciudadanos (Rodriguez et al., 2003).

Continuando con la misma línea, Martiñá (2003) expone que es de dominio público que los pilares fundamentales de la educación son las familias y la escuela, por lo tanto, la misma es un tema muy importante que debería tener mayor visibilidad en la población en general, ya que en ella se afianzan las bases y los principios del desarrollo de un ser humano en todos sus aspectos. El agente educador no solo transmite conocimientos, sino valores que impactan intrínsecamente en la formación de los ciudadanos, pero, en lo que respecta a las delimitaciones de las funciones, se presentan varias dificultades lo cual no permite que el docente desempeñe su labor de manera adecuada, debido a tareas y exigencias que no le competen.

Ser docente simboliza preocuparse y ocuparse del “cómo” y “por qué” ya que son los profesionales que deciden, originan e indagan el material académico (Morgenstern & Finkel, 2005).

La identidad del educador se forja en el inicio de la etapa de formación hasta el ejercicio profesional, es decir, desde el primer contacto (Torecilla Sánchez et. al., 2018).

Como esboza Toro y Ursúa (2005) una vez que un sujeto ingresa al sistema educativo se responsabiliza de todo lo que el trabajo conlleva, desde el quehacer en el aula hasta los modelos idealizados conceptualizados como “el buen profesor”, es decir, una imagen sobresaliente en cuanto a su actuar y

pensar. No obstante, este modelo establecido no determina que “debe hacer”, “debe pensar” y “debe evitar” verdaderamente. Por lo tanto, el profesional comprende lo que debe hacer, pero, efectivamente, no sabe cómo hacerlo. Adentrándose en el tema, tal modelo instaura que el denominado “buen profesor” tiene la obligación de motivar, pero, éste carece de formación en técnicas vinculadas al tema. En consecuencia, el docente se percibe incapaz por no lograrlo y se frustra, lo que da pie a que se pregunte si efectivamente quiere cumplir con este ideal. No obstante, el autor asevera que la identidad docente se halla en que estos formen y logren en sus alumnos un aprendizaje significativo.

Como menciona Zavala (2008) las profesiones en general pueden brindar o no oportunidades de crecimiento, pero, en este caso, se conoce que se tiene consecuencias directas en la salud física y psicológica, por lo tanto, en su vida personal. En lo cotidiano convergen diferentes componentes que, inevitablemente, tienen incidencia en las condiciones de trabajo, entre ellos, las demandas y acontecimientos inesperados los cuales no son aprendidos durante la formación. Tales situaciones pueden experimentarse como acontecimientos laborales perjudiciales para la salud mental.

Asimismo, Flamenco et al. (2009) plantean que el papel desempeñado por los profesionales de la educación fue interferido por cuestiones que excedían el ejercicio de la mera enseñanza ya que se encontraban con una carga psíquica extra a causa de otros factores, a saber, materiales, vinculación con alumnos, autoridades y padres.

La docencia es un trabajo que demanda entrega y servicio para con los otros (Rodríguez et al., 2003).

Es pertinente destacar que el tiempo es un factor que debe ser considerado como estresor debido a que el horario laboral, es decir, la jornada docente, se prolonga por fuera de la institución invadiendo el espacio personal dentro del hogar en pos de ejecutar sus tareas en los plazos convenidos (Marrau, 2004).

En consonancia, y a nivel mundial, Esteve (1994) argumentó que los motivos del malestar se vincularían con los hechos negativos que influyen en la personalidad del trabajador como efecto de circunstancias laborales y sociales. Dicho autor plantea que, en el trabajo docente, se pueden identificar factores de primer orden, asociados a lo material y escenarios laborales y, de segundo orden, asociados al contexto de trabajo y representaciones sociales. Dentro de los factores de primer orden se encuentran el vínculo docente-alumno, la violencia en las instituciones, la sobrecarga de actividades y el trato docente-directivos y padres, mientras que dentro de los factores de segundo orden se hallan el contexto social donde se ejerce la docencia, la carga otorgada por la sociedad y el imaginario social sobre los docentes.

Esteve (1994) explica que los factores mencionados anteriormente operan o no de manera conjunta, con la misma o distinta intensidad, pero siempre dependerá de la estructura de la personalidad y todo el bagaje cultural que esta tenga, por lo tanto, esto será lo que determine su grado de malestar. Destaca que gran parte de las investigaciones sobre la temática exhiben y coinciden en presentar al docente como una persona obligada a efectuar mal sus tareas, fruto de las excesivas actividades atribuidas sin proporcionarle los medios necesarios, que, consecuentemente, genera sensaciones y/o experiencias de desborde en el desempeño de su labor.

Por otra parte, Fierro Bardaji (1991) toma la idea de “ciclo del malestar docente” en el cual inicia un estudio psicopatológico del ejercicio. El autor entiende a la personalidad como un patrón de diferencias individuales, pero, hace una salvedad ya que no solo es un patrón estructural y sincrónico, sino que es necesario considerarlo diacrónico, es decir a lo largo del tiempo, estable en el curso y articulador de conductas. Por lo tanto, esta articulación y sucesión de momentos estaría simbolizada por dos puntos conceptualmente opuestos, es decir, el ciclo de acción y el curso de acción. Estos conceptos se unen con salud (curso de acción) porque se motivan comportamientos abiertos y modificables generando acciones más creativas ante el afrontamiento de situaciones novedosas; y enfermedad (ciclo de acción) debido a que se dan conductas recurrentes o evitativas, estereotipias y adicciones que llevan a un círculo vicioso perpetuando la situación.

Continuando con dicho autor, la personalidad puede desorganizarse dándole lugar a recurrencias cíclicas y con cierta predisposición a la imposibilidad para trascenderlas. Enfatizando en los profesionales de la educación, se vincula a los ciclos de acción ya que el contexto no siempre es tan favorecedor, con circunstancias personales y sociales que no siempre se solucionan, con dificultades laborales que los exceden, desembocando en escenarios circulares y repetitivos.

Según Zavala (2008) es sustancial comprender que no son los estímulos en sí mismos los que causan el estrés y/o malestar, sino la manera en cómo se perciben y la capacidad del sujeto de afrontarlos.

Si el docente considera que estos hechos son habituales, que no puede tener el control de la situación o que tampoco posee los recursos para tolerarlos, empieza a desplegar conductas que las utiliza a modo de protección sobre el acontecimiento estresante, pero, en definitiva, concluye afectándolo (Arón & Milicic, 2000).

Cuando el docente presenta depresión, hipersensibilidad, desmotivación, irritabilidad, desgano, distanciamiento emocional, angustia, entre otros, significa una carga social ya que interfiere en su labor y afecta a los alumnos debido al gran tiempo que comparten y del mismo modo, una carga económica para la sociedad (Zavala, 2008).

El ejercicio profesional supera la formación académica ya que debe afrontar diversas problemáticas, desde motivación de los alumnos hasta vinculación con las familias, generando el desgaste tanto emocional como profesional (Ibarra, 2005).

En Oramas Viera (2013) se exponen otros factores que pueden desencadenar el malestar docente, como, por ejemplo, disciplina dentro del aula, familias disfuncionales, violencia, conflictos escolares y de autoridad, contingencias organizacionales, toma de decisiones y jerarquía laboral, entre otros.

Asimismo, Merazzi (1983) plantea que hay tres hechos que median en el malestar docente. El primero es la evolución y transformación que se da en los tradicionales entes de socialización, es decir, familia y comunidad; ya que se deriva a la institución y, por lo tanto, docentes, acciones que deberían llevarse a cabo en el hogar y esta delegación de obligaciones incrementa la no

comunicación. El segundo, es que las escuelas perdieron la supremacía frente a los medios de comunicación debido a que la transmisión de saberes se ve invadida por estos agentes resultando que a veces la información dada no va en la misma línea y entra en conflicto con los valores inculcados por las instituciones educativas; y, el tercero, se establece dentro de los centros de formación a la hora de la poca delimitación del papel docente, qué valores deben transmitir, cuestionar y/o criticar.

El autor mencionado anteriormente alude que antes existía un consenso en el cual la sociedad y otras instituciones, como los medios, compartían los valores que se debían comunicar generando una atmósfera estable. Es así que los docentes se encuentran en conflicto, ya que no hay un establecimiento claro acerca de que sí y que no se puede transmitir, es decir, este acuerdo se transformó y es fluctuante.

En palabras de Juvonen y Wentzel (2001) dentro de la escuela los docentes, profesores y/o agentes educadores se encargarán de la formación académica del individuo que asiste, pero, también, transmitirán distintos saberes, convicciones, creencias y valores desde el discurso pedagógico. Es necesario destacar que el docente será neutral para que los alumnos tengan libertad de pensamiento y una actitud crítica.

En lo que respecta a la situación específicamente en Argentina, vale mencionar que la escolarización es obligatoria y un derecho al que todo niño/niña debe acceder, la misma se inicia a los 6 años hasta la adolescencia que es lo estimado para terminar el nivel secundario. Por tal motivo, es evidente que el tiempo destinado es extenso y tendrá un fuerte impacto en quienes forman parte

de la escuela. Por ello, es necesario que la comunidad valorice la labor de los docentes ý de las escuelas entendiéndolo como un recurso educativo para el conjunto de la sociedad (Rey, 2011).

A lo largo de los años se llevaron a cabo distintas investigaciones en las cuales se pretendía entender el por qué del desgaste, malestar y patologías frecuentes presentadas por los docentes. La Unión de Docentes Argentinos [UDA] indagó sobre el tema y exhibió que tres de cada cinco profesionales pertenecientes a dicha organización habían solicitado licencia debido a diversos problemas psicológicos, estrés o deterioro físico (Rey, 2011).

En sintonía con lo anterior, Zorrilla Hidalgo (2017) confirma que la exposición a los diferentes, intensos, persistentes y/o fluctuantes estresores pueden ocasionar alteraciones fisiológicas. Esto puede ser muy perjudicial para la salud, es así que las secuelas pueden agruparse en tres grupos: a) Enfermedades cardiovasculares (cardiopatías, hipertensión, cefaleas, alteraciones gastrointestinales); b) Alteraciones psicológicas (depresión, irritabilidad, ansiedad, baja autoestima) y c) Deterioro de la conducta y desempeño en el trabajo (bajo rendimiento, propenso a accidentes, burnout, ausentismo).

El ámbito educativo está inmerso en una complicada estructura de significaciones sociales y culturales. Estas creencias logran afianzarse y consolidarse mediante la transmisión de generaciones, mitos y tradiciones que mantiene la sociedad. En palabras de Castoriadis (1983) es el “imaginario social instituido” sustentado por emblemas y costumbres, que al no ser debatido y/o cuestionado generan y concluyen en síntomas en los sujetos que lo sostienen.

Las investigaciones a lo largo del tiempo son numerosas y complejas, ya que estudian diversos factores que intervienen en el intrincado contexto de la docencia y el desgaste que ésta conlleva. Borg y Riding (1993, citado por Menghi, 2015) estudiaron a directivos y obtuvieron como resultado que el 21% se percibían estresados o excesivamente estresados, luego clasificaron los motivos que eran fuentes de estrés y, entre ellos, se encontraron sobrecarga y condiciones de trabajo inapropiadas, exceso de responsabilidades y falta de apoyo.

Asimismo, Londoño et al. (2010) hace alusión a distintas investigaciones y concluye que la insatisfacción laboral, los problemas entre colegas y/o directivos son estresores psicosociales y ambientales que se asocian a síntomas psicopatológicos vinculados a enfermedades mentales. Los factores mencionados anteriormente pueden provocar que las personas sufran de fobia social, ansiedad y depresión.

Del mismo modo, Aldrerete et al. (2013) evaluaron la salud mental de docentes de Guadalajara y concluyeron que un cuarto de la muestra evidenciaba síntomas psicopatológicos principalmente asociados a trastornos del sueño, enfermedades psicosomáticas, alteraciones de la conducta, vínculos interpersonales, ansiedad y depresión. Además, destacaron que la edad y una gran cantidad de horas también se interpretan como factor desencadenante, es decir, a mayor edad y mayor número de horas trabajadas, mayor riesgo de sufrir enfermedades mentales.

En Alemania, Scheuch et al. (2015) explican que es frecuente hallar en los docentes cierta vulnerabilidad o predisposición a padecer problemas corporales conectados con el sistema respiratorio, cardiovascular y/o

gastrointestinal ya que estos se relacionan con características que son propias de la somatización, entre ellas, fatiga, tensión, agotamiento, desórdenes del sueño y la concentración, y dolores de cabeza.

En otra investigación, Rivero Rodriguez y Cruz Flores (2010) manifiestan que los profesionales de la educación que desempeñan su labor en el ámbito privado padecen mayores daños psicosomáticos ya que tienen más limitaciones por parte de la institución.

En palabras de Alonso Fernández (2014), el salario obtenido, el reconocimiento de la sociedad en general y la satisfacción personal, son factores psicosociales que pueden derivar en enfermedades mentales, siendo nocivos en el trabajo docente, ya que pueden ocasionar patologías como: estrés, ansiedad, depresión, fobia, sintomatología paranoide y trastornos psicosomáticos. Esto se evidencia en un estudio realizado en España donde el 30% de los profesionales encuestados confirmaron sus enfermedades mentales.

Teniendo en cuenta el constructo Psicoticismo no se encontraron gran cantidad de investigaciones sobre la población abordada, pero se puede destacar un estudio llevado a cabo por Pastor Zegarra (2010) en donde indaga los estilos de enseñanza y tipo de personalidad. La autora expone que un porcentaje mínimo daba indicios de psicoticismo, lo cual asociaba a los docentes que presentaban alta rigidez para enseñar, es decir, a mayor experticia mayor nivel del constructo. Sin embargo, dicha cuestión no es la más apropiada ya que el tener inflexibilidad mental impide el cambio del profesor en pos de una enseñanza más adecuada.

Por otro lado, un autor ya mencionado, Alonso Fernández (2014) expresa que gran parte de los docentes que necesitan de un espacio terapéutico cuentan con antecedentes neuróticos depresivos previos al inicio de la profesión.

En el ámbito educativo es factible que se incremente la probabilidad de padecer trastornos psíquicos o psicosomáticos; dicha conclusión se deriva de un estudio realizado en profesores de educación básica. El mismo demostraba que su estado de salud era muy preocupante ya que la mitad de los encuestados indicaron dolencias crónicas vinculadas a síntomas propios de la depresión moderada o síntomas somáticos, entre ellos, sentirse tristes, sin ánimo, cansancio sin motivo, conductas evitativas, dolores de cabeza e insomnio (Sieglin & Ramos, 2007).

Finalmente, según Alonso Fernández (2014) se puede decir que los educadores sufren de una paranoia sensitiva autorreferencial, en tal caso, el sujeto puede interpretar que es objeto de burla y/o difamación de los demás; destacando que el sostenimiento de ésta es causa del poco valor y reconocimiento social, asimismo, del trato humillante e inmerecido.

Por todo lo antes mencionado, resulta interesante indagar acerca del rol de la terapia para mitigar los síntomas propios resultantes del quehacer profesional del docente ya que podría beneficiar y o mejorar la calidad de vida de éstos, como así también, contribuir a sobrellevar de mejor manera las problemáticas planteadas a través de los distintos autores expuestos. En distintos trabajos se encontraron diversas propuestas al respecto; en tal sentido, Mañas Mañas et al. (2011) indagaron la eficiencia del mindfulness mediante un programa de entrenamiento que tenía como fin disminuir los niveles de estrés en la población docente y, además, los días de ausentismo por enfermedad.

En sintonía con lo anterior, otros autores plantean la importancia de la meditación como herramienta terapéutica para reducir el estrés y los síntomas psicopatológicos. Al respecto, vale mencionar los aportes de Justo et al. (2016) quienes examinaron a docentes de educación especial y analizaron la influencia de un programa de meditación sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión de dichos sujetos, concluyendo que la intervención terapéutica sustentada en la meditación fue beneficiosa y eficaz ante el escenario de la labor docente.

En línea con lo anterior, Marente y Antonio (2006) proponen la realización de sesiones destinadas a que los docentes aprendan técnicas de relajación y distintas estrategias para hacerle frente al estrés, así como también entrenamiento en habilidades sociales y la toma de decisiones, lo que generaría mayor conocimiento del tema y un abordaje más efectivo.

Es sabido que la terapia es un proceso en el cual un profesional a cargo desempeña técnicas para ayudar y o asistir a un sujeto a sobrellevar o superar dificultades, con el fin de alcanzar el mayor bienestar psíquico y adaptación al medio. Es habitual que se utilice la terapia cognitivo conductual para el tratamiento de una enfermedad mental y para el alivio sintomático en general, es decir, un enfoque terapéutico centrado en problemas del aquí y ahora con el fin de solucionar y proporcionar un cambio cognitivo, conductual y emocional. Además, se destaca la psicoeducación en la cual se capacita al paciente para que pueda sobreponerse y obtener herramientas para un mejor manejo de la situación obteniendo mayor estabilidad (Londoño Salazar, 2017).

Como menciona Mestre (2007), la docencia es una profesión en la cual los efectos estresores tienen más preponderancia respecto a otros trabajos. Si bien los docentes poseen aptitudes como buen desempeño en la comunicación

y efectividad en cuanto al manejo del tiempo, se necesita de mutua colaboración e interacción entre los colegas para estimular y promover propuestas en pos de prevenir dichos estresores.

Según Moriana y Herruzo (2004) el listado de los factores que amenazan, generan sintomatología y o estresan a los docentes es extenso en virtud de la probabilidad que existe de anularlos o distanciarse de ellos.

Por otro lado, Duran y Castaneda (2012) exponen que la Organización Mundial de la Salud (s.f.) destaca que se puede prevenir tanto el estrés como la sintomatología desde el ámbito escolar, teniendo en cuenta distintos niveles de prevención. En primer lugar, delinear puestos con atención e intervención ergonómica, mejorando gestión y organización. En segundo lugar, unificando lo individual y lo organizacional centrándose en capacitación y formación. Y, en tercer lugar, la promoción de sistemas de gestión más accesibles, sensibles y con mayor tendencia a la respuesta.

Por lo tanto, se considera que la realización de terapia por parte de un docente podría constituir una apropiada intervención para paliar y/o frenar dificultades, problemáticas y tareas diarias que enfrentan los profesionales de la educación.

3. Metodología

3.1 Diseño

El diseño llevado a cabo en esta investigación fue de tipo no experimental, de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo y temporalidad transversal.

3.2 Participantes

En esta investigación se adoptó un muestreo no probabilístico intencional y la muestra estuvo conformada por 65 docentes del Gran Buenos Aires y C.A.B.A, quienes desempeñaban funciones en el ámbito público o privado y en diferentes segmentos educativos. Se excluyeron a todos aquellos sujetos que presentaban alguna patología psiquiátrica diagnosticada por algún profesional habilitado y quienes no brindaron su consentimiento informado.

3.3 Instrumentos

3.3.1 Cuestionario sociodemográfico confeccionado ad hoc

El mismo fue utilizado para recabar datos sociodemográficos tales como género, ámbito de desempeño y realización de terapia psicológica en aquellos docentes encuestados.

3.3.2 Inventario de síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1999; adaptación argentina: Casullo, 2004).

El Inventario de Síntomas de Derogatis Revisado [SCL-90-R] es considerado un cuestionario de autoinforme y está conformado por una serie de 90 ítems que corresponden a síntomas de distintos niveles de severidad, los

cuales evalúan el nivel de malestar psicológico del sujeto en el lapso de la última semana.

El inventario presenta una escala con 5 opciones de respuesta que oscilan desde 0=nada hasta 4=mucho.

Una vez completado el cuestionario, se define la sintomatología psicopatológica en base a 9 dimensiones primarias de síntomas: Somatización, Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Según la autora, las dimensiones primarias de síntomas se definen de la siguiente manera:

1. La dimensión de Somatizaciones: atañe a disfunciones somáticas tales como síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorios.

2. La dimensión de Obsesiones y Compulsiones: evalúa la presencia de pensamientos, acciones e impulsos intrusivos, difíciles de evadir.

3. La dimensión de Sensitividad Interpersonal: evalúa la presencia de sentimientos de inferioridad con respecto a sus semejantes.

4. La dimensión de Depresión: busca detectar la presencia de indicadores tales como estado de ánimo disfórico, falta de motivación, escasa energía vital, sentimientos de desesperanza e ideaciones suicidas.

5. La dimensión de Ansiedad evalúa síntomas como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos, entre otros.

6. La dimensión de Hostilidad hace referencia a manifestaciones negativas ligadas a la rabia y la ira.

7. La dimensión de Ansiedad Fóbica evalúa el miedo irracional y desproporcional ante un estímulo o situación determinada.

8. La dimensión de Ideación Paranoide implica las distorsiones cognitivas asociadas a sentimientos y creencias de persecución, temor a la pérdida de autonomía, delirios, entre otros.

9. La dimensión de Psicoticismo evalúa la tendencia a desarrollar sentimientos de soledad, alucinaciones, frialdad y sensación de que otros sujetos controlan los pensamientos.

Asimismo, cabe aclarar, que este inventario contiene 7 ítems que no se encuentran dentro de las dimensiones previamente aludidas, pero tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o morirse

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano

66: Sueño intranquilo

89: Sentimientos de culpa

Cabe destacar que este test posee propiedades psicométricas estables a través del tiempo, países, grupos de edad y las diferentes poblaciones evaluadas. Las 9 dimensiones expresan índices de fiabilidad de alrededor 0,7 en estudios de test-retest y 0,8 en los estudios de consistencia interna.

3.4 Procedimiento

Los docentes participantes del presente estudio accedieron de manera voluntaria a responder sinceramente a los ítems del inventario. La muestra fue contactada durante los meses de abril-agosto de 2023. Asimismo, se hizo hincapié en el anonimato y preservación de datos, aclarando que solo es con fines académicos, sin establecerse devoluciones personalizadas. Se hizo uso de la plataforma Google Forms para la administración.

Cabe aclarar que la encuesta fue difundida a través de redes sociales tales como Facebook, Instagram y Whatsapp y su completamiento osciló entre los 10 y 15 minutos.

4 Resultados

4.1 Caracterización de la muestra

Tabla I.

Descripción de las variables sociodemográficas de la muestra

Variables sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	36	55,4%
Masculino	29	44,6%
Nivel educativo de desempeño		
Inicial	10	15,4%
Primario	8	12,3%
Secundario	23	35,4%
Terciario	10	15,4%
Universitario	12	18,5%
Posgrado	2	3,1%
Gestión educativa		
Pública	27	41,5%
Privada	15	23,1%
Ambas	23	35,4%
Terapia		
Sí	22	33,8%
No	43	66,2%

Tal como puede observarse en la tabla precedente, la muestra estuvo distribuida de manera similar entre hombres y mujeres.

En lo que respecta al nivel educativo, la mayoría de los participantes se desempeñaban en el ámbito secundario.

A su vez, vale decir que el porcentaje más elevado desarrollaba funciones en la gestión pública.

Asimismo, ha de mencionarse que dos tercios de la muestra no realizaba terapia.

En lo atinente a las otras variables sociodemográficas contempladas en esta investigación, la edad de los participantes estuvo comprendida entre los 23 y los 59 años (M=38,31; DT=8,712), los años de antigüedad en la docencia oscilaron entre 1 y 35 años (M=10,52; DT=8,657) y, finalmente, las horas de trabajo promedio semanales estuvieron comprendidas entre 0 y 48 horas (M=28,06; DT=12,866).

4.2 Descripción de los niveles predominantes de síntomas psicopatológicos en la muestra.

Tabla II.

Niveles promedio de síntomas psicopatológicos en la muestra

Síntomas psicopatológicos	Media	Mediana	Desvío
Ansiedad	1,864	1,600	0,747
Depresión	2,035	1,769	0,905
Somatizaciones	1,882	1,666	0,758
Obsesiones y Compulsiones	2,067	1,900	0,925
Ansiedad Fóbica	1,582	1,285	0,839
Hostilidad	1,764	1,666	0,766
Sensitividad Interpersonal	1,805	1,555	0,907
Ideación Paranoide	1,856	1,666	0,824
Psicoticismo	1,704	1,500	0,692

Los síntomas predominantes en la muestra de docentes encuestada son, en primera medida, Obsesiones y Compulsiones, seguido de Depresión, Somatizaciones y en cuarto lugar Ansiedad.

4.3 Análisis de variables sociodemográficas

4.3.1 Análisis de las correlaciones entre variables

Tabla III.

Relación entre SCL-90-R, horas trabajadas y antigüedad laboral

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**11**
1.So	X	0,825**	0,770**	0,856**	0,858**	0,761**	0,658**	0.796**	0,801**	-0,181	0,097
2.OC	0,825**	X	0,846**	0,893**	0,849**	0,695**	0,599**	0,848**	0,793**	-0,292*	0,041
3.SI	0,770**	0,846**	X	0,873**	0,818**	0,704**	0,591**	0,861**	0,736**	-0,264*	0,035
4.D	0,856**	0,893**	0,873**	X	0,883**	0,750**	0,661**	0,872**	0,808**	-0,215	0,165
5.A	0,858**	0,849**	0,818**	0,883**	X	0,778**	0,699*	0,856**	0,840*	-0,184	0,104
6.H	0,761**	0,695**	0.704**	0,750**	0,778**	X	0,674**	0,786**	0,802**	-0,027	0,089
7.AF	0,658**	0,599**	0,591**	0,661**	0,699**	0,674**	X	0,711**	0,778**	0,40	0,203
8.IP	0,796**	0,848**	0,861**	0,872**	0,856**	0,786**	0,711**	X	0,843**	-0,237	0,154
9.P	0,801**	0,793**	0,736**	0,808**	0,840**	0,802**	0,778**	0,843**	X	0,010	0,162
10.HT	-0,181	-0,292*	-0,264*	-0,215	-0,184	-0,027	0,040	-0,237	0,010	X	0,232
11.AL	0,097	0,041	0,035	0,165	0,104	0,089	0,203	0,154	0,162	0,232	X

Prueba utilizada: Rho de Spearman; 1.So= Somatizaciones, 2.OC= Obsesiones y Compulsiones, 3.SI= Sensitividad Interpersonal, 4.D= Depresión, 5.A= Ansiedad, 6.H= Hostilidad, 7.AF= Ansiedad Fóbica, 8.IP= Ideación Paranoide, 9.P= Psicoticismo, 10.HT= Horas Semanales Trabajadas, 11.AL= Antigüedad Laboral

En lo que respecta a la Antigüedad Laboral del trabajador, la misma no se asoció con ninguno de los síntomas psicopatológicos, mientras que Horas Semanales Trabajadas se vinculó de manera inversa con Obsesiones y Compulsiones y con Sensitividad Interpersonal.

4.3.2 Análisis de las diferencias entre grupos

Tabla IV.

Análisis de las diferencias en sintomatología psicopatológica según sexo

SCL90-R	Sexo	Rango promedio	Significación
Somatizaciones	Femenino	36,01	0,152
	Masculino	29,26	
Obsesiones y Compulsiones	Femenino	38,86	**0,005**
	Masculino	25,72	
Sensitividad Interpersonal	Femenino	39,26	**0,003**
	Masculino	25,22	
Depresión	Femenino	38,14	**0,015**
	Masculino	26,62	
Ansiedad	Femenino	36,65	0,082
	Masculino	28,47	
Hostilidad	Femenino	35,17	0,301
	Masculino	30,31	
Ansiedad Fóbica	Femenino	30,72	0,271
	Masculino	35,83	
Ideación Paranoide	Femenino	37,24	**0,043**
	Masculino	27,74	
Psicoticismo	Femenino	33,40	0,848
	Masculino	32,50	

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Las mujeres poseen puntajes significativamente superiores en Obsesiones y Compulsiones, Sensitividad Interpersonal, Depresión e Ideación

Paranoide con respecto a los hombres, no existiendo variaciones estadísticamente comprobables en los demás síntomas.

Tabla V.

Análisis de las diferencias en sintomatología psicopatológica según nivel educativo de desempeño profesional

SCL90-R	Nivel Educativo	Rango promedio	Significación
Somatizaciones	Inicial	23,55	
	Primario	36,63	
	Secundario	36,96	0,447
	Terciario	27,70	
	Universitario	34,79	
	Posgrado	36	
Obsesiones y Compulsiones	Inicial	23,55	
	Primario	39,44	
	Secundario	36,15	0,504
	Terciario	30,90	
	Universitario	31,71	
	Posgrado	36,50	
Sensitividad Interpersonal	Inicial	22,65	
	Primario	44,56	
	Secundario	37,57	0,101
	Terciario	25,80	
	Universitario	30,38	
	Posgrado	37,75	
Depresión	Inicial	22,05	
	Primario	40,31	
	Secundario	36,24	0,282
	Terciario	28,35	
	Universitario	33,50	
	Posgrado	41,50	
Ansiedad	Inicial	20,30	
	Primario	41,69	
	Secundario	36,20	0,173
	Terciario	28,35	
	Universitario	34,88	
	Posgrado	37	

Hostilidad	Inicial	26,60	
	Primario	43,06	
	Secundario	34,70	0,458
	Terciario	27,05	
	Universitario	32,96	
	Posgrado	35,25	
Ansiedad Fóbica	Inicial	26,50	
	Primario	31,75	
	Secundario	35,80	0,756
	Terciario	29,85	
	Universitario	35,08	
	Posgrado	41,50	
Ideación Paranoide	Inicial	25,45	
	Primario	43,88	
	Secundario	37,50	0,115
	Terciario	23,60	
	Universitario	29,79	
	Posgrado	41,75	
Psicoticismo	Inicial	27,70	
	Primario	40,13	
	Secundario	36,30	0,436
	Terciario	25,20	
	Universitario	31,42	
	Posgrado	41,50	

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis

No existen diferencias significativas en la sintomatología psicopatológica entre los docentes que ejercen labores en los distintos niveles educativos.

Tabla VI.

Análisis de las diferencias en sintomatología psicopatológica según terapia

SCL90-R	Terapia	Rango promedio	Significación
Somatizaciones	Sí	31,41	0,627
	No	33,81	
Obsesiones y Compulsiones	Sí	29,77	0,324
	No	34,65	
Sensitividad Interpersonal	Sí	31,70	0,692
	No	33,66	
Depresión	Sí	28,73	0,192
	No	35,19	
Ansiedad	Sí	30,16	0,385
	No	34,45	
Hostilidad	Sí	29,66	0,306
	No	34,71	
Ansiedad Fóbica	Sí	24,64	**0,009**
	No	37,28	
Ideación Paranoide	Sí	28,45	0,164
	No	35,33	
Psicoticismo	Sí	28,75	0,194
	No	35,17	

Prueba utilizada: U de Mann Whitney

Como puede observarse a partir de la lectura de los resultados de la tabla anterior, las personas que no hacen terapia puntúan significativamente más elevado en Ansiedad Fóbica con respecto a quienes sí hacen, no existiendo variaciones en los demás síntomas psicopatológicos entre un grupo y otro.

5 Conclusiones y discusión

El objetivo de la presente investigación fue analizar la sintomatología psicopatológica en docentes de C.A.B.A y Gran Buenos Aires.

Los resultados obtenidos demostraron que los síntomas predominantes en la población de estudio fueron Obsesiones y Compulsiones, Depresión, Somatizaciones y Ansiedad. Debido a esta evidencia, la hipótesis planteada de que los síntomas psicopatológicos predominantes en los docentes son Ansiedad y Depresión se vio confirmada y ampliada con otros dos síntomas: Obsesiones y Compulsiones y Somatizaciones.

Estos resultados coinciden con la investigación de Caparrós et al. (2007) quien en una muestra de más de 1000 sujetos encontró que de las nueve dimensiones que se evaluaban en el test SCL90-R, las puntuaciones más altas se dieron en Obsesividad-Compulsividad y Depresión.

Asimismo, se relaciona desde lo expuesto en Rodríguez-Martínez et al. (2018), los cuales demostraron mediante su investigación que existe un vínculo significativo entre trabajo emocional y estresores laborales como predictor de Ansiedad y Depresión en la docencia.

En el siguiente año, Alvites-Huamaní (2019) expuso mediante una investigación llevada a cabo en profesores de educación básica de Latinoamérica, Norteamérica y Europa que existe un vínculo significativo entre el Estrés Docente y los Factores Psicosociales, hallando una correlación positiva entre Estrés, Ansiedad, Depresión y Creencias Desadaptativas, las cuales se asocian con los factores psicosociales diversos.

Posteriormente, se puede mencionar a Mendes Rodrigues et al. (2020) que determinaron a partir de los resultados obtenidos en su estudio que los docentes participantes presentaban una correlación positiva entre Estrés y Depresión.

Todos estos resultados son coherentes y esperables si se entiende al docente como un sujeto que debe afrontar cuestiones atinentes a la indisciplina dentro del aula, contacto con familias disfuncionales, contingencias organizacionales, situaciones de violencia, etc (Ibarra, 2005; Oramas Viera, 2013).

A lo anteriormente mencionado deben agregarse cuestiones de índole económica, tales como la deflación del salario, la poca inversión en materia educativa y la incertidumbre laboral, lo cual conlleva a una mayor propensión a desarrollar síntomas psicopatológicos (Tenti Fanfani, 2006).

Por otra parte, en lo que respecta a la segunda hipótesis, ésta señalaba que los hombres presentan mayor sintomatología psicopatológica que las mujeres. Esta hipótesis se sustentaba en la investigación de Varela Arboleda y López Taborda (2018) la cual destacaba que el sexo masculino presentaba mayor preponderancia respecto a los niveles altos de sintomatología. Asimismo, en el trabajo de Mérida-López et al (2017) se observó mayor énfasis en los hombres en cuanto a sintomatología depresiva y ansiosa. En la misma línea, Mendes Rodrigues et al. (2020) con el fin de examinar signos indicativos de Depresión concluyeron que los hombres presentaban niveles más altos que las mujeres en dichas variables.

No obstante, dicha hipótesis se refuta, ya que los resultados obtenidos son contrapuestos a lo planteado. En general, el sexo femenino puntuó más alto que el sexo masculino, destacando los constructos: Depresión, Ideación Paranoide, Sensitividad Interpersonal y Obsesiones y Compulsiones; esto podría alinearse a lo expuesto por Caparros et al. (2007) que mediante su investigación hacen hincapié en la superioridad de puntuación en las mujeres, exceptuando la escala de Psicoticismo.

De la misma manera, y mencionando a autores ya utilizados en párrafos anteriores, Rodríguez-Martínez et al. (2018) plantearon que se observó que el sexo femenino obtenía valores más altos respecto a los hombres en cuestiones vinculadas a trabajo emocional y estresores laborales como predictores de Ansiedad y Depresión.

Lo expuesto anteriormente podría deberse a lo expresado por autores tales como Gaviria Arbeláez (2009) que plantean que los niveles de depresión son más altos en mujeres con respecto a los hombres, y esto podría explicarse debido a factores propios del ciclo vital relacionados a la multiplicidad de funciones y responsabilidades que éstas asumen y a situaciones desfavorables a las que se ven sometidas, tales como violencia sexual, doméstica, condiciones sociales y económicas adversas.

Siguiendo con la misma línea y considerando la definición de Baumgart (2008) en lo que refiere Ideación Paranoide, se podría inferir que las características mencionadas, tales como desconfianza, orgullo y susceptibilidad se ven acentuadas en el género femenino ya que como mencionan Arenas y Puigcerver (2009) es más habitual que las mujeres hayan sufrido un mayor

número de traumas respecto a los hombres, entre ellos, abusos sexuales, físicos o emocionales desembocando en reticencia, temor o precaución al vincularse.

Asimismo, Obsesiones y Compulsiones podría explicarse desde las autoras mencionadas ya que plantean que se observa mayor preponderancia de las mujeres a presentar tales conductas debido a factores como lo son los cambios hormonales: premenstrual, menstrual, embarazo, post parto y menopausia, enfatizando una tendencia a que éstas desarrollen Obsesiones y Compulsiones atinentes a los cuidados, seguridad y bienestar del niño, es decir factores subyacentes al rol social adquirido (Arenas & Puigcerver 2009; Gaviria Arbeláez 2009).

En cuanto a la Sensitividad Interpersonal se puede explicar si tenemos en cuenta la definición que utilizamos en dicha investigación y lo expuesto por la autora Brizendine (2010). La misma explica que, en general, la mujer experimenta estos sentimientos de incomodidad o malestar al interactuar con otros en mayor medida y con más intensidad que los hombres (del mismo modo, destaca que dentro del sexo femenino puede variar de manera significativa, siendo más intenso para algunas que otras mujeres). La autora resalta que se debe a los cambios hormonales constantes que experimenta el sexo femenino, ya que generan fluctuaciones que varían y modifican las conexiones neurológicas, las cuales son responsables de pensamientos, emociones y conductas. Asimismo, la autora expone que los cerebros femeninos y masculinos procesan de diferentes maneras los estímulos, es decir, cumplen los mismos objetivos, pero utilizando circuitos distintos.

Asimismo, en la hipótesis formulada que establece que los parámetros de sintomatología psicopatológica son similares respecto al nivel educativo donde se desempeñan los docentes, se confirma, puesto que no se observaron diferencias significativas entre los distintos grados de educación. Esto podría ser explicado desde los postulados de Reyes Carpio y Viteri Merizalde (2023) los cuales en su investigación afirman que no hay relación entre Ansiedad, Depresión, Estrés y el nivel académico al que destinan su labor los docentes, debiéndose altos puntajes de los constructos mencionados a un origen multifactorial que atraviesa los distintos niveles educativos.

Entre los factores que pueden vincularse a este hecho se puede mencionar a Marrau (2004) que acentúa el tiempo que los docentes destinan a su trabajo por fuera de los plazos establecidos, es decir, la jornada laboral es extendida por fuera del colegio.

Otras cuestiones a considerar son las expuestas por Flamenco et al. (2009) quienes explican que los docentes pueden experimentar una carga psíquica extra debido a actividades y funciones que sobrepasan a lo que atañe la mera enseñanza, entre ellas, la vinculación con alumnos, autoridades y padres. En la misma línea, Zavala (2008) enfatiza componentes tales como condiciones de trabajo, demandas y acontecimientos inesperados que se dan a diario y que influyen en las condiciones laborales. Todos estos componentes, en tanto no son circunstancias aprendidas sobre la formación académica por parte de los docentes, podrían considerarse hechos dañinos para la salud mental del trabajador.

En cuanto a la última hipótesis, la cual plantea que los docentes que no realizan terapia poseen niveles de sintomatología más elevados respecto a los que hacen terapia se confirma sólo parcialmente ya que no se encontraron diferencias significativas entre los grupos a excepción de Ansiedad Fóbica, la cual dio superior en quienes no hacen terapia. Esto coincide con lo expuesto por Londoño Salazar et al. (2010) que plantean que los docentes presentan poca satisfacción ya que se ven atravesados por problemáticas vinculadas a pares y superiores dentro del ámbito profesional, también, se asocian factores psicosociales y ambientales que contribuyen a desarrollar diversos síntomas que podrían generar una tendencia de padecer Ansiedad Fóbica, entre otros síntomas.

Por otro lado, Sieglin y Ramos (2007) expusieron que la salud de los docentes era muy preocupante ya que, mediante su estudio, corroboraron que los profesionales indican malestares y dolencias crónicas, enfatizando sentimientos de desánimo, cansancio, tristeza, dolores de cabeza y conductas evitativas.

Esta última característica podría vincularse a la definición de Ansiedad Fóbica utilizada en la investigación, donde se destacan actitudes de fuga o evitación de determinadas situaciones y objetos por la angustia que generan (Ey et al., 1978; Baumgart 2008).

Tal evento podría ser abordado desde Londoño Salazar (2017) donde destaca que la psicoterapia ayuda a sobrellevar los problemas que se presentan en el aquí y ahora, alcanzando un bienestar a nivel general. El autor destaca la importancia de un abordaje cognitivo conductual para el alivio sintomático, por

tal motivo, dicho abordaje sería de suma importancia en lo que refiere a la disminución de Ansiedad Fóbica ya que le permitiría al sujeto trabajar sobre la situación/objeto temido desde un espacio de contención y de manera gradual mediante diversas técnicas. Del mismo modo, se hace hincapié que contar con psicoeducación sería beneficioso para la toma de decisiones más asertivas.

Se concluye que es de suma importancia atender a las demandas de los docentes para perfeccionar el ambiente donde se desempeñan, del mismo modo, incrementar el apoyo institucional, así como también mayores recursos físicos y económicos posibilitando una consecuente disminución del malestar que presentan y obteniendo una mejor calidad de vida.

Las limitaciones de esta investigación fueron principalmente el tamaño de la muestra, la antigüedad de algunos antecedentes, especialmente los relacionados al instrumento y la heterogeneidad de los grupos que conforman la muestra en algunas variables tales como nivel educativo.

Para futuras investigaciones se recomienda trabajar con muestras más homogéneas, asociar otras variables, replicar este estudio en otros países y disponer de antecedentes más actualizados.

6 Referencias Bibliográficas

Aldrete Rodríguez, M. G., Preciado Serrano, M. D. L., Franco Chávez, S. A., Pérez, J. A., & Aranda Beltrán, C. (2008). Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout, diferencias entre hombres y mujeres docentes de secundaria, zona metropolitana de Guadalajara, México. *Cienc. Trab*, *10*(30), 138-142. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-515309

Arón, A., & Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista latinoamericana de Psicología*, 447-466. https://repositorio.uc.cl/server/api/core/bitstreams/e50b04d9-4698-40a6-8156-acd144e6b4e9/content

Alonso Fernández, F. (2014). Una panorámica de la salud mental de los profesores. *Revista Iberoamericana De Educación*, *66*, 19-30. DOI: https://doi.org/10.35362/rie660375

Alvites-Huamaní, C. G. (2019). Estrés docente y factores psicosociales en docentes de Latinoamérica, Norteamérica y Europa. *Propósitos y representaciones*, *7*(3), 141-159. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2307-79992019000300006&script=sci_arttext#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n3.393

American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM 5*. Arlington: VA.

American Psychiatric Association (APA) (1988), DSM-III-R: *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales.* Barcelona. Masson.

Arenas, M. & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, *3*(1), 20-29. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003

Baumgart, A. (2008). *Lecciones introductorias a la psicopatología.* Buenos Aires: Eudeba.

Beck, A. (2003). *Prisioneros del Odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia.* Barcelona: Paidos.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (2009). *BDI-II Inventario de personalidad de Beck*. Buenos Aires: Paidos.

Bernal Muñoz, M. V., & Cañar Romero, L. E. (2019). *Burnout y síntomas clínicos en los docentes de educación básica de la Escuela Luis Cordero Crespo* [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional UDA https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/9486/1/15122.pdf

Brizendine, L. (2019). *El cerebro femenino.* España: Salamandra.

Caparrós, B., Villar Hoz, E., Ferrer, J. & Viñas Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: Fiabilidad, Datos Normativos y Estructura Factorial en Estudiantes Universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(3), 781-794. https://www.redalyc.org/pdf/337/33770314.pdf

Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad.* Barcelona:Tusquets.

Casullo, M.M. (2004). Síntomas Psicopatológicos en Adultos Urbanos. *Revista Psicología y Ciencia Social, 6*(1), 49-57. https://www.redalyc.org/pdf/314/31406105.pdf

Casullo, M. & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, *18*(1), 35-68. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet EvaluacionDelBienestarPsicologicoEnEstudiantesAdol-4531342.pdf

Clark, D.A. & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y práctica*. España: Desclee de Brouwer.

Cortese, E.N. (2004). *Manual de Psicopatología y Psiquiatría* (2° ed.). Buenos Aires: Nobuko.

Duran Hevia, J., & Castaneda Pezo, P. (2012). *Modelos didácticos de la enseñanza de las ciencias en una escuela municipalizada y una escuela particular pagada. Un estudio de casos desde las teorías didácticas* [Doctoral dissertation, Universidad Academia de Humanismo Cristiano] Repositorio institucional UAHC http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/625

Decreto Ley N° 214-Serie E-1963. Estatuto Y Escalafón De La Docencia Media, Especial Y Superior, Córdoba, Argentina, 18 de marzo de 1960.

https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/decreto_ley-214-123456789-0abc-defg-412-0000ovorpyel

Escobedo, F. (2022). *Fuentes de presión laboral y dimensiones de la personalidad en docentes de una universidad privada* [Universidad de San Martín de Porres]. Repositorio institucional USMP https://hdl.handle.net/20.500.12727/10573

Esteras, J., Chorot, P., & Sandín, B. (2019). Sintomatología física y mental asociada al síndrome de burnout en los profesionales de la enseñanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *24*(1), 29-37. https://pdfs.semanticscholar.org/57dc/8542fe1751781e6ca132dcaf6eed25a42a97.pdf

Esteve, José M. (1994). *El malestar docente*. Barcelona: Paidós-Ibérica.

Ey, H., Bernard, P. & Brisset, Ch. (1978). *Tratado de Psiquiatría*. Paris, Francia: Elsevier Masson.

Eysenck, H.J., (1991). The definition and measurement of psychoticism. *Pergamon Press Ltd, 13*(7), 757-785. https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90050-Y

Fierro Bardaji, A. (1991). El ciclo del malestar docente. *Revista de educación*, *294*, 235-243. http://hdl.handle.net/11162/70285

Flamenco, E., Marucco, M., & Ragazzoli, P. (2009). *Estudio para evaluar el Síndrome de quemarse por el trabajo. La calidad de vida laboral en docentes de educación básica del Programa Integral para la Igualdad Educativa del*

conurbano. Buenos Aires: Superintendencia de riesgos del trabajo. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/burnout_docentes.pdf

Gaviria Arbeláez, SL, (2009). ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres?. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *38*(2), 316-324. https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=80615421008

Galli Cambiaso, A. (2005). Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología*. Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, *1*(6), 55-66. *http://www.hhv.gob.pe/wpcontent/uploads/Revista/2005/I/6 PREVALENCIA_DE_TRASTORNOS_PSICOPATOLOGICOS.pdf*

Gemp Fuentealba, R. & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Revista Terapia Psicológica*, *1*(26), 39-58. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082008000100004&script=sci_arttext#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.4067/S0718%2D48082008000100004

Ibarra, L. (2005). *Psicología y Educación: una relación necesaria*. La Habana: Félix Varela.

Jaspers, K. (1913/1980). *Psicopatología General*. Buenos Aires, Argentina: Beta.

Justo, C., Mañas, I., & Martínez, E. (2016). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Revista de educación inclusiva*, *2*(3), 11-22.

Juvonen, J. & Wentzel, K. R. (2001). *Motivación y adaptación escolar*. México: Oxford.

Kellner, R. (1985). Functional Somatic Symptoms and Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry, 42*(8), 821-833. https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/493637

Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, *1*(33), 139–145. https://doi.org/10.21501/16920945.2504

Londoño, N., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñiz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B., Ochoa, N. , Hurtado, M., Gómez, Y., Uribe, A., Rojas, A., Pinilla, M.,Villaroel, D.,Villegas, M., Arango, A., Restrepo, P., & López, I. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica* , *17*(1), 59-68. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-43812010000100005&script=sci_arttext

Mañas Mañas, I., Franco Justo, C., & Justo Martínez, E. (2011). Reducción de los niveles de estrés docente y los días de baja laboral por enfermedad en profesores de educación secundaria obligatoria a través de un programa de entrenamiento en mindfulness. *Clínica y salud*, *22*(2), 121-137. https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v22n2/v22n2a03.pdf

Marente, A. Y. U. S. O., & Antonio, J. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de estrés laboral y burnout. *Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).*

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/50791641/1341Ayuso-libre.pdf?1481239425=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DProfesion_docente_y_estres_laboral_una_a.pdf&Expires=1700788169&Signature=SnubMd4V5wbO1FfS8LZAGftOdol4KjgTKGZbb0UtpB8T-LFdxB4M6gJXUA1l0Ut090Qjd8TCvuA2c0iFOV4J2Skm5ppK56ThO8FQkyiiAS9GI4hHq5job2PjeCXGOKy2HMOVpVxow5kWFmCEIK00mnjgCBrv7NmCBV-JPQseMuMPR6OPUgSNOPstHBjgDVxfZnxuJi8Vn9-DbiVm6QjiNRwjsL5lr4l0BI1D1RlHMqbwB8sHlNbPIawTtPcWlDgvx4LbxAHSTBwOzFm9iqKPrJwyAp7gtxe1KlLhQV6gsZQe01UGaaf2a3jpL0dtRfWuplHXJUxpfdLCvumqANRPDw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Marrau, M. C. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades*, (10), 53-68. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004369

Martínez de la Hidalga, Z., & Villardón Gallego, L. (2018). El prestigio social de la profesión según los futuros docentes de educación primaria y secundaria. *Profesorado: revista de currículum y formación del profesorado*. http://hdl.handle.net/11162/171669

Martiñá, R. (2003). *Escuela y familia: una alianza necesaria*. México: Editorial Pax.

Mendes Rodrigues, L. T., Campelo Lago, E., Landim Almeida, C. A., Pires Ribeiro, I., & Vasconcelos Mesquita, G. (2020). Estrés y depresión en docentes de una institución pública de enseñanza. *Enfermería Global*, *19*(1), 209-242. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-

61412020000100007&script=sci_arttext#:~:text=https%3A//dx.doi.org/eglobal.19.1.383201

Mendizábal, N. (1995).*Condiciones de trabajo y salud de los docentes primarios de la Provincia de Buenos Aires.* CEIL-PIETTE. Buenos Aires, Argentina. http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2011/04/2mendizabal.pdf

Menghi, M.S., Oros, L. B., & Abreu Marinho, R. (2015). Estudio psicométrico de la Escala de Autoeficacia Docente de Albert Bandura, en una muestra argentina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 61*(1), 22-32. http://hdl.handle.net/11336/14947

Merazzi, C. (1983). Apprendre à vivre les conflits: une tâche de la formation des enseignants. *European Journal of Teacher Educatio*, *6*(2), 101-105. https://doi.org/10.1080/0261976830060202

Mérida-López, S., Extremera, N., & Rey, L. (2017). En busca del ajuste psicológico a través de la inteligencia emocional ¿Es relevante el sexo de los docentes?. *Psicol. Conduct*, *25*(3), 581-597. https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Merida-Lopez/publication/322021468_En_busca_del_ajuste_psicologico_a_traves_de_la_inteligencia_emocional_Es_relevante_el_sexo_de_los_docentes/links/5d63b172458515d610257b04/En-busca-del-ajuste-psicologico-a-traves-de-la-inteligencia-emocional-Es-relevante-el-sexo-de-los-docentes.pdf

Morgenstern, S., & Finkel, L. (2005). La profesión docente y el conocimiento. La contradicción entre las demandas de la sociedad del

conocimiento y la degradación de la profesión. *Revista Argentina en Educación*, *29*, 25-30. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/39809527/Morgenstern_y_Finkel_-_La_profesion_docente_y_el_conocimiento_protegido-libre.pdf?1447024830=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DLa_profesion_docente_y_el_conocimiento_l.pdf&Expires=1696465666&Signature=Z201StIcuWVBooWkK325Jz7LLDxn9RZprGlX4VVOqmgCwkNPLUb2oTWJznxCsTVVTOYeAcBKscGdfHAdQ5LuJLxrJ26fL~2UOEEAaMwjT57DlK~iLYv5DDOocKXT~SB-R55gC37PNFsrIujzyP09cTMuGb8i~OVqV7ZOZ8BBrkzErguIFp7Dvcd9K5tpsz1GVzbiEHwCkpUJhSLGRydvJzdYW~atm~2dPxmGTs4EyQd9CKQJNzbu4jzLT4JS5lY1~2ILYRmOk7nUVOZs8PmUiMXtRVH8hDLHXkCB7BywAiqeDhILAa-drW6OojSkxPCGmnN6dW4nG2MhdghktYKuWQ__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Moriana Elvira, J. A., & Herruzo Cabrera, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(3), 597-621. http://hdl.handle.net/10396/20924

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta.* https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud (2022). *Trastornos mentales.* *https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders*

Pastor Zegarra, D. J. I. (2010). *Correlación entre Estilo de Enseñanza y Personalidad de los Docentes del "Instituto del Sur"* [Tesis de doctorado,

Universidad Católica de Santa María]. Repositorio institucional UCSM. https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7594

Patiño Navarrete, G. J. (2021). *Niveles de ansiedad y depresión en la práctica docente por confinamiento* [Tesis de grado, Universidad Internacional SEK]. Repositorio institucional UISEK. http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/4088

Preuss, M. (2012). *Resiliencia y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios* [Tesis de grado, Universidad Abierta Interamericana]. Repositorio institucional UAI. DOI: 10.13140/RG.2.2.15811.40484

Rey, A. (2011, 15 de septiembre). *La violencia escolar afecta la salud de los docentes.* Diario La Nación, fascículo Cultura, p. 11. https://www.lanacion.com.ar/cultura/la-violencia-escolar-afecta-la-salud-de-los-docentes-nid1406253/´

Reyes Carpio, Á. & Viteri Merizalde, G. (2023). *Prevalencia y factores asociados de estrés laboral, ansiedad y depresión en docentes que imparten clase en primaria vs. secundaria de las unidades educativas Leoncio Cordero de la ciudad de Cuenca y Miguel Leoro Vásquez de Ibarra, en el periodo septiembre 2022 enero 2023* [Master's thesis, Quito: Universidad de las Américas, 2023]. Repositorio institucional UDLA. http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14700

Pinto, A.M, Lima, M.L y Da Silva, A.L. (2005). Fuentes de estrés, burnout y estrategias de afrontamiento en profesores portugueses. *Revista de*

Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, *21*(1-2), 125-143. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317039008

Robles Sanchez, J.I., Andreu Rodriguez, J.A. & Peña Fernandez, M.A. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicología clínica, legal y forense, 2*(1), 5-19. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518060

Rodríguez, M. G. A., Moreno, M. P., Beltran, C. A., & Partida, N. B. (2003). Síndrome de Burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Guadalajara. *Investigación en salud*, (1) 0. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14200103

Rodríguez, L. F. R., & Flores, M. A. C. C. (2010). Trastornos psíquicos y psicosomáticos: problemas actuales de salud de los docentes mexicanos. *Psicología y Salud*, *20*(2), 239-249. https://doi.org/10.25009/pys.v20i2.607

Rodríguez-Martínez, M., Tovalin-Ahumada, J. H., Gil-Monte, P. R., Salvador-Cruz, J., & Acle-Tomasini, G. (2018). Trabajo emocional y estresores laborales como predictores de ansiedad y depresión en profesores universitarios mexicanos. *Información psicológica*, (115), 93-106. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/alicia,+REV+115-852.pdf

Sanchez, O. & Ledesma, R. (2009). Análisis Psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en Población Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 18*(3), 265-274. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921775007

Santiago, J. & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7*(2), 73-93. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923

Scheuch, K., Haufe, E. y Seibt, R. (2015). Salud de los docentes. *Deutsches Ärzteblatt Internacional* , *112*(20), 347- 356. https://doi.org/10.3238%2Farztebl.2015.0347

Sieglin, V., & Ramos Tovar, M. E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista mexicana de sociología*, *69*(3), 517-551. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032007000300005&script=sci_abstract&tlng=pt

Tedesco, J. (1996). *Conferencia internacional de educación. En UNESCO, Fortalecimiento del rol de los docentes: balance de las discusiones.* Conferencia llevada a cabo en la 45a de la Sesión de la Conferencia Internacional de Educación, de la UNESCO, Ginebra, Suiza. https://www.ibe.unesco.org/es/conferencia-internacional-de-educaci%C3%B3n/45a-reuni%C3%B3n-1996

Tedesco, J. C. (1996). *La educación y los nuevos desafíos de la formación del ciudadano.* http://www.nuso.org/revista.php?n=146

Tenti Fanfani, Emilio (Comp.) (2006): *El oficio de docente. Vocación, trabajo y profesión en el siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI.

Toro, L. B., & Ursúa, M. P. (2005). Malestar docente y creencias de autoeficacia del profesor. *Revista Española de Pedagogía*, *63*(232), 493–510.

https://www.jstor.org/page-scan-delivery/get-page-scan/23766331/0

Torrecilla Sánchez, E. M., Olmos Migueláñez, S., & Rodríguez Conde, M. J. (2018). Desarrollo profesional de los docentes de educación secundaria: estudio sobre el nivel de mejora de las habilidades sociales. *Revista Educación Lusófona,* (38).

https://recil.ensinolusofona.pt/handle/10437/8606#:~:text=a%20este%20registro%3A-,http%3A//hdl.handle.net/10437/8606,-T%C3%ADtulo%3A%C2%A0

Varela Arboleda, E., & López Taborda, Y. (2018). *Somatizaciones y otros síntomas psicopatológicos en docentes de colegios públicos del municipio de Envigado* [Tesis de grado, Institución Universitaria de Envigado]. Repositorio institucional IUE. http://bibliotecadigital.iue.edu.co/bitstream/20.500.12717/362/1/iue_rep_pre_psi_varela_2018_somatizaci%C3%B3n.pdf

Verdugo Maldonado, E. A., & Paucar Avila, K. E. (2018). *Síndrome de Burnout y la relación con condiciones clínicas en el personal docente de las instituciones educativas del circuito 17 de las parroquias rurales de santa ana y baños del distrito educativo 01d02 de la zona 6* [Tesis de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional UDA. https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8491/1/14209.pdf

Oramas Viera, A. (2013). Estrés laboral y síndrome de burnout en docentes cubanos de enseñanza primaria. *Biblioteca virtual en Salud: Repositorio de tesis en ciencias biomédicas y de salud*, 1-190. https://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=FullRecord&ID=269

Zavala, J. Z. (2008). Estrés y burnout docente: conceptos, causas y efectos. *Educación*, *17*(32), 67-86.

https://doi.org/10.18800/educacion.200801.004

Zorrilla Hidalgo, A.M. (2017). *Estrés en la profesión docente: estudio de su relación con variables laborales y de contexto* [Tesis Doctoral Inédita, Universidad de Sevilla]. Repositorio institucional US.

http://hdl.handle.net/11441/65269

7 Anexo

Mi nombre es Pardini Prat, Carla Aldana y estoy realizando el trabajo final para obtener el título de Lic. En Psicología en la Universidad Abierta Interamericana. Para ello necesito de su colaboración respondiendo los siguientes ítems. Es importante destacar que la información proporcionada sólo será utilizada con fines educativos, además, que no existen respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su cooperación.

Datos Sociodemográficos:

Lugar de residencia:

☐ 1-C.A.B.A ☐ 2-Gran Buenos Aires ☐ 3- Otros

Sexo:

☐ 1-Femenino ☐ 2-Masculino

Edad: _____ años

Nivel educativo en el cual desempeña su labor:

☐ 1-Inicial ☐ 4-Terciario

☐ 2-Primario ☐ 5- Universitario

☐ 3-Secundario ☐ 6- Posgrado

Gestión educativa del establecimiento/s donde trabaja:

☐ 1-Pública ☐ 2-Privada ☐ 3- Ambas

Antigüedad en la docencia: _____ años

Horas promedio de trabajo semanales: _____horas

¿Realiza terapia?

☐ 1-Sí ☐ 2-No

¿Tiene algún diagnóstico psiquiátrico?

☐ 1-Sí ☐ 2-No

En caso de responder afirmativamente la pregunta anterior, indique cuál:

_____

A continuación, se detalla una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana. Por favor sea lo más sincero/a al responder.

1. NADA – 2. MUY POCO – 3. POCO – 4. BASTANTE – 5. MUCHO.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					

8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27.Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					

37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50 Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					

64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

SCL-90-R.

Adaptación UBA. CONICET. 1999/2008.

Prof. M.M. Casullo.

Normas Adultos

Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense.

FEMENINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	9,00	1,12	30
35	0,17	0,20	0,11	0,23	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	15,00	1,25	35
40	0,25	0,40	0,22	0,38	0,30	0,17	0,00	0,17	0,10	0,37	21,12	1,43	40
45	0,42	0,70	0,44	0,62	0,60	0,33	0,00	0,33	0,20	0,52	29,00	1,59	45
50	0,75	1,00	0,67	0,85	0,80	0,67	0,29	0,67	0,40	0,73	37,00	1,85	50
55	1,00	1,40	1,11	1,23	1,20	1,00	0,57	1,17	0,70	1,04	47,00	2,12	55
60	1,49	1,80	1,44	1,77	1,60	1,50	0,86	1,67	1,00	1,36	57,00	2,41	60
63	**1,83**	**2,10**	**1,67**	**2,00**	**1,80**	**1,67**	**1,14**	**2,00**	**1,10**	**1,62**	**62,00**	**2,53**	**63**
65	2,00	2,20	1,89	2,23	2,13	1,83	1,29	2,17	1,30	1,74	66,00	2,67	65
70	2,36	2,90	2,60	2,80	2,50	2,56	2,00	3,00	1,97	2,18	74,00	2,99	70
75	2,87	3,41	3,00	3,31	3,04	3,17	2,63	3,78	2,57	2,46	77,71	3,15	75
80	3,00	3,50	3,00	3,69	3,10	3,33	3,14	4,00	2,70	2,54	82,00	3,27	80
Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 381 25 a 60 años . Casullo – Pérez (2008)													

MASCULINO adultos													
T	SOM	OBS	SI	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	TSP	IMSP	T
30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	5,60	1,05	30
35	0,00	0,20	0,00	0,08	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	10,00	1,22	35
40	0,08	0,30	0,11	0,23	0,20	0,17	0,00	0,17	0,00	0,29	16,00	1,36	40
45	0,25	0,50	0,33	0,38	0,40	0,33	0,00	0,33	0,20	0,41	23,80	1,56	45
50	0,42	0,80	0,56	0,69	0,60	0,67	0,14	0,67	0,30	0,61	32,00	1,75	50
55	0,75	1,30	0,89	1,02	0,90	1,00	0,29	1,17	0,50	0,88	41,20	2,00	55
60	1,08	1,70	1,33	1,38	1,30	1,33	0,57	1,50	0,90	1,10	52,00	2,25	60
63	**1,25**	**1,90**	**1,56**	**1,62**	**1,60**	**1,67**	**0,86**	**1,83**	**1,20**	**1,32**	**57,00**	**2,40**	**63**
65	1,42	2,20	1,67	1,77	1,70	1,83	1,00	2,07	1,40	1,49	61,00	2,53	65
70	1,75	2,60	2,38	2,42	2,28	2,57	1,43	2,67	1,74	1,84	75,00	2,91	70
75	2,31	3,40	3,00	2,88	2,67	3,17	1,88	2,95	2,17	2,17	79,72	3,30	75
80	2,50	3,60	3,22	3,15	2,70	3,83	2,71	3,17	2,30	2,22	85,00	3,65	80
Puntajes T normalizados. Población general Buenos Aires. N: 379 25-60 años. Casullo – Pérez (2008)													