



UNIVERSIDAD DE GRANADA

**Departamento de Medicina Preventiva
y Salud Pública**

**PREVLENCIA Y FACTORES
ASOCIADOS A LA MORBILIDAD
PSÍQUICA EN PROFESORES DE
ENSEÑANZA PRIMARIA Y
SECUNDARIA EN GRANADA**

Tesis Doctoral

María del Carmen Fernández Molina

Granada, 2006

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA MORBILIDAD
PSÍQUICA EN PROFESORES DE ENSEÑANZA PRIMARIA Y
SECUNDARIA EN GRANADA**

Tesis Doctoral que presenta M^a DEL CARMEN FERNÁNDEZ
MOLINA para aspirar al Título de Doctor.

Granada, 27 de julio de 2006.

Directores de la Tesis Doctoral

Dra. D^a. Obdulia Moreno Abril
Profesora Titular del Departamento de Medicina Preventiva y
Salud Pública de la Universidad de Granada.

Dr. D. Juan de Dios Luna del Castillo
Profesor Titular del Departamento de Estadística e
Investigación Operativa de la Universidad de Granada.

Dr. D. Manuel Gurpegui Fernández de Legaria
Profesor Titular del Departamento de Medicina Legal y
Psiquiatría de la Universidad de Granada.



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**
Universidad de Granada

OBDULIA MORENO ABRIL, PROFESORA TITULAR DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DE LA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta D^a. MARÍA DEL
CARMEN FERNÁNDEZ MOLINA al superior juicio del Tribunal
que designe la Universidad de Granada, sobre el tema *Prevalencia y
Factores asociados a la Morbilidad Psíquica en profesores de
Enseñanza Primaria y Secundaria en Granada*, ha sido realizada bajo
mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa
de su autora, en condiciones que la hacen acreedora al Título de
Doctor, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

En Granada, a 26 de julio de 2006.

Fdo. Obdulia Moreno Abril



DEPARTAMENTO DE MEDICINA
Universidad de Granada

JUAN DE DIOS LUNA DEL CASTILLO, PROFESOR TITULAR
DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E INVESTIGACIÓN
OPERATIVA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta D^a. MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MOLINA al superior juicio del Tribunal que designe la Universidad de Granada, sobre el tema *Prevalencia y Factores asociados a la Morbilidad Psíquica en profesores de Enseñanza Primaria y Secundaria en Granada*, ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autora, en condiciones que la hacen acreedora al Título de Doctor, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

En Granada, a 26 de julio de 2006.

Fdo. Juan de Dios Luna del Castillo



**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**
Universidad de Granada

MANUEL GURPEGUI FERNÁNDEZ DE LEGARIA, PROFESOR
TITULAR DE MEDICINA LEGAL Y PSIQUIATRÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral que presenta D^a. MARÍA DEL CARMEN FERNÁNDEZ MOLINA al superior juicio del Tribunal que designe la Universidad de Granada, sobre el tema *Prevalencia y Factores asociados a la Morbilidad Psíquica en profesores de Enseñanza Primaria y Secundaria en Granada*, ha sido realizada bajo mi dirección, siendo expresión de la capacidad técnica e interpretativa de su autora, en condiciones que la hacen acreedora al Título de Doctor, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

En Granada, a 26 de julio de 2006.

Fdo. Manuel Gurpegui Fernández de Legaria

AGRADECIMIENTOS

Con la gran alegría de llegar a este momento, deseo dejar mi agradecimiento a todas y cada una de las personas que han hecho posible de esto una realidad:

A mis directores, D^a. Obdulia Moreo Abril, D. Juan de Dios Luna del Castillo y D. Manuel Gurpegui Fernández de Legaria por el interés y confianza que han demostrado siempre en mi, por sus ideas y asesoramiento durante el desarrollo de la tesis. A los tres agradecer la oportunidad que me han brindado por participar en este proyecto y poder así alcanzar uno de mis sueños.

A D^a. Dolores Jurado, por su valiosa ayuda en la realización del trabajo de campo de esta tesis. Compañera de viaje a todos los Centros objeto de estudio de este trabajo, cuya fuerza de voluntad, ánimo y optimismo nunca la abandonaron. Gracias por compartir conmigo tus conocimientos y experiencias. Y sobre todo por el ánimo y apoyo que siempre me ha brindado.

A D. Pablo Lardelli, por su gran amistad y apoyo en todo momento, así como por su ayuda desinteresada en el desarrollo de esta tesis. Por sus innumerables, consejos y palabras de ánimo que han hecho que no desistiese de mis proyectos. Gracias.

A D. Juan de Dios Luna que desde el principio mostró una fe incondicional hacia mi persona, brindándome su ayuda y conocimientos de forma desinteresada. A este proyecto le debo haberle conocido, una de las mejores cosas que me ha pasado en estos últimos años. Gracias por tu amistad.

A D^a. Obdulia Moreno Abril, parte imprescindible de esta tesis, por todo lo que ha hecho por este trabajo desde el comienzo, y de mi vida. Por su ánimo cuando las cosas se ponían difíciles, por su apoyo y ayuda, que han sido muy importantes para que esto fuera posible. Por no dejar que abandone y depositar toda su confianza en mí. Eres una gran mujer y una gran profesional. Gracias por todos estos años de amistad.

A D. Miguel Espigares, por iniciarme en el campo de la investigación. Por acogerme en el departamento y permitir que desarrollase mi labor de investigación, ofreciéndome su apoyo, ayuda y amistad.

A César Criado, por su amistad de tantos años, su apoyo y ánimos en los momentos flacos y por.

A Paco, por caminar junto a mí tanto en los buenos como en los malos momentos, y con el que voy a compartir el resto de mi vida.

Pero todo este esfuerzo se lo quiero dedicar a mis padres, Antonio y Bárbara, porque sin vosotros no hubiese llegado a donde estoy. Habeis sido un ejemplo de vida y modelo a seguir. Y sobre todo a mi madre, porque sin ti, sin tu ayuda, animo, paciencia y cariño yo no hubiese llegado al final. Gracias por no dejar que abandonase. Tú has sido la mano que siempre me ha ayudado a levantarme, tu fuerza y lucha constante son lo que hace que aún te quiera más. Gracias por permitirme hacer todo lo que me he propuesto.

A mi madre

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	13
1. Estudio general de la salud mental	14
1.1. Evolución del concepto de salud mental	14
1.2. Definición del concepto trastorno mental	26
1.3. Clasificación de los trastornos mentales	29
1.4 La depresión como trastorno de la salud mental	34
1.4.1. Clasificación de la depresión	36
1.4.2. Etiología de la depresión	37
1.4.3. Diagnóstico de la depresión	38
1.5. Revisión introductorio de los instrumentos de medida de la salud mental	39
1.5.1. Medición de la depresión	42
2. El GHQ-28 como instrumento de medida de la salud mental	49
2.1. Prevalencia de los trastornos de la salud mental	52
2.2. Factores asociados a los trastornos de la salud mental	54
3. El CES-D como instrumento de medida de trastornos depresivos	58
3.1. Prevalencia de los trastornos depresivos	61
3.2. Factores asociados al trastorno depresivo	63
4. Personalidad y salud mental	64
5. Trabajo y salud mental	73
6. Ansiedad relacionada con el trabajo	78
7. Estrés en el medio ambiente del trabajo	81
OBJETIVOS	85

JUSTIFICACIÓN	87
MATERIAL Y MÉTODOS	90
1. Diseño y Asentamiento del estudio	91
2. Población	91
2.1. Población Diana	91
2.2. Población Potencialmente Accesible	91
2.3. Muestra	92
2.3.1. Técnica de Muestreo	92
2.3.2. Tamaño de Muestra	95
3. Fuentes de Información y Variables del Estudio	98
3.1. Protocolo de envío y recogida de los cuestionarios	98
3.2. Incidencias ocurridas durante el proceso de envío y recepción de los cuestionarios	100
3.3. Descripción de los cuestionarios	105
3.4. Variables del estudio	113
3.4.1. Hábitos y estilos de vida	113
3.4.2. Características sociodemográficas	114
3.4.3. Datos profesionales	116
3.4.4. Variables ocupacionales	117
3.4.5. Percepciones relativas al trabajo	119
3.4.6. Deseo de cambio de trabajo	120
3.4.7. Rasgos de la personalidad	120
4. Análisis de los datos	123
4.1. Análisis de los datos faltantes y erróneos	123
4.1.1. Imputaciones lógicas	123
4.1.2. Resto de las imputaciones	131
4.2. Estudio descriptivo	144
4.3. Estudio analítico	145
4.3.1. Análisis bivariante	145
4.3.2. Análisis multivariante	147
RESULTADOS	148

1. Estudio descriptivo	149
1.1. Descripción general	150
1.1.1. Variables sociodemográficas	150
1.1.2. Variables profesionales	154
1.1.3. Variables ocupacionales	155
1.1.4. Percepciones relativas al trabajo	159
1.1.5. Deseo de cambio de trabajo	162
1.1.6. Hábitos y estilos de vida	162
1.1.7. Cuestionarios	164
1.2. Prevalencia de morbilidad psíquica en profesores de enseñanza no-universitaria	167
2. Estudio Analítico	169
2.1. GHQ-28	169
2.1.1. GHQ-28 como variable dicotómica (1-5 vs >5)	169
2.1.1.1. Análisis Bivariante	169
2.1.1.2. Análisis Multivariante	183
2.1.2. GHQ-28 como variable continua	188
2.1.2.1. Análisis Bivariante	188
2.1.2.2. Análisis Multivariante	196
2.2. CES-D	198
2.2.1. CES-D como variable dicotómica (1-16 vs >16)	198
2.2.1.1. Análisis Bivariante	198
2.2.1.2. Análisis Multivariante . Regresión logística multivariante. OR ajustadas.	214
2.2.2. CES-D como variable continua	219
2.2.2.1. Análisis Bivariante	219
2.2.2.2. Análisis Multivariante . Regresión Lineal Múltiple.	228
DISCUSIÓN	230

1. Discusión de la metodología	231
1.1. Diseño. Estudio transversal	231
1.2. Población de estudio	231
1.3. Instrumentos de evaluación	237
1.3.1. Morbilidad psíquica: Cuestionario de Salud General GHQ-28	237
1.3.2. Cuestionario de síntomas depresivos CES-D	240
1.3.3. Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI- 125)	242
1.4. Valoración del método estadístico empleado	244
2. Discusión de los resultados	246
2.1. Descriptiva general	246
2.2. Estimación de la prevalencia de morbilidad psíquica	249
2.3. Estudio analítico del GHQ-28	252
2.3.1. Relación entre GHQ-28 y variables sociodemográficas	252
2.3.2. Relación entre GHQ-28 y variables profesionales	254
2.3.3. Relación entre GHQ-28 y personalidad	258
2.4. Estudio analítico del CES-D	260
2.4.1. Relación entre CES-D y variables sociodemográficas	260
2.4.2. Relación entre CES-D y variables profesionales	263
2.4.3. Relación entre CES-D y personalidad	268
CONCLUSIONES	270
BIBLIOGRAFÍA	273
ANEXOS	303

Introducción

1. Estudio general de la salud mental

1.1. Evolución del concepto de salud mental

A lo largo de la historia, las enfermedades mentales han sido terreno de la magia y la religión, cuestionándose su condición misma de enfermedades (Pérez, 2000).

La cultura china consideraba, que la conducta correcta era guiada por el tao (el camino) y el perfecto equilibrio psíquico dependía del yin y el yang (fuerzas opuestas de lo femenino y de lo masculino en un estado perenne de oposición y atracción). En el texto de medicina *Medicina interna clásica* del Emperador Amarillo (aprox. 1.000 años a.C.) se hace referencia a diversas patologías mentales, recomendando para su tratamiento la acupuntura y la moxibustión, es decir, la aplicación de agujas y de sustancias ígneas en determinadas áreas del cuerpo, puesto que ambas restablecían el perfecto flujo del yin y el yang por los canales del cuerpo (Freedman et al., 1982).

En el Atharva Veda (700 años a.C.), documento más importante de la medicina védica, se encuentran las primeras referencias de enfermedad mental en la cultura hindú, junto con las fórmulas mágicas que combatían los demonios y sus representantes humanos. La pérdida de la salud mental se atribuía a la prevalencia de la *pasión* (rajas) y a la *oscuridad* (tramas), que causaban un desequilibrio en la constitución de la persona considerada como un microcosmos paralelo al macrocosmos del universo (Freedman et al., 1982). Como métodos terapéuticos utilizaban rituales de ayuno y purificación y drogas extraídas de las plantas como la sarpaganda (*rauwolfia serpentina*) (Vallejo, 1992).

Los griegos fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos:

- ✍ Inducción del sueño
- ✍ Interpretación de los sueños (a cargo de los sacerdotes)
- ✍ Y el diálogo con el paciente.

Hipócrates (460-355 a.C.) sostuvo que las enfermedades se producían por un desequilibrio de los cuatro humores esenciales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, que a su vez, resultaban de la combinación de las cuatro cualidades básicas de la naturaleza: el calor, el frío, la humedad y la sequedad. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades sanguíneas, coléricas, melancólicas y flemáticas (Freedman et al., 1982; Postel y Quénel, 1987). Definió la melancolía como una grave dolencia caracterizada por una intensa tristeza, originada por el efecto de la bilis negra (en griego, *mélaina chole*, término del que deriva la palabra “melancolía”) sobre el cerebro. En el *Corpus Hippocraticum* se reconoce ya un *tipus melancholius* (Hipócrates, Aforismos IV, 23): “El miedo y la tristeza, cuando duran mucho tiempo, constituyen una afección melancólica”. Hipócrates ubicó en el cerebro la capacidad de pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía, paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria (Freedman et al., 1982; Kaplan et al., 1996). Platón (428-348 a. C.) considera los trastornos mentales

en parte orgánicos, éticos y divinos. En *Fedro*, uno de sus más famosos Diálogos clasifica la locura en cuatro tipos: profética, teléstica o ritual, poética y erótica (Freedman et al., 1982). Aristóteles (384-322 a. C.) desarrolla un enfoque de la conducta humana mucho más empirista, cercano a los planteamientos actuales; acepta el papel de la bilis negra en el desarrollo de los cuadros mentales y considera la liberación de las emociones o pasiones reprimidas como algo esencial para la curación (Freedman et al., 1982; Vallejo, 1992).

Los romanos siguieron las filosofías griegas estoica y epicúrea, postularon que las pasiones y deseos insatisfechos actúan sobre el alma produciendo enfermedades mentales que pueden controlarse alcanzando un estado mental sin perturbaciones o ataraxia (de donde deriva el término ataráctico utilizado para los sedantes). Asclepiades de Atusa (s.I a.C.) uno de los fundadores de la escuela metódica rechaza la teoría de los humores y se adscribe a la teoría atomista de Demócrito. En su obra aparecen la Frenitis (fiebre acompañada de excitación mental) y la Manía (excitación continua sin fiebre) y diferenció las ilusiones de las alucinaciones (Freedman et al., 1982; Postel y Quénel, 1987). Ya en el primer siglo de nuestra era, Celso, en el tercer volumen de su obra *De Re Medica* trata profundamente las enfermedades mentales y anticipa la importancia de la relación médico-paciente (Freedman et al., 1982; Barcia, 1985).

Galeno, en el siglo II, adheriéndose a la patología humoral identifica tres formas de melancolía: la cerebral, la corporal y la del tubo digestivo y relacionó la abstinencia sexual con la patología ansiosa. Fue el médico más importante de la época romana. El término melancolía también fue utilizado por otros autores médicos como Aretaeus de Capadocia (120-180), perteneciente a la escuela de pensamiento neumática. Describía formas de melancolía que terminaban en la manía anticipando así el síndrome maniaco-depresivo y definió la influencia de las emociones sobre el

funcionamiento mental, por ejemplo, la influencia del amor en la melancolía (Freedman et al., 1982; Kaplan et al., 1996). Alexander de Tralles en el siglo VI describió un cuadro formado por la melancolía y fases maníacas de manera cíclica (Freedman et al., 1982; Kaplan et al., 1996). El médico judío Moses Maimónides en el siglo XII consideró la melancolía como una enfermedad concreta (Kaplan et al., 1996).

La Edad Media se caracteriza por el mantenimiento de los postulados clásicos y por el abandono y el uso de métodos crueles con los enfermos mentales. Este período está influido por el pensamiento de San Agustín (354-430), en su libro *Confesiones* realiza una descripción de su propia psicología muy influido por el pensamiento platónico (Freedman et al., 1982).

Los árabes crearon escuelas médicas florecientes que heredaron el saber griego y adoptaron una actitud más humanista hacia el enfermo mental, influidos quizás por la creencia musulmana de que el loco es amado por Dios y ha sido escogido para decir la verdad. El fundador de la escuela de Salerno, Constantino Africano (aprox. 1020-1087), recopila las influencias clásicas y árabes en su libro *De melancholia*, donde aparece el concepto sobre las dos formas de melancolía, ubicando la primera en el cerebro y la segunda en el estómago (hipocondría) y se describe por primera vez los síntomas que caracterizaban este síndrome: tristeza, miedo, retraimiento, convicciones delirantes con respecto a los parientes y padres y, en la gente religiosa, además un miedo y sentimiento de culpa muy intenso (Freedman et al., 1982). En el siglo XIII, destacan San Alberto Magno (1193-1280) y Santo Tomás de Aquino (1225-1274), filósofos escolásticos, que aceptan la locura como un trastorno del organismo, ya que el “alma” no podía enfermar. Estos autores describieron diversos cuadros mentales: la melancolía, la ira patológica (manía), la pérdida de memoria (psicosis orgánica), la stulticia (psicopatía), la hebetudo (deficiencia mental), la ignorantia (retraso social) (Freedman et al., 1982; Vallejo, 1992).

La concepción de enfermedad mental como el resultado de la acción maléfica del diablo o como un estado de posesión demoníaca que predominó la Edad Media, también presidió el Renacimiento, donde la persecución de estos enfermos tachados de “brujos” o “posesos” llegó a su punto álgido con el Papa Inocencio VIII, el cual exhortaba a descubrir, perseguir y castigar la brujería en su bula *Summis Desiderantes Affectivus* de 1484, seguido por el famoso *Malleus Maleficarum* de los dominicos Jakob Sprenger y Heinrich Kramer, en 1486 (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985). Paralelamente se desarrolló una corriente de opinión que planteaba la necesidad de un acercamiento racional a los trastornos mentales, incluida una actitud más humanista ante los enfermos. Paracelso (1493-1541) en su obra *De las enfermedades que privan al hombre de razón* afirma que las enfermedades mentales son de orden natural. Postula unos mecanismos “fisiológicos” de índole yatroquímico, basados en la estrecha correspondencia hombre-universo (antropología cosmológica) y propone los primeros tratamientos a base de sustancias químicas (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985).

La mayor aportación del Renacimiento a la historia de la psiquiatría fue la creación de movimientos asistenciales; en 1409 se funda en Valencia el “primer hospital psiquiátrico del mundo occidental” del que se tiene constancia. A esta creación siguió rápidamente una red de centros en Zaragoza (1425), Sevilla y Valladolid (1436), Barcelona (1481), Toledo (1483) y Granada (1507) extendiéndose ya entrado el siglo XVI la creación de estos centros por Europa y el Nuevo Mundo (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985).

En la época barroca se avanza en el planteamiento teórico; cada vez se presta mayor atención a los trastornos psíquicos en los textos médicos. Robert Burton (1577-1640) estableció causas psicológicas y sociales para la

enfermedad mental. En su libro *Anatomy of Melancholy* de 1621, definía la melancolía como: “una especie de alteración sin fiebre que tiene como acompañantes ordinarios el miedo y la tristeza sin ninguna causa aparente. Thomas Sydenham (1624-1689), hizo un estudio sobre la histeria y realizó formulaciones teóricas sobre las “vesanias”, y junto con Willis introdujo el concepto de “enfermedad nerviosa” (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985). Sin embargo, la red asistencial para los enfermos mentales creada siglos antes, se convierte exclusivamente en unidades de confinamiento para los enfermos y otros elementos marginales, de los que hay que proteger a la sociedad.

Durante la segunda mitad del siglo de las luces (s. XVIII), nace la psiquiatría como especialidad médica. El factor más importante que condicionó su aparición fue el cambio de actitud de los médicos y, en general, de la sociedad de la Ilustración ante los “locos” y el trato social que tradicionalmente se les venía dando, y se les empieza a considerar como “enfermos mentales” (Morales Meseguer, 1985). William Battie, médico inglés, implantó un sistema de cuidado médico de los enfermos mentales basado en la eliminación de las medidas de fuerza y en una forma de trato humanitario orientado en la línea de lo que a partir de entonces se denominaría *moral managemen* y publica en 1758 la obra *A treatise of Madness* considerada el primer manual de psiquiatría (Morales Meseguer, 1985).

Philippe Pinel (1745-1826) introdujo este cambio en la actitud de la sociedad francesa hacia los enfermos mentales para que fuesen considerados como seres humanos merecedores de un tratamiento médico. Este autor publicó en 1798 *Nosographie Philosophique* donde elabora una clasificación de las enfermedades psiquiátricas amparándose en los sistemas nosográficos establecidos: melancolía (alteración de la función intelectual), manía (excesiva agitación nerviosa, con delirio o sin él),

demencia (alteración de los procesos de pensamiento) e idiocia (detrimento de las facultades intelectuales y de los afectos), explicando su origen por la herencia y las influencias ambientales. En su obra *Traité Médico-Philosophique sur la Manie* (1801), hace una descripción de dicha enfermedad (Freedman et al., 1982). La labor de Pinel, seguida de su discípulo Esquirol crea la escuela francesa, pilar de la psiquiatría en el siguiente siglo.

Al mismo tiempo se desarrollan dos movimientos: la **Frenología** cuyo creador fue Franz Josef Gall (1758-1828) y el **Mesmerismo** por Franz Anton Mesmer (1734-1815). Gall postuló que las facultades mentales eran innatas y que dependían de estructuras tópicas del cerebro a las cuales correspondían protuberancias particulares de la superficie craneana externa y Mesmer suscribía el concepto de que los planetas influyen sobre los fenómenos fisiológicos y psicológicos (Freedman et al., 1982).

La locura es considerada en la Ilustración como una enfermedad mental, definida como una alteración funcional del sistema nervioso (pérdida de la razón sobre la base de una alteración somática) y regida por las mismas leyes que el resto de las enfermedades, dentro de una concepción naturalista de enfermar. Todos los esfuerzos terapéuticos van encaminados a que el enfermo mental recupere el control racional de su conducta. Se crea lo que se ha denominado el “tratamiento moral”.

Romanticismo y Positivismo marcan el pensamiento del siglo XIX y condicionan la evolución de las investigaciones en el campo de la psiquiatría. En este periodo existen dos corrientes diferenciadas en dos escuelas, la francesa y la alemana.

La escuela francesa

Con Pinel y su discípulo Jean Etienne Esquirol (1772-1840) nace la escuela francesa. Esquirol fue un gran impulsor de las transformaciones de las instituciones para alienados. Defendía al asilo como el arma más poderosa contra la enfermedad mental. En 1838 publica *Des maladies mentales sous le rapport medical, hygiénique et médico-legal*, que fue el texto básico de la psiquiatría francesa durante varios decenios. Introdujo modificaciones en la clasificación de su maestro Pinel; separó la idiocia de la demencia y creó un nuevo grupo, las monomanías. Sus numerosos discípulos: Georget, Leuret, Moreau de Tours y otros, resaltaron la importancia del estudio clínico del paciente, la clasificación de los síntomas y su descripción detallada (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985).

Durante la segunda mitad del siglo, la psiquiatría francesa continuó la tarea clínica iniciada por la escuela de Esquirol desde el marco teórico del positivismo. Los franceses Benedict Morel y Valentin Magnan desarrollaron la *teoría de la degeneración* siguiendo la tendencia organicista de la época. Morel (1809-1873) en su *Tratado de enfermedades mentales* (1860), postuló que algunas enfermedades mentales podían heredarse de padres con afecciones similares y que la predisposición podía sufrir una activación lenta hasta convertirse en una enfermedad debido a transmisión vertical repetida o bien a una activación repentina por eventos externos como traumas sociales, alcoholismo o infecciones. Introdujo la denominación de “demencia precoz” para referirse a la actual esquizofrenia (Freedman et al., 1982).

La escuela alemana

Durante la primera mitad del S. XIX los psiquiatras se alejaron de la experiencia clínica y utilizaron la reflexión y la intuición para estudiar las enfermedades mentales. Con la llegada del positivismo en la segunda mitad del siglo triunfa la orientación naturalista cuyo mayor exponente fue Wilhelm Griesinger (1817-1869), quién afirmó por primera vez que las enfermedades mentales eran trastornos cerebrales, despreciando por completo los antecedentes históricos en su libro *Patología y terapéutica de las enfermedades mentales*, (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985; Postel y Quézel, 1987).

La psiquiatría alemana, a partir de la obra de Griesinger, evolucionó hacia dos tendencias: la “neuropsiquiátrica” y la “escuela clínica”. Algunas de las figuras importantes de la orientación anatomoclínica en Alemania fueron: K. Westphal, Th. Meynert, A. Alzheimer, F. Nissl entre otros, cuyos esfuerzos produjeron un gran avance en la investigación anatomopatológica del cerebro (Morales Meseguer, 1985).

Kahlbaum y Kraepelin eran las figuras claves de la escuela clínica. Estaba formada por psiquiatras con una labor asistencial en hospitales, dedicados a describir y clasificar los trastornos psíquicos, como ya hiciera la escuela francesa de principios de siglo (Morales Meseguer, 1985).

La figura más destacada de la psiquiatría mundial del siglo XIX fue sin duda el alemán Emil Kraepelin (1855-1926) discípulo de Griesinger. Publica en 1883 la 1ª edición de su *Tratado de Psiquiatría*, y a través de las nueve ediciones de su obra, la última en 1927, construyó un sistema de clasificación de las enfermedades mentales, integrando el enfoque descriptivo y longitudinal de Kahlbaum, con el sistema conceptual de

enfermedad somática de Griesinguer. Kraepelin ordena las enfermedades mentales siguiendo una base etiológica, recogiendo la distinción realizada por Möbius (1892) entre cuadros exógenos y endógenos. Establece dos grupos, el primero serían “trastornos psíquicos adquiridos o exógenos” como son el delirium y la demencia orgánica. El segundo grupo “trastornos psíquicos por predisposición patológica o endógenos” donde se incluyen la demencia precoz y la psicosis maníaco depresiva (Freedman et al., 1982; Morales Meseguer, 1985). Kraepelin también describió un tipo de depresión que comenzaba tras la menopausia femenina y en la madurez de los hombres, y que él denominó melancolía involutiva (Kaplan et al., 1996).

Autores como Bleuler, Bönhoff y Hoche fueron los encargados de revisar y criticar las teorías del siglo XIX (Morales Meseguer, 1985).

El siglo XX fue escenario y testigo del desarrollo de las clasificaciones internacionales, del nacimiento de gran cantidad de psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología.

Destacamos a dos autores de esta época por sus importantes contribuciones, Bleuler y Jaspers. Bleuler (1857-1939) en su libro *Demencia Precoz o el grupo de las esquizofrenias* (1911), afirma que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término “esquizofrenia” y describe unos síntomas primarios y secundarios de la misma (Kaplan et al., 1996).

Jaspers (1883-1969) en su *Psicopatología general* realiza un estudio fenomenológico exhaustivo de la mente humana que ha tenido una gran repercusión en la Psicopatología y en la psicoterapia en general. De su obra surgen dos conceptos básicos: proceso, como interrupción de la constitución histórico-vital y desarrollo, exponente de la continuidad comprensible.

Otro personaje básico de este siglo es sin duda Freud (1856-1939), autor de la doctrina del psicoanálisis. Junto con Joseph Breuer (1841-1925) empleó la hipnosis para el tratamiento de pacientes histéricas, que más adelante abandonarían por el método de las “asociaciones libres”. En sus estudios sobre la histeria, Freud relacionó esta enfermedad con problemas sexuales. En 1896 creó el término “psicoanálisis” para referirse a su técnica de asociaciones libres e interpretación de sueños con el propósito de traer a la conciencia los recuerdos traumáticos del pasado almacenados en el inconsciente (Freedman et al., 1982). Estos recuerdos se manifiestan normalmente a través de los actos fallidos y los sueños, y patológicamente, mediante los síntomas neuróticos.

El conductismo de Pavlov (1849-1936) y sus estudios sobre reflejos condicionados y no condicionados, adquiere una auténtica repercusión cuando Watson (1878-1958), psicólogo americano, recoge lo básico de su obra.

Meyer (1866-1950) desarrolló un concepto psicobiológico de la psiquiatría, que integraba aspectos biológicos y psicológicos en la génesis y tratamiento de los trastornos mentales.

Schneider (1887-1967) implementó los enfoques descriptivo y fenomenológico de Kraepelin y Jaspers respectivamente. Dividió los síntomas de la esquizofrenia en primarios (conocidos ahora como Schneiderianos) y secundarios.

Alfred Adler (1870-1937) fue el primer psicoanalista en diferenciarse de las ideas de Freud, fundando la Sociedad para la Psicología Individual. Acuñó las expresiones “estilo de vida” y “complejo de inferioridad” en el libro *Comprensión de la naturaleza humana*, basado en la psicología concreta (Freedman et al., 1982; Ruíz Ogara, 1985).

Carl Gustav Jung aunque influido por los principios de Freud no tardó en rechazar la idea del complejo de Edipo y del origen exclusivamente sexual de la libido. Jung presentó un concepto de psiquiatría dinámica completamente nuevo en su libro *Tipos psicológicos*, centrado en los dos conceptos opuestos de extroversión e introversión (Freedman et al., 1982; Ruíz Ogara, 1985).

El análisis existencial, otra corriente que surgió en la década de los 30, permite una aproximación existencial al enfermo, cuyos exponentes más destacados son Binswanger y Minkowski.

La mayoría de los autores del siglo XX como Lange, Gillespie, Buzzard, Pollit, Van Praag, Robins, Winokur y la escuela de New Castle, están a favor de una clasificación binaria o bidimensional (Galli, 1997).

1.2. Definición del concepto trastorno mental

Para desarrollar y perfeccionar un sistema de clasificación diagnóstica de los trastornos mentales es necesario poseer alguna definición del concepto de *trastorno mental*. Durante muchos años sociólogos, psicólogos, filósofos de la ciencia y profesionales de la justicia se han esforzado para definir el concepto (Spitzer y Williams, 1982; Williams, 2000).

En las distintas culturas, como hemos podido constatar, se ha definido de formas diversas la *salud mental*. Este concepto abarca entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Llegar a una definición exhaustiva de la salud mental es casi imposible, admitiéndose que ese concepto es más amplio que la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2001).

La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como refleja la definición de salud de la Constitución de la OMS, según la cual “no es solamente ausencia de afecciones o enfermedades”, sino “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 2001).

Según la OMS: “La Salud Mental es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo, se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social” (Torres de Galvis, 1999).

No fue hasta principios de la década de 1970, cuando la psiquiatría se planteó seriamente el problema llegando a una definición de trastorno mental en el DMS-III (*Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*) que se ha conservado, de forma más precisa, en el DSM-III-R y en el DSM-IV:

“En el DSM-IV cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción” (Williams, 2000; Frances, 2001, DSM-IV-TR).

Wakefield en 1992 criticó la definición dada por el DSM por su falta de precisión, ya que no distingue de forma suficiente lo que es una situación normal de malestar de lo que es un verdadero trastorno. En la definición que él da, se especifica que la alteración presente en cualquier trastorno mental radica en el sistema psicológico o conductual que se ha conservado a lo largo de la evolución por su valor adaptativo (Wakefield, 1992).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de

pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás (OMS, 1992).

Resumiendo, se pueden definir las enfermedades mentales como *“aquellos trastornos del pensamiento, emoción o conducta que producen sufrimiento en el ser humano y que alteran su integridad en el plano físico, psicológico o social”*. La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países.

1.3. Clasificación de los trastornos mentales

Los intentos de categorizar las enfermedades mentales durante el último siglo han incluido conceptos teóricos de causalidad, combinados con criterios descriptivos. Como resultado, la terminología y las definiciones de los términos han variado ampliamente entre diferentes psiquiatras y en diversos lugares, dado que el diagnóstico implica un pronóstico y determina las opciones terapéuticas, y como las características de comunidad son esenciales para el diseño de investigaciones, la necesidad de la revisión de la nomenclatura y de la clasificación psiquiátricas ha sido considerable.

Esta creciente necesidad de comprensión, clasificación y unificación de criterios sobre los trastornos mentales dio como resultado el capítulo sobre la revisión de los trastornos mentales llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE) y el DSM de la *American Psychiatric Association* (APA).

Durante el Congreso del Instituto Internacional de Estadística de 1893 en Chicago, se aprobó lo que hoy se llamaría la CIE-1. La Conferencia de Chicago recomendó, que se revisara la clasificación cada 10 años, durante reuniones internacionales, para que se mantuviera siempre actualizada. En 1948 la Comisión Provisora de la OMS se encargó de la publicación de la CIE-6, lo que supuso un cambio sustancial en la organización interna de la clasificación, sobre todo en lo referente al capítulo de los trastornos mentales. A partir de 1955 la OMS produjo, a intervalos de aproximadamente 10 años, sucesivamente las CIE-7, 8 y 9 que poco modificaron la estructura de la CIE-6, salvo la CIE-9 que agregó un glosario de términos empleados en el capítulo de los trastornos mentales. La publicación en 1992 de la CIE-10 representa un cambio radical en la

concepción de la clasificación de los trastornos mentales (Bartolomé y Sartorius, 1994).

Paralelamente a la CIE, la APA publica en 1952 la primera versión de su manual diagnóstico con el título *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I), donde por primera vez se ofrecían descripciones de las categorías de los trastornos mentales. En 1968 se publicó el DSM-II con la inclusión de las definiciones de los trastornos. La elaboración del DSM-III, supuso la creación de criterios específicos para unas 150 categorías diagnósticas, incluyéndose, por vez primera, un sistema multiaxial para la evaluación (Williams, 2000). Aunque el DSM-III iba dirigido sobre todo a su uso en Estados Unidos, también ha tenido una considerable influencia internacional (Spitzer et al., 1983). Muchas de sus características básicas, como la introducción de criterios diagnósticos específicos, han sido incorporados al capítulo sobre trastornos mentales de la CIE-10 (OMS, 1992). Lo que en un principio iba a ser un DSM-III perfeccionado, dio lugar al DSM-III-R, el cual experimentó cambios sustanciales en algunas de sus secciones (Williams, 1985a; Williams, 1985b; Spitzer y Williams, 1988; Widiger et al., 1988).

Un sistema de clasificación diagnóstica debe cumplir tres propósitos generales (Williams, 2000):

1. Aportar un lenguaje común que permita que todos los profesionales de la salud puedan comunicarse entre sí.
2. Definir las características del trastorno y entender cómo difiere de otros trastornos similares. A medida que los sistemas de clasificación diagnóstica se van perfeccionando con el tiempo, las correlaciones entre diagnósticos y tratamientos se van incrementando.
3. Por último, desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales.

La mayoría de los sistemas de clasificación reconocen los trastornos infantiles (por ejemplo, el retraso mental), como categorías separadas de los trastornos adultos. También distinguen entre:

- a) trastornos *orgánicos*: son los más graves y están provocados por una causa somática o una lesión estructural en el cerebro.
- b) trastornos *no orgánicos*: también denominados funcionales, considerados más leves, y sin una alteración orgánica identificable.

Partiendo de la distinción en función de la gravedad y de la base orgánica, se diferencian los trastornos “psicóticos” de los “neuróticos”:

1. Psicosis implica un estado en el que el paciente ha perdido el contacto con la realidad; habitualmente se identifica por la presencia de ideas delirantes o de alucinaciones. Este concepto tradicionalmente incluía los trastornos “orgánicos” y las psicosis funcionales (esquizofrenia y afines, así como las psicosis afectivas –maniaca o depresiva–).
2. Neurosis se refiere a un estado de malestar y ansiedad, pero sin llegar a perder contacto con la realidad.

La *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (OMS, 1992b) contiene una relación completa de todos los trastornos mentales y conductuales. La CIE -10, presenta una codificación alfanumérica de códigos de una letra seguida de dos números (A00-Z99), consiguiendo un elevado número de categorías disponibles para la clasificación. Las categorías generales de trastornos mentales y del comportamiento incluidas en la CIE -10 son las siguientes (OMS, 1992):

- **F00-F09** Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos.

- **F10-F19** Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.
- **F20-F29** Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes.
- **F30-F39** Trastornos del humor [afectivos].
- **F40-F49** Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos.
- **F50-F59** Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos.
- **F60-F69** Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos.
- **F70-F79** Retraso mental.
- **F80-F89** Trastornos del desarrollo psicológico.
- **F90-F98** Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.
- **F99** Trastorno mental no especificado.

Actualmente, el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza en Estados Unidos y que usan clínicos e investigadores de todo el mundo es el DSM-IV. Es la última clasificación aceptada internacionalmente de enfermedades psiquiátricas, y data de 1994. El DSM-IV especifica criterios diagnósticos para todas las categorías específicas, que han sido revisados basándose en los del DSM-III-R, en la experiencia clínica continuada y en los nuevos hallazgos empíricos (Williams, 2000). Existe una versión revisada del DSM-IV (DSM-IV-TR) en la que se han incluido trastornos y especificaciones que están pendientes de codificación en la CIE -10, y se ha elevado el número de apéndices de 11 que incluía el DSM-IV a 12 (Frances, 2001, DSM-IV-TR).

Los trastornos DSM-IV están agrupados en 16 clases diagnósticas principales, frente a las 10 categorías que presenta el CIE-10. Ambas incluyen una categoría más dedicada a los otros trastornos no especificados. La mayoría de los trastornos DSM-IV, en la versión española, poseen dos códigos, el utilizado en Europa (CIE-10), y el de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, novena edición, modificación clínica (CIE-9-MC) oficial en Estados Unidos. Las clases diagnósticas del DSM-IV son (Williams, 2000; Hales et al., 2000; DSM-IV; Frances, 2001, DSM-IV-TR):

1. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.
3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.
4. Trastornos relacionados con sustancias.
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
6. Trastornos del estado de ánimo.
7. Trastornos de ansiedad.
8. Trastornos somatomorfos.
9. Trastornos facticios.
10. Trastornos disociativos.
11. Trastornos sexuales y de la identidad sexual.
12. Trastornos de la conducta alimentaria.
13. Trastornos del sueño.
14. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados.
15. Trastornos adaptativos.
16. Trastornos de la personalidad.
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica.

1.4. La depresión como trastorno de la salud mental

La salud mental es hoy día un problema de orden mundial. La OMS refleja en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2001) que los trastornos mentales son una de las causas principales de enfermedad y discapacidad en todo el mundo. Una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales o neurológicos en algún momento de su vida. De todos los trastornos mentales, los depresivos son ya la cuarta causa más importante de la carga mundial de morbilidad (OMS, 2001); y han sido ampliamente documentados e identificados como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo (Weissman y Klerman, 1977; Weissman et al., 1977; Aneshensel, 1985;), llegando a ser considerada, la depresión como un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, a sus consecuencias y a la posibilidad de prevenirla y tratarla adecuadamente (Weissman y Klerman, 1977).

Todos, en algún momento de nuestra vida, experimentamos infelicidad, a menudo como resultado de un cambio, ya se trate de un contratiempo o de una pérdida, o simplemente, como dijo Freud, de “misericordia cotidiana”. Los sentimientos tristes que acompañan estos acontecimientos son normalmente apropiados, necesarios y transitorios y pueden incluso significar una oportunidad de crecimiento personal. Sin embargo, cuando la tristeza persiste y perjudica la vida diaria, puede llegar a ser una manifestación de trastorno depresivo.

La depresión es un término con un significado que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos de la normalidad. Para determinar la existencia de un trastorno mental, la duración de los síntomas es un factor mucho más importante que la presencia del mismo

(Dohrenwend y Crandall, 1970; Craig y Van Natta, 1976). El psiquiatra y psicoanalista Coderch describe la depresión como: “En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y energía. El sujeto se muestra cansado y triste. Puede rehuir de las actividades sociales y su rendimiento decrece en todas las esferas. Una totalidad de desesperanza y pesimismo invadirá sus fantasías y sus ideas” (Coderch, 1987)

La depresión se diferencia de las oscilaciones normales del estado de ánimo por su gravedad, por los síntomas y por su duración. Los pacientes con un humor deprimido (es decir, con depresión) presentan pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio. En ocasiones el estado de ánimo predominante es la irritabilidad. Otros signos y síntomas de los trastornos del estado de ánimo son los cambios en el nivel de actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas (como el sueño, apetito, la actividad sexual, y los ritmos biológicos). Todos estos cambios siempre afectan al funcionamiento social, laboral e interpersonal (Kaplan et al., 1996).

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, y no indica debilidad personal. No es una situación de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado.

1.4.1. Clasificación de la depresión

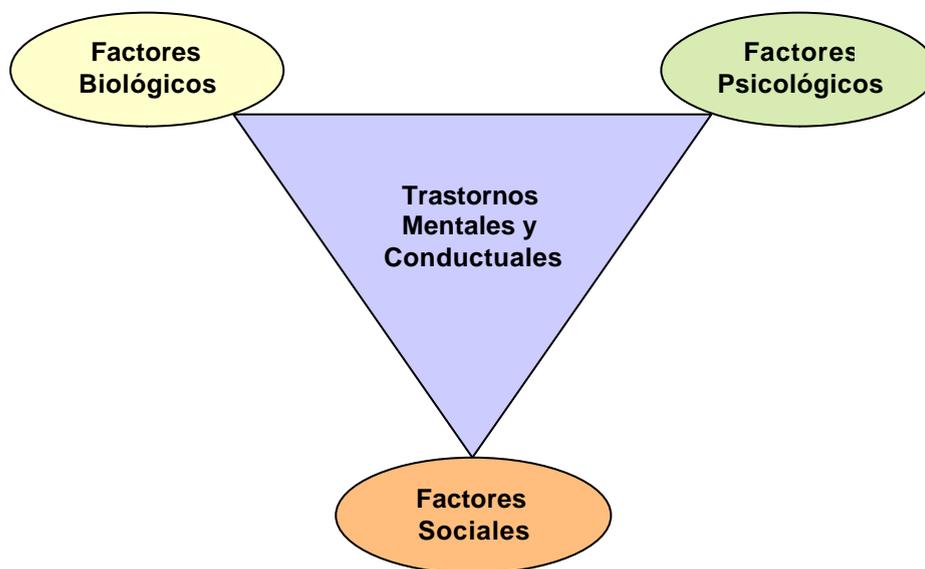
Según la clasificación que realiza la APA (Asociación Americana de Psiquiatría), los trastornos depresivos más comunes son tres. Dentro de esta clasificación hay que tener en cuenta que existen variaciones dependiendo de la severidad, la cantidad de síntomas que se presentan o la persistencia del problema (APA, 1994).

1. La *depresión mayor* se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras. La depresión puede ocurrir una sola vez, pero es una enfermedad que suele presentar recaídas a lo largo de la vida.
2. La *distimia* es un tipo de depresión menos grave. Los síntomas, en menor número, se mantienen a largo plazo, pero no impiden la actividad de las personas. También puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.
3. El *trastorno bipolar* o *enfermedad maniaco-depresiva*. La prevalencia de esta patología no es tan alta como la de las dos anteriores. Se caracteriza por oscilaciones del humor: estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos. Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En la fase de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas del síndrome depresivo. En la fase maniaca, suelen mostrarse eufóricos, hiperactivos, excesivamente locuaces y con inusitada energía. A veces la manía afecta al pensamiento, el juicio y el comportamiento social del individuo. Si la manía se deja sin tratar puede llegar a un estado psicótico.

1.4.2. Etiología de la depresión

Las enfermedades mentales son de etiología multifactorial. Los factores causales pueden dividirse en factores genéticos, somáticos y ambientales (infecciosos, tóxicos y psicosociales). Esta división es totalmente artificial ya que los tres interactúan entre sí: tanto los factores genéticos como los ambientales pueden determinar cambios neurobiológicos; incluso los factores ambientales pueden afectar a la expresión genética; por otra parte, los factores genéticos y las condiciones neurobiológicas influyen en la respuesta de una persona ante factores psicosociales (Figura 1).

Figura 1 Interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales



1.4.3. Diagnóstico de la depresión

El diagnóstico en psiquiatría no está exento de dificultades y discordancias, al igual que la delimitación de caso. Ello plantea problemas tanto de fiabilidad como de validez. En el pasado, los problemas metodológicos procedían de (Gálvez Vargas et al., 1991):

1. Utilización de esquemas nosológicos distintos.
2. Definición sin precisar las diversas categorías diagnósticas.
3. Insuficiente fiabilidad y validez de los métodos diagnósticos.
4. Enorme variabilidad de los instrumentos y equipos diagnósticos.

Una definición de caso válida para estudios epidemiológicos, constituye a veces un problema sin resolver.

La OMS definía, en 1960, el caso psiquiátrico como “todo trastorno manifiesto de las funciones mentales, bastante específico desde el punto de vista clínico para que pueda identificarse con seguridad, refiriéndolo a un patrón claramente definido y bastante grave para que origine una pérdida de la capacidad profesional o de adaptación social, en grado tal que determine una ausencia del trabajo o la aplicación de medidas judiciales o sociales” (Gálvez Vargas et al., 1991).

Siguiendo a Ruíz Ogara se puede definir la normalidad por (Ruíz Ogara, 1989):

Ausencia de una patología reconocible.

- a) Existencia de una organización madura de la personalidad.
- b) Adaptación a los diferentes conflictos y momentos evolutivos de la vida.

1.5. Revisión introductoria de los instrumentos de medida de la salud mental

En ciertas ocasiones se hace necesaria la detección de individuos sospechosos de padecer un trastorno mental (probables casos psiquiátricos) en la población general o en ciertos ámbitos sanitarios no psiquiátricos, por lo que resulta útil disponer de diferentes tipos de instrumentos que nos ayuden a tal fin. En el campo de la salud mental nos encontramos con las *escalas de síntomas generales*, enfocadas al diagnóstico precoz de cualquier tipo de problema mental, y *escalas específicas*, orientadas a la detección de individuos con problemas mentales concretos (Cueto Espinar et al., 2001).

Desde los años cincuenta se vienen utilizando varios cuestionarios para detectar casos psiquiátricos menores, en términos generales, con fines epidemiológicos o como una primera aproximación psicológica al objeto de evidenciar trastornos enmascarados. Con el tiempo se han ido seleccionando los que, siendo más sencillos y rápidos, mantienen su eficiencia; entre ellos destaca el *cuestionario de salud general* (GHQ) de Goldberg, que es el de mayor difusión en la actualidad (Lobo y Campos, 1994).

- ✍ El “*Cuestionario de Salud General*” de Goldberg (Goldberg, 1972) es un test de *screening* autoadministrado destinado a detectar trastornos psíquicos entre los encuestados (Goldberg et al., 1976), de fácil administración, corto y objetivo. Se centra en los componentes psicológicos de una mala salud. El GHQ posee *validez de contenido* y *validez concurrente* o *de criterio*. Existen diversas versiones: GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12.

Un paso más complejo en la evaluación lo constituyen los instrumentos de ayuda diagnóstica, que además de participar en las características de los instrumentos de cribado, exploran los síntomas de las enfermedades mentales más frecuentes, de forma que permiten realizar un número limitado de diagnósticos adaptados a alguna de las clasificaciones internacionales en uso.

Los instrumentos más utilizados consisten en entrevistas estructuradas que precisan de poco tiempo para su aplicación (alrededor de 90 minutos) y exploran de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales según las clasificaciones citadas. Todos ellos incluyen, en cada uno de los apartados diagnósticos, preguntas claves: si son negativas, permiten al entrevistador explorar el apartado siguiente sin necesidad de completar la exploración de la sección con respuesta negativa en la pregunta clave (Cueto Espinar et al., 2001).

- ✍ El *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (Prime-MD) fue diseñado por un grupo de autores dirigidos por R.L. Spitzer de la Universidad de Columbia, y consta de dos componentes. El primero es un cuestionario autoaplicado de 25 preguntas, que orienta sobre la existencia de determinados trastornos y muestra una sensibilidad del 94.6% y una especificidad del 40.2%. El segundo componente es una entrevista estructurada hetero-aplicada que el médico utiliza para recoger información adicional sobre las áreas diagnósticas a las que el paciente ha respondido afirmativamente; utiliza criterios DSM-IV y presenta una sensibilidad del 86.8% y una especificidad del 54.2%.
- ✍ El *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) es una entrevista diagnóstica estructurada, que explora de manera estandarizada cada uno de los criterios necesarios para el establecimiento de los diagnósticos principales de las

clasificaciones internacionales de enfermedad mental. La sensibilidad del instrumento muestra una gama entre el 46% para la fobia social y el 94% para el episodio depresivo mayor. Su especificidad varía entre el 70 y el 97%, según las diferentes secciones diagnósticas.

- ✍ La OMS ha desarrollado el *Mental Disorders in Primary Care* (WHO, 1998), un paquete educativo diseñado específicamente para su utilización en atención primaria. Éste, además de las correspondientes guías de evaluación adaptadas a las 6 secciones que abarca, también incluye fichas de información para el médico y material informativo para el paciente.
- ✍ El paso más importante en el desarrollo de instrumentos de evaluación diagnóstica en psiquiatría se ha dado con las *entrevistas psiquiátricas estandarizadas*. Éstas han ido evolucionando en un intento de adaptarse lo más fiel posible a las clasificaciones internacionales de enfermedad mental. Ello ha permitido que, por medio de la exploración de los distintos criterios diagnósticos utilizados en estas entrevistas, puedan establecerse diagnósticos clínicos estandarizados. En esta familia podemos encontrar: por una parte, instrumentos totalmente estructurados y diseñados para su utilización por personal no médico, como la versión revisada de la *Clinical Interview Schedule* (CIS-R) o el *Composite International Diagnostic Interview*(CIDI), y por otra parte, instrumentos semi-estructurados cuya utilización queda restringida a clínicos, como es el caso de la *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN), promovida por la OMS.

1.5.1. Medición de la depresión

Los trastornos que cursan con ansiedad y la depresión en sus múltiples facetas clínicas, constituyen uno de los principales motivos de consulta del médico general. La ansiedad como síntoma no suele ser difícil de detectar (Lobo et al., 1996); sin embargo, la depresión que aparentemente parece un proceso de fácil diagnóstico, resulta en la práctica diaria una entidad de difícil detección; sólo el 28,7% de los psiquiatras y el 9,5% de los médicos generales, no encuentran ninguna dificultad para diagnosticarla sin problemas, basando sus detecciones en la entrevista y el estudio de la sintomatología (Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, 1997).

La depresión es susceptible de ser evaluada con bastante precisión a través de una serie de procedimientos que van desde las entrevistas estructuradas, las escalas de observación directa, hasta los listados de adjetivos y los autoinformes. A continuación presentamos una selección de los instrumentos más representativos en las distintas modalidades (Heiby y García-Hurtado, 1994).

A) **Las entrevistas estructuradas** permiten contrastar la información recabada mediante otros procedimientos, siendo muy conveniente su utilización cuando está en duda la fiabilidad de las apreciaciones del sujeto. Endicott y Spitzer (Endicott y Spitzer, 1978) crearon el “Cuestionario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia” (SADS), diseñado con base en los Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer et al., 1978) y abarca la evaluación de la depresión y otras categorías diagnósticas. La consistencia interna de las escalas que la integran es de 0,95 y su intercorrelación oscila entre 0,40 y 0,90, siendo asimismo elevada la fiabilidad interjueces (0,95) (Endicott y Spitzer, 1978).

✍ *La entrevista semiestructurada Present State Examination (PSE)*, desarrollada por Wing et al. (Wing et al., 1967) evalúa las condiciones psicopatológicas que han acompañado al sujeto durante el mes que precede a la entrevista, así como la ausencia, presencia y severidad de determinados síntomas. La fiabilidad hallada oscila entre 0,72 y 0,90 (Shaw et al., 1985); es capaz de diferenciar la depresión psicótica de la no psicótica.

B) **Los autoinformes** proporcionan datos sobre respuestas cognitivas, emocionales, motóricas o fisiológicas.

✍ El *Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory, BDI) es la escala de mayor utilización por los psicólogos clínicos e investigadores. Compuesta por 21 ítems que permiten apreciar el nivel global de depresión, así como los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, reevaluar al sujeto con la periodicidad que se estime oportuna, y obtener la valoración precisa de las cuestiones que caracterizan típicamente a la depresión (emociones negativas, nivel de actividad, problemas de interacción, sentimientos de menosprecio, inadecuación y culpa, y síntomas físicos) (Beck et al., 1961; Heiby y García Hurtado, 1994; Bobes et al., 2002). Aunque inicialmente había sido diseñada para administrar mediante entrevista, es autoaplicada. Cuenta con varias versiones, una versión más extensa, de 42 ítems y otra versión más breve de 13 ítems.

✍ Existe una versión adaptada a la población española y realizada por Conde y Useros (Conde y Useros, 1975) que consta de 19 ítems (2 dedicados al tono emocional, 11 a cogniciones, 2 a conductas externas y 5 a síntomas somáticos). Cada ítem consta de cinco afirmaciones alternativas, graduadas por su severidad de 0 a 3, de entre las cuales el sujeto elige la que es más característica de su estado habitual.

-
- ✍ La “*Escala Autoaplicada de Depresión*” de Zung, SDS (Zung, 1965) evalúa la severidad de la depresión a través de 20 ítems que versan sobre el afecto predominante en el sujeto, los concomitantes psicológicos ideacionales y los concomitantes fisiológicos y psicomotores. Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas, tomando como marco de referencia el momento actual. Se alternan ítems en sentido positivo con ítems en sentido negativo para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas (Bobes et al., 2002). En España la escala ha sido revisada y adaptada ampliamente (Conde López y Sánchez, 1969; Conde López et al., 1970a, 1970b, 1970c; Conde López et al., 1970; Conde López y Esteban, 1973, 1974, 1975a, 1975b, 1976; Conde López et al., 1976).
 - ✍ La “*Lista de Adjetivos Depresivos*” (Depression Adjective Check List, DAACL) de Lubin (Lubin, 1965) sirve como estimación rápida del estado de humor, y se utiliza para evaluar el modo emocional predominante, durante las veinticuatro horas precedentes a la toma de la información, y no propiamente el síndrome depresivo. Consta de dos conjuntos de listados de adjetivos. El conjunto 1, listas A, B, C, y D, que contienen 32 adjetivos (22 positivos y 10 negativos), y el conjunto 2, Listas E, F, G de 34 adjetivos (22 positivos y 12 negativos). Requiere que el sujeto elija, de entre una relación de adjetivos, aquellos que mejor reflejen su estado de ánimo. Las puntuaciones más altas reflejan un mayor estado de ánimo depresivo (Heiby y García Hurtado, 1994).
 - ✍ La “*Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos*” (CES-D) de Radloff (Radloff, 1977) mide el nivel de depresión y la sintomatología depresiva en población general, centrándose en el componente afectivo, a través de 20 ítems seleccionados de entre otras escalas previamente validadas (MMPI-D, Beck, Zung y la

escala clínica de Spitzer, RDC). Constituye un medio para detectar entre la población general la sintomatología depresiva común (Grucza et al., 2003). Los índices de fiabilidad oscilan entre 0.84 y 0.90 (Radloff, 1977), evidenciando una alta consistencia interna. La validez obtenida a través de las correlaciones entre CES-D y el DACL (Lubin, 1968) y la “Escala de Afecto Negativo” de Bradburn oscila entre 0.50 y 0.70 (Radloff, 1977). Tales índices definen el CES-D como una escala apropiada para utilizarse con población general.

- ✍ La *escala D del MMPI* (Hathaway y McKinley, 1951) está compuesta por 60 ítems diseñados para evaluar la depresión sintomática y asimismo las puntuaciones altas pueden sugerir un fondo caracterizado por falta de autoconfianza, tendencia a preocuparse, estrechez de intereses, e introversión al enfrentarse a una situación crítica (Heiby y García Hurtado, 1994).
- ✍ La *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD) (Zigmong y Snaith, 1983) fue diseñada como instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos. Cumple las siguientes condiciones:
 - (1) No estar contaminada por la sintomatología de la patología física que presenta el paciente.
 - (2) Diferencia claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.

Se utiliza como instrumento de detección o cribado, en caso de puntuar positivo la evaluación se tiene que completar con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p. ej., las escalas de Hamilton). La HAD está constituida por 14 ítems, ninguno referente a síntomas somáticos, agrupados en dos subescalas:

- Subescala de *ansiedad*: centrada en manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación,

inquietud, nervios en el estómago, angustia) y constituida por los ítems impares.

- Subescala de *depresión*: centrada en la anhedonia (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). La componen los ítems pares.

Aunque su uso más extendido es la forma autoaplicada, uno de sus autores (Snaith, 1987) recomienda que sea heteroaplicada. La escala está adaptada y validada al español (Caro e Ibáñez, 1992).

✍ Por último, la *“Escala Diagnóstica de la Depresión”* (IDD) (Zimmerman et al., 1986) consta de 22 ítems, e incluye algunos específicos para diagnosticar la melancolía y la depresión endógena, siendo un buen instrumento para medir los diferentes grados de severidad de la depresión, así como los cambios clínicos experimentados.

- C) **Las escalas de observación** se emplean para confirmar el diagnóstico de la depresión y seguir su evolución a lo largo del tratamiento. De entre ellas la *“Escala de Hamilton para la Depresión”* (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) (Hamilton, 1960) es la más ampliamente utilizada y proporciona un índice de la severidad de la depresión a través de 17 ítems que versan sobre contenidos cognitivos, conductuales y fisiológicos, asociados a la depresión y sobre otros síntomas psicopatológicos no propiamente depresivos (Heiby y García Hurtado, 1994). Existe una adaptación para administrar como autoaplicada de la que Ramos-Brieva y Cordero Villafáfila (Ramos-Brieva y Cordero Villafáfila, 1986) hicieron una versión en castellano. Las versiones de 6, 17 y 21 ítems de la HDRS en español, discriminan a los grupos de pacientes según su gravedad clínica, presentando una gran fiabilidad como escala de valoración de la gravedad de la depresión tanto en pacientes en tratamiento ambulatorio (Bobes et al., 2003), como en pacientes deprimidos

hospitalizados (Ramos-Brieva y Cordero, 1986; Ramos-Brieva y Cordero, 1987; Ramos-Brieva y Cordero, 1988).

- ✍ La Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) (Montgomery y Asberg, 1979) consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión; necesita la administración por parte de un clínico que puede utilizar fuentes de información distintas al paciente para asignar la puntuación de los ítems. Presenta la ventaja frente a la HDRS de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque mantiene varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes físicos (Bobes García, 2002).
- ✍ El “*Sistema de Observación Conductual para Pacientes Depresivos*” (De Pablo y Polaino-Lorente, 1987a, 1987b, 1987c, 1987d,) ha demostrado tener una alta y significativa fiabilidad. Centra la observación en tres áreas: conducta no verbal, estructura de la conducta verbal (interés por la interacción personal y social en una situación determinada), y contenido verbal (tasa de pensamientos negativos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, así como sentimientos de culpa, baja autoestima y tristeza) (Heiby y García-Hurtado, 1994).

Las necesidades de estandarización, así como la permanente autoexigencia de una mayor concreción diagnóstica, acreditan los citados cuestionarios como herramientas de fácil manejo, que no requieren un especial adiestramiento para su aplicación y que, en pocos minutos, nos indican la patología del enfermo con una sistemática evaluatoria, nos ayudan al diagnóstico diferencial y en el pronóstico, valorando la severidad del proceso (Duch Campodarbe et al., 1999).

A la hora de escoger el más apropiado hay que tener en cuenta los criterios de especificidad y sensibilidad, tener acreditada su validez y estar homologado transculturalmente (Patrick y Erickson, 1993).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*, 4ª edición (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994), un episodio de depresión mayor debe cumplir varios criterios. Según este manual, la depresión mayor (unipolar) es definida a través de cinco de los siguientes nueve síntomas, cuando éstos se presentan al menos durante un período de dos semanas, y representan un cambio respecto a la conducta previa:

- 1) estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días;
- 2) notable disminución del placer o interés en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días;
- 3) aumento o pérdida significativa de peso sin seguir ningún régimen, o disminución o aumento del apetito casi todos los días;
- 4) insomnio o hipersomnio casi todos los días;
- 5) agitación o retraso psicomotores casi todos los días;
- 6) fatiga o pérdida de energía casi todos los días;
- 7) sentimientos de inutilidad excesivos o inadecuados de culpabilidad casi todos los días;
- 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días;
- 9) ideas de muerte recurrentes, ideas de suicidio recurrentes, con o sin un plan específico, o intento de suicidio.

Estas conductas depresivas han demostrado ser susceptibles de evaluación bastante precisa mediante entrevistas estructuradas, observación directa y autoinformes.

2. El GHQ-28 como instrumento de medida de la salud mental

Basándose en el *Cornell Medical Index* (Brodman et al., 1949), el trabajo de Abrahamson et al. (Abrahamson et al., 1965) y el de Veroff et al. (Veroff et al., 1962), David Goldberg desarrolló, en 1972, el cuestionario GHQ (General Health Questionnaire), concebido como método de identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico de los no especialistas en psiquiatría.

En su formato original constaba de 93 ítems. A partir de él, se han ido generando versiones más cortas - GHQ-60, GHQ-30, GHQ-28, GHQ-12 -. En 1979, Goldberg y Hillier diseñaron un nuevo modelo “escalado” de 28 ítems - GHQ-28 - compuesto por cuatro subescalas. En los últimos años, el GHQ se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos dentro de las técnicas de *screening* para estudios epidemiológicos psiquiátricos; de hecho sus diferentes modalidades han sido traducidas al menos a 38 idiomas y se han publicado más de 50 estudios de validez (Goldberg y Williams, 1996).

En España, se han validado y utilizado diferentes versiones: la de 60 ítems (Muñoz et al., 1978, Muñoz et al., 1979; Vázquez-Barquero et al., 1986), la de 30 ítems (Lobo y Gimeno Aznar, 1981) y la de 12 ítems (Muñoz et al., 1995). Sin embargo, el más difundido en nuestro país ha sido el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo (Lobo et al., 1986) y es el que nosotros hemos usado en nuestro estudio.

El GHQ-28, es un test de screening autoadministrado, que puede, por tanto, ser valorado por no especialistas. Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los

rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos:

1. La incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones “saludables” normales.
2. La aparición de nuevos fenómenos del tipo del malestar psíquico (*distress*).

El GHQ-28 detecta trastornos de al menos 2 semanas de duración, y es sensible a trastornos muy transitorios, que pueden remitir sin tratamiento. Originalmente no pretendía detectar psicosis funcionales como la esquizofrenia o la depresión psicótica (Goldberg, 1967; Goldberg, 1972), pero la experiencia posterior demostró que frecuentemente esos trastornos eran detectados.

El GHQ-28 presenta las siguientes características:

- ✍ Fácil administración
- ✍ Aceptable para los encuestados
- ✍ Bastante corto
- ✍ Objetivo

El GHQ-28 trata de descubrir aquellas características que distinguen a los pacientes con trastornos psíquicos, como clase de individuos, de los individuos de la población general, que se consideran sanos a sí mismos. El propósito del GHQ-28 era detectar formas de trastorno psíquico con relevancia en la práctica médica y, por tanto, se centra en los componentes psicológicos de una mala salud. El GHQ-28 está específicamente destinado a diferenciar entre malestar y salud psicológica.

En resumen, el GHQ-28 al igual que otros cuestionarios de “screening”, no establece un diagnóstico clínico; si se necesita éste, se debe emplear una estrategia en dos fases. La mayor parte de los cuestionarios

psiquiátricos de screening cumplen su cometido, y su éxito depende de la voluntad de los individuos examinados para reflejar sus experiencias en un test de papel y lápiz. Las ventajas adicionales que posee el GHQ-28 se deben probablemente a la cuidadosa selección de ítems y a la forma insólita de la escala de respuestas del GHQ-28; otra ventaja del GHQ-28 es que está muy extendido, de forma que pueden compararse los resultados con los obtenidos en otros lugares.

La mayoría de las críticas sobre el GHQ-28 han incidido sobre las limitaciones que impone el diseño del mismo (Benjamín et al., 1982). Goldberg desarrolló el GHQ-28 para monitorizar el cambio reciente que habían experimentado los pacientes en su sintomatología, no para medir el nivel absoluto de la misma. Si una persona presenta un síntoma desde hace tiempo y éste no se ha modificado durante las últimas semanas, su respuesta será “no más de lo habitual” y no identificará este como problemático. Este problema se puede obviar parcialmente utilizando la puntuación CGHQ para corregir el cuestionario. El GHQ-28, por tanto, no sirve para establecer un diagnóstico clínico.

Las puntuaciones del GHQ-28 se pueden interpretar de tres formas:

1. Medida de la *gravedad del trastorno psíquico*.
2. *Estimar la prevalencia de trastorno psíquico*.
3. *Indicador de morbilidad*. Considerando la proporción de sujetos con altas puntuaciones un indicador de trastorno psíquico.

La descripción detallada de esta escala se presentará en la sección de métodos de esta memoria.

2.1. Prevalencia de los trastornos de la salud mental

Los problemas relacionados con la salud mental representan hoy en día una de las principales causas de morbilidad en la población en general.

A nivel mundial, una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales o neurológicos en algún momento de su vida. Actualmente, unos 450 millones de personas padecen alguna dolencia de ese tipo, convirtiéndola en una de las principales causas de mala salud y discapacidad en todo el mundo (Torres de Galvis, 1999; WHO, 2001) La ausencia de programas de intervención hace que estén aumentando, a esto se le une el aumento en la expectativa de vida, la intensificación del estrés, la crisis de la familia y la falta de soporte social (Torres de Galvis, 1999).

Los pobres soportan a menudo una carga más importante de enfermedades mentales, tanto por el mayor riesgo de sufrir cualquiera de esas enfermedades como por su menor acceso a los tratamientos.

En un estudio realizado en población gallega mayor de 16 años, se estimó que más de un 25% de la población presentaba trastornos mentales, situándose en el umbral superior de la prevalencia descrita para los países occidentales (Mateos Álvarez y Rodríguez López, 1993). Similar prevalencia se obtuvo en la población general de la isla de Formentera, 21,4% (Roca et al., 1999).

La morbilidad psiquiátrica emerge como una de las principales causas de utilización de los recursos en Atención Primaria en ambos sexos (Vázquez Barquero et al., 1990) convirtiéndose en el problema de salud más importante en la actualidad (Vázquez Barquero et al., 1997; Liu et al., 2002).

La prevalencia de enfermedad mental detectada mediante el GHQ-28 en atención primaria en Cantabria (España) fue del 33,2% (Vázquez Barquero et al., 1997). Sin embargo, la obtenida en un centro de atención primaria rural de Granada fue del 28,6% (Martín Pérez et al., 2003).

Un estudio sobre población adulta en Finlandia obtuvo una prevalencia del 9,9% de enfermedad mental en la población comprendida entre 30 y 80 años (Lehtinen et al., 1990).

La prevalencia de morbilidad psiquiátrica encontrada en centros salud en Taiwan ha sido de 38,2% (Liu et al., 2002). La prevalencia de enfermedad mental hallada con el GHQ en un estudio piloto en Taiwán fue del 26% con una mayor morbilidad en mujeres que en hombres (Cheng, 1985) y en una zona rural de Etiopía sobre población adulta encontró una prevalencia del 17,2% de enfermedades mentales (Safari et al., 1991)

Las enfermedades mentales son las que generan el mayor número de días de baja entre el profesorado de enseñanza pública, con un 20% del total, según un informe sobre la incapacidad laboral en el sector educativo durante 1998, elaborado por la sección de Riesgos Laborales del departamento de Educación (Ruíz de la Cuesta, 1999).

2.2. Factores asociados a los trastornos de la salud mental

Sexo

Las mujeres presentan mayor riesgo de padecer trastornos mentales (Finlay-Jones y Burvill, 1977; Cheng, 1988; Cheng, 1989; Vázquez-Barquero et al., 1991; Vázquez-Barquero et al., 1992; Liu et al., 2002; Kessler 2003). Según un estudio sobre mujeres dentro de la población general en Cantabria, la prevalencia de trastorno psiquiátrico era del 26,4% (Santiago Díaz et al., 1994), valor algo inferior al obtenido en un centro de salud rural donde la prevalencia en mujeres alcanza el 34,4% frente al 22,6% de los hombres (Martín Pérez et al., 2003). Estos valores son muy similares a los obtenidos en un estudio sobre población general en Méjico donde la prevalencia de trastorno mental en mujeres es del 36% frente al 26% de los hombres (Medina-Mora et al., 1985). Igual fenómeno se observó en Camberwell con diferencia entre hombres y mujeres.

La variación de morbilidad psiquiátrica entre hombres y mujeres también se da en zonas rurales, en una comunidad rural India se obtuvo una morbilidad en hombres del 8,7 al 7,6% y en mujeres era superior, entre el 14,7 y 13,8% (Nandi et al., 2000).

Estado civil

El riesgo de enfermedad mental está asociado con el estado civil y clase social en hombres (Lehtinen et al., 1990; Stansfeld et al., 1991), siendo los viudos y divorciados los que presentan mayor prevalencia de enfermedad mental (Stansfeld et al., 1991). Sin embargo, eventos como la boda y la maternidad parecen estar asociados con un elevado riesgo de depresión en

mujeres (Hirschfeld y Cross, 1982; Paykel, 1991). Las mujeres casadas presentan mayor prevalencia de depresión que los hombres casados (Lucht et al., 2003).

Edad

La edad también es un factor de riesgo en los trastornos mentales. Se ha comprobado que la prevalencia de estas enfermedades aumenta con la edad sin discriminar entre sexos (González de Rivera et al., 1991; Roca et al., 1999).

Grupo étnico

La prevalencia de los trastornos del estado de ánimo no varía entre los diferentes grupos étnicos (Kaplan et al., 1996).

Eventos sociales

Existe una clara relación entre el estrés psicosocial y enfermedades mentales (Safari et al., 1991; Villaverde Ruíz et al., 2000). Aproximadamente el 33% de la morbilidad psiquiátrica se puede atribuir a los eventos amenazantes de la vida (Bebbington et al., 1998).

Factores sociales

Los emigrantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales (Finlay-Jones y Burvill, 1977) debido a la

ausencia de redes sociales de apoyo, al igual que las personas desempleadas (Cheng, 1989; Jenkins et al., 1997; Liu et al., 2002). Los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles se asocian a mayores tasas de problemas de salud mental. En las zonas rurales es frecuente el aislamiento, la carencia de transportes y comunicaciones, y la escasez de oportunidades educativas y económicas, lo que lleva a una mayor incidencia de los trastornos mentales, y que las tasas de depresión en las mujeres son superiores al doble de las estimadas para la población general femenina (Hauenstein y Boyd, 1994). El estado social también es un factor de riesgo en los trastornos mentales (Cheng, 1988; Romans-Clarkson et al., 1990), aquí el efecto presenta un gradiente inverso, a menor estrato mayor prevalencia (Torres de Galvis et al., 1993). El bajo nivel educativo del cabeza de familia también supone un factor de riesgo de los trastornos mentales ((Medina-Mora et al., 1985).

CAUSAS

Según un estudio elaborado por el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona, los factores de riesgo en la aparición de las enfermedades mentales son diferentes en el profesorado de secundaria y en el de primaria o infantil. El estudio menciona cuatro niveles de riesgo en el profesorado (Ruíz de la Cuesta, 1999):

- ✍ Comportamiento del alumnado
- ✍ Insuficiencia de recursos y de tiempo
- ✍ Falta de reconocimiento profesional
- ✍ Malas relaciones sociales

En *primaria*, los factores de riesgo se centran en la complejidad en la atención del alumnado con ritmos de aprendizaje diferentes, seguido de la delegación de problemas y conflictos que corresponden a familias y otros

sectores, a lo que se une el exceso de horario lectivo y la falta de disciplina (Ruíz de la Cuesta, 1999).

En *secundaria* las causas se centran en la desmotivación del alumnado, en la falta de colaboración entre compañeros docentes, en los problemas de disciplina y en la incertidumbre sobre los resultados de su trabajo (Ruíz de la Cuesta, 1999).

3. El CES-D como instrumento de medida de trastornos depresivos

En la actualidad, se cuenta con una buena cantidad de instrumentos psicológicos y psiquiátricos para evaluar la depresión, que han sido validados y utilizados extensamente en poblaciones diversas como se ha expuesto anteriormente. Sin embargo, el empleado con mayor frecuencia en la investigación es, sin duda alguna, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977).

El CES-D, como hemos mencionado anteriormente, fue desarrollado por Radloff en 1977 con el fin de estudiar los síntomas depresivos en la población general. No es una escala destinada a la evaluación de la severidad de cuadros depresivos ni una herramienta diagnóstica, sino un instrumento de screening orientado a la detección de casos (American Psychiatric Association, 2000), con rendimientos similares a los de otras escalas de este tipo (Escala de Depresión de Zung, Beck Depression Inventory) (Mulrow et al., 1995; Williams et al., 2002). El énfasis de la escala recae en el componente afectivo o estado de ánimo del síndrome depresivo. La presencia de patología psiquiátrica no depresiva (trastorno de ansiedad, abuso de drogas, fobias, pánico, trastornos de somatización), aumenta el número de falsos positivos (Boyd et al., 1982).

Es un cuestionario de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Beck Depression Inventory, Escala de Raskin, etc.), se centran fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la

sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático (Radloff, 1977).

El CES-D se ha adaptado en diversos países (Iwata y Roberts, 1996; Cheung y Bagley, 1998) y para grupos de edades diferentes (Oltman et al., 1980; Radloff, 1991; Zunzunegui et al., 1998). En nuestro medio ha sido traducido y validado (Soler et al., 1997) sobre población clínica, por lo que no disponemos de estudios de validación en población general.

Esta escala se ha utilizado en estudios comunitarios tanto en los Estados Unidos, como en otros países. En la mayoría de los estudios se ha confirmado que el CES-D cuenta con las características psicométricas necesarias, de tal manera que puede aplicarse prácticamente a cualquier población (Weissman, 1977; Roberts, 1980; Clark et al., 1981; Roberts y Vernon, 1983). Sin embargo, en otros estudios se han encontrado variaciones en la estructura factorial de la escala, que dependen de las características de la muestra, tales como: sexo, estado civil, país de origen y etnia (Breslau, 1985; García y Marks, 1989; Golding y Aneshensel, 1989; Guarnaccia et al., 1989; Stroup-Benham et al., 1992).

Aunque generalmente se ha propuesto una estructura de cuatro factores para el CES-D (afecto depresivo, afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales) (Krause, 1985; Salgado-de Snyder y Maldonado, 1994; Knight et al., 1997; Calvete Zumalde y Cardeñoso Ramírez, 1999), diversos estudios obtienen resultados dispares. Por ejemplo en algunos casos se encuentran menos factores (Iwata y Roberts, 1996; Cheung y Bagley, 1998) y con frecuencia se identifican ítems con pesos muy bajos. Esto ha llevado a desarrollar versiones reducidas de la escala en las que se eliminan los ítems con problemas psicométricos (Stommel et al., 1993; Andresen et al., 1994; Callahan y Wolinsky, 1994)

como la versión abreviada de 10 ítems, con respuesta dicotómica (presente/ausente) (Kohout et al., 1993), no validada en nuestro país.

En la sección de métodos de esta memoria, describiremos detalladamente esta escala.

3.1. Prevalencia de los trastornos depresivos

Los trastornos depresivos son la cuarta causa más importante en la carga mundial de morbilidad, y se prevé que para 2020 figurarán en el segundo puesto, por detrás de la cardiopatía isquémica, pero por delante de todas las demás enfermedades.

Los síntomas depresivos afectan a casi un tercio de la población. La depresión mayor afecta al 1,98% de las mujeres y al 1,1% de los varones, la distimia es diagnosticada en el 3-6% de las personas.

El trastorno depresivo mayor es un trastorno común, con una prevalencia estimada del 15% aumentando en las mujeres hasta el 25% (Kaplan et al., 1996).

Los estudios demuestran que, en un solo año, una de cada siete personas adultas en los Estados Unidos padece un trastorno anímico, el 7% en Brasil, casi el 1% en Alemania y el 4,2% en Turquía. En los Estados Unidos se observó que el 5% de los niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 9 y los 17 años padecían depresión (salud@indalis.es; Doris et al., 2000).

Varios estudios en España apuntan a que la depresión afecta entre el 10 y el 15% de la población, es decir, más de cuatro millones de personas. En el libro blanco sobre el Coste social de los trastornos de salud mental en España, publicado junto con la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, la depresión supone el 30,5% de los recursos que se destinan a la salud mental (salud@indalis.es).

La prevalencia de la sintomatología depresiva en los estudios comunitarios, es superior a la de la depresión clínica. La mayoría de los miembros de una comunidad dada, presenta uno o dos síntomas depresivos en algún momento, y sólo entre el 9 y el 20 por ciento de la población manifiesta los suficientes síntomas que los sitúen en los grupos de “alto riesgo” de padecer una depresión clínica (Myers y Weissman, 1980; Boyd y Weissman, 1981).

3.2. Factores asociados al trastorno depresivo

Sexo

En diversos estudios comunitarios se ha comprobado que el sexo es un factor de riesgo en los trastornos depresivos (Daradkeh et al., 2002). El trastorno depresivo mayor tiene una prevalencia dos veces mayor entre las mujeres (Kaplan et al., 1996; Torres de Galvis, 1999; Doris et al., 2000).

Edad

La edad media de inicio del trastorno depresivo mayor está alrededor de los 40 años; el 50% de los pacientes inician el trastorno entre los 20 y los 50 años, con menos frecuencia puede aparecer en la infancia o en la vejez. Debido al consumo de alcohol y otras sustancias la incidencia del trastorno depresivo mayor se está incrementando en las personas menores de 20 años (Kaplan et al., 1996).

Estado civil

Las personas separadas, divorciadas o que no tienen relaciones interpersonales íntimas presentan con mayor frecuencia el trastorno depresivo mayor (Kaplan et al., 1996).

4. Personalidad y salud mental

Una de las variables que hemos tenido en cuenta a la hora de enfocar el trabajo ha sido la personalidad debido a la gran repercusión que puede tener sobre la salud mental.

Desde que surgieron las enfermedades mentales se ha considerado a la personalidad parte integrante de las causas de la misma. Sullivan afirmó que “la enfermedad mental debe considerarse como resultado de la personalidad referente a la demanda de la situación personal” (Sullivan, 1949; Gunderson et al., 1999). La interacción entre personalidad y enfermedad mental, la posibilidad de una relación “causa-efecto”, compone gran parte de la literatura psiquiátrica.

La complejidad de la personalidad hace que no pueda entenderse como una “Unidad” sino como un conjunto coherente y dinámico, una red de determinaciones psíquicas heterogéneas. Por mucho que influya la genética o el ambiente, la persona termina por conformar su propia personalidad (Mateos Agut y De la Gándara, 2001).

Robert C. Cloninger (Cloninger et al, 1993) y sus colaboradores han desarrollado un modelo psicobiológico de la personalidad que intenta integrar el substrato biológico de la personalidad, los elementos sobreañadidos durante el desarrollo y la experiencia sociocultural. Intenta superar la dicotomía existente entre las descripciones dimensionales y categóricas de la personalidad, desarrollando una “*teoría biosocial unificada de la personalidad*”. El fin de esto, es distinguir la personalidad normal de la patológica además de describir la personalidad normal.

Cloninger, en desacuerdo con los modelos explicativos existentes de la personalidad, desarrolló un modelo psicobiológico de la personalidad que

se ajusta a la hipótesis causal: “la estructura fenotípica de la personalidad difiere de la estructura biogenética subyacente porque la variación conductual observada es el resultado de la interacción de influencias genéticas y medioambientales”. Para ello, rescató los conceptos de *temperamento* y *carácter*.

TEMPERAMENTO

Es la predisposición con la que nacemos, regulado por factores constitucionales. Son los aspectos de la personalidad que:

1. Están ligados a sistemas neurobiológicos, heredables moderadamente.
2. Se manifiestan precozmente en la vida.
3. Se mantienen estables a lo largo de la vida y no están influidos por el ambiente social.
4. Implica las respuestas automáticas a estímulos emocionales determinando:
 - hábitos
 - emociones
 - reacciones automáticas a la experiencia
5. Están basados en los principios de condicionamiento de la conducta.

Cloninger propone que la estructura del temperamento es un sistema complejo, organizado jerárquicamente y compuesto por cuatro subsistemas estables (Cloninger et al., 1993):

- **Búsqueda de Novedad (NS)**: inclinación heredable hacia una intensa excitación como respuesta a estímulos que indican potenciales recompensas o alivio del dolor. Como consecuencia, aparecen conductas exploratorias con el fin de alcanzar posibles premios y evitar la monotonía o los posibles castigos.

*Puntuaciones **bajas*** indicarían: Escasa actividad exploratoria en respuesta a la novedad, tendencia al orden y a la frugalidad, actitud reflexiva ante la toma de decisiones, capacidad de diferir la obtención del premio, duración de los sentimientos de enfado y tolerancia a la frustración.

*Puntuaciones **altas*** indicarían: Actividad exploratoria en respuesta a la novedad, curiosidad, se aburren fácilmente, toma impulsiva de decisiones, acercamiento rápido a las señales de premio, desaparición rápida de la cólera y evitación activa de la frustración.

La Búsqueda de Novedad está relacionada con los sistemas de activación y posiblemente regulada por la dopamina (Cloninger, 1987). Presenta cuatro subescalas que nos ayudan a la caracterización de la personalidad:

- **NS1**: Rigidez estoica vs Excitabilidad exploratoria. Afrontamiento de situaciones vitales desde posturas conservadoras frente a búsqueda de sensaciones explorando situaciones y lugares poco familiares.
 - **NS2**: Reflexión vs Impulsividad. Valoración de situaciones sin precipitación y sopesando los pros y los contras frente a la toma de decisiones de forma intuitiva, guiada por las emociones o estados de ánimos del momento.
 - **NS3**: Reserva vs Extravagancia. Ahorrador y meticuloso con el dinero frente a vividor y derrochador.
 - **NS4**: Reglamentación estricta vs Desorden. Establecer reglas para vivir de forma ordenada y meticulosa frente a la ausencia de normas y capacidad de improvisación.
- **Evitación del Daño (HA)**: Implica una inclinación heredable a responder intensamente a las señales de estímulos aversivos, aprendiendo así a inhibir la respuesta con la finalidad de evitar el castigo.

*Puntuaciones **bajas*** indicarían: Comportamiento desinhibido, descuidado, actitud optimista ante el futuro, acercamiento confiado, ausencia de necesidad de seguridad, infravaloración del peligro, actitud abierta y extrovertida y el mantenimiento de las conductas.

Puntuaciones altas indicarían: La inhibición o supresión de conductas, cuidado pesimista, cautela, anticipación de problemas futuros, conductas de evitación pasiva, miedo a la incertidumbre, timidez ante los extraños y fatigabilidad rápida.

Relacionada con los sistemas de inhibición, la Evitación del Daño está regulada por la serotonina (Cloninger, 1987). Las subescalas son las siguientes:

- **HA1:** Optimismo vs Ansiedad anticipatoria y pesimismo. Confianza en el futuro y en que “todo irá bien” frente a la preocupación excesiva y dificultad para reponerse de situaciones humillantes.
 - **HA2:** Confianza vs Miedo a la incertidumbre. Gusto por el riesgo y el peligro frente a la preocupación ante situaciones nuevas.
 - **HA3:** Gregarismo vs Timidez. Confianza y relajación en la mayoría de las situaciones frente a falta de seguridad y timidez.
 - **HA4:** Vigor vs Fatigabilidad. Enérgico y confiado frente a cansancio y recuperación lenta de las tensiones.
-
- **Dependencia de la Recompensa (RD):** Inclinação heredable a responder intensamente a los signos de recompensa y a mantener o resistir la extinción de la conducta que ha sido previamente asociada con premios o con la evitación de castigos. Está relacionada con los sistemas de mantenimiento de la conducta.

Puntuaciones bajas indican: estabilidad emocional, poca influencia de la presión social, independencia, actitud práctica ante la vida, disfrute de la soledad.

Puntuaciones altas indican: sentimentalismo, dependencia social, dependencia de los otros, sensibilidad y calidez.

La Dependencia de la Recompensa está en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta. Aunque no existen

fundamentos biológicos claros parece estar regulada por la noradrenalina (Cloninger, 1987). Está constituida por tres subescalas:

- **RD1:** Insensibilidad vs Sentimentalidad. Importancia de ser práctico e insensible con la gente frente a la comprensión y calidez hacia los demás.
 - **RD3:** Desapego vs Apego. Soledad y desinterés por las relaciones sociales frente a establecer vínculos duraderos, íntimos y afectuosos.
 - **RD4:** Independencia vs Dependencia. Individualismo, autosuficiencia frente a la ayuda y preocupación hacia los demás.
- **Persistencia (PE):** En un principio se pensó que era una subescala de la dimensión Dependencia de la Recompensa, pero al comprobar que no se correlacionaba con algunos componentes de la escala como el sentimentalismo, dependencia social y dependencia de la aprobación surgió en el desarrollo del TCI como una dimensión independiente.

Puntuaciones bajas indican: falta de perseverancia en la conducta como respuesta a la frustración y fatiga, inestabilidad e indolencia.

Puntuaciones altas indican: perseverancia en la conducta a pesar de la frustración y fatiga, impaciencia, ambición y perfeccionismo, son trabajadores.

Está en relación con los sistemas de mantenimiento de la conducta pudiendo estar regulada por la noradrenalina (Cloninger, 1987) y sólo presenta una subescala:

- **RD2:** Falta de persistencia vs Persistencia. Pocos deseos de superación frente a la búsqueda constante de nuevos logros.

CARÁCTER

El carácter hace referencia a los autoconceptos que influyen en nuestras intenciones y actitudes, es lo que hacemos con nosotros mismos de manera intencional y básicamente se produce por la socialización. Se desarrolla por medio del aprendizaje introspectivo o por la reorganización de los autoconceptos. Las dimensiones del carácter se heredan en una medida muy escasa, están influidas por el ambiente sociocultural, y en particular por el ambiente familiar y sus dimensiones se afianzan con el desarrollo y la relación con el entorno.

Las dimensiones del carácter son (Cloninger et al., 1993):

- **Autodirección (SD)**: mide la habilidad de un individuo para controlar, regular y adaptar su conducta, ajustándose a una situación de acuerdo con unas metas y valores escogidos individualmente.

Las personas que presentan una *puntuación baja* presentan sentimientos de inferioridad, baja autoestima, culpan a otros de sus problemas, tienen dudas sobre su identidad o propósitos y son inmaduros o con características “infantiles”.

En cambio, los individuos con *puntuaciones altas* son líderes maduros, eficaces y bien organizados, con autoestima, capaces de admitir faltas y aceptar lo que son, sienten que su vida tiene un significado y un propósito, capaces de demorar su satisfacción para lograr sus metas y muestran iniciativa superando los desafíos.

Esta dimensión se presenta en varias fases que se corresponden con las siguientes subescalas:

- **SD1**: Proyección de la culpa vs Responsabilidad. Influencia de los demás y de las circunstancias frente a la libertad de poder

elegir. Esta subescala hace referencia a la aceptación de la responsabilidad sobre las propias elecciones y actos.

- **SD2:** Ausencia de Metas vs Determinación. Reacción ante las circunstancias y necesidades del momento frente a la consecución de unos objetivos marcados.

- **SD3:** Inercia vs Con recursos. Necesidad de un líder frente al desarrollo de habilidades y resolución de problemas.

- **SD4:** Competición vs Autoaceptación. Lucha constante por ser el mejor frente a la autoestima y la aceptación de las propias limitaciones.

- **SD5:** Malos Hábitos vs Hábitos congruentes. Escasa aceptación debido a las imperfecciones frente a la confianza en las capacidades aprendidas.

Una puntuación baja en autodirección es la característica común de todas las categorías de los trastornos de personalidad. Si el sujeto puntúa bajo en autodirección es probable que presente trastorno de personalidad y viceversa.

- **Cooperación (TC):** Mide las diferencias individuales en la capacidad de aceptar e identificarse con otras personas.

Los individuos no cooperativos se describen como: socialmente intolerantes, desinteresados por las otras personas que no tienden a ayudar y son vengativos.

Por el contrario, los individuos cooperativos son: socialmente tolerantes, empáticos, útiles y compasivos.

La cooperación puede formularse como un proceso de desarrollo compuesto por varias fases:

- **TC1:** Intolerancia social vs Aceptación social. Impaciencia con argumentos opuestos frente facilidad de aceptación y aprendizaje de otros.

- **TC2:** Insensibilidad vs Empatía. Incomprensión hacia las personas frente a la identificación con los demás.
- **TC3:** Egoísmo vs Tendencia a ayudar. Ganancia personal frente a compartir y cooperar.
- **TC4:** Venganza vs Compasión. Mezquindad frente a amabilidad y perdón.
- **TC5:** Oportunismo vs Con principios. Falta de honestidad frente a dignidad y respeto.

Todas las categorías de los trastornos de personalidad se correlacionan con puntuaciones bajas en Cooperación.

- **Autotrascendencia (ST):** Es la identificación del individuo como un todo, “conciencia de unidad” donde no existe ningún Yo individual. Las personas que tienen un concepto trascendente de la vida y meditan tienen una mayor satisfacción en la vida, una comunicación sexual más frecuente y una mayor efectividad personal, que va desarrollándose a lo largo de la maduración.

Las subescalas de la autotrascendencia se basan en experiencias básicas y conductas descritas en un amplio espectro de personas y culturas:

- **ST1:** Cohibición vs Abstracción. Razonamientos lógicos frente a confianza en los sentimientos y pérdida de la noción del tiempo.
- **ST2:** Autodiferenciación vs Identificación transpersonal. Individualidad frente a conexión espiritual y emocional.
- **ST3:** Materialismo racional vs Espiritualidad. Casualidad frente a los milagros.

Las dimensiones del temperamento definen el tipo de trastorno de personalidad y las del carácter nos permiten definir si existe ausencia o presencia de algún tipo de trastorno de la personalidad.

5. Trabajo y salud mental

El trabajo puede ser el causante y mantenedor de una mala salud mental.

Los principales tipos de trastornos de la salud mental que pueden asociarse al trabajo son: los trastornos del estado de ánimo y del afecto (p. ej., insatisfacción), el agotamiento, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), las psicosis, los trastornos cognitivos y el abuso de sustancias psicoactivas.

Como hemos referido anteriormente, la salud mental, al igual que el estrés, se define por (Houtman y Kompier, 1995):

- ✍ Un *estado*: por ejemplo, un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos o negativos.
- ✍ Un *proceso* indicativo de una conducta de afrontamiento: por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía.
- ✍ El *resultado* de un proceso: un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, no necesariamente intenso.

La salud mental también puede asociarse a:

- ✍ *Características de la persona* como los “estilos de afrontamiento”: la competencia (incluidos el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la autoeficacia) y la aspiración son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno, participa en actividades motivadoras y busca su propia proyección por medios personalmente significativos.

Existen diferentes modelos que permiten identificar a los precursores de la mala salud mental denominados “factores estresantes”. Los modelos difieren en su ámbito y también en el número de dimensiones estresantes identificadas:

- I. Modelo de Karasek (Karasek y Theorell, 1990), que describe sólo tres dimensiones:
 1. demandas psicológicas
 2. amplitud del margen de toma de decisiones (que abarca la discreción respecto al uso de las destrezas y la autoridad de decisión)
 3. y el apoyo social.
- II. Modelo de Warr (Warr, 1994), es más elaborado y posee nueve dimensiones:
 - 1 oportunidad de control (autoridad de decisión)
 - 2 posibilidad para el uso de habilidades (discreción respecto al uso de las destrezas)
 - 3 objetivos generados externamente (demandas cuantitativas y cualitativas)
 - 4 variedad
 - 5 claridad ambiental (información acerca de las consecuencias del comportamiento, disponibilidad de retroinformación, información sobre el futuro, información sobre el comportamiento exigido)
 - 6 disponibilidad de dinero,
 - 7 seguridad física (escaso riesgo físico, ausencia de peligro)
 - 8 posibilidad de contacto interpersonal (requisito previo para el apoyo social)
 - 9 posición social valorada (valoración de la posición social desde las perspectivas culturales y por terceros, evaluaciones personales de la importancia).

En definitiva, los precursores de la (mala) salud mental son, en general, de carácter psicosocial y guardan relación con el contenido del trabajo, así como con las condiciones de trabajo y de empleo y con las relaciones (formales e informales) en el trabajo.

Los factores de riesgo ambientales de la (mala) salud mental suelen provocar efectos a corto plazo, como cambios del estado de ánimo y del afecto del tipo de sentimientos de placer o entusiasmo o un estado de ánimo depresivo. Estos cambios van a menudo acompañados de cambios de comportamiento (Houtman y Kompier, 1995).

Las características de la persona pueden interactuar con factores psicosociales de riesgo en el trabajo y exacerbar o amortiguar sus efectos. La capacidad (percibida) de afrontamiento puede no sólo moderar o mediar los efectos de los factores de riesgo ambientales, sin también determinar la evaluación por el individuo de dichos factores.

En la investigación sobre la salud mental en el trabajo se ha prestado especial atención al bienestar afectivo: factores como la satisfacción en el trabajo, los estados de ánimo depresivos y la ansiedad. Los trastornos mentales más crónicos, secundarios a la exposición prolongada a factores estresantes y relacionados también, en mayor o menor medida, con trastornos de la personalidad, tienen una prevalencia menor en la población activa, debido a que éstas personas suelen tener grandes dificultades para conservar su empleo, y muchas de ellas están de baja o han abandonado su puesto de trabajo durante períodos muy largos (1 año), o incluso de forma permanente (Houtman y Kompier, 1995).

Son muchas las personas que abandonan su empleo por problemas de salud mental. En los Países Bajos, la tercera parte de los trabajadores

diagnosticados cada año de incapacidad laboral están relacionados con la salud mental, y la mayor parte de este grupo, el 58 %, se consideran relacionados con el trabajo (Gründemann et al., 1991). Según el *Health and Safety Executive Booklet*, entre el 30 y el 40 % del absentismo por enfermedad en el Reino Unido puede atribuirse a alguna forma de enfermedad mental (Ross, 1989; O'Leary, 1993).

Grupos profesionales con riesgo para la salud mental

En las profesiones con elevados ritmos de trabajo y/o baja discreción respecto al uso de las destrezas, el riesgo de trastorno mental es máximo. En los Países Bajos, los que pertenecen al sector servicios, como el personal sanitario y los maestros, así como los empleados de limpieza, amas de casa y trabajadores del transporte, son los sectores que parecen más proclives a abandonar por motivos de salud mental (Gründemann et al., 1991). En los Estados Unidos aparecen los empleados judiciales y administrativos y los maestros (Eaton et al., 1990).

DEPRESIÓN

La depresión es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental en el trabajo, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener en el lugar de trabajo, sino también al papel que el lugar de trabajo puede desempeñar como agente etiológico del trastorno (Lasser y Kahn, 2001). La variedad de síntomas depresivos es enorme, pudiendo influir negativamente en el lugar de trabajo, ya que puede sentirse incapaz de salir de la cama o estar tan ansiosa que apenas puede permanecer sentada.

Prevalencia: La depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en el lugar de trabajo. Las investigaciones recientes sugieren que, en los países industrializados, la incidencia de depresión ha ido aumentando cada decenio desde 1910, y que la edad a la que las personas tienden a deprimirse ha disminuido con cada generación desde 1940 (Kahn, 1993). Cabe esperar que dos de cada diez trabajadores sufran una depresión en algún momento de su vida, y las mujeres son 1,5 veces más propensas que los varones a desarrollarla.

Etiologías relacionadas con el trabajo: Los problemas de pérdida o riesgo de pérdida del empleo pueden dar lugar a depresión y, en el contexto actual los recortes de plantilla, las fusiones y el continuo cambio de la descripción de los puestos de trabajo son problemas frecuentes en el entorno laboral. Otro resultado del frecuente cambio de las tareas a desempeñar y de la constante introducción de nuevas tecnologías es que el trabajador se siente incompetente o insuficiente. Según la teoría psicodinámica, la depresión se desarrolla a medida que se amplía la distancia entre la autoimagen actual y el “yo ideal” (Lasser y Kahn, 2001).

6. Ansiedad relacionada con el trabajo

En el decenio de 1990, los trastornos por ansiedad mostraron cada vez una mayor prevalencia en los centros de trabajo, tanto que, el *Wall Street Journal* dijo que ese decenio era la “Edad del Angst” laboral (Zachary y Ortega, 1993; Beaton, 2001). La sensación de seguridad laboral de los trabajadores se ha visto minada por los recortes de plantilla, la amenaza a los derechos adquiridos, los despidos, la competencia a nivel mundial, las reestructuraciones, reconversiones, adquisiciones, fusiones y otras fuentes de confusión organizativa, contribuyendo a crear una “ansiedad relacionada con el trabajo” evidente, aunque difícil de medir (Buono y Bowditch, 1989).

Los problemas de estrés profesional y trastornos psicológicos relacionados en el trabajo parecen existir en todo el mundo, pero son pocas las estadísticas que documenten su naturaleza y extensión fuera de Estados Unidos (Cooper y Payne, 1992). Los datos internacionales de que se dispone, casi todos ellos procedentes de países europeos, parecen confirmar los efectos negativos para la salud mental de la inseguridad laboral y de los empleos de gran tensión, similares a los observados en los trabajadores estadounidenses (Karasek y Theorell, 1990).

Definición y diagnóstico de la ansiedad: Los trastornos por ansiedad son uno de los problemas de salud mental más prevalentes, llegando a afectar en algún momento de su vida a cerca del 7 al 15 % de la población adulta de Estados Unidos (Beaton, 2001). Estos trastornos constituyen una familia de procesos que comprenden la agorafobia (temor a los espacios abiertos), las fobias (temores irracionales), el trastorno obsesivo-compulsivo, las crisis de angustia y la ansiedad generalizada. Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición* (DSM IV), de la American Psychiatric Association, los síntomas de trastorno por ansiedad generalizada comprenden “inquietud o sensación de

estar en tensión o al borde de un ataque de nervios”, fatiga, dificultades para concentrarse, tensión muscular excesiva y alteración del sueño (American Psychiatric Association, 1994). El trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por pensamientos persistentes o conductas repetitivas que son excesivas/irrazonables, causan marcado malestar, consumen gran cantidad de tiempo e interfieren en el funcionamiento del individuo. También, según el DSM IV, los ataques de angustia, definidos como períodos breves de miedo o inquietud intensos, no son en realidad trastornos en sí mismos, sino que pueden aparecer en relación con otros trastornos por ansiedad. Técnicamente, el diagnóstico de trastorno por ansiedad sólo puede ser hecho por un profesional de la salud mental debidamente formado y que emplee los criterios diagnósticos aceptados.

Factores de riesgo profesional de los trastornos por ansiedad: La expresión *ansiedad relacionada con el trabajo* implica que hay situaciones, tareas y demandas laborales o factores estresantes profesionales relacionados que se asocian a la instauración o cronicidad de la ansiedad o de sus manifestaciones. Estos factores pueden ser una carga de trabajo abrumadora, el ritmo de trabajo, los plazos y una falta percibida de control personal. El modelo demanda-control predice que los trabajadores que desempeñan tareas con escaso control personal y exposición a elevados niveles de demanda psicológica serían los más expuestos a sufrir problemas de salud mental, incluyendo los trastornos por ansiedad (Karasek y Theorell, 1990). En Estados Unidos se ha asociado las profesiones de gran tensión con una mayor prevalencia de depresión (Eaton et al., 1990).

Los factores de riesgo individuales interactúan con muchos de los profesionales y potencian su influencia en el comienzo, progresión y evolución de los trastornos por ansiedad. Las variables de la personalidad de cada trabajador pueden servir asimismo para atenuar los factores de riesgo profesionales. Por tanto, es preciso tener en cuenta las variables individuales

de la personalidad del trabajador en el contexto de las demandas específicas de su profesión, antes de predecir su probable impacto interactivo en la salud mental del mismo (Beaton, 2001).

7. Estrés en el medio ambiente del trabajo

El *estrés* supone una interacción entre la persona y el medio ambiente de trabajo. “Existe potencial de estrés cuando una situación del entorno se percibe como una demanda que amenaza superar las capacidades y recursos de la persona para satisfacerla, en condiciones en las que él o ella esperan una diferencia sustancial en las recompensas y costes de satisfacer o no esa demanda” (McGrath, 1976). El grado en el que la demanda excede la expectativa percibida y el grado de recompensa diferencial esperado del cumplimiento o no de esa demanda reflejan la magnitud del estrés a que la persona se ve sometida. McGrath sugiere, además, que el estrés puede manifestarse de la siguiente forma: “Valoración cognitiva en la que el estrés experimentado subjetivamente depende de la percepción de la situación por la persona. En esta categoría, en las respuestas emocional, fisiológica y del comportamiento influye significativamente la interpretación que hace la persona de la situación de estrés *objetiva* o *externa*”.

Otro componente del estrés es la experiencia previa del individuo ante una situación similar y su respuesta empírica. A ello se asocia el factor el factor refuerzo, positivo o negativo, los éxitos o fracasos que pueden intervenir para reducir o aumentar, respectivamente, los niveles de estrés subjetivo experimentado.

El agotamiento es una forma de estrés. Es un proceso definido como una sensación de deterioro progresivo con eventual pérdida completa de energía. También va acompañado a menudo por una falta de motivación, un sentimiento que sugiere “ya basta, no más”. Es una sobrecarga que tiende, a lo largo del tiempo, a afectar a las actitudes, al estado de ánimo y a la conducta general (Freudenberger, 1975; Freudenberger y Richelson, 1981).

La evaluación y clasificación destinadas a reducir la posibilidad de agotamiento pueden enfocarse desde los puntos de vista relacionados con los intereses vocacionales, las elecciones o preferencias vocacionales y la características de las personas con preferencias distintas (Holland, 1973).

El estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en Norteamérica y Europa (Sauter et al, 1990). En un estudio realizado en 1991 sobre los Estados miembros de la Unión Europea se llegó a la conclusión de que “la proporción de los trabajadores que se quejan de problemas organizativos, que son especialmente propicios para la aparición del estrés, es superior a la proporción de los que se quejan de problemas físicos” (Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 1992).

Las concepciones contemporáneas de estrés en el trabajo conceptualizan el estrés en términos de la relación entre el trabajo y la persona. El estrés y el riesgo de problemas de salud aparecen cuando las exigencias de trabajo no se ajustan a las necesidades, expectativas o capacidades del trabajador.

Los factores psicosociales relacionados con el trabajo (denominados “estresores”) producen unas reacciones psicológicas, de comportamiento y físicas que pueden acabar por influir en la salud. Como indica la figura 34.1, también intervienen factores individuales y contextuales (los llamados “moderadores del estrés”) que influyen en los efectos de los estresores sobre la salud y el bienestar (Hurrell y Murphy, 1992).

Factores psicosociales, Estrés y Salud

En la terminología técnica, la tensión (inglés stress) es “una fuerza que deforma los cuerpos”. En biología y medicina suele utilizarse el término *estrés* para denominar un proceso corporal, el plan general del cuerpo para adaptarse a todas las influencias, cambios, exigencias y tensiones a que está expuesto tanto físicas como mentales y sociales. El estrés es un estereotipo en las respuestas del cuerpo a influencias, exigencias o presiones. Siempre hay en el cuerpo un cierto nivel de estrés que afecta a la velocidad con que se producen los procesos de desgaste (Levi, 1972).

Principales estresores psicosociales en el trabajo: Lo que causa el estrés es un deficiente “ajuste persona-entorno”, objetiva o subjetivamente, en el trabajo o en otros lugares y en interacción con factores genéticos. Los principales factores situacionales que dan lugar a “desajustes” pueden clasificarse de la siguiente manera:

Sobrecarga cuantitativa. Demasiado que hacer, presión de tiempo y flujo de trabajo repetitivo.

Insuficiente carga cualitativa. Contenido demasiado limitado y monótono, falta de variación en el estímulo, falta de demandas a la creatividad o a la solución de problemas, y escasas oportunidades de interacción social.

Conflictos de roles. Todo el mundo tiene asignados varios roles a la vez. Somos los superiores de unos y los subordinados de otros.

Falta de control sobre la situación personal. Es otra persona la que decide qué es lo que hay que hacer, cuándo y cómo.

Falta de apoyo social en casa y por parte del jefe o de los compañeros de trabajo.

Estresores físicos. Estos factores pueden influir en el trabajador tanto física como químicamente.

Por último, las condiciones de la vida real tanto en el trabajo como fuera de él suelen comportar una combinación de muchas exposiciones. Esas exposiciones podrían superponerse unas a otras en relación de adición o en sinergia (Levi, 1972).

Objetivos

OBJETIVOS

Tras la revisión realizada en relación a las alteraciones psíquicas de los profesores, en el presente trabajo nos hemos propuesto como objetivos:

1. Determinar la prevalencia de morbilidad psíquica en los profesores de enseñanza primaria y secundaria en la ciudad de Granada.
2. Ver si las alteraciones detectadas en los profesores están asociadas a factores del ambiente laboral que les rodea, como titularidad del centro, tamaño del centro, número de alumnos por clase, etc.
3. Determinar la asociación de las características de personalidad con la morbilidad psíquica.
4. Estudiar la asociación entre los trastornos mentales y las variables demográficas y sociales en las que están inmersos los profesores.

Justificación

JUSTIFICACIÓN

Los problemas relacionados con la salud mental representan hoy en día una de las principales causas de morbilidad en la población general (Velázquez Martínez et al., 2002).

Según Von Korff y Goldberg alrededor de 450 millones de personas en el mundo tienen problemas mentales o psicosociales, pero la mayoría de los que recurren a los servicios de salud para solicitar ayuda, no son diagnosticados correctamente o no reciben el tratamiento adecuado (Von Korff y Goldberg, 2001).

Por otra parte, un gran número de estudios llevados a cabo en medios específicos refieren altas tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos en los trabajadores (McBride et al., 1981; Jenkin et al., 1982; McGrath et al., 1989).

Ayuso Mateo et al., es su estudio sobre trastornos depresivos en Europa, encontraron una elevada prevalencia (Ayuso-Mateos et al., 2001).

Aunque apenas existen sistemas de vigilancia internacionales o nacionales que permitan identificar los factores de riesgo, las consecuencias para la salud mental o los grupos de riesgo de sufrir problemas de salud mental, en países como Holanda (Houtman y Kompier, 1995) y Estados Unidos (Karasek y Theorell, 1990) si se dispone de datos sobre la distribución de los grupos profesionales en lo que respecta a los principales factores de riesgo. En estos países, Holanda (Gründemann et al., 1991) y Estados Unidos (Eaton et al., 1990), el colectivo de maestros aparece como uno de los más propensos a abandonar la profesión, por motivos de salud mental en un caso y por trastorno depresivo en el otro.

Se ha detectado que hay profesionales que están sometidos a un mayor estrés simplemente por las características del trabajo desempeñado. Esto ha sido estudiado por diferentes autores. Una de las profesiones más afectadas son los profesores de enseñanzas no universitarias.

Hemos querido conocer la situación de los profesores de enseñanza primaria y secundaria de la ciudad de Granada. Para ello, hemos utilizado una serie de instrumentos validados que miden morbilidad psíquica.

Esto nos lleva a plantearnos los objetivos descritos en el siguiente apartado.

Material y Métodos

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño y Asentamiento del estudio

Se efectuó un estudio de tipo transversal en Centros de Enseñanza no universitaria (Primaria y Secundaria) públicos, privados concertados y privados no concertados ubicados en la ciudad de Granada durante los meses de noviembre y diciembre del año 2000.

2. Población

2.1. Población Diana

Profesores en activo de Educación Primaria y Secundaria.

2.2. Población Potencialmente Accesible

Aquella fracción de la población diana que desarrolla su actividad docente en Centros de Enseñanza de la ciudad de Granada.

Criterios de exclusión: Se han excluido del estudio a los *especialistas en Pedagogía Terapéutica Primaria o Secundaria*, que desempeñan tareas diferentes a las de un profesor común y son un número pequeño, 38 en la ciudad de Granada.

2.3. Muestra

2.3.1. Técnica de Muestreo

El muestreo fue de *cluster* en dos etapas: En la primera se eligió una muestra de centros y dentro de ella, en la segunda etapa, se obtuvo una muestra de profesores de dicho centro.

Para identificar los centros y profesores de la población y seleccionar la muestra solicitamos un listado a la Delegación de Educación. El listado de centros se dividió en centros de Primaria y Secundaria así como en centros públicos y privados. Sin embargo, la división del nivel de enseñanza es ficticia en muchos de los centros. En la mayoría de centros privados trabajan profesores de primaria con profesores de secundaria obligatoria (de 1º a 4º de ESO), profesores de Bachillerato e incluso profesores de módulos profesionales, ejerciendo el profesor tareas en varios niveles. En los centros públicos de primaria también coexiste el primer ciclo de Enseñanza Secundaria Obligatoria (1º y 2º de ESO). Sólo en los centros públicos denominados I.E.S. (Instituto de Enseñanza Secundaria), los profesores dan docencia únicamente de enseñanza secundaria, ya sea obligatoria (ESO) o no obligatoria (Bachillerato y módulos profesionales), moviéndose entre los distintos niveles.

El número de profesores que se reflejan en las listas se corresponde al número de plazas adscritas a centros con docencia en Primaria o Secundaria, tanto en públicos como privados, sin tener en cuenta lo descrito anteriormente. Para solventar este problema se incluyó un ítem de respuesta múltiple en el cuestionario que permite caracterizar la enseñanza impartida por el profesor.

Los datos de los colegios se grabaron en una hoja de cálculo (Apéndice I) sustituyendo los nombres de los colegios por códigos. Para apreciar mejor la distribución de centros y profesores, se agregaron los datos en centros públicos y privados y en primaria y secundaria (Tabla 1).

Tabla 1 Centros y Profesores según titularidad y nivel educativo

Titularidad	Nivel educativo	Centros	Profesores	% de Profesores	% de Centros
Privado	Primaria	42	638	21,9%	32,6%
	Secundaria	38	803	27,6%	29,5%
	Total	80	1441	49,5%	62,0%
Público	Primaria	30	425	14,6%	23,3%
	Secundaria	19	1047	35,9%	14,7%
	Total	49	1472	50,5%	38,0%
Total	Primaria	72	1063	36,5%	55,8%
	Secundaria	57	1850	63,5%	44,2%
	Total	129	2913	100,0%	100,0%

La población potencialmente accesible (2913 profesores) está distribuida en un total de 129 centros. El número de centros privados duplica al de públicos en la Secundaria y es mayor en el caso de la Primaria. Prácticamente la mitad de los profesores están en centros privados y la otra mitad en centros públicos. Sin embargo la distribución en función del nivel de enseñanza y titularidad del centro es distinta. En los centros privados el porcentaje de profesores de secundaria (27,6%) es superior al de primaria (21,9%), acentuándose ese hecho en los públicos, donde el porcentaje de profesores de secundaria supone más del doble de los de primaria, lo que obligará a que la muestra sea proporcional a estas categorías.

Otro aspecto a tener en cuenta es el tamaño del centro: al no existir homogeneidad por titularidad ni por nivel educativo, hemos optado por clasificarlos en función del tamaño en categorías de 15 en 15 profesores (Tabla 2).

Tabla 2 Medidas de resumen del número de profesores por centro según titularidad, nivel educativo y tamaño del centro.

Titularidad	Nivel educativo	Tamaño	N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	
Privado	Primaria	=15	25	10,4	11	3	15	
		16-30	17	22,3	23	16	30	
		Total	42	15,2	14	3	30	
	Secundaria	=15	15	10,8	12	3	15	
		16-30	16	23,0	22,5	17	30	
		31-45	6	37,2	37	34	42	
		>45	1	50,0	50	50	50	
		Total	38	21,1	20	3	50	
	Público	Primaria	=15	20	11,0	11	6	15
			16-30	9	19,2	16	16	27
31-45			1	33,0	33	33	33	
Total			30	14,2	13,5	6	33	
Secundaria		16-30	1	25,0	25	25	25	
		31-45	4	39,5	39	35	45	
		>45	14	61,7	60	47	92	
		Total	19	55,1	50	25	92	
		Total	Primaria	=15	45	10,6	11	3
16-30				26	21,2	20	16	30
31-45	1			33,0	33	33	33	
Total	72			14,8	14	3	33	
Secundaria	=15		15	10,8	12	3	15	
	16-30		17	23,1	23	17	30	
	31-45		10	38,1	38	34	45	
	>45		15	60,9	58	47	92	
	Total		57	32,5	27	3	92	

En la tabla 2 se observa una diferencia importante entre centros públicos y privados en cuanto a la media de profesores por centro, sobre todo en el caso de la enseñanza secundaria, donde los centros públicos presentan medias significativamente superiores a los privados. Esto hace que, al deber estar la muestra equilibrada con respecto al número total de profesores entre centros públicos y centros privados, no pueda estarlo con respecto al número de centros, que será la primera unidad de muestreo.

2.3.2. Tamaño de Muestra

Para su elección se hizo un primer cálculo del tamaño de muestra suponiendo muestreo aleatorio simple, que posteriormente fue modificado en función del efecto del diseño, repartiendo finalmente la muestra por los estratos definidos en el apartado anterior.

El objetivo fundamental del estudio es la estimación de la prevalencia de morbilidad psiquiátrica (aún de baja intensidad) en la población objeto del estudio. Sabemos por estudios anteriores que esa medida puede llegar a ser del 30%, de manera que si deseamos una estimación de la misma con una precisión del 7,5%, calculando el intervalo con una confianza del 95%, necesitaríamos, para un muestreo aleatorio simple, una muestra de 144 profesores. Sin embargo, el muestreo obligatoriamente pasará por los centros, que tienen cada uno un promedio de 22,5 profesores. Puesto que los profesores del mismo centro deben mostrar entre sí una mayor relación que entre los profesores de centros distintos se ha de ampliar la muestra por el efecto del diseño, que pivota sobre el denominado coeficiente de correlación entre clase. Este coeficiente mide el nivel de coincidencia que tienen los profesores de un mismo centro para una variable cualquiera. Para las variables de nuestro estudio no tenemos información del mismo pero, sin duda un valor de 0,10 lo sobrestimaré (Campbell, 2000). Para ese valor el efecto del diseño será de 3,15, que aplicado al cálculo del tamaño muestral nos dará finalmente una muestra de 454 profesores. Repartida la muestra entre públicos y privados, nos dará aproximadamente 227 profesores en centros públicos y 227 profesores en centros privados. Si usamos esos tamaños para comparar la prevalencia de problemas psiquiátricos en uno y otro sector, para detectar, con un 5% de error, una diferencia de un 15% entre ambas prevalencias, obtendremos una potencia en la comparación de aproximadamente un 65%.

Al repartir proporcionalmente la muestra de 454 profesores por estratos de titularidad, nivel educativo y tamaño, se obtienen los resultados de la tabla 3. Si tales tamaños son divididos por la mitad de la media de profesores por estrato (para asegurarnos que la mayoría de los centros tienen un tamaño suficiente para ser elegibles) tendremos el número de centros que habremos de seleccionar en la primera etapa del muestreo (última columna de la tabla 3). Los cálculos han sido redondeados al entero superior en todos los casos. Así, por ejemplo, en la tabla se puede ver que entre los centros privados de primaria de menos de 16 profesores habrá que elegir 8 centros y que eso, en promedio, nos asegurará un total de 41 profesores en ese estrato eligiendo 5 profesores por centro. Desde luego que habrá estratos en los que habrá un único centro que ya ha quedado seleccionado. Además, para cada centro habrá que seleccionar un número de profesores igual a la media del número de profesores en su estrato correspondiente dividida por 2, lo que puede sobredimensionar o subdimensionar la muestra, lo que habrá de corregirse en la extracción final de la muestra. El cálculo total es de **47** centros.

Tabla 3 Primera distribución de los profesores de la muestra por estratos.

Titularidad	Nivel educativo	Tamaño	Profesores en la muestra	Centros por estrato	
privado	Primaria	= 15	41	8	
		16-30	60	6	
		Total	101	14	
	Secundaria	= 15	26	5	
		16-30	58	6	
		31-45	35	2	
		>45	8	1	
		Total	127	14	
	público	Primaria	= 15	35	7
			16-30	27	3
31-45			6	1	
Total			68	11	
Secundaria		16-30	4	1	
		31-45	25	2	
		>45	135	5	
		Total	164	8	

En la tabla 4 aparece la muestra de centros aleatoriamente extraídos y los tamaños teóricos que se debían alcanzar en cada estrato. En cualquier caso, para conseguir el tamaño deseado se procedió a aumentar ligeramente el tamaño de muestra. Así, en los centros con un número igual o inferior a 15 profesores se aumentó un 20% (de 5 a 6) el número de profesores elegidos al azar en previsión de pérdidas. En los centros de 16 a 30 profesores se eligieron 12 profesores. En los centros de 31 a 45 profesores se eligieron al azar 20 profesores y, por último, en los centros mayores se eligieron 30 profesores al azar. Cuando algún centro rehusó participar se sustituyó por uno de su estrato de localización cercana.

Tabla 4 Muestra seleccionada de centros.

Titularidad	Nivel educativo	Tamaño	Prof. Teóricos	Centros por estrato	Centros seleccionados	
Privado	Primaria	=15	41	8	ppr(04,13,18,20,27,32,37,40)	
		16-30	60	6	ppr(16,19,23,26,28,36)	
		Total	101	14		
	Secundaria	=15	26	5	spr(01,15,20,24,34)	
		16-30	58	6	spr(02,09,16,25,31,36)	
		31-45	35	2	spr(04,29)	
		>45	8	1	spr06	
	Total	127	14			
	Público	Primaria	=15	35	7	ppb(05,09,14,16,18,23,29)
			16-30	27	3	ppb(06,21,26)
31-45			6	1	ppb27	
Total			68	11		
Secundaria		16-30	4	1	spb06	
		31-45	25	2	spb(12,17)	
		>45	135	5	spb(04,10,15,16,18)	
Total	164	8				
Total		460	47			

ppr: Primaria privado; spr: secundaria privado; ppb: primaria público; spb: secundaria público

3. Fuentes de Información y Variables del Estudio

El estudio se basa en la cumplimentación, por parte del profesorado seleccionado, de un cuestionario autoadministrado. En los siguientes apartados se describirá el protocolo aplicado para el envío y la recepción de los cuestionarios, las características del mismo y las variables finalmente analizadas.

3.1. Protocolo de envío y recogida de los cuestionarios

Para llevar a cabo el proyecto con el respaldo de la Consejería de Educación y Ciencia, se contactó, por vía oficial, con la Delegación Provincial de Granada. Su representante, la Delegada Provincial D^a. Carmen García Raya, nos remitió una carta de presentación (Anexo 1), dirigida a los directores de los centros seleccionados en el estudio, autorizando el desarrollo del mismo y solicitando su colaboración.

Una vez obtenida la aprobación de la Delegación, enviamos por correo a los directores de los 47 centros seleccionados para el estudio una copia de la carta antes citada, junto con otra carta del equipo de investigación (Anexo 2). En esta última se presentaba al equipo de investigación, se describía el proyecto y se solicitaba la participación del centro.

A la semana del envío de las cartas, cuando se estimaba que todas habían llegado a su destino, contactábamos con los directores de los centros por teléfono y concertábamos una cita con ellos o en su caso, con el jefe de estudios. En esta entrevista se les explicaba el proyecto más detenidamente (objetivos, metodología a seguir...). Si se prestaban a colaborar se les hacía entrega del material, compuesto de una carpeta donde se reflejaba el

nombre del centro, dirección y su código. La carpeta contenía igualmente un número de sobres proporcional al número de profesores que debían rellenar las encuestas en ese centro.

Los sobres contenían el cuestionario, junto con una carta de presentación dirigida al profesor (Anexo 3) donde se explicaba el proyecto, se presentaba el equipo de investigación y se les daban las pautas a seguir. Los cuestionarios eran anónimos, únicamente llevaban una etiqueta identificativa con el código del centro.

Se dejaba claro al director que el estudio se iba a realizar en una muestra de centros elegidos aleatoriamente y que los profesores participantes debían a su vez ser elegidos de forma aleatoria, explicándoles algunos métodos para llevar a cabo la selección. Transcurridas un par de semanas concertábamos una nueva cita para recoger los cuestionarios, a menos que dicha cita se demorara por petición expresa del director.

Para agilizar el proceso de entrega y recogida de cuestionarios concertábamos las visitas para un mismo día en los colegios próximos entre sí. Para ello estructuramos la ciudad en 10 zonas: Centro, Plaza de Toros, Albayzín, Realejo, Cartuja, Zaidín, Camino de Purchil, Cervantes-Carretera de Huétor, Chana-Estación de Autobuses-Alcampo y Otras.

3.2. Incidencias ocurridas durante el proceso de envío y recepción de los cuestionarios

Describiremos a continuación las incidencias que se dieron a la hora de la recogida de la información; determinaremos la frecuencia de no-respuesta global y las ponderaciones construidas a partir de ella, concluyendo en una tabla final de ponderaciones que es la empleada en todos los análisis posteriores.

La recepción fue buena en prácticamente todos los centros. Sólo tres centros tuvieron que ser sustituidos, dos por negarse a colaborar y el tercero por salirse del modelo de centro a estudio. La sustitución se hizo por otros de las mismas características que los originales: dos privados (uno de primaria y otro de secundaria) y uno público de primaria.

La población susceptible de ser muestreada fueron los profesores que asistieron a su centro en los días que pasamos el cuestionario, ya que no podíamos acceder a ellos directamente (p. ej. a sus domicilios particulares).

El número total de cuestionarios entregados al finalizar la visita a los centros fue de 602, cifra ligeramente superior a la determinada previamente, 572; el incremento se debió a dos motivos: 1) los redondeos al alza efectuados al considerar los profesores en cada estrato y 2) al incremento aplicado cuando el número de profesores del centro difería de manera importante del proporcionado por la Delegación de la Consejería de Educación. En cualquier caso, el incremento de 34 profesores (5,9%) no es lo suficientemente grande como para que cree problemas adicionales de “población finita” en relación con el tamaño muestral inicial.

De las 602 encuestas repartidas recuperamos 498, (el 82,7%). En la tabla 5 aparecen las encuestas entregadas a profesores, las recogidas de entre ellos y el porcentaje de respuesta en cada estrato.

Tabla 5 Tasas de respuesta entre los Profesores en función de la Titularidad del centro, el nivel de enseñanza que imparte y del tamaño del mismo.

			pr_ent	pr_reco	%_pro
Privado	Primaria	≤15	48	46	95,8
		16-30	72	67	93,1
		Total	120	113	94,2
	Secundaria	≤15	36	28	77,8
		16-30	72	66	91,7
		31-45	40	36	90,0
		>45	30	25	83,3
		Total	178	155	87,1
	Público	Primaria	≤15	42	34
16-30			36	31	86,1
31-45			20	8	40,0
Total			98	73	74,5
Secundaria		16-30	12	10	83,3
		31-45	40	28	70,0
		>45	154	119	77,3
		Total	206	157	76,2

Pr-ent: número cuestionarios entregados; pr-reco: número cuestionarios recogidos; %_pro: porcentaje de respuesta

En la tabla 5 se observa que los colegios privados tienden a tener una tasa de respuesta mayor que los públicos y que los centros de mayor tamaño presentan menor tasa de respuesta que los centros de tamaño menor, debido fundamentalmente a los centros de gran tamaño de secundaria públicos. En los centros privados hay mayor tasa de contestación en la primaria que en la secundaria, no existiendo prácticamente esta diferencia en los centros públicos, es decir, los diferentes estratos están representados de forma desigual.

Considerando, por tanto, que la no-respuesta puede deberse al azar, tuvimos que tenerla en cuenta para establecer ponderaciones que corrigieran esta no-respuesta y que, combinadas con las ponderaciones debidas al muestreo, expuestas en la sección anterior, nos permitieran dar estimaciones insesgadas de la prevalencia. Esta ponderación consiste en incrementar el valor del estrato donde se haya obtenido una menor tasa de contestación, ya que representa a más profesores que el estrato donde se ha obtenido un mayor porcentaje de respuesta. La ponderación típica es multiplicar la observación de cada estrato por el inverso de su tasa de respuesta. Estas ponderaciones se combinaron con las debidas al muestreo, obteniendo una ponderación final, para cada uno de los estratos, que figura en la tabla 6.

Tabla 6 Ponderaciones finales para los diferentes estratos en función del diseño del muestreo realizado y de la desigual tasa de respuesta por estrato.

Titularidad	Nivel educativo	Tamaño	Prof. en la muestra	Prof. en la Población	%muestra/poblac	pond_1	Prof. Recogidos	% respuesta prof.	pond_2	pond_final
privado	Primaria	=15	48	259	18,5	5,40	46	95,8	1,04	5,630
		16-30	72	379	19,0	5,26	67	93,1	1,07	5,657
	Secundaria	=15	36	162	22,2	4,50	28	77,8	1,29	5,786
		16-30	72	368	19,6	5,11	66	91,7	1,09	5,576
		31-45	40	185	21,6	4,63	36	90,0	1,11	5,139
		>45	30	50	60,0	1,67	25	83,3	1,20	2,000
público	Primaria	=15	42	219	19,2	5,21	34	81,0	1,24	6,441
		16-30	36	173	20,8	4,81	31	86,1	1,16	5,581
		31-45	20	33	60,6	1,65	8	40,0	2,50	4,125
	Secundaria	16-30	12	25	48,0	2,08	10	83,3	1,20	2,500
		31-45	40	158	25,3	3,95	28	70,0	1,43	5,643
		>45	154	864	17,8	5,61	119	77,3	1,29	7,261

pond_1: ponderaciones por diseño del muestreo; pond_2: ponderaciones por pérdidas.

Las ponderaciones finales arrojan varios resultados que merecen ser mencionados:

1. Las ponderaciones son muy parecidas en los diferentes estratos; la combinación de la no-respuesta con el desequilibrio en el muestreo ha hecho que finalmente se hayan equilibrado.
2. Hay dos ponderaciones especialmente bajas, los centros privados de secundaria de más de 45 profesores y los centros públicos de secundaria de entre 16 y 30 profesores. En ambos casos existe un único centro, que fue incluido en la muestra para que estuvieran representados sus correspondientes estratos. Además, el número de profesores que le asignamos excedía la proporción de profesores del resto de estratos. Por lo tanto, la ponderación baja se debió a un efecto del muestreo.
3. La ponderación más alta (7,261) correspondió a los centros de secundaria públicos y de más de 45 profesores. En estos centros es donde se agrupaba el mayor número de profesores y la tasa de no-respuesta fue mayor.

En el Apéndice II figuran las ponderaciones finales asignadas a cada centro. En la presentación de los resultados, los valores de las frecuencias absolutas se presentarán sin ponderar. Sin embargo, cuando apliquemos cualquier técnica inferencial (estimación de porcentajes, estimaciones de medias, comparación de porcentajes, regresiones logísticas, etc...) se aplicarán las ponderaciones para dar estimaciones insesgadas de los parámetros correspondientes. Por tanto, existirán diferencias entre los cálculos hechos con los datos sin ponderar y los correctamente realizados tras la ponderación. En las situaciones en que no haya una diferencia importante entre ambos incluiremos los primeros, avisándolo previamente para que sean verificables más fácilmente los resultados.

Además de todas las relacionadas con la no-repuesta se produjeron otras incidencias que figuran en el Apéndice III; allí aparecen con detalle las acciones llevadas a cabo de manera manual en determinadas ocasiones en que la contestación era ambigua o, por algún fallo en el cuestionario, no se correspondía con lo esperado. A partir de esas correcciones puntuales se extrajeron una serie de reglas de ejecución automática que fueron aplicadas a los datos antes de su análisis definitivo basándonos en el volumen de datos faltantes de las diferentes preguntas y de su distribución. En el apartado de análisis se describen detalladamente las reglas aplicadas.

3.3. Descripción de los cuestionarios

El cuestionario recoge las variables que se han registrado en el estudio, en él podemos distinguir cuatro secciones diferentes:

- I. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)
- II. Cuestionario de depresión (CES-D)
- III. Cuestionario sobre hábitos y estilos de vida, características sociodemográficas y descripción de la profesión
- IV. Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI-125)

I. GHQ-28

Como se ha mencionado anteriormente, el GHQ-28 es un test autoadministrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una (ANEXO 4):

- ✍ Subescala A: Síntomas somáticos
- ✍ Subescala B: Ansiedad e insomnio
- ✍ Subescala C: Disfunción social
- ✍ Subescala D: Depresión

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

Las preguntas del GHQ-28 tienen cuatro posibles respuestas, de normal a progresivamente peor. El paciente debe subrayar la respuesta elegida, que debe limitarse a su situación en las 2 últimas semanas, no haciendo referencia al pasado (Goldberg y Williams, 1996).

Cada ítem consiste en una pregunta que indaga si el individuo ha experimentado recientemente un síntoma o ítem de conducta particular, en una escala que va desde “menos de lo habitual” a “mucho más que lo habitual”. Evitando la escala de respuesta bimodal se pueden reducir los errores debidos a la tendencia al acuerdo global (overall agreement), y el “error de tendencia central” se elimina teniendo un número par de categorías de respuesta.

Para determinar la puntuación del GHQ-28 se pueden utilizar 3 métodos alternativos (Tabla 7):

- ✍ “Puntuación Likert”, que consiste en asignar valores de 0, 1, 2 y 3 a cada una de las cuatro posibles respuestas (a, b, c, d).
- ✍ “Puntuación GHQ”, su objetivo consiste en determinar el número de síntomas presente y asigna valores a las respuestas de 0, 0, 1, 1.
- ✍ “Puntuación CGHQ” divide los ítems en dos apartados: los positivos - hacen referencia a la salud - (A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7) y los negativos - hacen referencia a la enfermedad - (el resto). Los positivos puntúan 0, 0, 1, 1 y los negativos 0, 1, 1, 1. La ventaja de éste frente al anterior consiste en evitar pasar por alto los trastornos de larga duración, dado que en presencia de dicha situación, es probable, que los pacientes contesten “No más de lo habitual” y por tanto puntuarían 0 con el método GHQ.

Tabla 7 Puntuación de los métodos GHQ y CGHQ

Método de puntuación	No, en absoluto	Igual que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
Puntuación GHQ	0	0	1	1
Puntuación CGHQ				
Ítems negativos	0	1	1	1
Ítems positivos	0	0	1	1

Para evaluar el GHQ-28 hemos utilizado el método de puntuación GHQ y como “punto de corte” el 5/6.

II. CES-D

Los *síntomas depresivos* se evaluaron mediante la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). El CES-D consta de 20 ítems (Anexo 5) representativos de la sintomatología depresiva agrupados en cuatro apartados (Radloff, 1977):

- I. Afecto negativo
- II. Afecto positivo
- III. Relaciones interpersonales
- IV. Actividad retardada y somatización.

Debido a que los ítems son simples, directos y sin riesgo de confusión, la escala puede ser autoaplicada o administrada por entrevistadores inexpertos. El paciente debe seleccionar la respuesta que mejor refleje su situación en la semana previa a la aplicación del cuestionario. Las posibles respuestas son:

☞ 0=ningún día, menos de un día

- ✍ 1=de uno a dos días
- ✍ 2=de tres a cuatro días
- ✍ 3=de cinco a siete días.

Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala Likert de 4 puntos. La escala Likert puntúa cada ítem de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16); la puntuación total de la escala es la suma de los puntos de los 20 ítems, el rango de puntuación es de 0–60 puntos. El punto de corte usualmente utilizado es >16 para la identificación de casos de depresión en estudios epidemiológicos (Radloff y Locke, 1986; American Psychiatric Association, 2000) y es el que nosotros hemos utilizado.

En la versión abreviada de 10 ítems, cada ítem puntúa 0-1, con un rango de puntuación de 0-10. El punto de corte utilizado es =4 (Kohout et al., 1993).

III. Características Sociodemográficas y Profesionales

Este cuestionario (Anexo 6) está estructurado en seis apartados:

- ✍ **Hábitos y estilos de vida:** incluye variables como el consumo diario de cafeína, tabaco y el de medicamentos psicotrópicos.
- ✍ **Características sociodemográficas:** edad, sexo, estado civil y número de hijos.

-
- ✍ **Datos profesionales:** nivel de estudios alcanzado y años de experiencia profesional.

 - ✍ **Variables ocupacionales:** nivel de estudios necesarios para el puesto actual, nivel donde imparte la docencia, titularidad del centro, número de horas de docencia semanales, número de alumnos promedio en el aula, responsabilidad de dirección, si ha sufrido insulto o agresión física.

 - ✍ **Percepciones relativas al trabajo:** preguntas que valoran algunas apreciaciones relativas al trabajo incluido estrés laboral, satisfacción laboral, valoración percibida por el director, los compañeros, los alumnos y los padres de los alumnos. Estas percepciones se evaluaban en escalas que puntuaban de 0 a 6, como en un estudio anterior con profesionales sanitarios (López-Castillo et al., 1999). Las seis respuestas posibles se estratificaron como bajo (1, 2), moderado (3, 4) y alto (5, 6).

 - ✍ **Deseo de cambio de trabajo.**

IV. TCI-125

El Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI) es una colección de preguntas destinadas a valorar diferencias entre personas en las siete dimensiones básicas de temperamento y carácter. Dentro de las utilidades del TCI, destaca la facilidad que ofrece en la descripción de los rasgos de la personalidad, la diferenciación entre distintos grupos y su posible utilidad como guía en el tratamiento.

El extendido uso de las diferentes versiones del TCI se debe a su facilidad de comprensión. Es un cuestionario autoadministrado al que el sujeto contesta “verdadero” o “falso” a una serie de preguntas sobre simpatías y antipatías, reacciones emocionales, intereses, actitudes, ambiciones y valores. La puntuación en la familia de tests del TCI es sencilla. En el caso concreto del TCI-125 se añade un punto por cada ítem contestado de forma apropiada.

El TCI-125 es una versión corta del TCI que presenta 125 ítems (ANEXO 7), particularmente útil, por su brevedad, para estudios epidemiológicos. Es seguro en la medida de las siete dimensiones principales de la personalidad, pero su fiabilidad no es segura en la medida de las subescalas. Hasta ahora, los indicadores de validez han sido desarrollados sólo por el TCI completo.

En el TCI-125 la Búsqueda de Novedad (NS) y la Evitación del Daño (HA) tienen 20 ítems (5 para cada una de las 4 subescalas); la Dependencia de la Recompensa (RD) y la Autotrascendencia (ST) tienen 15 ítems (5 para cada una de las 3 subescalas), la Autodirección (SD) y la Cooperación (TC) tiene 25 ítems (5 para cada una de las 5 subescalas) y la Persistencia (PE) tiene 5 ítems (Tabla 8).

Tabla 8 Escalas, subescalas y número de ítems del Inventario del Temperamento y del Carácter (TCI-125)

Nomenclatura abreviada	ESCALAS Y SUBESCALAS	Nº ítems de la escala TCI-125
NS	Búsqueda de Novedad	20
NS1	Rígidez estoica vs. Excitabilidad exploratoria	5
NS2	Reflexión vs. Impulsividad	5
NS3	Reserva vs. Prodigalidad	5
NS4	Reglamentación estricta vs. Desorden	5
HA	Evitación del Daño	20
HA1	Optimismo vs. Ansiedad anticipatorio y pesimismo	5
HA2	Confianza vs. Miedo a la incertidumbre	5
HA3	Gregarismos vs. Timidez	5
HA4	Vigor vs. Fatigabilidad	5
RD	Dependencia de la Recompensa	15
RD1	Insensibilidad vs. Sentimentalidad	5
RD2	Falta de persistencia vs. Persistencia	
RD3	Desapego vs. Apego	5
RD4	Independencia vs. Dependencia	5
PE	Persistencia	5
SD	Autodirección	25
SD1	Proyección de la culpa vs. Responsabilidad	5
SD2	Ausencia de metas vs. Determinación	5
SD3	Inercia vs. Con recursos	5
SD4	Competición vs. Autoaceptación	5
SD5	Malos Hábitos vs. Hábitos congruentes	5
TC	Cooperación	25
TC1	Intolerancia social vs. Aceptación social	5
TC2	Insensibilidad vs. Empatía	5
TC3	Egoísmo vs. Tendencia a ayudar	5
TC4	Venganza vs. Compasión	5
TC5	Oportunismo vs. Con principios	5
ST	Autotrascendencia	15
ST1	Cohibición vs. Abstracción	5
ST2	Autodiferenciación vs. Identificación transpersonal	5
ST3	Materialismo racional vs. Espiritualidad	5

Pacientes con trastornos de ansiedad o del estado de ánimo presentan puntuaciones elevadas en Evitación del Daño y bajas para Búsqueda de Novedad (Goldman et al., 1994). Cuando existe un trastorno depresivo se observan puntuaciones bajas en Búsqueda de Novedad (Mulder y Joyce, 1994).

El TCI se ha utilizado antes para estudiar la relación entre la personalidad y los síntomas depresivos evaluados en el CES-D (Gruzca et al., 2003). Las puntuaciones brutas en las siete dimensiones de personalidad se distribuyeron en terciles, de manera que el tercil inferior era la referencia con la que comparar tanto el tercil medio como el superior.

3.4. Variables del estudio

A continuación se detallan todas las variables recogidas en los cuestionarios utilizados en el estudio y las posteriores recodificaciones de las mismas.

3.4.1. Hábitos y estilos de vida:

- ✍ **Consumo cafeína tazas/día** (variable discreta): Unidad=1 taza de café/2 refrescos de cola/2 tazas de té.
- ✍ **Consumo cafeína** (variable dicotómica): SI/NO
- ✍ **Consumo cafeína** (variable dicotómica): 1 -2 tazas/>2tazas
- ✍ **¿Ha sido fumador diario alguna vez?** (variable dicotómica): SI/NO
- ✍ **¿Fuma usted actualmente?** (variable categórica en 6 grupos):
 1. no
 2. 1-5 cigarrillos/día
 3. 6-10 cigarrillos/día
 4. 11-20 cigarrillos/día
 5. 21-30 cigarrillos/día
 6. 31 o más cigarrillos/día
- ✍ **¿Fuma usted actualmente?** (variable categórica en 3 grupos):
 1. no
 2. 1-10 cigarrillos
 3. >10 cigarrillos

✍ **¿Fuma usted actualmente?** (variable dicotómica): SI/NO

✍ **¿Está tomando algún tranquilizante, antidepresivo, inductores del sueño, etc.?** (variable dicotómica): SI/NO

3.4.2. Características sociodemográficas:

✍ **Edad** (variable continua)

✍ **Edad** (variable categórica en 8 grupos):

1. = 30
2. 31-35
3. 36-40
4. 41-45
5. 46-50
6. 51-55
7. 56-60
8. >60

✍ **Edad** (variable categórica en 5 grupos):

1. =30
2. 31-40
3. 41-50
4. 51-60
5. >60

✍ **Sexo** (variable dicotómica): varón/mujer

✎ **Estado civil** (variable categórica en 7 grupos):

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Célibe por motivos religiosos
7. Pareja de hecho

✎ **Estado civil** (variable categórica en 4 grupos):

1. Soltero
2. Casado + Pareja de hecho
3. Viudo + Separado + Divorciado
4. Célibe por motivos religiosos

✎ **Número total de hijos** (variable discreta)

✎ **Número de hijos** (variable categórica en 3 grupos):

1. no
2. 1-2
3. >2

✎ **¿Tiene hijos?** (variable dicotómica): SI/NO

✎ **Número de hijos menores de 8 años** (variable discreta).

✎ **Número de hijos menores de 8 años** (variable dicotómica):
SI/NO

✎ **Número de hijos entre 8 y 12 años** (variable discreta).

- ✍ **Número de hijos entre 8 y 12 años** (variable dicotómica): SI/NO
- ✍ **Número de hijos entre 13 y 18 años** (variable discreta).
- ✍ **Número de hijos entre 13 y 18 años** (variable dicotómica): SI/NO
- ✍ **Número de hijos mayores de 18 años** (variable discreta).
- ✍ **Número de hijos mayores de 18 años** (variable dicotómica):
SI/NO

3.4.3. Datos profesionales:

- ✍ **Nivel de estudios alcanzado** (variable categórica en 4 grupos):
 1. Doctorado
 2. Licenciado o Ingeniero superior
 3. Diplomado/Titulado de grado medio
 4. Estudios sin alcanzar los grados antes mencionados
- ✍ **Nivel de estudios alcanzado** (variable categórica en 3 grupos):
 1. Doctorado
 2. Licenciado
 3. Grado medio
- ✍ **Años de experiencia profesional** (variable discreta).

✍ **Años de experiencia profesional** (variable categórica en 8 grupos):

1. =5
2. 6-10
3. 11-15
4. 16-20
5. 21-25
6. 26-30
7. 31-35
8. >35

3.4.4. Variables ocupacionales:

✍ **Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto** (variable categórica en 3 grupos):

1. Licenciado o Ingeniero superior
2. Diplomado/Titulado de grado medio
3. Estudios sin alcanzar los grados antes mencionados

✍ **Desequilibrio en los estudios** (variable dicotómica): SI/NO

✍ **Nivel del centro** (variable dicotómica): Primaria/Secundaria

✍ **Nivel en el que imparte docencia** (variable categórica en 5 grupos):

1. Primaria
2. Secundaria 1º ciclo
3. Secundaria 2º ciclo
4. Bachillerato
5. Ciclo formativo

-
- ✍ **¿Imparte docencia en primaria?** (variable dicotómica): SI/NO

 - ✍ **¿Imparte docencia en primer ciclo secundaria?** (variable dicotómica): SI/NO

 - ✍ **¿Imparte docencia en segundo ciclo secundaria?** (variable dicotómica): SI/NO

 - ✍ **¿Imparte docencia en bachillerato?** (variable dicotómica): SI/NO

 - ✍ **¿Imparte docencia en ciclo formativo?** (variable dicotómica): SI/NO

 - ✍ **Titularidad del centro** (variable categórica en 3 grupos):
 1. Pública
 2. Privada concertada
 3. Privada no concertada

 - ✍ **Titularidad del centro** (variable dicotómica): Público/Privado

 - ✍ **Horas de docencia semanales** (variable discreta).

 - ✍ **Horas de docencia semanales** (variable dicotómica):
 1. Normal: centro primaria =25 horas; centro secundaria: =18 horas
 2. Alto: centro primaria >25horas; centro secundaria: >18 horas

 - ✍ **Número medio de alumnos por clase** (variable discreta).

✍ **Número medio de alumnos por clase** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <primer cuartil (20)
2. Normal: entre primer y tercer cuartil.
3. Alto: >tercer cuartil (30)

✍ **Responsabilidades de dirección u organización** (variable dicotómica): SI/NO

✍ **¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?** (variable dicotómica): SI/NO

✍ **¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?** (variable dicotómica): SI/NO

3.4.5. Percepciones relativas al trabajo:

✍ **Valoración de estrés** (variable ordinal): 0 a 6

✍ **Valoración de estrés** (variable dicotómica): Normal/alta (1-4 vs 5 - 6)

✍ **Valoración de satisfacción** (variable ordinal): 0 a 6

✍ **Valoración de satisfacción** (variable dicotómica): Normal/baja (6-3 vs. 2-1)

✍ **¿Cómo se siente valorado por sus superiores?** (variable ordinal): 0 a 6

-
- ✍ **¿Cómo se siente valorado por sus superiores?** (variable dicotómica): Normal/baja (6-3 vs. 2-1)

 - ✍ **¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?** (variable ordinal): 0 a 6
 - ✍ **¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?** (variable dicotómica): Normal/baja (6-3 vs. 2-1)

 - ✍ **¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?** (variable ordinal): 0 a 6

 - ✍ **¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?** (variable dicotómica): Normal/baja (6-3 vs. 2-1)

 - ✍ **¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?** (variable ordinal): 0 a 6
 - ✍ **¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?** (variable dicotómica): Normal/baja (6-3 vs. 2-1)

3.4.6. Deseo de cambio de trabajo:

- ✍ **¿Cambiaría usted de profesión?** (variable dicotómica): SI/NO

3.4.7. Rasgos de la personalidad:

- ✍ **Búsqueda de Novedad (NS)** (variable discreta)

✍ **Búsqueda de Novedad** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <5
2. Normal: 5-10
3. Alto: >10

✍ **Evitación del Daño (HA)** (variable discreta)

✍ **Evitación del Daño** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <6
2. Normal: 6-13
3. Alto: >13

✍ **Dependencia de la Recompensa (RD)** (variable discreta)

✍ **Dependencia de la Recompensa** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <9
2. Normal: 9-13
3. Alto: >13

✍ **Persistencia (PE)** (variable discreta)

✍ **Persistencia** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <1
2. Normal: 1-4
3. Alto: >4

✍ **Autodirección (SD)** (variable discreta)

✍ **Autodirección** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <15
2. Normal: 15-23
3. Alto: >23

✍ **Cooperación** (TC) (variable discreta)

✍ **Cooperación** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <18
2. Normal: 18-22
3. Alto: >22

✍ **Autotrascendencia** (ST) (variable discreta)

✍ **Autotrascendencia** (variable categórica en 3 grupos):

1. Bajo: <4
2. Normal: 4-10
3. Alto: >10

4. Análisis de los datos

Con objeto de atender a los objetivos planteados anteriormente se llevó a cabo un estudio estadístico que describimos con detalle a continuación.

Recogidos los datos de la manera que se expresó en el apartado anterior, se pasó en un primer paso a la informatización de los resultados, lo cual se hizo con el programa EPIINFO 6.0. Creada y depurada de errores la base de datos, se pasó al análisis estadístico propiamente dicho.

4.1. Análisis de datos faltantes y erróneos

4.1.1. Imputaciones lógicas

En primer lugar, asumimos que los datos procedentes de las tres escalas no son susceptibles de ser imputados con algún tipo de regla automática. Por tanto, nos centraremos en los datos faltantes y errores (posibles) de las características sociodemográficas cuyo porcentaje se muestra en la tabla 9. Para rebajar el porcentaje de no-respuesta procedemos a la aplicación de imputaciones lógicas. Se aplica tal procedimiento en aquellas situaciones en las que aparece un dato faltante en una variable que puede ser sustituido de manera segura por el conocimiento de otra variable.

Tabla 9 Porcentajes de no-respuesta en cada una de las preguntas sociodemográficas en profesores.

Pregunta	Válidos	Perdidos	% Perdidos
¿Cambiaría usted de profesión?	476	22	4,42
Consumo de cafeína	455	43	8,63
¿Ha sido fumador diario alguna vez?	488	10	2,01
¿Fuma usted actualmente?	425	73	14,66
¿Está tomando tranquilizantes, antidepresivos, etc...?	480	18	3,61
Edad	484	14	2,81
Sexo	488	10	2,01
Estado civil	492	6	1,20
Número total de hijos	409	89	17,87
Número de hijos menores de 8 años	76	422	84,74
Número de hijos entre 8 y 12 años	72	426	85,54
Número de hijos entre 13 y 18 años	138	360	72,29
Nivel de estudios alcanzado	486	12	2,41
Nivel de estudios que necesitó para el puesto que ocupa	479	19	3,82
¿Imparte docencia en Primaria?	491	7	1,41
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?	490	8	1,61
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?	490	8	1,61
¿Imparte docencia en Bachillerato?	490	8	1,61
¿Imparte docencia en Ciclo Formativo?	490	8	1,61
Titularidad del centro	493	5	1,00
Años de experiencia profesional	485	13	2,61
Horas de docencia semanales	476	22	4,42
Número medio de alumnos por clase	473	25	5,02
Responsabilidades de dirección u organización	486	12	2,41
Valoración de estrés	454	44	8,84
Valoración de satisfacción	465	33	6,63
¿Cómo se siente valorado por sus superiores?	472	26	5,22
¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?	474	24	4,82
¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?	477	21	4,22
¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?	452	46	9,24
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?	490	8	1,61
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?	484	14	2,81

Lo primero que hay que decir es que en la mayoría de los ítems el porcentaje de no-respuesta es muy bajo, pues no supera el 10%; en los casos que la no-respuesta desborda esa cantidad, se pueden identificar las

causas y llevar a cabo imputaciones lógicas para corregir el efecto de las mismas.

Con respecto a la pregunta de si cambiaría de profesión, hay un 4,42% de sujetos que no han contestado esta pregunta; en principio no hay razones aparentes para ello, por lo que no se establecería ninguna imputación lógica. La imputación en esos 22 casos se hará en sentido opuesto a la significación.

El consumo de cafeína presenta un 8,63% de datos faltantes. Al observar como está formulada la pregunta se puede argumentar de una manera razonable a quienes deben corresponder, al menos en un alto porcentaje de los casos, esa no-respuesta. La pregunta deja un hueco para encuadrar el número de unidades consumidas de cafeína, no explicitando claramente que cuando no se consuma debe ponerse un cero, por ello, parece bastante probable que un porcentaje muy alto de esos faltantes serían realmente ceros que corresponderían al no consumo de cafeína. De ahí, que hayamos decidido imputar el valor 0 a todos los datos faltantes de esta pregunta; esto actúa en contra de la significación, pues cuando hagamos el estudio de consumos el grupo de no consumidores tendrá, en el peor de los casos, algunos individuos que sí consumen cafeína, por lo que las diferencias serán más difíciles de detectar. El acierto de esta medida viene refrendado por el hecho de que sin considerar los datos faltantes el porcentaje de no consumidores de cafeína es de un 19,1%, un valor bajo frente al 33% y 25% que consumen 1 y 2 unidades de cafeína, respectivamente. En la tabla 10 aparece la distribución del consumo de cafeína antes y después de la imputación lógica, viéndose que no se afectan mucho los resultados.

Tabla 10 Distribución de la cafeína antes y después de la imputación

Consumo de cafeína antes de la imputación				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	0	87	17,5	19,1
	1	164	32,9	36,0
	2	125	25,1	27,5
	3	63	12,7	13,8
	4	15	3,0	3,3
	5	1	0,2	0,2
	Total	455	91,4	100,0
Perdidos Sistema		43	8,6	
Total		498	100,0	

Consumo de cafeína tras la imputación lógica

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	130	26,1
	1	164	32,9
	2	125	25,1
	3	63	12,7
	4	15	3,0
	5	1	0,2
	Total	498	100,0

Con respecto a si el sujeto ha sido fumador diario alguna vez, el porcentaje de datos faltantes es de un 2,01%, es decir, 10 individuos. En principio no parece estar relacionado con ninguna variable, aunque la argumentación de los datos faltantes para el caso del consumo de cafeína sería válida también en este caso. No obstante, no tomaremos una decisión sobre la imputación de esos valores hasta no analizar la pregunta referente al consumo actual de tabaco. Esta pregunta sí tiene un porcentaje alto de no-respuesta, pues no la han contestado 73 personas (14,66%). Una parte importante de esa no-respuesta proviene de un error en el mecanografiado de la encuesta que se entregó a los profesores, pues el código de la contestación “no” aparece confuso. El fenómeno se entiende mejor observado la tabla 11 que cruza ambas variables. Lo primero que llama la atención de la tabla es que de los 73 sujetos que no han contestado la pregunta de si fuma en la actualidad, 60 han contestado que no a la pregunta de si ha sido fumador diario alguna vez. Esto nos hace pensar que una parte de los encuestados que nunca han sido fumadores diarios, han

entendido que no hacía falta rellenar la contestación del hábito tabáquico en la actualidad; tal razonamiento nos lleva a decidir que los que no han fumado a diario alguna vez y tengan un dato faltante en la pregunta de si fuma en la actualidad, se les deberá asignar que no fuman en la actualidad.

Tabla 11 Tabla de contingencia ¿Fuma usted actualmente? * ¿Ha sido fumador diario alguna vez?

		¿Ha sido fumador diario alguna vez?			Total
		No	Sí	NC	
¿Fuma usted actualmente?	No	141	107	3	251
	1-5cig/d	5	38		43
	6-10cig/d		38	1	39
	11-20cig/d		47		47
	21-30cig/d		28		28
	>30cig/d		17		17
	NC	60	7	6	73
Total		206	282	10	498

De manera parecida se puede conjeturar sobre los 7 encuestados que manifiestan que sí han fumado a diario, pero que no contestan a la pregunta del hábito tabáquico actual; parece lógico considerarlos entre los exfumadores, es decir con los 107 que dicen haber fumado a diario alguna vez pero que no fuman en la actualidad. Los 6 encuestados que no contestan a ninguna de las dos preguntas son un número tan pequeño que el ponerlos en ambas preguntas en el “no” representa una variación pequeñísima. Por razonamientos análogos se podría decir que los tres encuestados que no fuman actualmente y no contestan al hábito anterior pueden ser considerados no fumadores, mientras que el que fuma en la actualidad y no contesta al hábito tabáquico anterior podría considerarse como un fumador diario anterior.

De todas estas consideraciones se deduce que las reglas automáticas a seguir en el caso del tabaco son:

- 1ª) Los que no contestan al hábito tabáquico actual serán considerados como no-fumadores en la actualidad.

2ª) Los que no contestan al hábito tabáquico anterior, serán asignados al valor “no” de esa pregunta si figura “nc” en el hábito tabáquico actual y lo mismo se hará si no fuma actualmente, mientras que el que fuma actualmente será considerado en la categoría de los que fumaron anteriormente.

Con estas reglas se eliminan todos los casos faltantes y aunque pueden dar lugar a errores en la asignación de los individuos, el grueso de la asignación, 60 encuestados, se hace sobre unas bases lógicas y sólidas lo que disminuye tal riesgo; el resto de las asignaciones son poco voluminosas y aunque nos equivocáramos en todas ellas el error cometido sería muy pequeño. Una vez más, tras la imputación lógica, los resultados obtenidos son plausibles, puesto que en el cruce de ambas variables, lo que aparece es que el que es fumador ahora lo ha sido con anterioridad, cosa lógica dada la edad de la población a la que representa la muestra, mientras que el que no es fumador en la actualidad, proviene de fumadores y de no fumadores anteriores.

La variable “número de hijos”, presenta un porcentaje de no-respuesta del 18% (89 casos), un valor grande. Una vez más puede pensarse que la no-respuesta representa al valor cero sobre todo si, además, ese dato faltante se presenta en el número de hijos por edades como ocurre en el 78,52% de los datos faltantes de esta variable (70 casos) de los que 45 son solteros y 13 célibe por motivos religiosos lo que ratifica más la idea de que son personas que no tienen hijos. Por tanto si en las cuatro variables se da la respuesta de faltante se asignará un cero a cada una de ellas. Con respecto a los 19 restantes, algunos han contestado a cada uno de los valores particulares del número de hijos y ha dejado sin contestar el número total de hijos, en ese caso se asignará la suma de los números parciales al número total. Hay otras situaciones en que el número total es superior a la suma de los números parciales, en ese caso se creará una nueva variable

que irá de 19 años en adelante y que contendrá esa diferencia. Con todos estos criterios se obtendrán reglas que permitan dejar sin valores faltantes a las variables del número de hijos. Como en los casos anteriores los posibles errores que se cometan actuarían en sentido contrario a la significación, por lo que la imputación hecha parece correcta.

Con respecto al nivel de estudios alcanzado y el nivel de estudios necesitado para el puesto que ocupa, el número de no-respuesta es muy pequeño, ya que no pasa del 4%, por lo que es también un número muy tolerable. No obstante, cruzando estas variables entre sí y con otras se pueden obtener reglas lógicas que permitan imputar esos datos faltantes. Del cruce de ambas variables se pueden deducir varias reglas:

- 1ª Cuando falte la contestación en sólo uno de los dos ítems se imputará su valor usando el valor del otro ítem.
- 2ª Cuando falten los dos ítems se asignará a la categoría correspondiente del centro en el que esté el encuestado: estudios de Grado medio si es de primaria y estudios de Licenciatura si es de secundaria.

Estas reglas automáticas de imputación son susceptibles de ser valoradas como se ha hecho con las anteriores.

El nivel en el que imparte docencia el profesor tiene un nivel de no-respuesta muy bajo, siempre inferior al 2%; además esa no-respuesta se da en 7 personas en los cinco niveles y en una sola persona en los niveles de secundaria y superiores; en este último caso el problema está solucionado porque esa persona es de un centro de primaria, lo que nos permitirá suponer que no da un nivel superior a éste. En el caso de las otras 7 personas, se tomará la decisión de asignar sólo nivel de primaria si pertenecen a un centro de primaria y asignar los niveles de secundaria de 2º ciclo y de bachillerato si están en un centro de secundaria. Esta asignación

actúa en el sentido de la no-significación, pues imputa a los profesores las enseñanzas que tienen menos riesgo de morbilidad psiquiátrica, como sabemos de estudios anteriores (Jurado et al., 1999).

La titularidad del centro tiene sólo 5 casos en que falta, a los que se les imputará la titularidad del centro de los compañeros pertenecientes al mismo centro.

Las variables referidas al número de alumnos por clase y al número de horas de clase semanales son variables típicas del centro, por lo que se imputarán sustituyendo los datos faltantes por la mediana de valores en su centro; se hace así una imputación poco sesgada y desde luego en el sentido de disminuir la significación.

La imputación para los dos casos en que no figura la respuesta de si se desempeñan tareas de dirección se hará en el sentido de suponer que no los desempeñan, por dos razones: en primer lugar, porque parece lo suficientemente importante el desempeño de esas tareas como para que el que las realiza olvide que las hace; en segundo lugar, porque así subestimaremos, levemente, el número de los que hacen tales tareas, lo que, una vez más, actúa en el sentido de la no-significación.

Por último, las dos cuestiones referentes al insulto y a las agresiones tienen también un nivel muy bajo de datos faltantes, por debajo de un 4%; aquí la imputación que se va a llevar a cabo es la de asignar a la no-respuesta el valor "no" por las mismas razones que se han usado para los cargos de dirección y responsabilidad. En todo caso, así subestimaríamos el tamaño del problema y así se hará constar en los diferentes análisis en los que aparezca el dato.

4.1.2. Resto de las Imputaciones.

El segundo mecanismo de imputación que se empleó fue el del algoritmo EM (Expectation and Maximization); tal algoritmo imputa un valor a un dato faltante basándose en un procedimiento iterativo que consiste en promediar el valor que le correspondería al dato de entre todos aquellos que mantuvieran estable la varianza de la muestra y permitieran que la media de la misma no cambiara en exceso; este procedimiento se repite para cada dato hasta que el dato imputado no cambia significativamente en dos iteraciones sucesivas. El procedimiento EM da lugar a imputaciones que son muy estables y no distorsionan los datos originales siempre que el número de imputaciones no sea grande (como ocurre en nuestro caso); dado el volumen tan pequeño de datos faltantes en muchos casos, coincidía la imputación EM con la imputación conseguida con sustituir el dato faltante con la media de los datos presentes, imputación que tiende claramente hacia el nulo. En cualquier caso tras llevar a cabo la imputación EM se llevó a cabo un estudio detallado de cómo cambiaban las medias y las desviaciones típicas como resultado de la imputación, viéndose en todos los casos que las variaciones eran mínimas.

A continuación se hará un estudio a fondo de todos los ítems a los que no se ha podido imputar los datos faltantes de una manera lógica. En las variables cualitativas que no sean binarias se hará una imputación aleatoria a partir de la distribución de los casos que no faltan, que es la imputación menos sesgada. En la gran mayoría de las variables numéricas (y en muchos casos de las binarias) se empleará una imputación individual por el método de la mediana (redondeado a 0 o a 1 en el caso de las binarias) que es el método menos prejuiciado y hace los datos más parecidos, haciendo así más difícil la significación. Este método se empleará siempre que el número de casos que falten en un ítem no desborde el 10%. También se

usará el método de la imputación múltiple en el caso de que haya en un ítem más de un 10% de datos faltantes, empleando un número de muestras aleatorias de 5 (que se sabe que es más que suficiente). En cualquier caso, tras las imputaciones se valorará el cambio que se ha dado en la distribución de los datos, así como en las correlaciones que hay entre ellos, sobre todo en el caso de las escalas GHQ-28, CES-D y TCF-125. La imputación en estas escalas se hará al nivel del ítem y no al nivel de los factores. Así, los factores tendrán una variabilidad sobredimensionada, lo que actuará en contra de la significación para que cuando la encontremos no pueda ser achacada al proceso de la imputación.

a) Distribución de los datos faltantes.

a1) GHQ-28. En la tabla 12 aparece el porcentaje de valores perdidos para el GHQ-28.

Tabla 12 Valores perdidos en los ítems de GHQ-28

Ítems	Válidos	Perdidos	%Perdidos
A1	493	5	1,01
A2	489	9	1,84
A3	489	9	1,84
A4	493	5	1,01
A5	489	9	1,84
A6	491	7	1,43
A7	491	7	1,43
B1	491	7	1,43
B2	492	6	1,22
B3	493	5	1,01
B4	491	7	1,43
B5	490	8	1,63
B6	492	6	1,22
B7	492	6	1,22
C1	482	16	3,32
C2	480	18	3,75
C3	479	19	3,97

Ítems	Válidos	Perdidos	%Perdidos
C4	480	18	3,75
C5	480	18	3,75
C6	480	18	3,75
C7	480	18	3,75
D1	480	18	3,75
D2	481	17	3,53
D3	479	19	3,97
D4	481	17	3,53
D5	478	20	4,18
D6	479	19	3,97
D7	481	17	3,53

Llama la atención el bajo número de casos faltantes: prácticamente ningún ítem supera el 4% (20 casos). Sin embargo, en los ítems de las subescalas C y D se dobla el número de valores faltantes. Esto es debido a que ambas subescalas se encuentran en el envés de la hoja donde está impreso el cuestionario. Hay 10 sujetos que sólo han contestado el cuestionario en su parte delantera, ello nos indica que la razón de esa tasa extra de no-contestación se debe a motivos que no sesgan los resultados. Si bien el número de datos faltantes no es muy grande considerando ítem a ítem, no podemos dejar de imputar esos datos pues, cuando se consideran las escalas completas, se obtienen porcentajes de datos faltantes mucho mayores (alrededor del 15%), como consecuencia de la acumulación de la no-contestación ítem a ítem. La imputación que se llevará a cabo en estos datos será la de la mediana, que como ya hemos comentado sesga menos los resultados.

a2) CES-D. Los resultados aparecen en la tabla 13, que figura a continuación.

Tabla 13 Valores perdidos en los ítems de CES-D

Ítems	Válidos	Perdidos	% Perdidos
P01	495	3	0,61
P02	496	2	0,40
P03	494	4	0,81
P04	483	15	3,11
P05	495	3	0,61
P06	495	3	0,61
P07	496	2	0,40
P08	493	5	1,01
P09	491	7	1,43
P10	495	3	0,61
P11	495	3	0,61
P12	495	3	0,61
P13	492	6	1,22
P14	495	3	0,61
P15	494	4	0,81
P16	495	3	0,61
P17	494	4	0,81
P18	496	2	0,40
P19	496	2	0,40
P20	495	3	0,61

Salvo el ítem P04, el número de datos faltantes es muy bajo. Lo mismo que en el caso anterior, y atendiendo a las razones ya aludidas, se llevará a cabo una imputación similar.

a3) TCI-125. El porcentaje de no-contestación de los ítems del TCI-125 (Tabla 14) es lo suficientemente bajo como para que no nos preocupe, pues la mayoría no supera el 2% y sólo 2 de ellos pasan del 4%. Sin embargo, si no realizásemos las imputaciones, a la hora de considerar los datos acumulados en el TCI-125 el porcentaje de no-respuesta sobrepasaría al 10%.

Tabla 14 Valores perdidos en los ítems de TCI-125

Ítems	Válidos	Perdidos	% Perdidos	Ítems	Válidos	Perdidos	% Perdidos
TCI001	496	2	0,40	TCI046	498	0	0,00
TCI002	493	5	1,01	TCI047	493	5	1,01
TCI003	495	3	0,61	TCI048	495	3	0,61
TCI004	495	3	0,61	TCI049	497	1	0,20
TCI005	497	1	0,20	TCI050	498	0	0,00
TCI006	493	5	1,01	TCI051	487	11	2,26
TCI007	496	2	0,40	TCI052	493	5	1,01
TCI008	495	3	0,61	TCI053	485	13	2,68
TCI009	496	2	0,40	TCI054	492	6	1,22
TCI010	493	5	1,01	TCI055	490	8	1,63
TCI011	493	5	1,01	TCI056	491	7	1,43
TCI012	496	2	0,40	TCI057	494	4	0,81
TCI013	496	2	0,40	TCI058	493	5	1,01
TCI014	495	3	0,61	TCI059	490	8	1,63
TCI015	496	2	0,40	TCI060	489	9	1,84
TCI016	493	5	1,01	TCI061	490	8	1,63
TCI017	497	1	0,20	TCI062	495	3	0,61
TCI018	496	2	0,40	TCI063	491	7	1,43
TCI019	498	0	0,00	TCI064	491	7	1,43
TCI020	494	4	0,81	TCI065	490	8	1,63
TCI021	492	6	1,22	TCI066	491	7	1,43
TCI022	495	3	0,61	TCI067	484	14	2,89
TCI023	497	1	0,20	TCI068	489	9	1,84
TCI024	495	3	0,61	TCI069	492	6	1,22
TCI025	494	4	0,81	TCI070	489	9	1,84
TCI026	494	4	0,81	TCI071	497	1	0,20
TCI027	491	7	1,43	TCI072	493	5	1,01
TCI028	495	3	0,61	TCI073	491	7	1,43
TCI029	487	11	2,26	TCI074	495	3	0,61
TCI030	498	0	0,00	TCI075	495	3	0,61
TCI031	494	4	0,81	TCI076	489	9	1,84
TCI032	496	2	0,40	TCI077	492	6	1,22
TCI033	495	3	0,61	TCI078	488	10	2,05
TCI034	491	7	1,43	TCI079	495	3	0,61
TCI035	492	6	1,22	TCI080	495	3	0,61
TCI036	494	4	0,81	TCI081	491	7	1,43
TCI037	487	11	2,26	TCI082	493	5	1,01
TCI038	491	7	1,43	TCI083	492	6	1,22
TCI039	496	2	0,40	TCI084	479	19	3,97
TCI040	494	4	0,81	TCI085	485	13	2,68
TCI041	489	9	1,84	TCI086	494	4	0,81
TCI042	482	16	3,32	TCI087	494	4	0,81
TCI043	491	7	1,43	TCI088	495	3	0,61
TCI044	494	4	0,81	TCI089	496	2	0,40
TCI045	493	5	1,01	TCI090	487	11	2,26

Items	Válidos	Perdidos	% Perdidos
TCI091	478	20	4,18
TCI092	487	11	2,26
TCI093	495	3	0,61
TCI094	486	12	2,47
TCI095	485	13	2,68
TCI096	491	7	1,43
TCI097	487	11	2,26
TCI098	489	9	1,84
TCI099	487	11	2,26
TCI100	473	25	5,29
TCI101	493	5	1,01
TCI102	493	5	1,01
TCI103	492	6	1,22
TCI104	493	5	1,01
TCI105	488	10	2,05
TCI106	483	15	3,11
TCI107	486	12	2,47
TCI108	482	16	3,32

Items	Válidos	Perdidos	% Perdidos
TCI109	495	3	0,61
TCI110	480	18	3,75
TCI111	495	3	0,61
TCI112	483	15	3,11
TCI113	483	15	3,11
TCI114	484	14	2,89
TCI115	493	5	1,01
TCI116	492	6	1,22
TCI117	489	9	1,84
TCI118	493	5	1,01
TCI119	489	9	1,84
TCI120	491	7	1,43
TCI121	490	8	1,63
TCI122	492	6	1,22
TCI123	493	5	1,01
TCI124	486	12	2,47
TCI125	491	7	1,43

a4) Variables Sociodemográficas y Profesionales. Las variables sociodemográficas no sometidas a imputación de tipo lógico presentan mayores porcentajes de datos faltantes, como puede observarse en la tabla 15. El análisis de estos ítems nos induce a pensar que los encuestados son más reticentes a la hora de contestar ciertas preguntas como “número de horas de clase a la semana” o “número de alumnos por clase” (presentan una mayor tasa de no-respuesta) frente a otras variables como el sexo, la edad, el número de años de experiencia profesional y el estado civil, que son las que presentan menor tasa de no-respuesta. Además, estas preguntas no muestran asociación entre la tasa de no-respuesta y preguntas claras del tipo de sexo, nivel del centro o titularidad del mismo. Por ello, estas variables serán susceptibles de ser imputadas, pero atendiendo a las medias del centro al que pertenecen los profesores que no han contestado a estas preguntas, lo que dará lugar a imputaciones múltiples.

Tabla 15 Valores perdidos en los ítems de otras variables no sometidas a imputación lógica

Ítems	Válidos	Perdidos	% Perdidos
¿Cambiaría usted de profesión?	476	22	4,62
Edad	484	14	2,89
Sexo	488	10	2,05
Estado Civil	492	6	1,22
Años de experiencia profesional	485	13	2,68
Horas de docencia semanales	476	22	4,62
Número medio de alumnos por clase	473	25	5,29
Valoración de estrés	454	44	9,69
Valoración de satisfacción	465	33	7,10
¿Cómo se siente valorado por sus superiores?	472	26	5,51
¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?	474	24	5,06
¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?	477	21	4,40
¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?	452	46	10,18

La pregunta referente al cambio de trabajo tiene una frecuencia de no-contestación intermedia, y además no se encuentra asociada con otras variables que pudieran inducir a algún tipo de explicación lógica. Por tanto, será imputada como las anteriores.

Las mayores tasas de no-respuesta se encuentran en las escalas de estrés, satisfacción y las valoraciones, llegando a un valor próximo al 10% en la valoración que creen tener de los padres de sus alumnos. La razón de la no-respuesta puede deberse, en el caso de las preguntas de la valoración, a que realmente el profesor no disponga de esa información. En cualquier caso, estas preguntas parecen claves en el estudio y su imputación será estudiada con sumo detalle. Las preguntas que presentan algún problema adicional, aunque su tasa de no-respuesta está contenida, (porcentaje de no-respuesta <10%) son la de valoración de estrés y valoración de satisfacción. La mayor tasa de no-respuesta obtenida para el estrés, en relación con la satisfacción, puede deberse al efecto, nada despreciable, que la palabra estrés de ese ítem causa sobre los encuestados, así como al hecho de que sea la primera vez que se presenta un tipo de contestación distinta. Por las razones antes indicadas, se procederá a una imputación sumamente cuidadosa que nos permita obtener conclusiones rigurosas cuando se empleen dichas variables.

b) Imputaciones realizadas y efecto sobre los resultados.

Tras todo lo expuesto hasta el momento, pasamos a la imputación de cada uno de los ítems, presentando la distribución de las preguntas antes y después de la imputación y comprobar que no hay cambios apreciables.

b1) GHQ-28. La tabla 16 muestra el cambio sufrido por los ítems de éste cuestionario tras la imputación.

Tabla 16 Medidas de resumen antes y después de la imputación de los ítems de GHQ-28

	Antes		Después			Antes		Después	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.		Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
A1	1,323	0,552	1,319	0,550	C1	0,909	0,512	0,912	0,504
A2	0,902	0,826	0,904	0,819	C2	1,250	0,505	1,241	0,498
A3	1,041	0,804	1,040	0,796	C3	1,115	0,454	1,110	0,446
A4	0,817	0,855	0,819	0,851	C4	1,158	0,560	1,153	0,550
A5	0,818	0,780	0,821	0,773	C5	1,104	0,576	1,100	0,566
A6	0,723	0,806	0,727	0,801	C6	1,038	0,495	1,036	0,486
A7	0,613	0,775	0,604	0,773	C7	1,265	0,639	1,255	0,629
B1	1,031	0,846	1,030	0,840	D1	0,338	0,639	0,325	0,630
B2	1,018	0,892	1,018	0,887	D2	0,358	0,623	0,345	0,616
B3	1,215	0,833	1,213	0,829	D3	0,303	0,591	0,291	0,583
B4	1,196	0,825	1,193	0,819	D4	0,181	0,519	0,175	0,511
B5	0,500	0,698	0,492	0,696	D5	0,621	0,747	0,596	0,742
B6	0,831	0,869	0,833	0,864	D6	0,213	0,542	0,205	0,533
B7	0,972	0,875	0,972	0,869	D7	0,164	0,496	0,159	0,488

El cambio es prácticamente inexistente, cifrándose a nivel de centésimas de la variable incluso en el caso de los ítems C y D, en los que los datos faltantes tenían mayor presencia. El descenso en la desviación típica es también mínimo, por lo que podemos afirmar que los cambios inducidos por la imputación son despreciables y sus efectos en los análisis posteriores serán mínimos.

b2) CES-D. Sus resultados del CES-D son análogos a los vistos para el GHQ-28 (Tabla 17), por lo que no influirán en los resultados de los análisis posteriores.

Tabla 17 Medidas de resumen antes y después de la imputación de los ítems de CES-D

	Antes		Después	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
P01	0,659	0,867	0,655	0,866
P02	0,371	0,716	0,369	0,715
P03	0,441	0,759	0,438	0,757
P04	2,110	1,107	2,137	1,101
P05	0,824	0,879	0,825	0,876
P06	0,756	0,901	0,757	0,899
P07	0,879	0,920	0,880	0,918
P08	2,262	0,975	2,269	0,972
P09	0,389	0,738	0,384	0,734
P10	0,463	0,778	0,460	0,777
P11	0,899	0,972	0,900	0,969
P12	1,952	0,892	1,952	0,889
P13	0,776	0,888	0,779	0,883
P14	0,695	0,936	0,691	0,935
P15	0,534	0,784	0,530	0,782
P16	2,000	0,969	2,000	0,966
P17	0,415	0,718	0,412	0,716
P18	0,917	0,934	0,918	0,932
P19	0,560	0,758	0,558	0,757
P20	0,566	0,787	0,562	0,785

b3) TCI-125. Sus resultados aparecen en la tabla 18, pudiéndose observar que no hay grandes diferencias entre antes y después de la imputación.

Tabla 18 Medidas de resumen antes y después de la imputación de los ítems de TCI-

125

	Antes		Después			Antes		Después	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.		Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
TCI001	0,300	0,460	0,303	0,460	TCI035	0,350	0,480	0,343	0,475
TCI002	0,700	0,460	0,699	0,459	TCI036	0,770	0,420	0,767	0,423
TCI003	0,340	0,480	0,341	0,475	TCI037	0,430	0,500	0,422	0,494
TCI004	0,890	0,310	0,894	0,309	TCI038	0,440	0,500	0,436	0,496
TCI005	0,028	0,170	0,028	0,165	TCI039	0,048	0,210	0,048	0,214
TCI006	0,160	0,360	0,155	0,362	TCI040	0,890	0,310	0,892	0,311
TCI007	0,970	0,170	0,970	0,171	TCI041	0,720	0,450	0,727	0,446
TCI008	0,400	0,490	0,398	0,490	TCI042	0,340	0,470	0,331	0,471
TCI009	0,390	0,490	0,392	0,489	TCI043	0,570	0,500	0,572	0,495
TCI010	0,500	0,500	0,506	0,500	TCI044	0,300	0,460	0,299	0,458
TCI011	0,440	0,500	0,438	0,497	TCI045	0,380	0,490	0,376	0,485
TCI012	0,130	0,340	0,129	0,335	TCI046	0,190	0,400	0,195	0,396
TCI013	0,050	0,220	0,050	0,219	TCI047	0,760	0,420	0,767	0,423
TCI014	0,380	0,490	0,380	0,486	TCI048	0,270	0,450	0,271	0,445
TCI015	0,740	0,440	0,739	0,440	TCI049	0,180	0,390	0,183	0,387
TCI016	0,190	0,390	0,189	0,392	TCI050	0,960	0,190	0,964	0,187
TCI017	0,310	0,460	0,305	0,461	TCI051	0,520	0,500	0,532	0,499
TCI018	0,930	0,260	0,928	0,259	TCI052	0,320	0,470	0,313	0,464
TCI019	0,280	0,450	0,277	0,448	TCI053	0,470	0,500	0,462	0,499
TCI020	0,930	0,250	0,934	0,249	TCI054	0,770	0,420	0,777	0,417
TCI021	0,320	0,470	0,319	0,467	TCI055	0,630	0,480	0,641	0,480
TCI022	0,430	0,500	0,426	0,495	TCI056	0,200	0,400	0,199	0,399
TCI023	0,160	0,360	0,157	0,364	TCI057	0,330	0,470	0,323	0,468
TCI024	0,061	0,240	0,060	0,238	TCI058	0,240	0,420	0,233	0,423
TCI025	0,760	0,430	0,763	0,426	TCI059	0,250	0,430	0,245	0,431
TCI026	0,350	0,480	0,351	0,478	TCI060	0,310	0,460	0,301	0,459
TCI027	0,400	0,490	0,396	0,489	TCI061	0,440	0,500	0,438	0,497
TCI028	0,150	0,360	0,151	0,358	TCI062	0,380	0,480	0,373	0,484
TCI029	0,480	0,500	0,468	0,499	TCI063	0,630	0,480	0,633	0,483
TCI030	0,360	0,480	0,363	0,481	TCI064	0,250	0,440	0,251	0,434
TCI031	0,590	0,490	0,590	0,492	TCI065	0,270	0,440	0,265	0,442
TCI032	0,570	0,490	0,576	0,495	TCI066	0,570	0,500	0,572	0,495
TCI033	0,150	0,360	0,151	0,358	TCI067	0,820	0,390	0,821	0,383
TCI034	0,190	0,400	0,191	0,393	TCI068	0,490	0,500	0,482	0,500

	Antes		Después	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
TCI069	0,150	0,360	0,153	0,360
TCI070	0,390	0,490	0,382	0,486
TCI071	0,530	0,500	0,528	0,500
TCI072	0,460	0,500	0,458	0,499
TCI073	0,360	0,480	0,359	0,480
TCI074	0,850	0,350	0,855	0,352
TCI075	0,044	0,210	0,044	0,206
TCI076	0,430	0,500	0,424	0,495
TCI077	0,760	0,430	0,765	0,424
TCI078	0,560	0,500	0,572	0,495
TCI079	0,290	0,460	0,291	0,455
TCI080	0,059	0,240	0,058	0,234
TCI081	0,350	0,480	0,349	0,477
TCI082	0,300	0,460	0,295	0,457
TCI083	0,140	0,350	0,139	0,346
TCI084	0,510	0,500	0,528	0,500
TCI085	0,460	0,500	0,448	0,498
TCI086	0,440	0,500	0,434	0,496
TCI087	0,260	0,440	0,261	0,440
TCI088	0,130	0,340	0,133	0,339
TCI089	0,810	0,390	0,811	0,392
TCI090	0,300	0,460	0,297	0,457
TCI091	0,240	0,430	0,229	0,421
TCI092	0,370	0,480	0,365	0,482
TCI093	0,970	0,170	0,972	0,165
TCI094	0,750	0,430	0,759	0,428
TCI095	0,160	0,360	0,153	0,360
TCI096	0,120	0,320	0,114	0,319
TCI097	0,520	0,500	0,530	0,500
TCI098	0,590	0,490	0,598	0,491
TCI099	0,200	0,400	0,195	0,396
TCI100	0,290	0,450	0,273	0,446
TCI101	0,430	0,500	0,430	0,496
TCI102	0,990	0,090	0,992	0,089
TCI103	0,580	0,490	0,580	0,494
TCI104	0,110	0,310	0,108	0,311
TCI105	0,640	0,480	0,647	0,479
TCI106	0,390	0,490	0,378	0,485
TCI107	0,250	0,430	0,245	0,431
TCI108	0,630	0,480	0,639	0,481
TCI109	0,190	0,400	0,193	0,395
TCI110	0,290	0,450	0,275	0,447
TCI111	0,290	0,450	0,289	0,454
TCI112	0,850	0,360	0,853	0,354
TCI113	0,660	0,470	0,669	0,471
TCI114	0,420	0,490	0,406	0,492

	Antes		Después	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
TCI115	0,610	0,490	0,612	0,488
TCI116	0,520	0,500	0,530	0,500
TCI117	0,200	0,400	0,193	0,395
TCI118	0,940	0,250	0,936	0,245
TCI119	0,650	0,480	0,659	0,475
TCI120	0,160	0,370	0,163	0,369
TCI121	0,820	0,390	0,821	0,383
TCI122	0,690	0,460	0,691	0,463
TCI123	0,120	0,320	0,118	0,323
TCI124	0,430	0,500	0,418	0,494
TCI125	0,300	0,460	0,297	0,457

b4) Variables Sociodemográficas y Profesionales. Las variables referentes a la práctica profesional (Tabla 19), salvo en el caso de la variable “cambiaría de trabajo”, presentan, como ha ocurrido con el resto, cambios mínimos.

Tabla 19 Medidas de resumen antes y después de la imputación de los ítems de la práctica del profesor

	Antes		Después	
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.
¿Cambiaría usted de profesión?	0,261	0,439	0,249	0,433
Edad	45,010	9,873	45,066	9,738
Años de experiencia profesional	19,658	10,251	19,719	10,123
Horas de docencia semanales	21,639	5,475	21,680	5,400
Número medio de alumnos por clase	26,440	6,948	26,450	6,900
Valoración de estrés	3,258	1,684	3,235	1,610
Valoración de satisfacción	3,875	1,543	3,884	1,491
¿Cómo se siente valorado por sus superiores?	4,085	1,462	4,080	1,423
¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?	4,264	1,174	4,251	1,147
¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?	4,539	1,104	4,558	1,085
¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?	4,283	1,200	4,257	1,146

En el caso del sexo, que está muy relacionado con el nivel del centro y la titularidad, se ha hecho una imputación al azar atendiendo a las distribuciones de hombres en los diferentes niveles y según que el centro sea público o privado, obteniéndose los resultados que figuran en la Tala 20. Había 10 datos faltantes y por azar se han distribuido 5 en el grupo de hombres y 5 en el grupo de mujeres, cambiando el porcentaje de ellos en un 1%, lo que es irrelevante, como viene ocurriendo en los demás casos.

Tabla 20 Distribución del sexo antes y después de la imputación

	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	209	41,97	214	42,97
Mujer	279	56,02	284	57,03
Total	488	100,00	498	100,00

En la tabla 21 aparecen los resultados para el estado civil. Las diferencias son aún menores que en el caso del sexo por lo que la influencia en los resultados finales será mínima.

Tabla 21 Distribución del estado civil antes y después de la imputación

	ANTES		DESPUES	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	97	19,48	98	19,68
Casado	341	68,47	346	69,48
Viudo	10	2,01	10	2,01
Separado	15	3,01	15	3,01
Divorciado	8	1,61	8	1,61
Célibe por motivos religiosos	16	3,21	16	3,21
Pareja Hecho	5	1,00	5	1,00
Total	492	98,80	498	100,00

4.2. Estudio descriptivo

En la siguiente fase se llevó a cabo una estadística descriptiva de cada una de las variables, atendiendo a su distribución de frecuencias y a las medidas básicas de resumen, en aquellos casos en los que fue oportuno, como media, mediana, cuartiles, amplitud y desviación típica, así como a representaciones gráficas que pudieran mostrar de manera clara, en términos descriptivos, los resultados. Si bien ahora se harán unas precisiones que podían haber influido en estos resultados, aquí se expresaron los resultados tal como fueron obtenidos, sin ponderar y sin considerar el efecto que pudieran tener sobre ellos la estructura de conglomerados que soportaba nuestra muestra.

Para estimar la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica se empleó la estimación indirecta que puede hacerse de ésta a partir de la proporción de personas que dan positivo en un test de referencia (en este caso el GHQ-28) y la sensibilidad y la especificidad conocidas de ese test de referencia. La expresión empleada es:

$$prev = \frac{p(T) - fp}{Sens - fp}$$

donde **p(T)** representa el porcentaje de positivos en el test de referencia, **fp** representa la probabilidad de un falso positivo en el test de referencia y **Sens** la sensibilidad del test de referencia. Con objeto de dar intervalos de confianza para la prevalencia así obtenida se empleó el método bootstrap, pues la estimación del error estándar de esa expresión es compleja.

4.3. Estudio analítico

En la siguiente fase se pasó a un estudio detallado, para las variables que se señalan, basándonos en las dos características esenciales de nuestra muestra: una muestra por conglomerados (se había elegido una muestra de profesores dentro de una muestra de colegios) y estratificada (por tipo de centro y por nivel de enseñanza impartido), que no tenía una asignación proporcional, sino una que nos permitiera tener representados a distintos tipos de centros, por lo que el estudio constantemente debía estar ponderado para corregir la asignación no proporcional con la que se construyó. Las variables de respuesta que se emplearon fueron el valor total de la puntuación del GHQ-28, el valor de GHQ-28 cortado en 5 (hasta 5 se considera normal y por encima hay indicios de patología), el valor total de la puntuación del CES-D y el corte de tal cuestionario en 16, que es el punto de corte empleado en la bibliografía (Radloff y Locke, 1986; American Psychiatric Association, 2000).

4.3.1. Análisis bivariante.

La forma de analizar los datos en el análisis bivariante fue la de considerar los modelos GEE (Generalized Estimation Equations) con la ponderación antes citada. Estos modelos son los oportunos cuando hay que calcular de manera eficiente e insesgada la varianza de las variables de respuesta en el caso de muestreos por conglomerados, ya que tienen en cuenta la deflación de la varianza que se produce como consecuencia de la correlación intraclase, que no es despreciable y que hace que los valores de los conglomerados sean más parecidos entre sí. Para el caso de covariables que fueran categóricas y variables de respuesta del mismo tipo el método empleado quedaba reducido al de Rao-Scott, (Rao 1981) y en el caso de

que la variable de respuesta fuera numérica, las comparaciones de medias oportunas quedaron reducidas a los métodos de Korn y Graubard (Korn, 1990); en el caso de variable de respuesta numérica y covariables categóricas la comparación se hizo empleando el método de Korn antes citado y, finalmente, en el caso de variable de respuesta y variable categórica se emplearon los coeficientes de correlación lineal (previa nube de puntos que descartara la no-linealidad) derivados de las cantidades experimentales del artículo de Korn. En todos los casos las comparaciones se dieron significativas a un nivel del 0,05, para no perder variables que pudieran ser de interés en los análisis multivariantes.

4.3.2. Análisis multivariante.

En los análisis multivariantes se volvieron a emplear los modelos GEE, en su versión equivalente a la regresión lineal múltiple y en la versión equivalente a la regresión logística, para variables numéricas y binarias respectivamente. En el primer caso se emplearon los coeficientes de correlación parcial obtenidos de las cantidades experimentales de los tests de significación de los coeficientes del modelo, como medidas de la fuerza de la asociación entre variables; en el segundo caso se emplearon las “odds ratio” obtenidas del modelo logit oportuno. En todos estos casos la construcción del modelo final se hizo basándonos en dos principios que debían verificarse simultáneamente para eliminar una variable: a) que no aporten nada significativo al modelo $P > 0,25$; b) que al eliminar la variable no se produzca un cambio importante (mayor del 10% en su valor) en los coeficientes del modelo. Estas condiciones fueron impuestas con objeto de no eliminar ninguna variable que pudiera tener relevancia en el modelo, aunque ésta fuera mínima.

El último análisis que se llevó a cabo fue un análisis PATH para la variable CES-D. Tal análisis permite describir las asociaciones entre las diferentes variables en términos de efectos directos e indirectos sobre la variable de respuesta y así diseñar un mapa de las asociaciones entre variables que explica mejor el funcionamiento del modelo final. Este análisis presenta más problemas cuando la variable no es numérica, por lo que sólo se empleó para la variable CES-D.

Los paquetes estadísticos que se emplearon fueron el SPSS 11.0 para los análisis más generales y el STATA 7.0 para los análisis de modelos GEE.

Resultados

1. Estudio Descriptivo

Siguiendo la descripción del capítulo de Material y Métodos a continuación se relacionan las diferentes variables presentes en el estudio atendiendo a su distribución de frecuencias y a las medidas básicas de resumen (media, mediana, desviación típica, etc.) en los casos en los que haya sido posible. La razón fundamental de este primer análisis es el conocimiento general de la información recogida, pero sobre todo poner de manifiesto los resultados más relevantes que condicionarán el enfoque del resto del análisis.

Las primeras variables mostradas serán las sociodemográficas, seguidas de las referentes a las condiciones de trabajo y, por último, las escalas del estudio, donde sólo se han empleado los valores acumulados de las escalas y los cortes de interés de las mismas.

Los datos aparecen sin ponderar para tener una idea más exacta de lo obtenido. Cuando la descripción se use con efectos inferenciales, para referirnos a toda la población a la que se refiere nuestra muestra, emplearemos las ponderaciones, puesto que la muestra está sujeta a ponderaciones distintas según las fracciones de muestreo y las tasas de respuesta por estrato. Las comparaciones se harán siempre considerando las ponderaciones de las diferentes muestras.

1.1. Descripción general

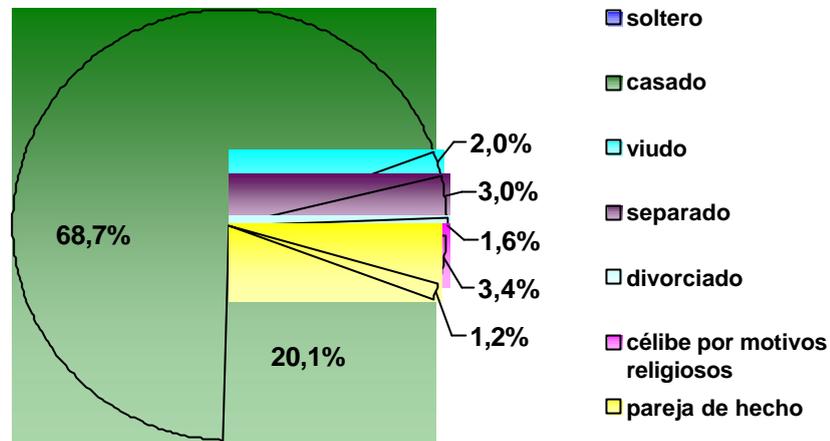
1.1.1. Variables Sociodemográficas

El número total de profesores que han participado en nuestro estudio es de 498. La población es mayoritariamente femenina (57,6%) (Tabla 22), abundan más los casados (68,7%) seguidos de los solteros (20,1%) contando con un porcentaje nada despreciable de célibes por motivos religiosos (Gráfica 1).

Se trata de una población mayor, la media de edad es de 45 años y el 75% de la misma supera los 38 años (Tabla 23). Esto se aprecia mejor en la tabla 24 y en la gráfica 2, donde aparece la edad categorizada en intervalos de 5 años. El número medio de hijos es de 1,6, siendo la mediana de 2 hijos (Tabla 25); el 30% de la población no tienen hijos (Tabla 26).

Tabla 22. Distribución del sexo y el estado civil

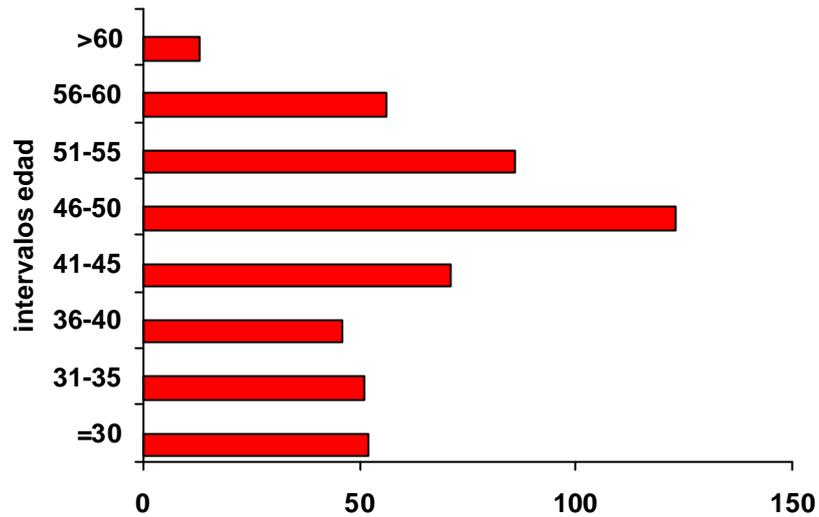
	N	%
Sexo		
Hombre	211	42,4%
Mujer	287	57,6%
Estado Civil		
Soltero	100	20,1%
Casado	342	68,7%
Viudo	10	2,0%
Separado	15	3,0%
Divorciado	8	1,6%
Célibe por motivos religiosos	17	3,4%
Pareja de hecho	6	1,2%

Gráfica 1. Distribución del estado civil de los Profesores**Tabla 23.** Medidas de tendencia central y de dispersión para la edad en los Profesores

EDAD								
Válidos	Perdidos	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
498	0	45,06	9,74	22	67	25	50	75
						38	47	52

Tabla 24. Distribución de la edad en los Profesores

	N	%
Edad		
=30	52	10,4%
31-35	51	10,2%
36-40	46	9,2%
41-45	71	14,3%
46-50	123	24,7%
51-55	86	17,3%
56-60	56	11,2%
>60	13	2,6%

Gráfica 2. Distribución de la edad en los Profesores**Tabla 25.** Medidas de tendencia central y de dispersión del número de hijos en los Profesores

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Número total de hijos	1,6	1,36	0	8	0	2	2
Número de hijos menores de 8 años	0,2	0,53	0	4	0	0	0
Número de hijos entre 8 y 12 años	0,2	0,46	0	3	0	0	0
Número de hijos entre 13 y 18 años	0,4	0,71	0	3	0	0	1
Número de hijos mayores de 18 años	0,8	1,31	0	8	0	0	2

Tabla 26. Distribución de las variables referidas al número de hijos categorizadas

	N	%
¿ Tiene hijos?		
No	149	29,9%
Si	349	70,1%
Número de hijos		
No	149	29,9%
1-2	234	47,0%
>2	115	23,1%
Hijos menores de 8 años		
No	424	85,1%
Si	74	14,9%
Hijos entre 8 y 12 años		
No	427	85,7%
Si	71	14,3%
Hijos entre 13 y 18 años		
No	361	72,5%
Si	137	27,5%
Hijos mayores de 18 años		
No	322	64,7%
Si	176	35,3%

1.1.2. Variables profesionales

La gran mayoría son licenciados (53.6%). Más del 30% de los profesores superan los 25 años de experiencia profesional y otro 24,3% oscilan entre los 21 y 25 años (Tabla 27).

En la tabla 28, se observa que son profesores con bastantes años de experiencia profesional: la media está en 19,7 años y su mediana en 22 años.

Tabla 27. Distribución de las variables profesionales

	N	%
Nivel de estudios alcanzado		
Doctor	36	7,2%
Licenciado	267	53,6%
Grado medio	193	38,8%
Otros	2	0,4%
Años de experiencia profesional		
=5	67	13,5%
6-10	50	10,0%
11-15	47	9,4%
16-20	59	11,8%
21-25	121	24,3%
26-30	95	19,1%
31-35	40	8,0%
>35	19	3,8%

Tabla 28. Medidas de tendencia central y de dispersión de la experiencia profesional

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Años de experiencia profesional	19,7	10,12	0	44	12	22	27

1.1.3. Variables Ocupacionales

Con respecto al centro y a las condiciones de trabajo del mismo, en la tabla 29 se puede ver que el 37,3% de los encuestados corresponden a centros de primaria, el 53,6% son licenciados debido a que hay más profesores de Secundaria que de Primaria y necesitaron el nivel de Licenciado para acceder a su puesto de trabajo y que el 45,6% de los profesores pertenecen a centros públicos (Gráfica 3), distribuciones que se corresponden con las de esas variables en la población de profesores de Granada capital. Existe un 14,9% de personas que presentan desequilibrio en los estudios, ya que poseen un nivel académico más elevado que el requerido para el trabajo que desempeñan.

El número medio de alumnos por clase es de 26,4 (mediana 27) y el número medio de horas de clase semanales es de 21,7 (mediana 25) (Tabla 30). Hay que tener en cuenta que estas medias serán distintas según el nivel de enseñanza y la titularidad del centro en que se trabaja.

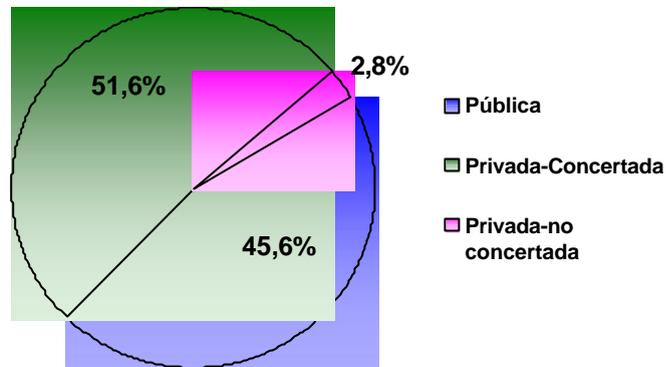
Los resultados correspondientes a las tareas docentes y las posibles agresiones o insultos se muestran en la tabla 31. Observamos que el 39% de profesores imparte docencia en primaria, y el mayor colectivo lo forman los de segundo ciclo de secundaria (46,4%), y sólo un 7% imparte docencia en un ciclo formativo. El 31,1% desempeñan además tareas de dirección. El 36,7% de los encuestados están sometidos a jornadas de clase más largas de lo que deberían y el 21,5% tienen un número medio de alumnos por clase elevado.

Con respecto al porcentaje de los que dicen haber recibido algún insulto, en nuestra muestra es de un 22,3%. Al ponderar para hacer la estimación en toda la población, obtenemos que el 22,0% de la población de profesores no universitarios ha sido insultada alguna vez a lo largo de su

carrera, con un intervalo de confianza al 95% entre el 19,9% y un 24,2%. El 1,4 % de profesores de nuestra muestra ha sido agredido y la estimación de la proporción de profesores agredidos alguna vez a lo largo de su carrera, es de un 1,3% comprendida entre los valores 0,8% y 2,1% con una confianza al 95%.

Tabla 29. Distribución de las variables ocupacionales

	N	%
Nivel del centro		
Primaria	186	37,3%
Secundaria	312	62,7%
Titularidad del centro		
Pública	227	45,6%
Privada_concertada	257	51,6%
Privada_no_concertada	14	2,8%
Titularidad del centro		
Público	227	45,6%
Privado	271	54,4%
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto		
Licenciado	262	53,6%
Grado medio	225	46,0%
Otros	2	0,40%
Desequilibrio en los estudios		
No	416	85,1%
Si	73	14,9%

Gráfica 3. Distribución de profesores según la titularidad del centro**Tabla 30.** Medidas de tendencia central y de dispersión de las variables ocupacionales

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Horas de docencia semanales	21,7	5,40	1	35	18	25	25
Número medio de alumnos por clase	26,4	6,90	2	40	24	27	30

Tabla 31. Distribución de las variables referidas a las tareas que se realizan en el centro y a la carga laboral

	N	%
¿Imparte docencia en Primaria?		
No	304	61,0%
Si	194	39,0%
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?		
No	345	69,3%
Si	153	30,7%

	N	%
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?		
No	267	53,6%
Si	231	46,4%
¿Imparte docencia en Bachillerato?		
No	315	63,3%
Si	183	36,7%
¿Imparte docencia en Ciclo Formativo?		
No	463	93,0%
Si	35	7,0%
Responsabilidades de dirección u organización		
No	343	68,9%
Si	155	31,1%
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?		
No	387	77,7%
Si	111	22,3%
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?		
No	491	98,6%
Si	7	1,4%
Horas de docencia semanales		
Normal	315	63,3%
Alta	183	36,7%
Número medio de alumnos por clase		
Bajo	108	21,7%
Normal	283	56,8%
Alto	107	21,5%

1.1.4. Percepciones Relativas al Trabajo

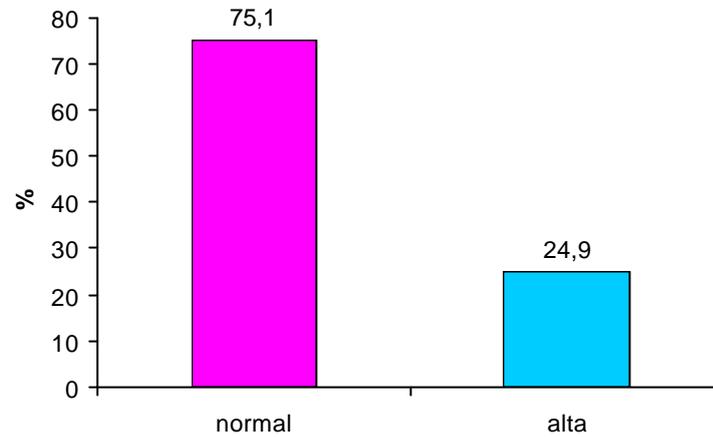
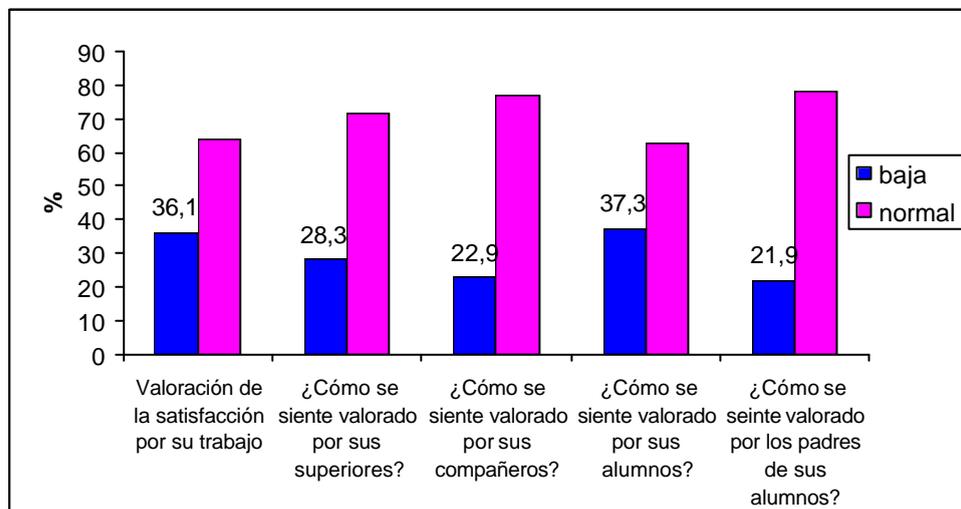
La tabla 32 presenta las medidas de tendencia central y de dispersión de las diferentes valoraciones. El 24,9% de los profesores perciben estrés laboral alto (Gráfica 4). El 75% restante valora satisfactoriamente su trabajo, y se siente arropado tanto por sus superiores, compañeros, alumnos y padres de sus alumnos (Gráfica 5).

Tabla 32. Medidas de tendencia central y de dispersión de las percepciones relativas al trabajo continuas

	Media	D. típ.	Mín	Máx	Percentiles		
					25	50	75
Valoración del estrés	3,23	1,61	0	6	2	3	4,25
Valoración de la satisfacción	3,88	1,49	0	6	3	4	5
¿Cómo se siente valorado por sus superiores?	4,08	1,42	0	6	3	4	5
¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?	4,25	1,15	0	6	4	4	5
¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?	4,56	1,08	1	6	4	5	5
¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?	4,26	1,15	0	6	4	4	5

Tabla 33. Distribución de las percepciones relativas al trabajo

	N	%
Valoración del estrés		
Normal	374	75,1%
Alta	124	24,9%
Valoración de la satisfacción		
Normal	318	63,9%
Baja	180	36,1%
¿Cómo se siente valorado por sus superiores?		
Normal	357	71,7%
Baja	141	28,3%
¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?		
Normal	384	77,1%
Baja	114	22,9%
¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?		
Normal	312	62,7%
Baja	186	37,3%
¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?		
Normal	389	78,1%
Baja	109	21,9%

Gráfica 4. Distribución del estrés percibido**Gráfica 5.** Distribución de las diferentes valoraciones percibidas

1.1.5. Deseo de Cambio de Trabajo

El 24,9% de los profesores no universitarios cambiaría de trabajo (Tabla 34).

Tabla 34. Distribución del deseo de cambio de trabajo

	N	%
¿Cambiaría usted de profesión?		
No	374	75,1%
Si	124	24,9%

1.1.6. Hábitos y estilos de vida

Las distribuciones de las variables relativas al consumo de café, tabaco y tranquilizantes aparecen en la tabla 35. Un poco más de la mitad de los profesores consumen el equivalente a una o dos tazas de café diarias, y el 26,1% no consumen cafeína. El 34,9% de los encuestados son fumadores diarios en la actualidad; aproximadamente, la mitad de ellos son fumadores de menos de 10 cigarrillos y la otra mitad de más de 10 cigarrillos. El 16,1% de los encuestados consumen tranquilizantes; la estimación poblacional da un valor del 16,6% (I.C. 95%: 14,8% – 18,7%).

Tabla 35.Distribución de variables de consumos

	N	%
Consumo de cafeína (tazas/día)		
0	130	26,1%
1	164	32,9%
2	125	25,1%
3	63	12,7%
4	15	3,0%
5	1	0,2%
¿Ha sido fumador diario alguna vez?		
No	212	42,6%
Si	286	57,4%
¿Fuma usted actualmente?		
No	324	65,1%
1-5cig/d	43	8,6%
6-10cig/d	39	7,8%
11-20cig/d	47	9,4%
21-30cig/d	28	5,6%
>30cig/d	17	3,4%
¿Está tomando tranquilizantes, antidepresivos, etc...?		
No	418	83,9%
Si	80	16,1%

1.1.7. Cuestionarios

Las medidas de tendencia central y dispersión de las distintas escalas utilizadas en nuestro estudio aparecen en la tabla 36. El cuestionario GHQ-28 aparece con los tres tipos de puntuación posible, como mencionamos en el apartado de Material y Métodos.

En la tabla 37 se muestran las variables anteriores dicotomizadas en función de dónde han cortado otros trabajos para el GHQ-28 y el CES-D. La proporción de puntuaciones altas para el GHQ-28 oscila entre el 29,9% (para un corte en 8 puntos) y el 39,0% (para un corte en 5 puntos). Para el caso del CES-D y su punto clásico de corte en el valor 16, se ha obtenido un 35,3% de valores altos. Si con esos datos se estiman las proporciones de puntuaciones altas para esas dos escalas en la población, se encuentra que para el GHQ-28>8 el porcentaje es de un 30,3% (I.C. 95%: 27,9% a 32,7%). Para el caso del CES-D la proporción es de un 36,2%, (I.C. 95%: 33,7% a 38,7%). A partir de estas estimaciones se obtendrán las correspondientes a la S y E de morbilidad psiquiátrica en la población.

Las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables del TCH125 se muestran en la tabla 38. La distribución de la población en función de los cuartiles primero y tercero se presenta en la tabla 39.

Tabla 36. Medidas de tendencia central y de dispersión de las escalas en Profesores

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Puntuación GHQ	5,20	6,38	0	27	0	2	9
Puntuación Likert GHQ	22,89	12,29	4	76	13	19,5	31,25
Puntuación CGHQ	11,97	6,82	1	28	7	11	17
Puntuación CES-D	13,78	11,19	0	57	5	11	21

Tabla 37. Distribución de variables de las escalas cortadas en los valores de otros estudios o en función del primer o tercer cuartil, en Profesores

	N	%
GHQ-28>5		
Normal	304	61,0
Alta	194	39,0
GHQ-28>6		
Normal	319	64,1
Alta	179	35,9
GHQ-28>7		
Normal	332	66,7
Alta	166	33,3
GHQ-28>8		
Normal	349	70,1
Alta	149	29,9
CES-D>16		
Normal	322	64,7
Alta	176	35,3

Tabla 38. Medidas de tendencia central y de dispersión de las variables de la personalidad en Profesores

	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo	Percentiles		
					25	50	75
Búsqueda de Novedad	7,38	3,23	0	18	5	7	9
Evitación del Daño	9,40	4,41	0	19	6	9	13
Dependencia de la Recompensa	10,88	2,59	2	16	9	11	13
Persistencia	2,62	1,56	0	5	1	3	4
Autodirección	18,67	4,94	2	25	16	20	23
Cooperación	19,78	2,41	10	23	19	20	21
Autotrascendencia	7,15	3,46	0	15	4	7	10

Tabla 39. Distribución de variables de las escalas recategorizadas

	N	%
Búsqueda de Novedad		
Bajo	153	30,7
Normal	231	46,4
Alto	114	22,9
Evitación del Daño		
Bajo	140	28,1
Normal	232	46,6
Alto	126	25,3
Dependencia de la Recompensa		
Bajo	138	27,7
Normal	210	42,2
Alto	150	30,1
Persistencia		
Bajo	138	27,7
Normal	199	40,0
Alto	161	32,3
Autodirección		
Bajo	116	23,3
Normal	253	50,8
Alto	129	25,9
Cooperación		
Bajo	108	21,7
Normal	280	56,2
Alto	110	22,1
Autotrascendencia		
Bajo	134	26,9
Normal	225	45,2
Alto	139	27,9

1.2. Prevalencia de morbilidad psiquiátrica en profesores de enseñanza no–universitaria

La tabla 40 muestra una primera estimación puntual de la prevalencia de morbilidad psiquiátrica considerando el porcentaje de positivos en el GHQ-28 y aplicando la expresión citada en Material y Métodos.

Tabla 40. Estimaciones de la prevalencia de enfermedad mental en función de distintos puntos de corte del GHQ-28 y de diferentes sensibilidades y especificidades.

	%	prev_1*	prev_2*	prev_3*
GHQ-28>5	39,0	36,9	33,7	28,8
GHQ28>6	35,9	32,2	26,4	17,5
GHQ-28>7	33,0	27,7	19,5	07,0
GHQ-28>8	29,9	22,9	12,2	-----

*prev_1: Estimación indirecta de prevalencia para una sensibilidad del 85% y especificidad 85%. *prev_2: Estimación indirecta de prevalencia para una sensibilidad del 90% y especificidad 85%. *prev_3: Estimación indirecta de prevalencia para una sensibilidad del 95% y especificidad 85%

En la tabla aparecen primero los porcentajes de positivos del GHQ-28 en los puntos de corte 5, 6, 7 y 8. A su derecha aparecen las estimaciones indirectas de la prevalencia obtenidas haciendo suposiciones para las sensibilidades de 85%, 90% y 95% y especificidad del 85%. Como se ve, conforme aumenta la sensibilidad del test disminuye la estimación puntual de la prevalencia, puesto que en tal caso la discrepancia entre la tasa de falsos positivos y la sensibilidad es mayor, lo que hace que el cociente que calcula la prevalencia sea menor. Para los puntos de corte más usuales del GHQ-28, - el 5 y el 6 - el descenso de la prevalencia es moderado cuando la sensibilidad pasa del 85% al 90%, pero ya es muy fuerte cuando pasa del 90% al 95%; en cualquier caso, tomando una sensibilidad del 90% (razonable en el caso del GHQ-28), podemos afirmar que en el corte del 5 la

estimación puntual de la prevalencia de morbilidad psiquiátrica es del 33,7% y en el corte en 6 es de un 26,4%. Calculados los intervalos de confianza al 95% para estos valores se obtienen los resultados que aparecen en la tabla 41.

Tabla 41. I.C. al 95% para la prevalencia de enfermedad mental en función de puntos de corte del GHQ-28 en 5 y 6 y de una sensibilidad del 90%, y una especificidad del 85%.

	I.C. (95%)		
	Prev.	Linf.	Lsup.
GHQ-28>5	33,7	30,3	43,7
GHQ28>6	26,4	25,8	39,0

Tomando los extremos inferiores de los intervalos, la prevalencia de la enfermedad mental en el caso de un corte en el valor 6 sería de un 25% mientras que en un corte en 5, -el que más se usa-, de enfermedad mental sería al menos de un 30%.

2. Estudio Analítico

2.1. GHQ-28

2.1.1. GHQ-28 como variable dicotómica (1-5 vs. >5)

2.1.1.1. Análisis Bivariante:

a). **Variables Sociodemográficas:** La única variable para la que se aprecian diferencias significativas en relación con la proporción de sujetos con GHQ-28 elevado es el sexo: la proporción de sujetos con GHQ-28>5 es superior en las mujeres (43,4%) que en los varones (32,9%) (Tabla 42).

En la regresión logística univariante (Tabla 43), se observa como, en consonancia con el análisis anterior, la odds ratio de las mujeres es significativamente superior a uno (1,63). Por otra parte, la proporción de sujetos con GHQ-28 elevado va aumentando con la edad hasta llegar a los 60 años. No se encuentra asociación con el estado civil, el tener o no hijos y el número de ellos.

Finalmente, los valores medios de la edad o el número de hijos no difieren entre los dos grupos definidos según el GHQ-28 (Tabla 44).

Tabla 42 Comparación de la proporción de sujetos con GHQ-28 alto en función de las variables sociodemográficas.

	GHQ-28>5				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Sexo					
Hombre	141	67,1	69	32,9	0,0352
Mujer	163	56,6	125	43,4	
Edad					
=30	40	76,9	12	23,1	0,1766
31-35	31	60,8	20	39,2	
36-40	27	58,7	19	41,3	
41-45	39	54,9	32	45,1	
46-50	78	63,4	45	36,6	
51-55	48	55,8	38	44,2	
56-60	33	58,9	23	41,1	
>60	8	61,5	5	38,5	
Edad					
=30	40	76,9	12	23,1	0,0894
31-40	58	59,8	39	40,2	
41-50	117	60,3	77	39,7	
51-60	81	57,0	61	43,0	
>60	8	61,5	5	38,5	
Estado civil					
Soltero	64	65,3	34	34,7	0,0743
Casado	211	61,0	135	39,0	
Viudo	8	80,0	2	20,0	
Separado	7	46,7	8	53,3	
Divorciado	1	12,5	7	87,5	
Célibe por motivos religiosos	10	62,5	6	37,5	
Pareja de hecho	3	60,0	2	40,0	
Estado civil					
Soltero	64	65,3	34	34,7	0,4015
Casado+Pareja de hecho	214	61,0	137	39,0	
Viudo+Separado+Divorciado	16	48,5	17	51,5	
Célibe por motivos religiosos	10	62,5	6	37,5	
Número de hijos					
No	99	66,4	50	33,6	0,1809
1-2	137	58,5	97	41,5	
>2	68	59,1	47	40,9	
¿Tiene hijos?					
No	99	66,4	50	33,6	0,0632
Si	205	58,7	144	41,3	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 43. OR crudas para la asociación de las variables sociodemográficas con niveles altos del GHQ-28

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Edad		
= 30	1	Referencia
31-40	2,56	1,22 - 5,35
41-50	2,60	1,30 - 5,18
51-60	2,98	1,47 - 6,06
>60	2,46	0,59 - 10,22
Número de hijos		
No	1	Referencia
1 a 2	1,43	0,96 - 2,13
>2	1,45	0,88 - 2,38
Sexo		
Hombre	1	Referencia
Mujer	1,63	1,03 - 2,58
Estado civil		
Soltero	1	Referencia
Casado+Pareja de hecho	1,17	0,73 - 1,88
Viudo+Separado+Divorciado	1,89	0,98 - 3,66
Célibe por motivos religiosos	1,11	0,35 - 3,52

Tabla 44 Comparación de medias de las variables sociodemográficas entre los dos niveles del GHQ-28

	GHQ-28>5				P
	Normal (N=304)		Alto (N=194)		
	x	s	x	s	
Edad	44,5	10,24	45,9	8,86	0,0993
Número total de hijos	1,5	1,38	1,7	1,32	0,1116

b) **Variables profesionales:** (Tabla 45) La proporción de sujetos con GHQ-28 alto parece superior entre los profesores con titulación inferior a la de licenciado. Por su parte, una experiencia profesional superior a 35 años también se asocia con una mayor frecuencia de GHQ-28 alto.

En la regresión logística univariante (Tabla 46) se confirman los resultados anteriores.

Por último, las medias de los años de experiencia profesional de los sujetos con GHQ-28 normal y alto son similares (Tabla 47).

Tabla 45 Comparación de la proporción de sujetos con GHQ-28 alto en función de las variables profesionales.

	GHQ-28>5				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Nivel de estudios alcanzado					
Doctor	22	61,1	14	38,9	0,0044
Licenciado	179	67,0	88	33,0	
Grado medio/ Otros	103	52,8	92	47,2	
Años de experiencia profesional					
= 5	49	73,1	18	26,9	0,1062
6-10	31	62,0	19	38,0	
11-15	22	46,8	25	53,2	
16-20	36	61,0	23	39,0	
21-25	77	63,6	44	36,4	
26-30	57	60,0	38	40,0	
31-35	24	60,0	16	40,0	
>35	8	42,1	11	57,9	
Años de experiencia profesional					
=5	49	73,1	18	26,9	0,0523
6-15	53	54,6	44	45,4	
16-25	113	62,8	67	37,2	
26-35	81	60,0	54	40,0	
>35	8	42,1	11	57,9	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 46 OR crudas para la asociación de las variables profesionales con niveles altos del GHQ-28

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Nivel de estudios alcanzado		
Doctor	1	Referencia
Licenciado	0,87	0,43 – 1,76
Grado Medio	1,61	0,77 – 3,35
Años de experiencia profesional		
= 5	1	Referencia
6-15	2,34	1,24 – 4,38
16-25	1,76	0,98 – 3,17
26-35	1,94	0,92 – 4,06
>35	3,89	1,58 – 9,62

Tabla 47 Comparación de medias de las variables profesionales entre los dos niveles del GHQ-28

	GHQ-28>5				P
	Normal (N=304)		Alto (N=194)		
	X	s	x	s	
Años de experiencia profesional	19,2	10,30	20,5	9,80	0,1949

c) **Variables ocupacionales:** (Tabla 48) La proporción de sujetos con GHQ-28 alto es significativamente mayor en los profesores de centros públicos, los que necesitaron el grado medio para acceder a su puesto de trabajo y particularmente los que han sufrido insulto y sobre todo agresión.

En la regresión logística univariante (Tabla 49) destaca el elevado valor de la OR para el insulto y la agresión: (2,5 y 10,6 respectivamente).

Por último, los valores medios de las horas de docencia semanales de los sujetos con GHQ-28 normal y alto prácticamente no varían (Tabla 50).

Tabla 48 Comparación de la proporción de sujetos con GHQ-28 alto en función de las variables descriptoras de la profesión.

	GHQ-28>5				P
	Normal		Alto		
	N	%	N	%*	
Titularidad del centro					
Pública	123	54,2	104	45,8	0,0109
Privada_concertada	170	66,1	87	33,9	
Privada_no_concertada	11	78,6	3	21,4	
Titularidad del centro					
Pública	123	54,2	104	45,8	0,0129
Privada	181	66,8	90	33,2	
Tamaño del centro					
= 15	61	56,5	47	43,5	0,4477
16-30	115	66,1	59	33,9	
31-45	47	65,3	25	34,7	
>45	81	56,3	63	43,8	
Número medio de alumnos por clase					
Bajo	57	52,8	51	47,2	0,1471
Normal	175	61,8	108	38,2	
Alto	72	67,3	35	32,7	
Nivel del centro					
Primaria	108	58,1	78	41,9	0,3545
Secundaria	196	62,8	116	37,2	
¿Imparte docencia en Primaria?					
No	191	62,8	113	37,2	0,3533
Si	113	58,2	81	41,8	
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?					
No	219	63,5	126	36,5	0,1227
Si	85	55,6	68	44,4	
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?					
No	154	57,7	113	42,3	0,2127
Si	150	64,9	81	35,1	
¿Imparte docencia en Bachillerato?					
No	181	57,5	134	42,5	0,0756
Si	123	67,2	60	32,8	
¿Imparte docencia en Ciclo Formativo?					
No	286	61,8	177	38,2	0,1311
Si	18	51,4	17	48,6	
Horas de docencia semanales					
Normal	193	61,3	122	38,7	0,8872
Alta	111	60,7	72	39,3	
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto					
Licenciado	176	66,2	90	33,8	0,0321
Grado medio	126	54,8	104	45,2	
Otros	2	100,0			

	GHQ-28>5				
	Normal		Alto		P
	N	%	N	%*	
Desequilibrio en los estudios					
No	258	60,7	167	39,3	0,6217
Si	46	63,0	27	37,0	
Responsabilidades de dirección u organización					
No	213	62,1	130	37,9	0,4704
Si	91	58,7	64	41,3	
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?					
No	255	65,9	132	34,1	0,0001
Si	49	44,1	62	55,9	
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?					
No	303	61,7	188	38,3	0,0118
Si	1	14,3	6	85,7	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 49 OR crudas para la asociación de las variables descriptoras de la profesión con niveles altos de GHQ-28

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto		
Licenciado	1	Referencia
Grado medio	1,68	1,08 - 2,60
Otros		
Desequilibrio en los estudios		
No	1	Referencia
Si	0,87	0,50 - 1,51
Responsabilidades de dirección u organización		
No	1	Referencia
Si	1,15	0,78 - 1,68
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?		
No	1	Referencia
Si	2,54	1,62 - 3,98
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?		
No	1	Referencia
Si	10,62	1,12 - 101,03
Titularidad del centro		
Público	1	Referencia
Privado	0,56	0,35 - 0,88

Variable	Estimaciones de OR crudas	
Tamaño del centro		
=15	1	Referencia
16 a 30	0,65	0,34 - 1,23
31 a 45	0,68	0,28 - 1,70
>45	0,95	0,54 - 1,68
Número medio de alumnos por clase		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,71	0,44 - 1,15
Alto	0,55	0,29 - 1,04
Nivel del centro		
Primaria	1	Referencia
Secundaria	0,80	0,50 - 1,29
¿Imparte docencia en Primaria?		
No	1	Referencia
Si	1,23	0,79 - 1,93
¿Imparte docencia en primer ciclo Secundaria?		
No	1	Referencia
Si	1,37	0,91 - 2,05
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?		
No	1	Referencia
Si	0,75	0,47 - 1,19
¿Imparte docencia en Bachillerato?		
No	1	Referencia
Si	0,69	0,45 - 1,04
¿Imparte docencia en Ciclo formativo?		
No	1	Referencia
Si	1,46	0,89 - 2,41
Horas de docencia a la semana		
Normal	1	Referencia
Alta	1,04	0,61 - 1,75

Tabla 50 Comparación de medias del número de horas de docencia entre los dos niveles del GHQ-28

	GHQ-28 > 5				
	Normal (N=304)		Alto (N=194)		P
	x	s	x	s	
Horas de docencia semanales	21,5	5,44	22,0	5,33	0,3402

d) **Percepciones relativas al trabajo**: En todas las valoraciones relativas al trabajo se obtienen diferencias significativas en relación con la proporción de sujetos con GHQ-28 elevado (Tabla 51). La proporción de sujetos con GHQ-28 >5 es superior en los profesores que presentan una baja satisfacción laboral en relación con los que muestran una satisfacción normal (60% vs. 27%), los que tienen estrés alto (66,9%) con respecto a los de estrés normal (29,7%), y en los que se sienten escasamente valorados por sus superiores, compañeros, alumnos o padres de sus alumnos. En concordancia con estos resultados, las odds ratio de todas las percepciones relativas al trabajo son significativamente superiores a uno, como puede observarse en la tabla 52.

Finalmente, los valores medios de las percepciones relativas al trabajo son significativamente mayores en los sujetos con GHQ-28 normal, en comparación con los que tienen un GHQ-28 alto (Tabla 53).

Tabla 51 Comparación de la proporción de sujetos con GHQ-28 alto en función de las percepciones relativas al trabajo.

	GHQ-28>5				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Valoración de la satisfacción					
Normal	232	73,0	86	27,0	<0,0001
Baja	72	40,0	108	60,0	
Valoración del estrés					
Normal	263	70,3	111	29,7	<0,0001
Alta	41	33,1	83	66,9	
¿Como se siente valorado por sus superiores?					
Normal	241	67,5	116	32,5	<0,0001
Baja	63	44,7	78	55,3	
¿Como se siente valorado por sus compañeros?					
Normal	255	66,4	129	33,6	<0,0001
Baja	49	43,0	65	57,0	
¿Como se siente valorado por sus alumnos?					
Normal	208	66,7	104	33,3	0,0005
Baja	96	51,6	90	48,4	
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?					
Normal	251	64,5	138	35,5	0,0011
Baja	53	48,6	56	51,4	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 52 OR crudas para la asociación de las percepciones relativas al trabajo con niveles altos del GHQ-28

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Valoración de la satisfacción		
Normal	1	Referencia
Baja	4,26	3,07 - 5,91
Valoración del estrés		
Normal	1	Referencia
Alta	4,82	2,90 – 8,03
¿Como se siente valorado por sus superiores?		
Normal	1	Referencia
Baja	2,53	1,76 – 3,63
¿Como se siente valorado por sus compañeros?		
Normal	1	Referencia
Baja	2,64	1,76 – 3,96
¿Como se siente valorado por sus alumnos?		
Normal	1	Referencia
Baja	1,87	1,33 - 2,62
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?		
Normal	1	Referencia
Baja	1,97	1,33 - 2,93

Tabla 53 Comparación de medias de las valoraciones del ambiente laboral entre los dos niveles del GHQ-28

	GHQ-28>5				
	Normal (N=304)		Alto (N=194)		P
	x	s	x	s	
Valoración de la satisfacción	4,3	1,24	3,2	1,62	<0,0001
Valoración del estrés	2,8	1,52	4,0	1,45	<0,0001
¿Como se siente valorado por sus superiores?	4,4	1,17	3,6	1,66	<0,0001
¿Como se siente valorado por sus compañeros?	4,4	,99	3,9	1,30	<0,0001
¿Como se siente valorado por sus alumnos?	4,7	,96	4,3	1,23	0,0001
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?	4,4	1,05	4,0	1,25	0,0001
Suma de las valoraciones	17,9	3,36	15,9	4,29	<0,0001

e) **Deseo de cambio de trabajo:** (Tabla 54) La proporción de sujetos con GHQ-28>5 es significativamente superior en los que sí desean cambiar de trabajo (58,1%) frente a los que no (32,6%). La regresión logística univariante (Tabla 55) reafirma el resultado anterior; así la odds ratio de los profesores que cambiarían de profesión es de 2,92 (I.C. 95%: 1,78 – 4,79).

Tabla 54 Comparación de la proporción de sujetos con GHQ-28 alto en función del deseo de cambio de trabajo

	GHQ-28>5				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
¿Cambiaría usted de profesión?					
No	252	67,4	122	32,6	<0,0001
Si	52	41,9	72	58,1	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 55 OR crudas para la asociación del deseo de cambio de trabajo con niveles altos del GHQ-28

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
¿Cambiaría usted de profesión?		
No	1	Referencia
Si	2,92	1,78 – 4,79

f) **Personalidad:** (Tabla 56) Niveles altos de Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño se asocian significativamente con proporciones superiores de GHQ-28 alto. Lo contrario ocurre para niveles altos de Cooperación y, sobre todo, de Autodirección. Por su parte, las mayores proporciones de valores de GHQ-28 alto se obtienen para la personalidad de perfil explosivo y pasivo agresivo (63,0% y 62,5% respectivamente), seguidas de las de perfil obsesivo y pasivo dependiente (53,8% y 53,1%

respectivamente); los menores valores se observan para las personalidades ciclotímica y esquizoide (7,6% y 20,0% respectivamente).

Las OR crudas refrendan los resultados anteriores (Tabla 57).

Finalmente, las puntuaciones medias para los ítems de personalidad Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño fueron significativamente superiores en el grupo de sujetos con GHQ-28 alto. Para los ítems Autodirección y Cooperación, se produjo la situación inversa (Tabla 58).

Tabla 56 Comparación de la proporción de sujetos con GHQ-28 alto en función de las variables de personalidad

	GHQ-28>5				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Búsqueda de Novedad					
Bajo	106	69,3	47	30,7	0,0135
Normal	144	62,3	87	37,7	
Alto	54	47,4	60	52,6	
Evitación del Daño					
Bajo	113	80,7	27	19,3	<0,0001
Normal	150	64,7	82	35,3	
Alto	41	32,5	85	67,5	
Dependencia de la Recompensa					
Bajo	77	55,8	61	44,2	0,1761
Normal	137	65,2	73	34,8	
Alto	90	60,0	60	40,0	
Persistencia					
Bajo	90	65,2	48	34,8	0,6968
Normal	117	58,8	82	41,2	
Alto	97	60,2	64	39,8	
Autodirección					
Bajo	32	27,6	84	72,4	<0,0001
Normal	164	64,8	89	35,2	
Alto	108	83,7	21	16,3	
Cooperación					
Bajo	57	52,8	51	47,2	0,0187
Normal	170	60,7	110	39,3	
Alto	77	70,0	33	30,0	
Autotrascendencia					
Bajo	87	64,9	47	35,1	0,7734
Normal	132	58,7	93	41,3	
Alto	85	61,2	54	38,8	

Personalidad					
Histriónica	36	58,1	26	41,9	<0,0001
Antisocial	50	62,5	30	37,5	
Pasivo-Agresiva	15	37,5	25	62,5	
Explosiva	17	37,0	29	63,0	
Pasivo-Dependiente	23	46,9	26	53,1	
Obsesiva	30	46,2	35	53,8	
Ciclotímica	61	92,4	5	7,6	
Esquizoide	72	80,0	18	20,0	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 57 OR crudas para la asociación de la personalidad con niveles altos del GHQ-28

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Búsqueda de Novedad		
Bajo	1	Referencia
Normal	1,28	0,76 - 2,14
Alto	2,28	1,35 - 3,84
Evitación del Daño		
Bajo	1	Referencia
Normal	2,33	1,49 - 3,66
Alto	9,15	5,48 - 15,25
Dependencia de la Recompensa		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,68	0,46 - 0,99
Alto	0,82	0,50 - 1,35
Persistencia		
Bajo	1	Referencia
Normal	1,19	0,78 - 1,83
Alto	1,06	0,70 - 1,61
Autodirección		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,21	0,12 - 0,36
Alto	0,08	0,04 - 0,16
Cooperación		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,74	0,49 - 1,11
Alto	0,49	0,29 - 0,83
Autotrascendencia		
Bajo	1	Referencia
Normal	1,16	0,68 - 2,00
Alto	1,18	0,65 - 2,14

Tabla 58 Comparación de medias de la personalidad entre los dos niveles del GHQ-28

	GHQ-28>5				P
	Normal (N=304)		Alto (N=194)		
	x	s	x	s	
Búsqueda de Novedad	7,0	3,04	8,0	3,43	0,0049
Evitación del Daño	8,0	3,99	11,5	4,21	<0,0001
Dependencia de la Recompensa	11,0	2,51	10,8	2,71	0,3265
Persistencia	2,6	1,56	2,7	1,56	0,9940
Autodirección	20,5	3,59	15,8	5,41	<0,0001
Cooperación	20,0	2,30	19,4	2,53	0,0067
Autotrascendencia	7,0	3,43	7,4	3,51	0,1988

2.1.1.2. Análisis Multivariante: Regresión logística multivariante. OR ajustadas.

En la tabla 59 se presentan las estimaciones de OR ajustadas para todas las variables incluidas en el modelo. Al objeto de facilitar la comparación con los resultados del análisis crudo, se presentan también las estimaciones de OR crudas.

En el modelo multivariante se han incluido tanto aquellas variables con una asociación significativa con el GHQ-28 ($p < 0,25$) como aquellas cuya supresión del modelo producía un cambio en la magnitud de los coeficientes de alguna de las restantes variables del modelo superior al 10%.

Se puede apreciar como la edad presenta la misma magnitud de asociación que en el análisis crudo, pero al ajustar por todas las variables esta deja de ser significativa. La odds ratio ajustada de las mujeres sigue siendo significativamente superior a uno (1,81). Sin embargo la OR ajustada del grupo de los sujetos casados y con parejas de hecho pasa a tomar un valor significativamente inferior a uno (0,34).

De las variables ocupacionales, sólo la titularidad del centro y las agresiones siguen aportando al modelo de forma significativa. La odds ratio ajustada de los centros privados es inferior a uno (0,50), y la de los sujetos que han sufrido agresión por parte de un alumno está muy por encima de la unidad (12,21).

En cuanto a las percepciones relativas al trabajo, las distintas valoraciones dejan de ser significativas y sólo los sujetos con baja satisfacción laboral y alto estrés presentan frecuencias 3,29 y 3,71, respectivamente, veces mayor de poseer GHQ-28 alto.

Por último, la Búsqueda de Novedad y la Evitación del Daño se asocian a una mayor frecuencia de GHQ-28 alto, mientras que una asociación de sentido inverso se aprecia para la Autodirección.

Tabla 59. OR crudas y ajustadas para el efecto de las variables independientes sobre la probabilidad de presentar valores elevados de GHQ-28

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORa ²	IC 95%
Edad				
= 30	1	Referencia	1	Referencia
31-40	2,56	1,22 - 5,35	1,64	0,49 – 5,56
41-50	2,60	1,30 - 5,18	1,76	0,36 – 8,69
51-60	2,98	1,47 - 6,06	2,54	0,47 – 13,82
>60	2,46	0,59 - 10,22	2,62	0,19 – 35,83
Número de hijos				
No	1	Referencia	1	Referencia
1 a 2	1,43	0,96 - 2,13	2,30	0,96 – 5,50
>2	1,45	0,88 - 2,38	2,27	0,88 – 5,86
Sexo				
Hombre	1	Referencia	1	Referencia
Mujer	1,63	1,03 - 2,58	1,81	1,00 – 3,27
Estado civil				
Soltero	1	Referencia	1	Referencia
Casado+Pareja de hecho	1,17	0,73 - 1,88	0,34	0,12 – 0,98
Viudo+Separado+Divorciado	1,89	0,98 - 3,66	0,45	0,15 – 1,33
Célibe por motivos religiosos	1,11	0,35 - 3,52	0,57	0,08 – 4,20
Nivel de estudios alcanzado				
Doctor	1	Referencia	1	Referencia
Licenciado	0,87	0,43 – 1,76	10,83	0,35 – 332,78
Grado Medio	1,61	0,77 – 3,35	352,09	0,50 – 248598,1
Años de experiencia profesional				
= 5	1	Referencia	1	Referencia
6-15	2,34	1,24 – 4,38	1,81	0,71 – 4,58
16-25	1,76	0,98 – 3,17	0,95	0,29 – 3,12
26-35	1,94	0,92 – 4,06	0,86	0,20 – 3,75
>35	3,89	1,58 – 9,62	1,98	0,17 – 23,69
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto				
Licenciado	1	Referencia	1	Referencia
Grado medio	1,68	1,08 - 2,60	0,09	0,00 – 2,34

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORa ²	IC 95%
Otros				
Desequilibrio en los estudios				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	0,87	0,50 - 1,51	17,68	0,58 – 536,22
Responsabilidades de dirección u organización				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,15	0,78 - 1,68	1,48	0,78 – 2,79
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	2,54	1,62 - 3,98	1,02	0,50 – 2,07
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	10,62	1,12 - 101,03	12,21	1,57 – 95,07
Titularidad del centro				
Público	1	Referencia	1	Referencia
Privado	0,56	0,35 - 0,88	0,50	0,25 – 1,01
Tamaño del centro				
=15	1	Referencia	1	Referencia
16 a 30	0,65	0,34 - 1,23	0,61	0,31 – 1,21
31 a 45	0,68	0,28 - 1,70	0,91	0,23 – 3,58
>45	0,95	0,54 - 1,68	2,07	0,63 – 6,83
Número medio de alumnos por clase				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,71	0,44 - 1,15	1,12	0,54 – 2,32
Alto	0,55	0,29 - 1,04	0,91	0,33 – 2,50
Nivel del centro				
Primaria	1	Referencia	1	Referencia
Secundaria	0,80	0,50 - 1,29	0,56	0,14 – 2,23
¿Imparte docencia en Primaria?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,23	0,79 - 1,93	0,66	0,20 – 2,17
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,37	0,91 - 2,05	1,50	0,79 – 2,82
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	0,75	0,47 - 1,19	1,34	0,59 – 3,04
¿Imparte docencia en bachillerato?				
No	1	Referencia	1	Referencia

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORa ²	IC 95%
Si	0,69	0,45 - 1,04	0,56	0,26 – 1,21
¿Imparte docencia en Ciclo formativo?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,46	0,89 - 2,41	1,09	0,41 – 2,91
Horas de docencia semanales				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Alta	1,04	0,61 - 1,75	1,91	0,85 – 4,32
Valoración de la satisfacción				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	4,26	3,07 - 5,91	3,29	1,88 – 5,75
Valoración del estrés				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Alta	4,82	2,90 – 8,03	3,71	2,06 – 6,66
¿Como se siente valorado por sus superiores?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	2,53	1,76 – 3,63	1,81	0,88 – 3,71
¿Como se siente valorado por sus compañeros?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	2,64	1,76 – 3,96	0,86	0,41 – 1,79
¿Como se siente valorado por sus alumnos?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	1,87	1,33 - 2,62	1,33	0,72 – 2,45
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	1,97	1,33 - 2,93	0,74	0,34 – 1,62
¿Cambiaría usted de profesión?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	2,92	1,78 – 4,79	1,42	0,69 – 2,91
Búsqueda de Novedad				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	1,28	0,76 - 2,14	1,22	0,60 – 2,49
Alto	2,28	1,35 - 3,84	3,82	1,89 – 7,74
Evitación del Daño				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	2,33	1,49 - 3,66	1,91	0,95 – 3,85
Alto	9,15	5,48 - 15,25	5,52	2,02 – 15,08
Dependencia de la Recompensa				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORa ²	IC 95%
Normal	0,68	0,46 - 0,99	0,83	0,50 – 1,37
Alto	0,82	0,50 - 1,35	1,30	0,71 – 2,38
Persistencia				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	1,19	0,78 - 1,83	1,62	0,91 – 2,88
Alto	1,06	0,70 - 1,61	1,34	0,68 – 2,64
Autodirección				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,21	0,12 - 0,36	0,38	0,18 – 0,84
Alto	0,08	0,04 - 0,16	0,35	0,14 – 0,91
Cooperación				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,74	0,49 - 1,11	1,37	0,71 – 2,63
Alto	0,49	0,29 - 0,83	1,12	0,44 – 2,88
Autotrascendencia				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	1,16	0,68 - 2,00	1,06	0,54 – 2,08
Alto	1,18	0,65 - 2,14	1,09	0,53 – 2,24

1. ORc: Odds ratio cruda; 2. ORa: Odds ratio ajustada.

2.1.2. GHQ-28 como variable continua

2.1.2.1. Análisis Bivariante:

a) **Variables Sociodemográficas:** Al comparar los valores medios del GHQ-28 entre las distintas categorías de las variables sociodemográficas (Tabla 60) se aprecian diferencias significativas para el sexo, edad y el estado civil. Las mujeres presentan valores mayores de GHQ-28 que los hombres. A medida que aumenta la edad de los sujetos se produce un aumento de los valores medios del GHQ-28, dándose un pico en los sujetos con edades comprendidas entre los 41 y 45 años. Atendiendo al estado civil, el grupo de separados son los que presentan los valores más altos de GHQ-28 a diferencia de los viudos y célibes por motivos religiosos que son los grupos con puntuaciones de GHQ-28 más bajas.

Tabla 60 Comparación de medias del GHQ-28 entre las distintas categorías de las variables sociodemográficas

Variables	GHQ-28			
	n	\bar{x}	s	P
Sexo				
Hombre	210	4,3	5,84	0,0107
Mujer	288	5,9	6,67	
Edad				
=30	52	2,7	3,89	0,0001
31 - 35	51	5,1	6,27	
36 - 40	46	5,2	6,09	
41 - 45	71	6,0	7,03	
46 - 50	123	4,9	6,14	
51 - 55	86	6,2	6,88	
56 - 60	56	5,5	6,85	
>60	13	6,0	7,42	
Edad				
=30	52	2,7	3,89	<0,0001
31 - 40	97	5,1	6,16	
41 - 50	194	5,3	6,48	
51 - 60	142	5,9	6,85	
>60	13	6,0	7,42	
Estado civil				
Soltero	98	4,8	6,10	0,0423
Casado	346	5,2	6,44	
Viudo	10	3,2	5,37	
Separado	15	7,1	7,16	
Divorciado	8	11,1	6,20	
Célibe por motivos religiosos	16	4,8	5,88	
Pareja de hecho	5	5,2	6,38	
Estado civil				
Soltero	98	4,8	6,10	0,4327
Casado+pareja de hecho	351	5,2	6,43	
Viudo+separado+divorciado	33	6,9	6,90	
Célibe por motivos religiosos	16	4,8	5,88	
Número de hijos				
No	149	4,7	6,05	0,4270
1 a 2	234	5,3	6,23	
>2	115	5,7	7,06	
¿Tiene hijos?				
No	149	4,7	6,05	0,2077
Si	349	5,4	6,51	

b) **Variables profesionales:** En la tabla 61 se observa cómo el nivel de estudios y la mayor experiencia profesional se asocian particularmente con los valores del GHQ-28.

Tabla 61 Comparación de medias del GHQ-28 entre las distintas categorías de las variables profesionales

Variables	GHQ-28			
	n	x	s	P
Nivel de estudios alcanzado				
Doctor	36	5,9	7,19	<0,0001
Licenciado	267	4,7	6,43	
Grado Medio	193	5,7	6,14	
Otros	2	1,0	1,41	
Nivel de estudios alcanzado				
Doctor	36	5,9	7,19	0,1897
Licenciado	267	4,7	6,43	
Grado Medio	195	5,7	6,13	
Años de experiencia profesional				
=5	67	3,8	5,79	0,1967
6 - 10	50	4,7	5,61	
11 - 15	47	6,1	6,27	
16 - 20	59	5,1	6,61	
21 - 25	121	5,0	6,40	
26 - 30	95	5,4	6,07	
31 - 35	40	6,0	7,37	
>35	19	8,5	8,16	
Años de experiencia profesional				
=5	67	3,8	5,79	<0,0001
6 - 15	97	5,4	5,95	
16 - 25	180	5,0	6,45	
26 - 35	135	5,5	6,46	
>35	19	8,5	8,16	

c) **Variables ocupacionales:** (Tabla 62) Las únicas variables para las que se aprecian diferencias significativas al comparar los valores medios de las variables ocupacionales frente al GHQ-28 son la titularidad del centro y el haber sufrido algún insulto o agresión de los alumnos. Los profesores de centros públicos son bs que presentan los valores medios más altos del GHQ-28. El insulto y la agresión se asocian, por su parte, con un notable incremento en las puntuaciones medias del GHQ-28.

Tabla 62 Comparación de medias del GHQ-28 entre las distintas categorías de las variables ocupacionales

Variables	GHQ-28			
	n	x	s	P
Titularidad del centro				
Pública	227	6,4	6,89	<0,0001
Privada_concertada	257	4,3	5,74	
Privada_no_concertada	14	2,9	5,89	
Titularidad del centro				
Pública	227	6,4	6,89	0,0015
Privada	271	4,2	5,74	
Tamaño del centro				
=15	108	5,4	6,2	0,2604
16 - 30	174	4,3	5,69	
31 - 45	72	5,7	7,61	
>45	144	5,9	6,53	
Número medio de alumnos por clase				
Bajo	108	6,6	6,84	0,0643
Normal	283	5,0	6,31	
Alto	107	4,3	5,87	
Nivel del centro				
Primaria	186	5,1	6,02	0,8590
Secundaria	312	5,2	6,59	
¿Imparte docencia en Primaria?				
No	304	5,3	6,63	0,8302
Si	194	5,1	5,97	
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?				
No	345	4,8	6,16	0,0744
Si	153	6,1	6,79	

Variables	GHQ-28			
	n	x	s	P
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?				
No	267	5,3	6,15	0,8730
Si	231	5,1	6,64	
¿Imparte docencia en Bachillerato?				
No	315	5,2	6,02	0,8867
Si	183	5,2	6,97	
¿Imparte docencia en Ciclo Formativo?				
No	463	5,1	6,35	0,2247
Si	35	6,3	6,72	
Horas de docencia semanales				
Normal	315	5,2	6,38	0,8770
Alta	183	5,2	6,39	
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto				
Licenciado	266	5,0	6,64	0,1897
Grado medio	230	5,4	6,08	
Otros	2	1,0	1,41	
Desequilibrio en los estudios				
No	425	5,3	6,40	0,5085
Si	73	4,8	6,27	
Responsabilidades de dirección u organización				
No	343	5,0	6,46	0,4883
Si	155	5,6	6,19	
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?				
No	387	4,4	5,84	<0,0001
Si	111	8,0	7,34	
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?				
No	491	5,1	6,29	0,0093
Si	7	12,9	8,32	

d) **Percepciones relativas al trabajo:** (Tabla 63) Los sujetos con baja satisfacción laboral, alto estrés y los que se sienten poco valorados por sus superiores, compañeros, alumnos y padres de alumnos presentan valores medios de GHQ-28 significativamente superiores.

Tabla 63 Comparación de medias del GHQ-28 entre las distintas categorías de las percepciones relativas al trabajo

Variables	GHQ-28			
	n	\bar{x}	s	P
Valoración de la satisfacción				
Normal	318	3,6	5,40	<0,0001
Baja	180	8,0	7,01	
Valoración del estrés				
Normal	374	3,9	5,49	<0,0001
Alta	124	9,1	7,24	
¿Como se siente valorado por sus superiores?				
Normal	357	4,4	5,89	<0,0001
Baja	141	7,3	7,07	
¿Como se siente valorado por sus compañeros?				
Normal	384	4,4	5,89	<0,0001
Baja	114	7,8	7,24	
¿Como se siente valorado por sus alumnos?				
Normal	312	4,2	5,66	<0,0001
Baja	186	6,8	7,17	
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?				
Normal	389	4,7	6,01	0,0001
Baja	109	7,1	7,27	

e) **Deseo de cambio de trabajo:** Al comparar los valores medios de la variable cambiaría usted de trabajo, se obtienen diferencias significativas, presentando valores medios de GHQ-28 mayores el grupo de sujetos que sí cambiaría de trabajo (Tabla 64).

Tabla 64 Comparación de medias del GHQ-28 entre las distintas categorías del deseo de cambio de trabajo

Variables	GHQ-28			
	n	x	s	P
¿Cambiaría usted de profesión?				
No	374	4,2	5,77	<0,0001
Si	124	8,1	7,22	

f) **Personalidad:** (Tabla 65) Los rasgos de la personalidad que presentan valores significativamente mayores del GHQ-28 son la Búsqueda de Novedad, la Evitación del Daño, y un bajo nivel de Autodirección. Los grupos de sujetos con personalidades de perfil explosivos, pasivo-agresivos y pasivo-dependientes son los que presentan mayores valores medios del GHQ-28, en contraposición con las personalidades ciclotímica y esquizoide, que muestran las puntuaciones más bajas.

Tabla 65 Comparación de medias del GHQ-28 entre las distintas categorías de la personalidad

Variables	GHQ-28			
	n	\bar{x}	s	P
Búsqueda de Novedad				
Bajo	153	4,2	5,83	0,0446
Normal	231	5,2	6,56	
Alto	114	6,6	6,49	
Evitación del Daño				
Bajo	140	2,7	4,65	<0,0001
Normal	232	4,6	5,87	
Alto	126	9,1	7,16	
Dependencia de la Recompensa				
Bajo	138	5,4	6,11	0,6721
Normal	210	4,9	6,60	
Alto	150	5,4	6,34	
Persistencia				
Bajo	138	4,9	6,37	0,8457
Normal	199	5,4	6,45	
Alto	161	5,3	6,32	
Autodirección				
Bajo	116	9,8	6,75	<0,0001
Normal	253	4,6	5,84	
Alto	129	2,3	4,59	
Cooperación				
Bajo	108	6,0	6,15	0,0802
Normal	280	5,3	6,57	
Alto	110	4,2	6,00	
Autotrascendencia				
Bajo	134	4,4	5,78	0,3233
Normal	225	5,5	6,48	
Alto	139	5,6	6,72	
Personalidad				
Histriónica	62	5,5	6,22	<0,0001
Antisocial	80	4,4	5,49	
Pasivo-Agresiva	40	8,8	7,19	
Explosiva	46	9,3	7,56	
Pasivo-Dependiente	49	6,6	7,04	
Obsesiva	65	7,0	6,59	
Ciclotímica	66	1,5	3,21	
Esquizoide	90	2,6	4,66	

2.1.2.2. Análisis Multivariante: Regresión Lineal Múltiple.

En la tabla 66 se presentan los coeficientes de correlación parcial de todas las variables incluidas en el modelo de regresión lineal múltiple. Se observa que existe una relación positiva entre una puntuación más elevada del GHQ-28 y ser mujer, haber sufrido una agresión por parte de un alumno, el estrés en el trabajo, el deseo de cambio de profesión, la Búsqueda de Novedad, la Evitación del Daño y la Cooperación. Una relación de signo opuesto se aprecia para la titularidad privada del centro, la satisfacción laboral y la Autodirección.

Tabla 66. Regresión Lineal Múltiple para los valores del GHQ-28

Variable	Coeficiente de correlación parcial	t_{exp}	P
Sexo			
Hombre			
Mujer	0,278	2,09	0,045
Edad			
	0,187	1,37	0,180
Número de hijos			
	0,172	1,26	0,217
Titularidad del centro			
Público			
Privado	-0,374	-2,91	0,007
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?			
No			
Si	0,167	1,22	0,231
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?			
No			
Si	0,275	2,06	0,048

Variable	Coefficiente de correlación parcial	t_{exp}	P
Valoración de la satisfacción	-0,298	-2,25	0,031
Valoración del estrés	0,471	3,85	0,001
¿Cambiaría usted de profesión?			
No			
Si	0,321	2,44	0,020
Búsqueda de Novedad	0,381	2,97	0,006
Evitación del Daño	0,456	3,69	0,001
Autodirección	-0,488	-4,03	0,000
Cooperación	0,299	2,26	0,031
Autotrascendencia	0,204	1,50	0,143

2.2. CES-D

2.2.1. CES-D como variable dicotómica (1-16 vs. >16)

2.2.1.1. Análisis bivariante

a) **Variables Sociodemográficas:** (Tabla 67) Las variables para las que se aprecian diferencias significativas en relación con la proporción de sujetos con CES-D elevado son el sexo y la edad, la proporción de sujetos con CES-D >16 es superior en las mujeres (40,6%) que en los varones (28,1%), con respecto a la edad, parece obtenerse una tendencia al alza en los valores del CES-D conforme aumenta esta; alcanzándose las mayores puntuaciones en los mayores de 60 años.

En la regresión logística univariante (Tabla 68), además de confirmarse los resultados anteriores, se puede apreciar que la odds ratio del grupo formado por los viudos, separados y divorciados es significativamente superior a uno (2,43).

Por último, los valores medios de la edad o el número de hijos no difieren entre los dos grupos definidos según el CES-D (Tabla 69).

Tabla 67. Comparación de la proporción de sujetos con CES-D alto en función de las variables sociodemográficas

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Sexo					
Hombre	151	71,9	59	28,1	0,0128
Mujer	171	59,4	117	40,6	
Edad					
=30	44	84,6	8	15,4	0,1361
31 - 35	32	62,7	19	37,3	
36 - 40	28	60,9	18	39,1	
41 - 45	46	64,8	25	35,2	
46 - 50	79	64,2	44	35,8	
51 - 55	54	62,8	32	37,2	
56 - 60	32	57,1	24	42,9	
>60	7	53,8	6	46,2	
Edad					
=30	44	84,6	8	15,4	0,0285
31 - 40	60	61,9	37	38,1	
41 - 50	125	64,4	69	35,6	
51 - 60	86	60,6	56	39,4	
>60	7	53,8	6	46,2	
Estado civil					
Soltero	65	66,3	33	33,7	0,0695
Casado	231	66,8	115	33,2	
Viudo	7	70,0	3	30,0	
Separado	4	26,7	11	73,3	
Divorciado	3	37,5	5	62,5	
Célibe por motivos religiosos	10	62,5	6	37,5	
Pareja de hecho	2	40,0	3	60,0	
Estado civil					
Soltero	65	66,3	33	33,7	0,0756
Casado+Pareja de hecho	233	66,4	118	33,6	
Viudo+Separado+Divorciado	14	42,4	19	57,6	
Célibe por motivos religiosos	10	62,5	6	37,5	
Número de hijos					
No	99	66,4	50	33,6	0,7177
1 - 2	152	65,0	82	35,0	
>2	71	61,7	44	38,3	
¿Tiene hijos?					
No	99	66,4	50	33,6	0,5122
Si	223	63,9	126	36,1	

* los porcentajes están expresados por filas

Tabla 68. OR crudas para la asociación de las variables sociodemográficas con niveles altos del CES-D

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Edad		
=30	1	Referencia
31 - 40	3,94	1,64 – 9,43
41 - 50	3,61	1,72 – 7,60
51 - 60	4,04	1,91 – 8,56
>60	5,15	1,35 – 19,60
Número de hijos		
No	1	Referencia
1 a 2	1,13	0,69 – 1,86
>2	1,24	0,72 – 2,14
Sexo		
Hombre	1	Referencia
Mujer	1,83	1,14 – 2,93
Estado civil		
Soltero	1	Referencia
Casado+Pareja de hecho	1,00	0,61 – 1,65
Viudo+Separado+Divorciado	2,43	1,02 – 5,78
Célibe por motivos religiosos	1,14	0,40 – 3,27

Tabla 69 Comparación de medias de las variables sociodemográficas entre los dos niveles del CES-D

	CES-D>16				P
	Normal (N=304)		Alto (N=194)		
	x	s	x	s	
Edad	44,2	10,13	46,6	8,78	0,0173
Número total de hijos	1,6	1,37	1,7	1,35	0,4365

b) **Variables profesionales:** (Tabla 70) La proporción de sujetos con CES-D alto es mayor en los que presentan grado de doctor, seguidos de los sujetos con título de grado medio.

En la regresión logística univariante (Tabla 71), se observa como, en consonancia con el análisis anterior, la odds ratio de los licenciados es significativamente inferior a uno (0,45). Por otra parte, la proporción de sujetos con CES-D elevado va aumentando con los años de experiencia profesional, haciéndose significativo este aumento en el grupo de más de 35 años.

El valor medio de los años de experiencia profesional en el grupo de sujetos que presentan puntuaciones altas de CES-D es superior al del grupo con CES-D normal, aunque estas diferencias no alcanzaron la significación estadística (Tabla 72).

Tabla 70 Comparación de la proporción de sujetos con CES-D alto en función de las variables profesionales

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Nivel de estudios alcanzado					
Doctor	19	52,8	17	47,2	0,0037
Licenciado	190	71,2	77	28,8	
Grado medio	111	57,5	82	42,5	
Otros	2	100,0			
Nivel de estudios alcanzado					
Doctor	19	52,8	17	47,2	0,0020
Licenciado	190	71,2	77	28,8	
Grado medio	113	57,9	82	42,1	
Años de experiencia profesional					
=5	50	74,6	17	25,4	0,1770
6 - 10	35	70,0	15	30,0	
11 - 15	30	63,8	17	36,2	
16 - 20	36	61,0	23	39,0	
21 - 25	80	66,1	41	33,9	
26 - 30	61	64,2	34	35,8	
31 - 35	22	55,0	18	45,0	

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
>35	8	42,1	11	57,9	
Años de experiencia profesional					
=5	50	74,6	17	25,4	0,1334
6 - 15	65	67,0	32	33,0	
16 - 25	116	64,4	64	35,6	
26 - 35	83	61,5	52	38,5	
>35	8	42,1	11	57,9	

Tabla 71 OR crudas para la asociación de las variables profesionales con niveles altos del CES-D

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Nivel de estudios alcanzado		
Doctor	1	Referencia
Licenciado	0,45	0,23 – 0,86
Grado Medio	0,82	0,43 – 1,54
Años de experiencia profesional		
=5	1	Referencia
6 - 15	1,52	0,68 – 3,42
16 - 25	1,66	0,83 – 3,34
26 - 35	1,76	0,77 – 4,01
>35	3,96	1,66 – 9,45

Tabla 72 Comparación de medias de los años de experiencia profesional entre los dos niveles del CES-D

	CES-D>16				P
	Normal (N=322)		Alto (N=176)		
	x	s	x	s	
Años de experiencia profesional	18,9	10,15	21,3	9,92	0,0569

c) **Variables ocupacionales:** (Tabla 73) La proporción de sujetos con CES-D>16 es significativamente superior en los centros públicos (44,1%) que en los privados (28%) así como en los sujetos que han sufrido insultos o agresiones (47,7% y 71,4% respectivamente), frente a los que no los han sufrido (31,8% y 34,8%).

En la regresión logística univariante (Tabla 74) se confirman los resultados anteriores. Aunque la odds ratio de la variable haber sufrido alguna agresión deja de ser significativa, tiene un valor muy superior a la unidad (4,75).

Por último, los valores medios de las horas de docencia semanales de los sujetos con CES-D normal y alto son prácticamente los mismos (Tabla 75).

Tabla 73 Comparación de la proporción de sujetos con CES-D alto en función de las variables ocupacionales

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%	N	%*	
Titularidad del centro					
Pública	127	55,9	100	44,1	0,0017
Privada_concertada	184	71,6	73	28,4	
Privada_no_concertada	11	78,6	3	21,4	
Titularidad del centro					
Pública	127	55,9	100	44,1	0,0021
Privada	195	72,0	76	28,0	
Tamaño del centro					
=15	64	59,3	44	40,7	0,3104
16 - 30	120	69,0	54	31,0	
31 - 45	51	70,8	21	29,2	
>45	87	60,4	57	39,6	
Número medio de alumnos por clase					
Bajo	63	58,3	45	41,7	0,2836
Normal	187	66,1	96	33,9	
Alto	72	67,3	35	32,7	
Nivel del centro					
Primaria	115	61,8	71	38,2	0,4836
Secundaria	207	66,3	105	33,7	

	CES-D>16				
	Normal		Alto		P
	N	%	N	%*	
¿Imparte docencia en Primaria?					
No	201	66,1	103	33,9	0,5461
Si	121	62,4	73	37,6	
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?					
No	229	66,4	116	33,6	0,3925
Si	93	60,8	60	39,2	
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?					
No	166	62,2	101	37,8	0,3404
Si	156	67,5	75	32,5	
¿Imparte docencia en Bachillerato?					
No	193	61,3	122	38,7	0,0616
Si	129	70,5	54	29,5	
¿Imparte docencia en Ciclo formativo?					
No	302	65,2	161	34,8	0,1171
Si	20	57,1	15	42,9	
Horas de docencia semanales					
Normal	197	62,5	118	37,5	0,4188
Alta	125	68,3	58	31,7	
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto					
Licenciado	182	68,4	84	31,6	0,0910
Grado medio	138	60,0	92	40,0	
Otros	2	100,0			
Desequilibrio en los estudios					
No	276	64,9	149	35,1	0,6320
Si	46	63,0	27	37,0	
Responsabilidades de dirección u organización					
No	224	65,3	119	34,7	0,8243
Si	98	63,2	57	36,8	
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?					
No	264	68,2	123	31,8	0,0028
Si	58	52,3	53	47,7	
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?					
No	320	65,2	171	34,8	0,0475
Si	2	28,6	5	71,4	

Tabla 74 OR crudas para la asociación de las variables ocupacionales con niveles altos de CES-D

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto		
Licenciado	1	Referencia
Grado medio	1,46	0,99 – 2,17
Otros		
Desequilibrio en los estudios		
No	1	Referencia
Si	1,12	0,70 – 1,80
Responsabilidades de dirección u organización		
No	1	Referencia
Si	1,05	0,65 – 1,72
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?		
No	1	Referencia
Si	2,13	1,31 – 3,48
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?		
No	1	Referencia
Si	4,75	0,87 – 25,81
Titularidad del centro		
Público	1	Referencia
Privado	0,49	0,31 – 0,76
Tamaño del centro		
=15	1	Referencia
16 a 30	0,64	0,35 - 1,17
31 a 45	0,59	0,24 – 1,48
>45	0,97	0,49 - 1,93
Número medio de alumnos por clase		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,71	0,49 – 1,04
Alto	0,65	0,35 – 1,20
Nivel del centro		
Primaria	1	Referencia
Secundaria	0,85	0,53 - 1,36
¿Imparte docencia en Primaria?		
No	1	Referencia
Si	1,15	0,73 – 1,81

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?		
No	1	Referencia
Si	1,23	0,76 – 2,01
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?		
No	1	Referencia
Si	0,79	0,48 – 1,29
¿Imparte docencia en Bachillerato?		
No	1	Referencia
Si	0,65	0,42 – 1,02
¿Imparte docencia en Ciclo formativo?		
No	1	Referencia
Si	1,71	0,86 – 3,38
Horas de docencia semanales		
Normal	1	Referencia
Alta	0,82	0,51 – 1,33

Tabla 75 Comparación de medias de las variables ocupacionales entre los dos niveles del CES-D

	CES-D>16				
	Normal (N=322)		Alto (N=176)		P
	x	s	x	s	
Horas de docencia semanales	21,8	5,36	21,5	5,49	0,8401

d) **Percepciones relativas al trabajo:** (Tabla 76) A la hora de comparar las percepciones relativas al trabajo frente al CES-D>16 se observan diferencias significativas con todas las variables, siendo la proporción de sujetos con CES-D alto mayor en los que tienen una baja satisfacción por su trabajo, los que tienen estrés alto, los que se sienten peor valorados por sus superiores, compañeros, alumnos y padres de sus alumnos.

En consonancia con los resultados, todas las estimaciones de OR crudas para estas variables muestran valores significativamente superiores a la unidad (Tabla 77).

Finalmente, los valores medios de todas las percepciones relativas al trabajo fueron significativamente mayores entre los sujetos con CES-D normal. Salvo para las valoraciones del estrés en el trabajo, en la que ocurrió lo contrario (Tabla 78).

Tabla 76 Comparación de la proporción de sujetos con CES-D alto en función de las percepciones relativas al trabajo

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Valoración de la satisfacción					
Normal	239	75,2	79	24,8	<0,0001
Baja	83	46,1	97	53,9	
Valoración del estrés					
Normal	267	71,4	107	28,6	<0,0001
Alta	55	44,4	69	55,6	
¿Como se siente valorado por sus superiores?					
Normal	255	71,4	102	28,6	<0,0001
Baja	67	47,5	74	52,5	
¿Como se siente valorado por sus compañeros?					
Normal	276	71,9	108	28,1	<0,0001
Baja	46	40,4	68	59,6	
¿Como se siente valorado por sus alumnos?					
Normal	220	70,5	92	29,5	0,0003
Baja	102	54,8	84	45,2	

	CES-D>16				
	Normal		Alto		P
	N	%*	N	%*	
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?					
Normal	266	68,4	123	31,6	0,0014
Baja	56	51,4	53	48,6	

Tabla 77 OR crudas para la asociación de las percepciones relativas al trabajo con niveles altos del CES-D

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Valoración de la satisfacción		
Normal	1	Referencia
Baja	3,68	2,50 – 5,41
Valoración del estrés		
Normal	1	Referencia
Alta	3,09	1,87 – 5,10
¿Como se siente valorado por sus superiores?		
Normal	1	Referencia
Baja	2,91	2,08 – 4,08
¿Como se siente valorado por sus compañeros?		
Normal	1	Referencia
Baja	4,06	2,82 – 5,84
¿Como se siente valorado por sus alumnos?		
Normal	1	Referencia
Baja	1,99	1,39 – 2,86
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?		
Normal	1	Referencia
Baja	2,37	1,41 – 3,98

Tabla 78 Comparación de medias de las percepciones relativas al trabajo entre los dos niveles del CES-D

	CES-D>16				
	Normal (N=322)		Alto (N=176)		P
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
Valoración de la satisfacción	4,3	1,28	3,2	1,61	<0,0001
Valoración del estrés	2,9	1,55	3,8	1,55	<0,0001
¿Como se siente valorado por sus superiores?	4,3	1,23	3,6	1,62	<0,0001
¿Como se siente valorado por sus compañeros?	4,5	,96	3,8	1,31	<0,0001
¿Como se siente valorado por sus alumnos?	4,7	,94	4,3	1,26	0,0002
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?	4,4	1,04	4,0	1,28	<0,0001
Suma de las valoraciones	18,0	3,32	15,7	4,34	<0,0001

e) **Deseo de cambio de trabajo:** La variable deseo de cambio de profesión presenta diferencias significativas en relación a la proporción de sujetos con CES-D elevado: la proporción de sujetos con CES-D>16 es superior en los que sí desean cambiar de trabajo (53,2%) que en los que no lo desean (29,4%) (Tabla 79).

En la regresión logística univariante (Tabla 80) se obtiene una odds ratio en el deseo de cambio de profesión significativamente superior a uno (2,76).

Tabla 79 Comparación de la proporción de sujetos con CES-D alto en función del deseo de cambio de trabajo

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
¿Cambiaría usted de profesión?					
No	264	70,6	110	29,4	<0,0001
Si	58	46,8	66	53,2	

Tabla 80 OR crudas para la asociación del deseo de cambio de trabajo con niveles altos del CES-D

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
¿Cambiaría usted de profesión?		
No	1	Referencia
Si	2,76	1,82 – 4,16

f) **Personalidad:** A la hora de comparar la personalidad frente al CES-D>16 (Tabla 81) se observan diferencias significativas en la Evitación del Daño, Autodirección, Cooperación y Personalidad. La proporción de sujetos con CES-D alto es mayor en los sujetos con puntuación alta en Evitación del Daño, baja Autodirección y baja Cooperación. Las personalidades con mayores proporciones de CES-D alto son las de perfil explosivo y la pasivo-agresivo (67,4% y 62,5% respectivamente) mientras que las menores frecuencias se obtienen para las personalidades de perfil ciclotímico (6,1%) y esquizoide (17,8%).

En la regresión logística univariante (Tabla 82), se confirman los resultados anteriores. Por otra parte, la odds ratio de los sujetos con puntuación alta en la Búsqueda de Novedad es significativamente superior a uno (1,97).

Por último, los valores medios de las variables Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño, y Autotrascendencia resultaron significativamente mayores en los sujetos con CES-D alto, mientras que lo contrario ocurrió para las medias de la Autodirección y la Cooperación (Tabla 83).

Tabla 81 Comparación de la proporción de sujetos con CES-D alto en función de la personalidad

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Búsqueda de Novedad					
Bajo	112	73,2	41	26,8	0,0675
Normal	146	63,2	85	36,8	
Alto	64	56,1	50	43,9	
Evitación del Daño					
Bajo	124	88,6	16	11,4	<0,0001
Normal	158	68,1	74	31,9	
Alto	40	31,7	86	68,3	

	CES-D>16				P
	Normal		Alto		
	N	%*	N	%*	
Dependencia de la Recompensa					
Bajo	84	60,9	54	39,1	0,6953
Normal	139	66,2	71	33,8	
Alto	99	66,0	51	34,0	
Persistencia					
Bajo	92	66,7	46	33,3	0,7470
Normal	125	62,8	74	37,2	
Alto	105	65,2	56	34,8	
Autodirección					
Bajo	33	28,4	83	71,6	<0,0001
Normal	173	68,4	80	31,6	
Alto	116	89,9	13	10,1	
Cooperación					
Bajo	56	51,9	52	48,1	0,0085
Normal	188	67,1	92	32,9	
Alto	78	70,9	32	29,1	
Autotrascendencia					
Bajo	95	70,9	39	29,1	0,4500
Normal	139	61,8	86	38,2	
Alto	88	63,3	51	36,7	
Personalidad					
Histriónica	44	71,0	18	29,0	<0,0001
Antisocial	60	75,0	20	25,0	
Pasivo-Agresiva	15	37,5	25	62,5	
Explosiva	15	32,6	31	67,4	
Pasivo-Dependiente	22	44,9	27	55,1	
Obsesiva	30	46,2	35	53,8	
Ciclotímica	62	93,9	4	6,1	
Esquizoide	74	82,2	16	17,8	

Tabla 82 OR crudas para la asociación de la personalidad con niveles altos del CES-D

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Búsqueda de Novedad		
Bajo	1	Referencia
Normal	1,48	0,84 – 2,59
Alto	1,97	1,14 – 3,39
Evitación del Daño		
Bajo	1	Referencia
Normal	3,51	2,43 – 5,05
Alto	15,38	8,91 – 26,54

Variable	Estimaciones de OR crudas	
	Odds Ratio	IC 95%
Dependencia de la Recompensa		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,85	0,56 – 1,29
Alto	0,86	0,56 – 1,31
Persistencia		
Bajo	1	Referencia
Normal	1,11	0,75 – 1,64
Alto	0,96	0,56 – 1,62
Autodirección		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,19	0,12 – 0,30
Alto	0,04	0,02 – 0,08
Cooperación		
Bajo	1	Referencia
Normal	0,53	0,32 – 0,87
Alto	0,46	0,26 – 0,83
Autotrascendencia		
Bajo	1	Referencia
Normal	1,33	0,75 – 2,35
Alto	1,36	0,80 – 2,31

Tabla 83 Comparación de medias de la personalidad entre los dos niveles del CES-D

	CES-D>16				
	Normal (N=322)		Alto (N=176)		P
	x	s	x	s	
Búsqueda de Novedad	7,1	3,19	7,9	3,26	0,0239
Evitación del Daño	8,0	3,91	12,0	4,09	<0,0001
Dependencia de la Recompensa	11,0	2,47	10,7	2,79	0,4980
Persistencia	2,6	1,56	2,6	1,56	0,7455
Autodirección	20,6	3,53	15,2	5,24	<0,0001
Cooperación	20,1	2,14	19,2	2,75	0,0030
Autotrascendencia	6,9	3,44	7,6	3,45	0,0173

2.2.1.2. Análisis Multivariante: Regresión logística multivariante. OR ajustadas.

En la tabla 84 se presentan las estimaciones de OR ajustadas para todas las variables incluidas en el modelo. Se presentan junto a ellas las estimaciones de OR crudas para facilitar la comparación con los resultados del análisis crudo.

Al igual que en los anteriores análisis multivariantes, en el modelo final están presentes todas las variables con un nivel de significación de $p < 0,25$ así como aquellas cuya eliminación producía un cambio importante ($>10\%$ en su valor) en alguno de los restantes coeficientes del modelo.

A diferencia del análisis crudo, la mayor fuerza de asociación con los niveles elevados de CES-D se obtiene en el grupo de edad de 31 - 40 años (9,44). La odds ratio ajustada de las mujeres sigue siendo significativamente superior a uno (2,06). Sin embargo el estado civil, los años de experiencia profesional y el nivel de estudios alcanzado pierden su asociación.

De las variables ocupacionales, la titularidad del centro y el impartir docencia en bachillerato siguen manteniendo una asociación significativa con el CES-D >16 . La OR ajustada de los centros privados es inferior a uno (0,36) al igual que la de los sujetos que imparten docencia en bachillerato (0,24). Sin embargo la OR ajustada de los que han sufrido insulto pasa a ser inferior a uno (0,88) y no significativa.

Todas las percepciones relativas al trabajo, excepto la satisfacción laboral, dejan de ser significativas. Los sujetos con baja satisfacción laboral presentan una frecuencia 2,34 veces mayor de poseer CES-D alto que el grupo de sujetos con satisfacción laboral normal. Por su parte, la OR

ajustada del grupo de sujetos que desean cambiar de profesión sigue siendo significativamente superior a la unidad (2,16). Por último, se mantiene el patrón de asociaciones obtenido en el análisis crudo para las variables Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño y Autodirección.

Tabla 84. OR crudas y ajustadas para el efecto de las variables independientes sobre la probabilidad de presentar valores elevados de CES-D

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORc ²	IC 95%
Edad				
= 30	1	Referencia	1	Referencia
31 – 40	3,94	1,64 – 9,43	9,44	2,94 – 30,31
41 – 50	3,61	1,72 – 7,60	3,56	1,19 – 10,61
51 – 60	4,04	1,91 – 8,56	3,72	1,09 – 12,76
>60	5,15	1,35 – 19,60	5,08	0,62 – 41,33
Número de hijos				
No	1	Referencia	1	Referencia
1 a 2	1,13	0,69 – 1,86	1,32	0,51 – 3,40
>2	1,24	0,72 – 2,14	1,44	0,56 – 3,66
Sexo				
Hombre	1	Referencia	1	Referencia
Mujer	1,83	1,14 – 2,93	2,06	1,06 – 3,98
Estado civil				
Soltero	1	Referencia	1	Referencia
Casado+Pareja de hecho	1,00	0,61 – 1,65	0,44	0,18 – 1,06
Viudo+Separado+Divorciado	2,43	1,02 – 5,78	1,18	0,24 – 5,66
Célibe por motivos religiosos	1,14	0,40 – 3,27	0,62	0,15 – 2,62
Nivel de estudios alcanzado				
Doctor	1	Referencia	1	Referencia
Licenciado	0,45	0,23 – 0,86	0,55	0,05 – 5,91
Grado Medio	0,82	0,43 – 1,54	2,56	0,05 – 137,94
Años de experiencia profesional				
=5	1	Referencia	1	Referencia
6 - 15	1,52	0,68 – 3,42	0,66	0,17 – 2,51
16 - 25	1,66	0,83 – 3,34	1,23	0,35 – 4,35
26 - 35	1,76	0,77 – 4,01	1,22	0,25 – 5,85
>35	3,96	1,66 – 9,45	2,56	0,64 – 10,31

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORc ²	IC 95%
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto				
Licenciado	1	Referencia	1	Referencia
Grado medio	1,46	0,99 – 2,17	0,28	0,05 – 1,57
Otros				
Desequilibrio en los estudios				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,12	0,70 – 1,80	1,99	0,26 – 15,13
Responsabilidades de dirección u organización				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,05	0,65 – 1,72	1,39	0,80 – 2,41
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	2,13	1,31 – 3,48	0,88	0,50 – 1,57
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	4,75	0,87 – 25,81	2,43	0,39 – 15,09
Titularidad del centro				
Público	1	Referencia	1	Referencia
Privado	0,49	0,31 – 0,76	0,36	0,15 – 0,89
Tamaño del centro				
=15	1	Referencia	1	Referencia
16 a 30	0,64	0,35 - 1,17	0,65	0,31 – 1,37
31 a 45	0,59	0,24 – 1,48	0,83	0,26 – 2,64
>45	0,97	0,49 - 1,93	1,36	0,39 – 4,71
Número medio de alumnos por clase				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,71	0,49 – 1,04	1,02	0,53 – 1,95
Alto	0,65	0,35 – 1,20	1,38	0,42 – 4,47
Nivel del centro				
Primaria	1	Referencia	1	Referencia
Secundaria	0,85	0,53 - 1,36	0,96	0,28 – 3,25
¿Imparte docencia en Primaria?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,15	0,73 – 1,81	0,86	0,27 – 2,73
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,23	0,76 – 2,01	0,89	0,40 – 1,97
¿Imparte docencia en segundo ciclo de secundaria?				
No	1	Referencia	1	Referencia

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORc ²	IC 95%
Si	0,79	0,48 – 1,29	1,68	0,75 – 3,76
¿Imparte docencia en Bachillerato?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	0,65	0,42 – 1,02	0,24	0,10 – 0,57
¿Imparte docencia en Ciclo formativo?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	1,71	0,86 – 3,38	1,24	0,40 – 3,81
Horas de docencia semanales				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Alta	0,82	0,51 – 1,33	1,18	0,61 – 2,29
Valoración de la satisfacción				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	3,68	2,50 – 5,41	2,34	1,20 – 4,58
Valoración del estrés				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Alta	3,09	1,87 – 5,10	1,92	0,89 – 4,14
¿Como se siente valorado por sus superiores?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	2,91	2,08 – 4,08	1,71	0,81 – 3,61
¿Como se siente valorado por sus compañeros?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	4,06	2,82 – 5,84	1,95	0,91 – 4,15
¿Como se siente valorado por sus alumnos?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	1,99	1,39 – 2,86	0,91	0,48 – 1,75
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?				
Normal	1	Referencia	1	Referencia
Baja	2,37	1,41 – 3,98	0,89	0,33 – 2,41
¿Cambiaría usted de profesión?				
No	1	Referencia	1	Referencia
Si	2,76	1,82 – 4,16	2,16	1,23 – 3,81
Búsqueda de Novedad				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	1,48	0,84 – 2,59	1,24	0,61 – 2,51
Alto	1,97	1,14 – 3,39	2,16	1,03 – 4,56
Evitación del Daño				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	3,51	2,43 – 5,05	2,74	1,51 – 4,97
Alto	15,38	8,91 – 26,54	8,42	3,34 – 21,24

Variable	Análisis crudo		Análisis ajustado	
	ORc ¹	IC 95%	ORc ²	IC 95%
Dependencia de la Recompensa				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,85	0,56 – 1,29	1,13	0,53 – 2,43
Alto	0,86	0,56 – 1,31	1,46	0,70 – 3,05
Persistencia				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	1,11	0,75 – 1,64	1,28	0,70 – 2,35
Alto	0,96	0,56 – 1,62	1,12	0,54 – 2,34
Autodirección				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,19	0,12 – 0,30	0,35	0,17 – 0,71
Alto	0,04	0,02 – 0,08	0,16	0,07 – 0,37
Cooperación				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	0,53	0,32 – 0,87	0,76	0,35 – 1,65
Alto	0,46	0,26 – 0,83	1,15	0,50 – 2,63
Autotrascendencia				
Bajo	1	Referencia	1	Referencia
Normal	1,33	0,75 – 2,35	1,11	0,58 – 2,17
Alto	1,36	0,80 – 2,31	1,26	0,61 – 2,60

2.2.2. CES-D como variable continua

2.2.2.1. Análisis bivariante

a) **Variables Sociodemográficas:** (Tabla 85) Las mujeres presentan valores mayores de CES-D que los hombres. A medida que aumenta la edad, los valores medios del CES-D, también tienden a incrementarse hasta un máximo en el grupo de mayores de 60 años. Por último, el grupo de los separados junto con los divorciados son los que presentan mayores valores medios de CES-D.

Tabla 85 Comparación de medias del CES-D entre las distintas categorías de las variables sociodemográficas

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Sexo				
Hombre	210	12,1	10,40	0,0102
Mujer	288	15,0	6,67	
Edad				
=30	52	9,4	8,66	0,0053
31 - 35	51	13,2	11,28	
36 - 40	46	14,8	11,48	
41 - 45	71	14,6	11,87	
46 - 50	123	13,1	10,22	
51 - 55	86	15,2	11,71	
56 - 60	56	15,4	12,79	
>60	13	16,2	10,55	
Edad				
=30	52	9,4	8,66	0,0011
31 - 40	97	13,9	11,34	
41 - 50	194	13,6	10,84	
51 - 60	142	15,3	12,10	
>60	13	16,2	10,55	
Estado civil				
Soltero	98	13,3	10,81	0,0002
Casado	346	13,3	11,23	
Viudo	10	12,5	9,72	
Separado	15	22,9	11,03	

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Divorciado	8	20,1	9,40	
Célibe por motivos religiosos	16	15,5	11,75	
Pareja de hecho	5	15,8	10,21	
Estado civil				
Soltero	98	13,3	10,81	0,0194
casado+Parean de hecho	351	13,3	11,21	
viudo+Separado+Divorciado	33	19,1	10,95	
Célibe por motivos religiosos	16	15,5	11,75	
Número de hijos				
No	149	13,8	11,58	0,7128
1 a 2	234	13,4	10,73	
>2	115	14,7	11,65	
¿Tiene hijos?				
No	149	13,8	11,58	0,9800
Si	349	13,8	11,04	

b) **Variables profesionales:** (Tabla 85) Los sujetos con grado de doctor son los que presentan valores medios de CES-D significativamente más altos. Por su parte, aunque no de forma estadísticamente significativa, la experiencia profesional parece asociarse con mayores valores de CES-D.

Tabla 85 Comparación de medias del CES-D entre las distintas categorías de las variables profesionales

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Nivel de estudios alcanzado				
Doctor	36	15,3	11,94	<0,0001
Licenciado	267	12,9	11,34	
Grado Medio	193	14,8	10,82	
Otros	2	6,5	2,12	
Nivel de estudios alcanzado				
Doctor	36	15,3	11,94	0,1500
Licenciado	267	12,9	11,34	
Grado Medio	195	14,7	10,80	
Años de experiencia profesional				
=5	67	11,3	11,21	0,0814
6 - 10	50	13,6	11,03	
11 - 15	47	13,1	11,24	
16 - 20	59	14,7	11,67	
21 - 25	121	13,1	10,13	
26 - 30	95	14,4	10,66	
31 - 35	40	15,7	12,51	
>35	19	19,3	14,72	
Años de experiencia profesional				
=5	67	11,3	11,21	0,0842
6 - 15	97	13,3	11,08	
16 - 25	180	13,6	10,65	
26 - 35	135	14,8	11,20	
>35	19	19,3	14,72	

c) **Variables ocupacionales:** (Tabla 86) Los valores de CES-D son significativamente superiores en los centros con titularidad pública, en aquellos profesores que precisan un grado medio para alcanzar el puesto que ocupan, así como en los que han sufrido agresiones por parte de los alumnos.

Tabla 86 Comparación de medias del CES-D entre las distintas categorías de las variables ocupacionales

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Titularidad del centro				
Pública	227	15,8	11,71	<0,0001
Privada_concertada	257	12,2	10,50	
Privada_no_concertada	14	10,7	10,28	
Titularidad del centro				
Pública	227	15,8	11,71	0,0043
Privada	271	12,1	10,47	
Tamaño del centro				
=15	108	14,8	11,58	0,3175
16-30	174	12,4	10,70	
31-45	72	13,8	13,08	
>45	144	14,7	10,38	
Número medio de alumnos por clase				
Bajo	108	15,6	12,20	0,1276
Normal	283	13,5	11,17	
Alto	107	12,5	9,99	
Nivel del centro				
Primaria	186	14,2	11,55	0,6724
Secundaria	312	13,5	10,98	
¿Imparte docencia en Primaria?				
No	304	13,5	11,16	0,6621
Si	194	14,2	11,26	
¿Imparte docencia en primer ciclo de Secundaria?				
No	345	13,1	10,94	0,0828
Si	153	15,4	11,63	

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
¿Imparte docencia en segundo ciclo de Secundaria?				
No	267	14,2	11,31	0,5217
Si	231	13,3	11,07	
¿Imparte docencia en Bachillerato?				
No	315	14,2	11,16	0,2979
Si	183	13,0	11,25	
¿Imparte docencia en Ciclo formativo?				
No	463	13,6	11,23	0,1901
Si	35	15,6	10,70	
Horas de docencia semanales				
Normal	315	14,1	11,37	0,7607
Alta	183	13,3	10,89	
Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto				
Licenciado	266	13,4	11,37	<0,0001
Grado medio	230	14,3	11,01	
Otros	2	6,5	2,12	
Desequilibrio en los estudios				
No	425	13,9	11,13	0,5615
Si	73	13,2	11,63	
Responsabilidades de dirección u organización				
No	343	13,6	11,44	0,7751
Si	155	14,1	10,65	
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?				
No	387	12,6	10,73	0,0001
Si	111	17,8	11,89	
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?				
No	491	13,6	11,03	0,0704
Si	7	2,9	17,20	

d) **Percepciones relativas al trabajo:** En la tabla 87 se observa cómo todos los valores medios de las percepciones relativas al trabajo distintas de la normalidad presentaron valores de CES-D significativamente mayores, en relación con las percepciones normales.

Tabla 87 Comparación de medias del CES-D entre las distintas categorías de las percepciones relativas al trabajo

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Valoración de la satisfacción				
Normal	318	11,0	9,74	<0,0001
Baja	180	18,7	11,92	
Valoración del estrés				
Normal	374	11,8	9,77	<0,0001
Alta	124	19,8	12,93	
¿Como se siente valorado por sus superiores?				
Normal	357	12,1	10,25	<0,0001
Baja	141	18,1	12,30	
¿Como se siente valorado por sus compañeros?				
Normal	384	12,0	10,15	<0,0001
Baja	114	19,6	12,52	
¿Como se siente valorado por sus alumnos?				
Normal	312	11,9	10,33	<0,0001
Baja	186	16,8	11,91	
¿Como se siente valorado por los padres de sus alumnos?				
Normal	389	12,7	10,54	<0,0001
Baja	109	17,5	12,65	

e) **Deseo de cambio de trabajo:** Al comparar los valores medios de la variable cambiaría usted de trabajo, se obtienen diferencias significativas, presentando valores medios de CES-D mayores el grupo de sujetos que sí cambiaría de trabajo (Tabla 88).

Tabla 88 Comparación de medias del CES-D entre las distintas categorías del deseo de cambio de trabajo

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
¿Cambiaría usted de profesión?				
No	374	12,0	10,62	<0,0001
Si	124	19,1	12,23	

f) **Personalidad:** Altas puntuaciones en los ítems referidos a la Búsqueda de Novedad y la Evitación del Daño se asocian a mayores valores en el CES-D. Lo contrario se observa para la Autodirección. También se aprecian diferencias significativas en los valores del CES-D en función de los tipos de personalidad: los mayores valores se observan para las personalidades de perfil explosivo y pasivo-agresivo; los menores, para las personalidades de perfil ciclotímico y esquizoide (Tabla 89).

Tabla 89 Comparación de medias del CES-D entre las distintas categorías de la personalidad

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Búsqueda de Novedad				
Bajo	153	11,5	10,32	0,0259
Normal	231	14,3	11,05	
Alto	114	15,7	12,16	
Evitación del Daño				
Bajo	140	7,9	6,78	<0,0001
Normal	232	12,3	9,69	
Alto	126	23,01	11,99	
Dependencia de la Recompensa				
Bajo	138	15,7	11,53	0,0710
Normal	210	12,6	10,87	
Alto	150	13,7	11,15	
Persistencia				
Bajo	138	13,7	11,85	0,8599
Normal	199	13,8	10,91	
Alto	161	13,8	11,02	
Autodirección				
Bajo	116	23,6	12,19	<0,0001
Normal	253	12,9	9,36	
Alto	129	6,7	6,48	
Cooperación				
Bajo	108	16,8	11,76	0,0066
Normal	280	13,5	11,19	
Alto	110	11,6	10,03	

Variables	CES-D			
	n	x	s	P
Autotrascendencia				
Bajo	134	12,2	10,82	0,2595
Normal	225	14,1	11,08	
Alto	139	18,9	11,62	
Personalidad				
Histriónica	62	12,2	9,67	<0,0001
Antisocial	80	10,8	8,29	
Pasivo-Agresiva	40	21,5	12,08	
Explosiva	46	22,2	12,95	
Pasivo-Dependiente	49	17,1	11,75	
Obsesiva	65	19,8	11,54	
Ciclotímica	66	6,4	5,88	
Esquizoide	90	9,1	7,84	

2.2.2.2. Análisis Multivariante: Regresión Lineal Múltiple.

En la tabla 90 se presentan los coeficientes de correlación parcial de todas las variables incluidas en el modelo. Se observa que existe una relación positiva entre ser mujer, haber sufrido agresión de un alumno, el estrés en el trabajo, el deseo de cambio de profesión, la Búsqueda de Novedad, la Evitación del Daño y la Cooperación, con los valores del CES-D. Por el contrario, a mayores valores de las variables satisfacción por su trabajo y Autodirección, menores valores del CES-D. También existe una relación inversa de los valores del CES-D con la titularidad privada del centro.

Tabla 90 Regresión Lineal Múltiple para los valores del CES-D

Variable	Coeficiente de correlación parcial	t _{exp}	P
Sexo			
Hombre			
Mujer	0,278	2,09	0,045
Edad			
	0,187	1,37	0,180
Número de hijos			
	0,172	1,26	0,217
Titularidad del centro			
Público			
Privado	-0,374	-2,91	0,007
¿Ha sufrido algún insulto de un alumno?			
No			
Si	0,167	1,22	0,231
¿Ha sufrido alguna agresión de un alumno?			
No			
Si	0,275	2,06	0,048
Valoración de la satisfacción			
	-0,298	-2,25	0,031
Valoración del estrés			
	0,471	3,85	0,001
¿Cambiaría usted de profesión?			
No			

Variable	Coefficiente de correlación parcial	t_{exp}	P
Si	0,321	2,44	0,020
Búsqueda de Novedad	0,381	2,97	0,006
Evitación del Daño	0,456	3,69	0,001
Autodirección	-0,488	-4,03	0,000
Cooperación	0,299	2,26	0,031
Autotrascendencia	0,204	1,50	0,143

Discusión

1. Discusión de la Metodología

1.1. Diseño. Estudio Transversal

Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo hemos recurrido a un estudio transversal el cual nos permite la recogida de datos referida a un momento puntual de tiempo, en nuestro caso fue el período correspondiente a los meses de noviembre y diciembre del año 2000. Nos permite determinar la prevalencia de morbilidad psíquica en los profesores de enseñanza primaria y secundaria en la ciudad de Granada.

También nos ha permitido estudiar la frecuencia de posibles factores asociados como las variables sociodemográficas, el ambiente laboral y las características de personalidad y su posible asociación con la morbilidad psíquica. Nuestro diseño permite estudiar la asociación entre estas variables y la morbilidad psíquica. Sin embargo, dado el carácter transversal del estudio no podemos establecer la causalidad de estas asociaciones, ya que no es posible identificar su secuencia temporal.

1.2. Población de Estudio

Como en cualquier estudio transversal uno de los elementos claves de su diseño es que la muestra sea representativa de la población diana.

Anteriormente hemos mencionado que nuestro estudio pretende determinar la prevalencia de morbilidad psíquica en la población de profesores de enseñanza no universitaria, en activo, en la ciudad de Granada. La ciudad sobre la que está basado el estudio es representativa de la generalidad de capitales de provincia de tamaño mediano (hasta 500.000 habitantes) y la estructura de los centros de enseñanza se caracteriza por un predominio de la enseñanza privada (mayoritariamente concertada en el nivel de Primaria, donde esto es posible), doblando el número de centros

privados, prácticamente, al de públicos en la Secundaria. Los profesores son más numerosos en los centros públicos que en los privados lo que influye en el tamaño de los centros. Todas estas peculiaridades han dado lugar a la necesidad de un muestreo de centros estratificado por titularidad, nivel y tamaño, llevándose a cabo un estudio de cluster como en otros estudios de características similares (Jurado et al., 1998; Lucht et al., 2003), lo que garantiza un porcentaje de profesores de esos estratos similar al porcentaje poblacional de profesores en esos estratos.

La población de profesores en los niveles elegidos para el estudio la componían 2913 profesores, pero al no poder acceder a ellos directamente, la población se quedó reducida a los que asistieron al centro en los días en que fue pasado el cuestionario tal y como se detalla en el apartado de material y métodos.

Las razones de la no-asistencia prolongada al trabajo (hay que tener en cuenta que la recogida de la información se extendió entre 2 semanas y 4 semanas por centro) las podemos dividir en dos bloques: las debidas a bajas por enfermedad y las que tuvieron que ver con otras razones (p. ej. profesores en cursos prolongados de actualización o en puestos de dirección en la delegación o en otros centros docentes). Es conocido que las personas que padecen enfermedad mental, aunque sea leve, tienen una mayor propensión a enfermar, por lo que si la baja no es por causa “directa” de la enfermedad mental, esta puede estar debajo de algunas de las bajas presentes. Aunque desconocido, el número de profesores no accesibles por estar de baja representa un sesgo potencialmente importante a la hora de valorar los datos. El sesgo introducido por la imposibilidad de su elección condiciona que la población, de la que seleccionamos la muestra de profesores, este formada por aquellos que no tienen una enfermedad mental lo suficientemente grave como para que tengan que cursar una baja; es decir los “casos” de enfermedad mental que detectemos serán “leves”. Las

conclusiones de este sesgo son dos: la estimación de la prevalencia de enfermedad mental que hagamos estará subestimada, ocurriendo eso mismo para cualquier estimación del riesgo de padecer enfermedad mental para cada uno de los factores; las comparaciones que hagamos con los diferentes factores de riesgo estarán “sesgadas hacia el nulo” de manera que cuando tales comparaciones no den significativas, deberá tenerse en cuenta que tal hecho puede ser debido al sesgo introducido por la inaccesibilidad de unos individuos de la población. Es imposible valorar el tamaño de este sesgo por las mismas razones aducidas anteriormente y por la inexistencia de registros fiables de morbilidad en el ámbito de la educación, no obstante el sesgo actúa contra la significación por lo que cuando obtengamos un resultado significativo, podremos fiarnos de él puesto que de tener como elegible a toda la población los resultados serían aún más significativos. De todo lo dicho debe deducirse que las ponderaciones que calculemos después serían distintas que las que estamos considerando, si bien estas también actuarían en el sentido de “igualar” los estratos en mayor grado del que se debería lo que abunda en la no-significación en la que hemos ahondado anteriormente.

De las 602 encuestas entregadas recuperamos 498, es decir, obtuvimos una tasa de respuesta del 82,7%, resultado bastante bueno si lo comparamos con la bibliografía donde nos encontramos con rangos de tasa de respuesta que van desde el 75,2% obtenido en un estudio previo al nuestro, realizado sobre profesores de escuela en la ciudad de Granada (Jurado et al., 1998), el 72,7% del estudio realizado entre profesores de enseñanza secundaria de Australia (Tuettemann y Punch, 1990), hasta el 51,7% y 53,5% obtenidos en sendos estudios realizados sobre población de profesores de enseñanza primaria y secundaria en el Sur de Londres (Cropley et al., 1999; Griffith et al., 1999). Sólo sobre población distinta hemos encontrado una tasa de respuesta superior a la nuestra, un 96,1% en

un estudio realizado sobre pacientes de atención primaria (Gater et al., 1998).

La tasa de respuesta del 82,7% se distribuye de manera desigual entre los centros públicos y privados. En los centros públicos es de un 75,7%, mientras que en los centros privados es de un 88,9%, porcentajes que difieren significativamente, $P < 0,0001$; por sí mismo este es un resultado muy relevante pues nos afirma que la probabilidad de no contestar al cuestionario es de un 13,2% mayor en los centros públicos que en los centros privados. Según estudios anteriores (Jurado et al., 1998) podríamos conjeturar que en los centros públicos hay una mayor probabilidad de sufrir enfermedad mental, seguramente una parte de esas contestaciones faltantes de los centros públicos podrían provenir de individuos con el problema que no han deseado contestar el cuestionario.

No existe diferencia en el porcentaje de respuesta global ($P = 0,2188$) entre centros de primaria y secundaria, 85,1% y 81,3% respectivamente.

Si consideramos los centros en función de su tamaño, agrupados en las categorías que empleamos en el muestreo, encontramos que el porcentaje de respuesta para los centros de hasta 15 profesores es de un 85,7%; de 16 a 30 profesores es de un 90,6%; para los de 31 a 45 profesores es de un 72% y para los centros de más de 45 profesores es de un 78,3%. Al hacer el test de comparación de esas cuatro proporciones da significativo: los centros con 30 o más de 30 profesores, tienen una mayor probabilidad de no-respuesta que los de menos de 30 profesores. Resumiendo, la no respuesta parece depender de dos factores:

1. La titularidad del centro, siendo mayor la tasa de respuesta en los privados que en los públicos
2. El tamaño del centro, siendo mayor la tasa de respuesta en los centros más pequeños.

Se podría explicar este hecho porque tanto en los centros privados como en los de menor tamaño, si bien por causas diferentes, los profesores se ven más “motivados” a la contestación del cuestionario; en los centros públicos (donde hay menos control que en los privados) es más fácil ahorrarse una tarea que le lleva a uno un tiempo importante, y en los centros grandes porque es más fácil, entre tantos profesores, sortear la tarea; esta explicación redundaría en la idea de que la no-respuesta encontrada se debe a causas distintas de las de la enfermedad mental, causas que estarían sesgando los resultados de la muestra. Tendremos oportunidad de insistir en este argumento en párrafos posteriores en función de los resultados que expondremos a continuación.

Las razones que subyacen a la no respuesta pueden agruparse en tres categorías:

4. *La forma de recoger la información:* el cuestionario era totalmente anónimo. Al igual que la elección del centro era al azar, el profesorado también era elegido al azar por el director. Los profesores devolvían el sobre cerrado en un lugar común a todos los encuestados. Esta forma de recogida de la información deja libertad total para responder al cuestionario, lo que incrementa la tasa de no respuesta.
5. *El exceso de trabajo que soportan los profesores.*
6. *La excesiva longitud del cuestionario empleado.* Este problema se detectó en el pilotaje del mismo, pero se mantuvo por la necesidad de contar con la personalidad del profesor como variable de control.

Las razones expuestas pueden ser valoradas en sentido de un sesgo negativo (disminución de la probabilidad de sufrir la enfermedad), pues en muchos de los casos la no-contestación se debe a razones banales que

serían esgrimidas por personas con menor riesgo de tener la enfermedad; aunque también pueden ser valoradas en el sentido de un sesgo positivo pues enfermos en estadios iniciales de la enfermedad tenderían a rechazar la contestación de cuestionarios relacionados con su patología sobre la que no desean detenerse. Por tanto, no podemos concluir con certeza nada acerca del posible sesgo introducido pero sí que parece claro que no hay sesgos patentes del suficiente tamaño (estamos en un 82,7% de tasa de respuesta, que es de las que se pueden considerar altas en estudios similares) como para que afecten fuertemente a los diferentes resultados. En cualquier caso, al comentar los resultados, tendremos siempre en cuenta el posible sesgo introducido y su distribución en función de la titularidad del centro, del nivel educativo y del tamaño del mismo.

Podemos concluir diciendo que no hay razones para suponer que los 498 profesores que han participado en este estudio difieran mucho del resto de profesores que desempeñan su trabajo en la ciudad de Granada.

1.3. Instrumentos de evaluación

1.3.1. Morbilidad psíquica: Cuestionario de Salud General GHQ-28

El cuestionario más utilizado en la actualidad para la detección de casos psiquiátricos es el GHQ (General Health Questionnaire) (Lobo y Campos, 1994). De las distintas versiones existentes, el GHQ-28 se ha confirmado como uno de los mejores instrumentos para estudios epidemiológicos psiquiátricos, dentro de las técnicas de screening. Esto junto a su sencillez y fácil administración, son las razones que justifican su uso en nuestro estudio.

Como hemos mencionado anteriormente, el GHQ-28 posee validez de contenido y validez concurrente o validez de criterio (*criterion validity*). La validez de criterio de un cuestionario de screening psiquiátrico indica en qué medida las puntuaciones se corresponden con cierto criterio externo de los trastornos psíquicos.

En la literatura encontramos diversos estudios de validación (Tennant, 1977) que usaron el GHQ-28, adaptado y validado por Lobo et al. (Lobo et al., 1986) y es el que nosotros hemos usado en nuestro estudio.

A la hora de evaluar el cuestionario GHQ-28, nos encontramos que la puntuación Likert y la puntuación GHQ ofrecen resultados similares en cuanto a sensibilidad, especificidad y tasa de mal clasificados. Sin embargo, Goodchild y Duncan-Jones (Goodchild y Duncan-Jones 1985) confirman un incremento en la sensibilidad y especificidad de la puntuación CGHQ frente a la GHQ contrastados con los “casos” evaluados en el *Present State Examination* (PSSE) (Tabla 91). Datos que otros autores no han podido corroborar (Vázquez Baquero et al., 1986).

Tabla 91 Valores de sensibilidad y especificidad para las puntuaciones GHQ y CGHQ

	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)	Correlación con la puntuación total del PSE
Puntuación GHQ	73,5	76,4	+0,52
Puntuación CGHQ	84,0	80,2	+0,58

La mejor detección de las enfermedades crónicas ha conducido a un número menor de falsos negativos, por lo que se observa un aumento de la sensibilidad. Goodchild y Duncan-Jones (Goodchild y Duncan-Jones, 1985) reivindican tres ventajas más para su método de puntuación: primera, las puntuaciones se distribuyen de forma más normal; segunda, la puntuación se correlaciona mejor con otras medidas de trastorno psíquico, y tercera, la tendencia a que la puntuación baje con tests repetidos no es tan grande cuando se utiliza el otro método de puntuación.

Bellantuono et al. (Bellantuono et al., 1987), en su estudio italiano en Atención Primaria, encontraron una mejoría en la especificidad, pero no en la sensibilidad, y Vázquez-Barquero et al. (Vázquez-Barquero et al., 1986) y Cairns et al. (Cairns et al., 1987) no encontraron mejoría en ninguno de los coeficientes al utilizar el método de Goodchild y Duncan-Jones.

Nosotros, para evaluar el cuestionario GHQ-28, hemos utilizado el método de puntuación GHQ que reduce los prejuicios asociados a las escalas de respuesta bimodales. Lo que se ha venido llamando tendencia al acuerdo global, incluyendo los prejuicios de contestar a todo que sí (*yea-saying*), a decir siempre la verdad (*truth-saying*) y a estar de acuerdo con todo (*agree-saying*), está minimizado por esta forma de escala de respuesta.

Para la corrección del GHQ-28 escogimos el “punto de corte” 5/6 (se define como caso probable a quien puntúa >6), que evita la pérdida de los casos probables, obteniendo la máxima sensibilidad, es decir, el menor número de falsos negativos, aún a costa de reducir la especificidad (incluir falsos positivos); Stansfeld et al. en su estudio sobre desórdenes psiquiátricos en una población de funcionarios londinenses, también utilizaron este mismo corte (Stansfeld et al., 1995), obteniendo una sensibilidad para el GHQ del 72,7% y una especificidad del 78,0% en su comparación con el cuestionario Clinical Interview Schedule (CIS).

El porcentaje de profesores que presentan “puntuación alta” en el GHQ-28 es del 39%, valor comprendido al encontrado entre los funcionarios y funcionarias londinenses (36,5% vs. 40,8%) (Stansfeld et al., 1995). En un estudio realizado sobre 196 profesionales sanitarios en España se obtuvo una varianza del 50,7% para la puntuación del GHQ-28 (López-Castillo et al., 1999). Las causas posibles de este resultado pueden ser varias, aunque no podemos despreciar las debidas a un sesgo de contestación en el sentido de que han contestado los que estaban peor.

1.3.2. Cuestionario de síntomas depresivos CES-D

Para evaluar la presencia de síntomas depresivos, el instrumento psicológico y psiquiátrico empleado con mayor frecuencia en la investigación es, sin duda alguna, la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), que ha sido validada y utilizada extensamente, como ya se ha mencionado en apartados anteriores. Este hecho junto a la posibilidad de aplicación a cualquier población (Weissman, 1977; Roberts, 1980; Clark et al., 1981; Roberts y Vernon, 1983) han hecho que nos decidamos a utilizarla en nuestro estudio.

En cuanto a las propiedades psicométricas del CES-D, nos encontramos que:

La consistencia interna de la escala es notable, obteniendo valores elevados del alfa de Crombach tanto en muestras poblacionales (en torno a 0,85), como en muestras clínicas (0,90) (Radloff, 1977). En el análisis del valor de alfa, ítem por ítem, la escala se comporta de forma homogénea y no aparecen ítems irrelevantes. La fiabilidad test-retest, con intervalos entre 2 y 8 semanas, es moderada ($r=0,51 - 0,67$) (American Psychiatric Association, 2000).

La correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión es entre moderada y alta. Así, en el estudio de validación de la versión en castellano, realizado en una muestra de pacientes con trastornos afectivos, el CES-D obtuvo un coeficiente de correlación (r) de 0,89 con el Beck Depression Inventory y de 0,69 con la Escala de Depresión de Hamilton (Soler et al., 1997).

Los estudios sobre su validez predictiva ofrecen resultados variables en función de la población estudiada. En un estudio comunitario realizado

por Roberts y Vernon (Roberts y Vernon, 1983) obtiene, utilizando como punto de corte el valor de >16, una sensibilidad del 60% y una especificidad del 83,4%, cifras similares a las obtenidas por Myers y Weissman (Myers y Weissman, 1980) también en una muestra de población general (sensibilidad 64%, especificidad 94%). En pacientes médicos, la sensibilidad es algo mayor con una ligera reducción de la especificidad. Y en un estudio realizado sobre población consultante de atención primaria, utilizando el mismo punto de corte, se obtiene una sensibilidad de 79,5% y una especificidad de 71,1% (Fechner-Bates et al., 1994).

Para el caso del CES-D, y su punto clásico de corte el valor 16, se ha obtenido un 35,3% de valores altos, resultado algo superior al 32% obtenido por Schonfeld (Schonfeld, 1992) en su estudio sobre síntomas depresivos en una muestra de profesoras en su primer año de trabajo, y muy superior al obtenido en el estudio realizado por Jurado et al. (Jurado et al., 1998) sobre una muestra de profesores en la ciudad de Granada, donde el 27,5% obtuvieron una puntuación CES-D>16. Al estimar la proporción de puntuación alta en la población, se encuentra un valor de un 36,16%, con un intervalo que va de 33,68% a 38,71%, con una confianza del 95%. La cifra, al igual que en el caso del GHQ-28, parece grande y las conclusiones a las que llegamos son las mismas que en el caso anteriormente mencionado.

1.3.3. Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI-125)

Al igual que los cuestionarios anteriores, la elección del TCI-125 (Cloninger et al., 1994) también está basada en su facilidad de comprensión, lo que agiliza su contestación y uso. El TCI-125, como se ha mencionado anteriormente, se ha utilizado para estudiar la relación entre la personalidad y los síntomas depresivos evaluados en el CES-D (Gruzca et al., 2003).

No disponemos de bibliografía relacionada con la validez del TCI-125. En la actualidad, sólo han sido desarrollados los indicadores de validez para el TCI completo.

Los valores de las subescalas del TCI-125 se han obtenido en función de los cuartiles primero y tercero, por lo que dichos valores se han clasificado como: bajos, normales y altos.

Al analizar los aspectos de la personalidad que forman el temperamento en nuestra muestra nos encontramos que:

El 30,7% de los profesores presentan puntuaciones bajas en la Búsqueda de Novedad (NS), es decir, presentan más características relacionadas con una escasa actividad exploratoria en respuesta a la novedad, tendencia al orden y a la frugalidad, al igual que poca duración de los sentimientos de enfado y tolerancia a la frustración frente al 22,9% de profesores que presentan altas puntuaciones, y a diferencia de los anteriores muestran curiosidad, se aburren fácilmente y les desaparece rápidamente la cólera.

Con respecto a la dimensión Evitación del Daño (HA), sigue dominando las puntuaciones bajas, 28,1%, frente al 25,3% de profesores que puntúan alto. La mayoría de los profesores tendrían un rasgo

relacionado con un comportamiento desinhibido, descuidado y son extrovertidos.

Un 30,1% de profesores presentan puntuaciones altas en Dependencia de la Recompensa (RD), frente al 17,7% de profesores que presentaron puntuaciones bajas. Estos profesores presentan rasgos relacionados con una gran dependencia social a la vez que son muy sentimentales y sensibles. También existe un grupo cuyos rasgos serían todo lo contrario: estables emocionalmente, independientes y poco influenciables (27,7%).

Por último, en relación a la Persistencia el 32,3% de los profesores puntúan alto, frente al 27,7% con baja puntuación.

En la bibliografía hemos encontrado casos de pacientes con trastornos de ansiedad o del estado de ánimo que presentan puntuaciones elevadas en HA y bajas para NS (Goldman et al., 1994); y que cuando existe un trastorno depresivo se observan puntuaciones bajas en NS (Mulder y Joyce, 1994), por lo que podríamos concluir, con respecto a nuestra muestra, que existe un porcentaje considerable de profesores susceptibles de poseer un trastorno depresivo, de acuerdo a sus rasgos de personalidad.

En lo que concierne a las dimensiones del carácter el 25,9% de profesores presentan una puntuación elevada en Autodirección (SD), con rasgos de líderes maduros, eficaces, con elevada autoestima y capacidad para lograr sus metas. Sólo el 23,3% con baja autoestima y complejo de inferioridad que son los que puntúan bajo en SD. El 22,1% de los individuos son cooperativos, frente al 21,7% que se asocian a ser intolerantes y vengativos. Y por último, en la identificación del individuo como un todo, la Autotrascendencia (ST), el 27,9% de los profesores puntúan alto y el 26,9% puntúan bajo.

1.4. Valoración del método estadístico empleado.

Valoraremos el tipo de muestreo empleado así como el método estadístico utilizado para derivar los resultados.

Para satisfacer los objetivos del estudio se debería haber extraído una muestra aleatoria simple de profesores tanto de Primaria como de Secundaria, si acaso estratificada por nivel y por titularidad del centro que parecían, de antemano, dos variables que podían influir en la variable que se deseaba estudiar. Sin embargo, tal muestreo no fue posible pues no se disponía de un censo de profesores en las condiciones de las que hablamos, de lo único que se disponía era de una lista de centros y del número de profesores por centro así como de la titularidad del centro. Por ello se tomó como se ha dicho en material y métodos una muestra por conglomerados (el centro) estratificada por nivel de enseñanza y por titularidad del centro. El muestreo por conglomerados introduce una correlación intracentro que invalida los métodos estadísticos clásicos que suponen la independencia de las observaciones de la muestra; la razón de tal inadecuación proviene de una subestimación de los errores estándares con lo que los tests resultan ser demasiado liberales. Por ello se empleó una técnica estadística (modelos GEE) que resuelve el problema y estima de manera correcta la variabilidad de los estimadores. Creemos por tanto que tal técnica nos permite confiar en las significaciones obtenidas, cosa que no se podría decir en el caso de haber empleado los modelos clásicos de mínimos cuadrados.

Además, como la muestra se estratificó, para tener representación suficiente de categorías que parecían relevantes, por nivel de estudios y titularidad centro, realizamos un estudio ponderando en el inverso de ser seleccionado para la encuesta. El uso de la ponderación pretendía corregir el sesgo introducido por el desequilibrio de la muestra, tanto para la

estimación de la prevalencia del problema que estamos estudiando como para los estudios de asociación en los que se podía inducir una relación falsa por dicho desequilibrio. Las ponderaciones empleadas reequilibran, vía modelo estadístico, el desajuste creado y evitan los sesgos introducidos. Por ello pensamos que el método empleado nos permite hacer afirmaciones rigurosas y fundadas sobre el objeto del estudio.

En consecuencia, debido a la disposición de la población objeto del estudio se empleó un muestreo que forzaba el empleo de métodos especiales que nos aseguran la corrección de los sesgos introducidos por dicho procedimiento.

2. Discusión de los Resultados

En este apartado comentaremos e interpretaremos nuestros resultados, contrastándolos con los obtenidos en estudios precedentes y la posibilidad de extrapolar nuestros resultados a otras poblaciones de profesores.

2.1. Descriptiva General

Como características más significativas de nuestra muestra de profesores, hay que destacar un mayor porcentaje de mujeres (57,6%) y el hecho de que el 68,7% de los profesores están casados, al igual que ocurre en otros estudios realizados (McGrath et al., 1989; Burke y Greenglas, 1994; Griffith et al., 1999). En nuestro análisis no podemos dejar de comentar el 3,4% de célibes por motivos religiosos que existe en la muestra ya que eso va a condicionar ciertas peculiaridades en los resultados obtenidos.

La edad media es de 45 años superando el 75% de la misma los 38 años. El 70% de los profesores tienen hijos, dato algo superior al observado en el estudio de Griffith et al. (Griffith et al., 1999), y similar al encontrado por Burke y Greenglas (Burke y Greenglas, 1994). De los profesores con hijos, el 23,1% tienen más de dos hijos (Burke y Greenglas, 1994) y el 35% hijos mayores de 18 años. Estos datos son característicos de una población mayor porque poseen unas pautas reproductivas distintas de las poblaciones jóvenes de ahora.

Con respecto a las variables profesionales, la gran mayoría de profesores son licenciados y con bastantes años de experiencia profesional ya que aproximadamente el 50% de los profesores oscilan entre los 21 y 25 años (media 19.7), superior al estudio de Burke y Greenglas (Burke y

Greenglas, 1994), donde el 33,5% de los profesores tienen más de 20 años de experiencia profesional.

Al estudiar las variables ocupacionales, encontramos que el 45,6% de los profesores desarrollan su labor en colegios públicos y el 62,7% en el nivel de secundaria, distribuciones que se corresponden con las distribuciones de esas variables en la población de profesores de la ciudad de Granada, a diferencia del estudio efectuado por Griffith et al. en colegios del Sur de Londres (Griffith et al., 1999), en el que el 55,5% de los profesores imparten su docencia en el nivel de primaria.

En relación con la carga de trabajo, es alta en nuestra muestra, ya que por término medio cada profesor tiene 26,4 alumnos por clase, esta mayor carga laboral fue identificada por Griffith et al. como una fuente importante de estrés laboral (Griffith et al., 1999). El número de horas de clases semanales es de 21,7 (mediana 25). En España, se cataloga como normal=25 horas/semana en primaria y =18 horas/semana en secundaria.

El 22,3% (111) de los profesores comunicaron haber recibido agresiones verbales y siete (1,4%) sufrieron agresiones físicas por parte de los alumnos. En la sociedad actual, estamos viviendo un aumento de agresividad por parte de los alumnos hacia el profesorado, produciéndose este tipo de abusos.

El 63,9% de los profesores están satisfechos con su trabajo frente al 36,1% que muestra una satisfacción laboral baja, estos resultados son algo menores que los encontrados por McGrath et al. en su estudio sobre estrés ocupacional realizado en una población de profesores del norte de Irlanda, donde el 77% de la población manifestaba estar muy satisfecha con su trabajo frente al 3% que respondió encontrarse muy insatisfecho (McGrath et al., 1989). En cuanto a la percepción del estrés laboral, el 24,9% de los profesores tienen una percepción alta. Griffith et al. en su estudio sobre

estrés en profesores encontró diferencias significativas en relación al sexo, las mujeres puntuaban más alto en el Teacher Stress Inventory que los hombres (media $1,79 \pm 0,56$ vs. $1,60 \pm 0,60$, $F(1,702)=14,9$, $p<0,001$), siendo el estrés entre profesoras jóvenes mayor que el estrés en profesores más mayores (Griffith et al., 1999). También el estrés era mayor entre los profesores de primaria que los de secundaria (Griffith et al., 1999). El otro 75% de nuestra población se siente arropado tanto por sus superiores, compañeros, alumnos y padres de sus alumnos, esa percepción de respaldo y apoyo social actuaría como factor protector basándonos en el efecto beneficioso que encontraron varios autores de una buena relación con los compañeros de trabajo y un buen ambiente laboral (Karasek et al., 1982; Johnson y Hall, 1988); sin embargo, Griffith et al. en su estudio sobre estrés en una muestra de profesores londinenses no encontraron asociación entre el estrés y el apoyo social en el trabajo con factores sociodemográficos y aspectos laborales (Griffith et al., 1999).

Estos porcentajes de insatisfacción laboral coinciden con el grupo de profesores que manifiestan desear un cambio de trabajo (24,9%) ya que no encuentran el apoyo deseado en su lugar de trabajo ni el respaldo que antes tenía este colectivo en la sociedad, sin embargo, estos resultados son bajos si los comparamos con el 63% de los profesores del norte de Irlanda que en algún momento de su carrera han pensado en cambiar de trabajo y con el 36% de profesores que lo piensan de forma permanente (McGrath et al., 1989).

2.2. Estimación de la Prevalencia de Morbilidad Psíquica

Uno de los objetivos de la investigación era la determinación de la prevalencia de la morbilidad psiquiátrica inespecífica en profesores no-universitarios. Tal prevalencia, como ya se argumentó en Material y Métodos, no es calculable directamente porque no se ha empleado ningún instrumento de diagnóstico (entrevista, PSE, etc.) que permita el diagnóstico riguroso de la enfermedad psiquiátrica. Por el contrario, sólo se disponen de instrumentos que, empleados como un cribaje, nos determinan posibles candidatos a sufrir tal morbilidad; el que se usa generalmente es el GHQ, que hemos utilizado en su versión de 28 ítems.

La prevalencia de morbilidad psíquica encontrada en nuestra población es del 33,7% para el corte GHQ-28>5 y del 26,4% para el corte GHQ-28>6 para una sensibilidad del 90%. La morbilidad psíquica para el corte GHQ-28>6, es algo inferior a la encontrada en el estudio realizado en atención primaria en la ciudad de Granada, donde el 29% de la población afirmaba sufrir algún trastorno psiquiátrico (Martínez-Ortega et al., 2006).

En estudios anteriores (Cairns y Wilson, 1984; McGrath et al., 1989) obtienen una medida que puede llegar a ser del 30%, por lo que nuestros resultados estarían dentro de lo normal. Sin embargo, la prevalencia obtenida la podemos considerar alta teniendo en cuenta que los casos de baja por depresión no están contemplados en nuestra muestra, y que además para el cálculo de la misma se ha corregido por la tasa de no respuesta

Al revisar la literatura podemos comprobar que el GHQ-28 se ha utilizado como test de screening en numerosos estudios para determinar morbilidad psiquiátrica (Medina-Mora et al., 1985; Zimmermann-Tansella et

al., 1988; Cheng, 1988; Martínez Álvarez et al., 1993; Villaverde Ruiz et al., 2000). En un estudio realizado en funcionarios londinenses de mediana edad, la prevalencia encontrada fue del 22,3% en hombres que habían puntuado 5 o más en el GHQ (Stansfeld et al., 1995), datos muy por debajo de los obtenidos por nosotros.

Por otro lado, Martínez Álvarez et al. (Martínez Álvarez et al., 1993) utilizaron el GHQ-28 en su estudio de morbilidad psiquiátrica en población atendida en un centro de salud, obteniendo un 41,55% de posibles casos psiquiátricos (GHQ-28>6) con una sensibilidad del 0,82% y una especificidad del 60%, por lo que caracteriza al GHQ como un buen test de screening pero no lo es tanto como método diagnóstico.

Tuettemann et al. (Tuettemann et al., 1990) en su estudio sobre niveles de estrés en profesores de enseñanza secundaria entre mayo y julio en Australia, clasificaba como caso puntuaciones de 5 o más, presentando las puntuaciones de 5 una probabilidad de diagnóstico clínico como caso psiquiátrico del 50%, aumentando drásticamente esta probabilidad con la elevación de la puntuación, correspondiendo puntuaciones de 10 o más al 95% de probabilidad de enfermedad emocional severa.

Cropley et al. (Cropley et al., 1999) estudiaron la relación entre estrés laboral y morbilidad psiquiátrica en profesores, llegando a la conclusión de que las características del trabajo (laborales) pueden hacer que los profesores experimenten problemas de salud mental. Resultados similares obtuvo McGrath et al. (McGrath et al., 1989) al estudiar el estrés ocupacional en profesores del norte de Irlanda donde los resultados del GHQ-28 mostraron que cerca de un tercio de la población estudiada presentaban morbilidad psiquiátrica benigna y que el estrés en sus vidas personales era menor que el estrés en su trabajo.

Estudios realizados sobre población española han encontrado una mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica en mujeres que en hombres (Vázquez-Barquero et al., 1992). Resultados similares se encontraron en una población de funcionarios londinenses donde los valores medios obtenidos en el GHQ en mujeres eran superiores a los obtenidos por los hombres (6,56% vs. 5,83%) (Stansfeld et al., 1995). En un estudio de estrés entre médicos de cuidados paliativos, donde se usó el GHQ-12, también hubo un porcentaje mayor de mujeres que puntuaron alto el GHQ-12 frente a la población masculina (38% vs. 16%), sin embargo, no se encontraron diferencias significativas sobre médicos de otras especialidades (Lloyd-Williams, 2002). Se ha comprobado que el sexo y el estado civil están significativamente asociados con la morbilidad psiquiátrica (Martínez-Ortega et al., 2006).

2.3. Estudio Analítico del GHQ-28

2.3.1. Relación entre GHQ-28 y variables sociodemográficas

En los resultados del GHQ-28 observamos diferencias significativas entre el sexo y la proporción de sujetos con GHQ-28 elevado, siendo superior en las mujeres (43,4%) que en los varones (32,9%). Esto se ve confirmado tanto en la regresión logística univariante como en el modelo multivariante. En ambos casos las O.R. son superiores a uno (1,63 y 1,81 respectivamente).

Al tratar el GHQ-28 como variable continua, las mujeres siguen presentando valores mayores de GHQ-28 que los hombres, existiendo una relación positiva entre una puntuación más elevada del GHQ-28 y ser mujer.

La asociación entre sexo femenino y GHQ-28 elevado ha sido referida en la mayoría de estudios previos (Marinoni et al., 1997; Gater et al., 1998) y se han planteado diversas hipótesis para explicarla. Mausner-Dorsch y Eaton (Mausner-Dorsch y Eaton, 2000) observan que las mujeres son más sensibles al estrés psicológico en el trabajo y están más expuestas al ambiente laboral que los hombres. Para algunos autores, esta mayor tendencia al malestar psíquico de mujeres con respecto a hombres, está relacionado con diversos factores, como la falta de adaptación a los eventos de la vida (Kendler, 2001), al ambiente familiar y laboral (Hammen, 2003), o a características de personalidad, pero influenciada por otros factores como la inestabilidad en el matrimonio (Widiger y Anderson, 2003). Al estudiar la prevalencia de depresión en mujeres, se ha encontrado una relación de 2:1, y se observa que comienza en la pubertad y se relaciona con la carga hormonal, sin embargo no hay influencia significativa en la depresión mayor (Kessler 2003). En esta investigación (Kessler 2003), sugiere que la clave para entender la diferencia de riesgo de depresión entre hombres y mujeres

está en el conjunto de efectos de vulnerabilidad biológica y experiencias provocadas por el ambiente.

Sin embargo, es de destacar que, en nuestro estudio, el efecto del sexo femenino persiste tras ajustar por las distintas características que definen el ambiente laboral y la percepción subjetiva del mismo, así como por las características del individuo ligadas a su personalidad.

Al igual que en otros estudios (Marinoni et al., 1997; Fujino et al., 2001), en el análisis crudo hemos hallado una asociación entre valores elevados de GHQ y la edad. Sin embargo, en nuestro estudio esta asociación desaparece en el análisis ajustado, lo que indica que, probablemente, el efecto de la edad no sea tal, sino que dependa de otras variables relacionadas con ésta (Fujino et al., 2001), aunque autores como Stordal et al. demuestran el incremento de la depresión con la edad aún controlando con múltiples variables (Stordal et al., 2003).

Las variables estado civil y número de hijos que no presentaban asociación con el GHQ-28, al ajustar el modelo por las distintas variables, nos encontramos que el grupo de sujetos casados y con pareja de hecho pasan a tomar un valor de O.R. significativamente inferior a uno (0,34). Por otro lado el grupo de separados, al tratar la variable GHQ-28 como continua, son los que presentan los valores de GHQ-28 más altos, encontrando que los viudos y célibes por motivos religiosos las puntuaciones de GHQ-28 más bajas. Sin embargo, en otros estudios si se ha encontrado asociación entre el estado civil y el GHQ-28 elevado (Martínez-Ortega et al., 2006).

2.3.2. Relación entre GHQ-28 y variables profesionales

Los profesores con titulación inferior a la de licenciado y el grupo de profesores con una experiencia profesional superior a 35 años presentan valores de GHQ-28 altos.

En la comparación del GHQ-28 con las variables ocupacionales hemos observado que los valores de GHQ-28(>5) se incrementan en los profesores que trabajan en los colegios públicos. No hemos encontrado datos en la bibliografía referente a esta variable. En España los colegios son públicos (soporte económico estatal y sin ideario religioso) y privados concertados (parcialmente financiados económicamente por el estado y con ideario religioso) y privados no concertados (no financiados económicamente por el estado y con o sin ideario religioso). El que los profesores de los colegios privados tengan puntuaciones más bajas de GHQ-28, pensamos que puede deberse a que los profesores en los colegios privados tienen una ideología sólida y se sienten acogidos por sus compañeros y directivos, que puede hacer que el profesor se sienta arropado por el sistema educativo, de la cuál carecen los centros públicos. Esta conclusión coincidiría con el estudio de Griffith et al. (Griffith et al., 1999) donde encuentra que una buena relación laboral aporta efectos beneficiosos sobre el estado de bienestar psíquico.

No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas al analizar el nivel de enseñanza, a diferencia de otros estudios, que si encuentran mayor estrés en el nivel de primaria (Griffith et al., 1999). En relación a la carga laboral, sí hemos encontrado diferencias en coincidencia con el estudio de Fujino et al. (Fujino et al., 2001), pero en el caso de número de alumnos por clase no encontramos diferencias estadísticamente significativas, aunque hay estudios que sugieren que un alto número de

horas, más estudiantes e interminables interrupciones afectan negativamente al profesor (Harden, 1999).

La proporción de sujetos con GHQ-28 alto es significativamente mayor en los profesores de centros públicos, los que necesitaron el grado medio para acceder a su puesto de trabajo y particularmente los que han sufrido insulto y sobre todo agresión.

En la regresión logística univariante destaca el elevado valor de la OR para el insulto y la agresión: (2,5 y 10,6 respectivamente).

De las variables ocupacionales, sólo la titularidad del centro y las agresiones siguen aportando al modelo de forma significativa. La odds ratio ajustada de los centros privados es inferior a uno (0,50), y la de los sujetos que han sufrido agresión por parte de un alumno está muy por encima de la unidad (12,21).

Se observa que existe una relación positiva entre una puntuación más elevada del GHQ-28 y haber sufrido una agresión por parte de un alumno, una posible explicación sería que los profesores agredidos poseen una personalidad más débil. Una relación de signo opuesto se aprecia para la titularidad privada del centro y la satisfacción laboral.

Con respecto a las percepciones relativas al trabajo, hemos obtenido en nuestro estudio diferencias significativas en todas ellas en relación con la proporción de sujetos con GHQ-28 elevado, siendo los profesores con una baja satisfacción laboral la proporción de sujetos con GHQ-28>5 superior en relación con los que muestran una satisfacción normal (60% vs. 27%), los que tienen estrés alto (66,9%) con respecto a los de estrés normal (29,7%). Estos resultados vienen a confirmar los obtenidos por Galloway et al. (Galloway et al., 1984) en su estudio realizado sobre una muestra de

profesores de primaria en Nueva Zelanda. También en los que se sienten escasamente valorados por sus superiores, compañeros, alumnos o padres de sus alumnos. En concordancia con estos resultados, las odds ratio de todas las percepciones relativas al trabajo son significativamente superiores a uno.

Al tratar la variable GHQ-28 como continua, seguimos observando que los sujetos con baja satisfacción laboral, alto estrés y los que se sienten poco valorados por sus superiores, compañeros, alumnos y padres de alumnos son los que presentan valores medios de GHQ-28 significativamente superiores. Galloway et al. en su estudio sobre estrés y satisfacción laboral en profesores de primaria en Nueva Zelanda encontró que una alta puntuación en el GHQ estaba asociado con estrés elevado y baja satisfacción laboral (Galloway et al., 1984).

Se observa que existe una relación positiva entre una puntuación más elevada en el GHQ-28 y el estrés en el trabajo. Este hecho no es aislado, ya que McGrath et al. (McGrath et al., 1989) encontraron en su estudio sobre estrés ocupacional en profesores del norte de Irlanda, que el estrés en sus vidas era menor que el estrés de su trabajo y que la peor combinación para la salud es tener alta demanda y bajo poder de decisión (Stansfeld, 2002). Sin embargo, para la satisfacción laboral se aprecia una relación de signo opuesto.

Un hecho bastante inquietante, es que más de la mitad de la población expresan su deseo de cambiar de profesión y presentan valores de $GHQ > 5$ significativamente superior (58,1%) frente a los que no (32,6%). Confirmando estos resultados mediante la regresión logística univariante así la odds ratio de los profesores que cambiarían de profesión es de 2,92 (I.C. 95%: 1,78 – 4,79). Se obtienen los mismos resultados al tratar la variable como continua

Al comparar los valores medios de la variable cambiaría usted de trabajo, se obtienen diferencias significativas, presentando valores medios de GHQ-28 mayores el grupo de sujetos que sí cambiaría de trabajo.

En el modelo de regresión lineal múltiple sigue existiendo una relación positiva entre una puntuación más elevada del GHQ-28 y el deseo de cambio de profesión. No se ha encontrado bibliografía para poder comparar nuestros resultados.

2.3.3. Relación entre GHQ-28 y personalidad

Al analizar las características de Personalidad hemos estudiado los valores del GHQ frente al Temperamento y Carácter, y observamos que tienen una relación positiva y estadísticamente significativa con Evitación del Daño y Búsqueda de Novedad; negativa y estadísticamente significativa con Autodirección y Cooperación.

En relación a las características de Personalidad, hay diversos estudios que relacionan estos síntomas depresivos (Cloninger 1998; Richter, 2001; Farmer, 2003; Gruzca, 2003). Las asociaciones obtenidas en nuestro estudio con las distintas dimensiones del TCI, concuerdan con los obtenidos en otros estudios (Hirano 2002; Farmer, 2003; Gruzca et al., 2003; Jiang et al. 2003). Por otra parte en un estudio a trabajadores de la compañía de gas francesa (Paterniti et al., 2002), se encontró una asociación entre factores psicosociales y trabajo, pero esta asociación es independiente de los rasgos de personalidad.

Nosotros, en consonancia con lo propuesto por Stansfeld (Stansfeld, 2002), creemos que puede existir una interacción positiva entre ciertos puestos de trabajo y determinados rasgos de la personalidad que haga al trabajador más vulnerable al entorno laboral.

Personas con cierta curiosidad, impulsivas, que se aburren fácilmente, cautelosas, pesimistas y que se adelantan a los futuros problemas (con puntuaciones altas de Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño respectivamente) se asocian significativamente con proporciones superiores de GHQ-28 alto. Lo contrario ocurre para personas con alta autoestima, eficaces, bien organizados y que son socialmente tolerantes, empáticos,

útiles y compasivos (niveles altos de Cooperación y, sobre todo, de Autodirección).

Por su parte, las mayores proporciones de valores de GHQ-28 alto se obtienen para la personalidad Explosiva y Pasivo-agresiva (63,0% y 62,5% respectivamente), seguidas de la Obsesiva y Pasivo-dependiente (53,8% y 53,1% respectivamente); valores inferiores se observan para las personalidades Ciclotímica y Esquizoide (7,6% y 20,0% respectivamente). Las OR crudas refrendan los resultados anteriores.

Finalmente, las puntuaciones medias para los ítems de personalidad Búsqueda de Novedad y Evitación del Daño fueron significativamente superiores en el grupo de sujetos con GHQ-28 alto; el que estas personas presenten un temperamento más vulnerable, puede ser la causa de la mayor predisposición a presentar malestar psicológico. Para los ítems Autodirección y Cooperación, se produjo la situación inversa.

Por último, la Búsqueda de Novedad y la Evitación del Daño se asocian a una mayor frecuencia de GHQ-28 alto, mientras que una asociación de sentido inverso se aprecia para la Autodirección.

Los rasgos de la personalidad que presentan valores significativamente mayores del GHQ son la Búsqueda de Novedad, la Evitación del Daño, y un bajo nivel de Autodirección. Los grupos de sujetos con personalidades Explosivas, Pasivo-agresivas y Pasivo-dependientes son los que presentan mayores valores medios del GHQ-28, en contraposición con las personalidades Ciclotímica y Esquizoide, que muestran las puntuaciones más bajas.

2.4. Estudio Analítico del CES-D

2.4.1. Relación entre CES-D y variables sociodemográficas

Al igual que nos ocurría con el GHQ-28, podemos apreciar diferencias significativas en las variables sexo y edad en relación con la proporción de sujetos con CES-D elevado. Las mujeres son el grupo de sujetos con mayor porcentaje de valores del CES-D >16 (40,6%). Estos resultados son totalmente compatibles con los encontrados en la bibliografía revisada ya que diversos autores han encontrado que la prevalencia de síntomas depresivos es mayor en mujeres que en hombres (Gater et al., 1998; Kendler et al., 2001; Blehar et al., 2003; Kessler, 2003; Lucht et al., 2003)

Los factores de riesgo asociados con la prevalencia más alta de la depresión en las mujeres (comparando con los hombres) incluyen características de la personalidad, como los niveles más altos de neuroticismo (Fanous et al., 2002) y personalidad dependiente (Widiger y Anderson, 2003), así como los cambios hormonales (Burt y Stein, 2002), estar casada y tener hijos (Lucht et al., 2003) y aspectos del trabajo como inquietud en la organización laboral (Kivimäki et al., 2003) y una vulnerabilidad más elevada tanto para los acontecimientos vitales interpersonales (Hammen, 2003) como una mayor sensibilidad al estrés laboral (Mausner-Dorsch y Eaton, 2000). Aunque los acontecimientos vitales estresantes en la familia o en el contexto laboral afectan a la salud mental de hombres y mujeres, el efecto diferencial según el género no está claro (Artazcoz et al., 2004; Emslie et al., 1999; Griffith et al., 2002; Kendler et al., 2001; Kivimäki et al., 2003; Lucht et al., 2003; Mausner-Dorsch y Eaton, 2000; Noor, 2002; Phelan et al., 1991; Sumer y Knight, 2001).

Un estudio en profesionales y empleados de nivel directivo estadounidenses encontró que la relación de los factores estresantes

familiares y laborales con la depresión no depende del género u otros factores demográficos (Phelan et al., 1991).

El estudio Whitehall II (Griffith et al., 2002) encontró que un control bajo en el trabajo y en casa aumentaba el riesgo de depresión y ansiedad tanto en las mujeres como en los hombres.

En nuestro estudio, no había diferencias significativas entre hombres y mujeres en las condiciones familiares analizadas (tener hijos, número de ellos y su edad), aunque la proporción de personas casadas o en cohabitación era más alta entre los hombres, y el cuidado de los niños no se asociaba con los síntomas depresivos. Un estudio español (Artazcoz et al., 2004) no pudo encontrar diferencias en la morbilidad psiquiátrica entre amas de casa y mujeres empleadas.

No hubo diferencias de género con respecto a las variables profesionales (la titulación académica y los años de experiencia docente) o los factores estresantes (la carga de trabajo o haber recibido agresiones verbales o físicas de los alumnos); además, hombres y mujeres tuvieron puntuaciones similares en la satisfacción laboral y en la valoración por otros, aunque las mujeres comunicaron estrés laboral más alto que los hombres, y un estrés laboral elevado se asociaba con síntomas depresivos. Otros estudios entre mujeres empleadas han señalado un hallazgo similar (Emslie et al., 1999).

En suma, el efecto del género en los síntomas depresivos se mantiene en nuestros resultados, después de controlar el resto de las variables, incluidos los rasgos de la personalidad, otras características individuales y las condiciones laborales.

Se ha observado que la edad está asociada tanto con un incremento en la prevalencia de depresión (Stordal et al., 2003) como con una reducción en la susceptibilidad a desarrollar ansiedad y depresión (Jorm, 2000) después de controlar el género y otros factores de confusión. En nuestra muestra, tener más de 30 años era un factor de riesgo independiente para los síntomas depresivos. El efecto de la edad fue independiente a otros factores individuales y laborales analizados.

El estado civil se asociaba con la puntuación del CES-D, donde la Odds ratio del grupo formado por los viudos, separados divorciados era significativamente superior a uno (2,43). Ni el estudio GAZEL (Paterniti et al., 2002) ni el Whitehall II (Griffith et al., 2002) encontraron una asociación significativa entre los síntomas depresivos y el estado civil. Otros factores de vida familiar (conflictos matrimoniales o conflictos con los hijos) que podrían afectar a la salud mental de los sujetos no se analizaron en nuestro estudio.

2.4.2. Relación entre CES-D y variables profesionales

Los profesores están sometidos a diversas condiciones laborales con un efecto potencial en la salud mental, que inducen estrés laboral, fatiga laboral, morbilidad psiquiátrica inespecífica o síntomas depresivos (Cropley et al., 1999; Griffith et al., 1999; Jurado et al., 1998; Schonfeld 1990; Van Dick y Wagner, 2001). En nuestro estudio, trabajar en una escuela pública (frente a una privada) muestra una asociación con los síntomas depresivos, la proporción de sujetos con CES-D>16 es significativamente superior en los centros públicos (44,1%) que en los privados (28%). Cuando analizamos la posible relación entre la titularidad de la escuela y las percepciones relacionadas con el trabajo o con el deseo de cambiar de empleo, encontramos que los profesores que trabajan en una escuela pública (frente a una privada) puntuaban significativamente más bajo en satisfacción laboral y en valoración por otros, sin embargo no había diferencias significativas con respecto al estrés laboral o el deseo de cambiar de empleo. En el estudio de Jurado et al. de 1998 (Jurado et al., 1998) se encontró también, un efecto para la titularidad pública, pero sólo entre los profesores de educación primaria. En el presente estudio, el efecto de la titularidad sobre los síntomas depresivos se mantuvo después de controlar las características individuales, las percepciones relacionadas con el trabajo y las condiciones laborales, siendo la OR ajustada de los centros privados inferior a la unidad (0,36). Creemos que una identificación más fuerte con los objetivos educativos de la escuela por parte de los profesores que trabajan en un centro privado podría ser una explicación plausible para su satisfacción más elevada.

El análisis bivariante mostró que los profesores que comunicaron agresiones verbales o físicas de los alumnos mostraban más síntomas depresivos que los que no las comunicaron, siendo significativamente superior la proporción de sujetos con CES-D>16 que han sufrido insultos o

agresiones (47,7% y 71,4% respectivamente); sin embargo, en el análisis multivariante la OR ajustada de los que han sufrido insulto pasa a ser inferior a uno (0,88) y no significativa, lo que indica que otras variables (quizá la personalidad) pueden haber absorbido su varianza. Sin embargo, encontramos que el abuso verbal de los alumnos se asociaba con estrés laboral más elevado, satisfacción más baja, valoración más baja por los otros y mayor frecuencia del deseo de cambiar de empleo. El comportamiento agresivo de los estudiantes es una cuestión de interés creciente en diferentes países, que ha llevado a programas para su prevención o tratamiento (Orpinas y Horne, 2004).

Otras características relacionadas con la carga de trabajo (horas de docencia por semana, número de alumnos y el desempeño de alguna responsabilidad administrativa o directiva en la escuela) no se asociaron con los síntomas depresivos. Aunque es concebible que el estrés resultante de la carga de trabajo pudiera precipitar los síntomas depresivos (Kivimäki et al., 2003; Van Dick y Wagner, 2001). Nuestros resultados negativos podrían indicar que ni el número de alumnos ni las horas semanales de docencia (que se reducen al compartir las responsabilidades directivas) son medidas válidas del estrés laboral entre los profesores en España. Por tanto, a diferencia de la titularidad de la escuela, las características relacionadas objetivamente con las condiciones laborales que medimos no hemos observado influencia en la salud mental de los profesores.

En cuanto a las variables profesionales, nos encontramos que los sujetos con grado de doctor son los que presentan valores de CES-D significativamente más altos, seguidos de los sujetos con título de grado medio. Esto junto al hecho de que la OR de los licenciados sea significativamente inferior a uno (0,45) nos hace pensar que pueda existir una relación entre síntomas depresivos y desequilibrio entre nivel de estudios alcanzados y el necesario para cubrir el puesto que ocupan. Otro

factor a tener en cuenta son los años de experiencia profesional, aumentando la proporción de sujetos con CES-D elevado con los años de experiencia profesional, haciéndose significativo este aumento en el grupo de más de 35 años y desapareciendo esta significación en el análisis multivariante.

Hemos estudiado el efecto en la salud mental de las percepciones relacionadas con el medio laboral, como el estrés percibido y baja satisfacción laboral encontrando cierta asociación entre ellas. Otros estudios realizados en grupos de profesores también observaron una asociación entre estrés y CES-D > 16 (Schonfeld, 1990) o morbilidad psiquiátrica (Cropley et al., 1999).

El estrés laboral mostró una correlación significativamente positiva con la dimensión de personalidad Evitación del Daño y una correlación negativa con la Autodirección. Otros estudios encontraron una asociación positiva entre la afectividad negativa y el estrés laboral en los profesores (Griffith et al., 1999). Nosotros hallamos que cuanto más alto era el estrés laboral percibido, más alta era la puntuación del CES-D. El efecto del estrés laboral en los síntomas depresivos se mantuvo después de controlar los rasgos de personalidad, el género, otras características individuales y los factores ocupacionales, incluida la satisfacción laboral, la valoración por otros y el deseo de cambiar de empleo.

Un 36% de profesores mostró satisfacción laboral baja y, de estos últimos, un 54% (97/180) sufría de síntomas depresivos. Después de controlar otros factores, la satisfacción laboral baja aumenta el riesgo de síntomas depresivos. Nosotros no podemos explicar a qué es debida esta baja satisfacción laboral, pero quizás otros factores como demanda psicológica, falta de libertad para tomar decisiones o falta de apoyo de los compañeros, que en otros estudios se ha observado su influencia en el desarrollo de síntomas depresivos en diferentes grupos de trabajadores

(Schonfeld, 1990; Paterniti et al., 2002 y Stansfeld, 2002), podrían estar relacionados con una baja satisfacción laboral entre los profesores.

El efecto de la satisfacción laboral se mantuvo después de controlar los rasgos de personalidad, el género, otras características individuales y los factores ocupacionales, incluidas otras percepciones relacionadas con el trabajo y el deseo de cambiar de empleo.

Quizá otros factores psicosociales relacionados con el trabajo no evaluado en nuestro estudio, como las demandas psicológicas o la libertad de decisión podrían estar relacionadas con la satisfacción laboral.

El deseo de cambiar de trabajo ha sido también frecuente. El 25% de los sujetos de la muestra comunicó deseo de cambiar de empleo. La proporción de profesores que presentaron síntomas depresivos (53,2%) fue significativamente más elevada entre los que deseaban cambiar de trabajo con respecto a aquellos que no deseaban cambiar de empleo (29,4%). En el análisis multivariante se confirman los resultados anteriores obteniendo una OR ajustada para el grupo de sujetos que desean cambiar de profesión significativamente superior a la unidad (2,16). El deseo de cambiar de empleo se relacionaba significativamente con el género (los hombres), la personalidad (Evitación del Daño y Autodirección), el estrés laboral más alto, la satisfacción laboral más baja y la puntuación más baja en la valoración por los otros. El deseo de cambiar de empleo puede ser debido a una inadecuada elección del trabajo o a falta de recompensas en el medio laboral (López-Castillo et al., 1999). El efecto del deseo de cambiar de empleo en los síntomas depresivos se mantuvo después de controlar otros factores individuales y ocupacionales.

En conjunto, las características subjetivas relacionadas con el trabajo han mostrado más influencia en la salud mental de nuestra muestra de estudio que las características objetivas del medio laboral.

2.4.3. Relación entre CES-D y Personalidad

Ciertas dimensiones de la personalidad mostraron asociación con la presencia de los síntomas depresivos, estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios anteriores (Cloninger et al., 1998; Richter et al., 2000; Hirano et al., 2002; Paterniti et al., 2002; Farmer et al., 2003 y Gruzca et al., 2003). La dimensión del temperamento Evitación del Daño se asocia con fuerza con un aumento del riesgo de síntomas depresivos (CES-D>16) (Cloninger et al., 1998 y Gruzca et al., 2003), mientras que la dimensión del carácter Autodirección puede actuar como factor protector en el desarrollo de síntomas depresivos, de acuerdo con el estudio de Cloninger et al. (Cloninger, 1998). De forma similar Paterniti et al. (Paterniti et al., 2002) observaron en la muestra de trabajadores del estudio GAZEL, un efecto protector de la Autoestima, con una asociación entre altas puntuaciones en CES-D y baja Autoestima. En estudios realizados en pacientes, se ha podido observar que las dimensiones Evitación del Daño y Autodirección están asociadas respectivamente de forma positiva y negativamente con la depresión (Richter et al., 2000; Hirano et al., 2002 y Farmer et al., 2003).

También con respecto a la personalidad, hemos encontrado una asociación entre síntomas depresivos y altas puntuaciones en Búsqueda de Novedad. Otros autores no han encontrado esta relación (Cloninger et al., 1998), o bien se ha observado una relación entre síntomas depresivos y bajas puntuaciones en esta dimensión (Richter et al., 2000; Hirano et al., 2002 y Farmer et al., 2003). La relación entre Búsqueda de Novedad (alta) y síntomas depresivos puede ser interpretada como resultado de un desajuste entre este rasgo del temperamento y la profesión de enseñar, quizás similar a la asociación entre hostilidad y puntuaciones en el CES-D observada en el estudio GAZEL realizado sobre una gran muestra de trabajadores de la compañía francesa de gas y electricidad (Paterniti et al., 2002).

Por otro lado, las personalidades con mayores proporciones de CES-D alto son la Explosiva y la Pasivo-agresiva (67,4% y 62,5% respectivamente) mientras que las menores frecuencias se obtienen para las personalidades Ciclotímica (6,1%) y Esquizoide (17,8%).

Conclusiones

CONCLUSIONES

Del estudio “Prevalencia y Factores asociados a la Morbilidad Psíquica en profesores de Enseñanza Primaria y Secundaria en Granada”, se pueden obtener las conclusiones que se exponen a continuación:

5. La prevalencia de morbilidad psíquica encontrada en nuestra población fue del 33,7% para el punto de corte GHQ-28>5 y del 26,4% para el corte GHQ-28>6. Podemos considerar que se trata de una alta prevalencia, ya que en nuestra muestra no están contemplados los casos de baja por depresión
6. La frecuencia de que los profesores sean un probable caso de alteración psíquica depende estrechamente de factores ligados a las características de la personalidad, sexo, carga de trabajo, satisfacción y estrés laboral percibido.
7. Nuestro estudio apoya el concepto de que ciertas características individuales están estrechamente relacionadas con los síntomas depresivos: ser mujer, determinados rasgos de la personalidad, y experiencias subjetivas relacionadas con el trabajo, como baja satisfacción laboral, estrés laboral percibido y deseo de cambiar de trabajo después de ajustar por distintas variables.
8. Entre las variables relacionadas con el medio laboral analizadas en el estudio, sólo el tipo de centro público ha sido identificado como un posible factor de riesgo de síntomas depresivos.
9. De acuerdo con estudios previos, la dimensión del temperamento Evitación del Daño puede ser un factor de riesgo y la dimensión del carácter Autodirección puede ser un factor protector.

10. Al contrario que lo observado en estudios clínicos de depresión, la dimensión del temperamento Búsqueda de Novedad puede ser un factor de riesgo de síntomas depresivos en los profesionales de la enseñanza.

Bibliografía

Abrahamson JH, Terespolsky Y, Brook JG y Clark SL. Cornell Medical Index as a health measure in epidemiological studies. **British Journal of Preventive and Social Medicine** 1965; 19: 103 – 110.

Álvarez E y Crespo MD. Morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria: resultados de un estudio epidemiológico con el cuestionario GHQ-28 de Goldberg. **Rev Med Univ Navarra** 1995; XL (1): 6-14.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª ed. (DSM-IV). Washington DC, 1994, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. **American Psychiatric Association**. Washington DC, 2000. p: 523 – 526.

Andresen EM, Malmgren JA, Carter WB y Patrick DL. Screening for depression in well order adults: evaluation of a short form of the CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale). **American Journal of Preventive Medicine** 1994; 10(2): 77 – 84.

Aneshensel CS. The natural history of depression symptoms: Implications for psychiatric epidemiology. **Res Commun Ment Health** 1985; 5: 45 – 75.

Banks MH. Validation of the General Health Questionnaire in a young community sample. **Psychological Medicine** 1983; 13: 349 – 354.

Barcia D. Psiquiatría. Tomo I. Ediciones Toray, S.A. Barcelona 1985.

Beaton R. Ansiedad relacionada con el trabajo. En Salud Mental en **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo** 2001, dirigido por Stellman JM, McCann M. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid. <http://www.mtas.es/Publica/enciclo/general/contenido/sumario.pdf>

Bebbington P, Hamdi E y Ghubash R. The Dubai Community Psychiatric Survey. IV. Life events, chronic difficulties and psychiatric morbidity. **Soc Psychiatry. Psychiatr Epidemiol.** 1998; 33(10): 501 – 509.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J y Erbaugh J. An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry** 1961; 4: 561 – 571.

Benjamín S, Decalmer P y Haran D. Community screening for mental illness: a validity study of the General Health Questionnaire. **Br J Psychiatry** 1982; 140: 174 – 180.

Blehar MC y Keita GP. Women and depression: a millennial perspective. **Journal of Affective Disorders** 2003; 74: 1 – 4.

Bobes García J, G.-Portilla MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA y Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2ª edición ed. Psiquiatría Editores, SL. 2002 Barcelona.

Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Rec R, Ballesteros J, Ibarra N y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. **Med Clin (Bar)** 2003; 120(18): 693 – 700.

Borg MG, Riding RJ y Falzon JM. Stress in teaching: A study of occupational stress and its determinants, job satisfaction and career commitment among primary school teachers. **Educational Psychology** 1991; 11(1): 59 – 74.

Borg MG. Occupational stress in British educational settings: A review. **Educational Psychology** 1990; 10: 103 – 126.

Boyd JH y Weissman MM. The epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. **Arch Gen Psychiatry** 1981; 38: 1039 – 1046.

Boyd JH, Weissman MM, Thompson WD, et al. Screening for depression in a community sample: understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales. **Arch Gen Psychiatry** 1982; 39: 1195 – 1200.

Boyle GJ, Borg MG, Falzon JM y Baglioni AJ. A structural model of the dimensions of teachers stress. **British Journal of Educational Psychology** 1995; 65: 49 – 67.

Breslau N. Depressive symptoms, mayor depression and generalized anxiety: A comparison of sefl-reports on CES-D and results from diagnostic interviews. **Psychiatry Res** 1985; 15: 219 – 229.

Bridges KW y Goldberg DP. The validation of the GHQ-28 and the use of the M.M.S.E. in neurological in-patients. **British Journal of Psychiatry** 1986; 148: 548 – 553.

Brodman K, Erdman AJ, Lorge I, Wolf G y Broadbent TH. The Cornell Medical Index: an adjuntc to the medical interview. **JAMA** 1949; 140: 530 – 545.

Buono A y Bowditch J. *The Human Side of Mergers and Acquisitions*. San Francisco: Jossey-Bass, 1989.

Cairns E y Wilson R. The impact of political violence on mild psychiatric morbidity in Northern Ireland. **British Journal of Psychiatry** 1984; 145: 631 – 635.

Callahan CM y Wolinsky FD. The effect of gender and race on the measurement properties of the CES-D in older adults. **Medical Care** 1994; 32(4): 341 – 356.

Calvete Zumalde E y Cardeñoso Ramírez O. Creencias y síntomas depresivos: Resultados preliminares en el desarrollo de una Escala de Creencias Irracionales abreviada. **Anales de Psicología** 1999; 15(2): 179 – 190.

Campbell MJ. Cluster randomized trials in general (family) practice research. **Statistical Methods in Medical Research** 2000; 9: 81 – 94.

Caro I e Ibañez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. **Bol Psicol** 1992; 36: 43 – 69.

Chambers R y Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. **British Journal of General Practice** 1992; 43: 378 – 382.

Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. **Psychol Med.** 1988; 18(4): 953 – 968.

Cheng TA. A pilot study of mental disorders in Taiwan. **Psychol Med.** 1985; 15(1): 195 – 203.

Cheng TA. Psychosocial stress and minor psychiatric morbidity: a community study in Taiwan. **Journal of Affective Disorders** 1989; 17(2): 137 – 152.

Cheung CK y Bagley C. Validating an American scale in Hong Kong: the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). **Journal of Psychology** 1998; 132(2): 169 – 186.

Clark VA, Aneshensel CS, Frerichs RR y Morgan TM. Analysis of effects of sex and age in response to items of the CES-D scale. **Psychiatry Res** 1981; 5: 171 – 181.

Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM y Wetzel RM. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St Louis: Washington University; 1994 MO: Center for Psychobiology of Personality.

Cloninger CR, Svrakic DM y Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. **Arch Gen Psychiatry** 1993 Dec; 50(12): 975 – 990.

Cloninger CR. Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. **Science** 1987; 236: 410 – 416.

Cloninger CR. Personality and Psychopathology. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC 1999.

Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Ed. Herder, 1987 Barcelona.

Conde López V y Escribá JA. Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung. **Archivos de Neurobiología. Parte II** 1970b; 33 (3): 281 – 303.

Conde López V y Escribá JA. La adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung. Actas y trabajos de la XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Psicología. **Sociedad Española de Psicología** 1970a; 259 – 265, 886 – 869.

Conde López V y Esteban T. Contribución al estudio de la SDS de Zung en una muestra estratificada de población normal. **Revista de Psicología General y Aplicada** 1974; 29 (128): 515 – 553.

Conde López V y Esteban T. Evaluación crítica de la SDS: Experiencia propia y revisión de la bibliografía. **Sociedad Española de Psicología** 1976; 31/31: 141 – 142, 842 – 857.

Conde López V y Esteban T. Fiabilidad de la SDS de Zung. **Revista de Psicología General y Aplicada** 1975a; 30 (136): 903 – 913.

Conde López V y Esteban T. Revisión Crítica de dos adaptaciones castellanas de la “Self-rating Depression Scale” (SDS) de Zung. **Archivos de Neurobiología** 1973; 36 (5): 375 – 392.

Conde López V y Esteban T. Validez de la SDS de Zung. **Archivos de Neurobiología** 1975b; 38(3): 225 – 246.

Conde López V, Escribá JA e Izquierdo JA. Estudio crítico de la Escala Autoaplicada para la medida cuantitativa para la depresión de Zung. **Revista Clínica Española XXXIII** 1970b; 117 (1): 71 78.

Conde López V, Escribá JA e Izquierdo JA. Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la depresión de Zung. **Archivos de Neurobiología. Parte I** 1970a; 33 (2): 185 – 206.

Conde López V, Escribá JA e Izquierdo JA. La Escala Autoaplicada para la depresión de Zung (SDS) en pacientes ambulatorios. **Medicina clínica** 1970c; 54 (4): 305 318.

Conde López V, Escribá JA, Izquierdo JA y Recio. La SDS de Zung en pacientes psiquiátricos ambulatorios. **Sociedad Española de Psicología** 1970; 252 – 264, 868 – 880.

Conde López V, Esteban T y Useros E. La SDS de Zung en psicopatología clínica hospitalaria. **Sociedad Española de Psicología** 1976; 31/31: 141 – 142, 838 – 841.

Conde López y Sánchez J. La Escala Autoaplicada de Zung para las depresiones. **Archivos de Neurobiología** 1969; 33 (4): 335 – 358.

Conde V y Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. **Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am** 1975; 12: 217 – 236.

Conde V. La medida de la depresión. La escala autoaplicada para la medida cuantitativa de la depresión de Zung. **Graficesa**, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, 1967 – 1969.

Cooper C y Payme R. International perspectives on research into work, well-being and stress management. En: **Stress and Well-Being at Work**, Quick J, Murphy L y Hurrell J, Washington, DC: APA Press, 1992.

Craig MD y Van Natta MA. Presence and persistence of depressive symptoms in patient and community populations. **Am J Psychiatry** 1976; 133: 1426 – 1429.

Cropley M, Steptoe A y Joeekes K. Job strain and psychiatric morbidity. **Psychological Medicine** 1999; 29: 1411 – 1416.

Cueto Espinar A, Iglesias García C y Álvarez Riesgo A. Epidemiología y prevención de las enfermedades mentales. En: Medicina Preventiva y Salud Pública, G Piédrola Gil (ed.), 10ª edición, MASSON, Barcelona, 2001.

Daradkeh TK, Ghubash R y Abou-Saleh MT. Al Ain community survey of psychiatric morbidity II. Sex differences in the prevalence of depressive disorders. **J Affect Disord.** 2002; 72(2): 167 – 176.

De Pablo A y Polaino-Lorente A. Desarrollo de un sistema de observación conductual para la evaluación de pacientes depresivos. **Psiquis** 1987b; 8:21 – 26.

De Pablo A y Polaino-Lorente A. La observación comportamental en la evaluación de la depresión: Una revisión. **Anales de Psiquiatría** 1987a; 3 (2): 54 – 60.

De Pablo A y Polaino-Lorente A. La observación conductual de la depresión como indicador del progreso terapéutico: Un estudio longitudinal. **Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina** 1987d; 18 (1): 35 – 46.

De Pablo A y Polaino-Lorente A. Validez y eficacia de la observación conductual en la depresión: Diferencias significativas entre depresivos y no

depresivos. **Cuadernos de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona** 1987c.

De Santiago Díaz A, Vazquez Barquero JL y Diez Manrique JF. The female role as assessment of mental health of women within the general population of Cantabria. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Afines** 1994; 22(5): 218 – 229.

Dohrenwend BP y Crandall DL. Psychiatric symptoms in community, clinic and mental hospital groups. **Am J Psychiatry** 1970; 126: 1611 – 1621.

Doris A, Ebmeier K y Shajahan. Depressive Illness. **Lancet** 2000; 354: 1369 – 1375.

Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Allué Torra B y Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. **Semergen** 1999; 25(3): 209 – 225.

Eaton WW, Anthony JC, Mandel W y Garrison R. Occupations and the prevalence of major depressive disorder. **J Occup Med** 1990; 32(111): 1079 – 1087.

Endicott J y Spitzer RL. A diagnostic interview: the Schedule for affective disorders and schizophrenia. **Arch Gen Psychiatry** 1978; 35: 837 – 844.

Fechner-Bates S, Coyne JC y Schwenk TL. The relationship of self-reported distress to depressive disorders and other psychopathology. **J Consult Clin Psychol** 1994; 62: 550 – 559.

Finlay-Jones RA y Burvill PW. The prevalence of minor psychiatric in the community. **Psychol Med.** 7(3): 475 – 489.

Freedman AM, Kaplan HI y Sadock BJ. **Tratado de Psiquiatría**. Tomo I, ed. Salvat editores S.A., Barcelona 1982.

Freudenberger HJ y Richelson G. Burnout: How to Beat the High Cost of Success. Nueva York: Bantam Books, 1981.

Freudenberger HJ. The staff burn-out síndrome in alternative institutions. Psychother Theory. **Res Pract** 1975; 12:1.

Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. First European Survey On the Work Environment 1991-1992. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de la Comunidad Europea, 1992.

Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. La calidad asistencial de la depresión en España. Madrid: Juste, S.A.Q.F., 1997; 44 – 46.

Galli E. La Depresión: Hacia una Nueva Conceptualización Dimensional. **ALCMEÓN** 22 1997, vol. VI (2): 148 – 155.

Galloway D, Panckhurst F, Boswell K, Boswell C y Green K. Mental health, Absences from work, Stress and satisfaction in a sample of New Zealand primary school teachers. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry** 1984; 18: 359 – 363.

Gálvez Vargas R, Rodríguez-Contreras Pelayo R y López Gibosos RM. Enfermedades Mentales. En: Medicina Preventiva y Salud Pública, Píedrola Gil G ed., 9ª edición, Ediciones Científicas y Técnicas, SA, Barcelona, 1991.

García M y Marks G. Depressive symptomatology among Mexican American adults: An examination with the CES-D scale. **Psychiatry Res** 1989; 27: 137 – 148.

Gater R, Tansella M, Korten A, Tiemens BG, Mavreas VG, Olatawura MO. Sex Differences in the Prevalence and Detection of Depressive and Anxiety Disorders in General Health Care Settings. **Arch Gen Psychiatry** 1998; 55: 405 – 413.

Goldberg D y Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. **Psychological Medicine** 1979; 9: 139 – 145.

Goldberg D y Williams P. Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Ed. MASSON S.A. 1996, Barcelona.

Goldberg D, Kay C y Thompson L. Psychiatric morbidity in general practice and the community. **Psychol Med.** 1976; 6(4): 565 – 569.

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. **Maudsley Monograph** N° 21. Oxford: Oxford University Press.

Golding J y Aneshensel C. Factor structure of the Center for Epidemiology Studies Depression Scale among Mexican Americans and non-Hispanic whites psychological assessment. **Am J Consulting Clin Psychol** 1989; 1: 163 – 168.

Goldman RG, Skodol AE, McGrath PJ y Oldham JM. Relationship between the Tridimensional Personality Questionnaire and DSM-III-R personality traits. **Am j Psychiatry**. 1994; 151: 274 – 276.

González de Rivera JL, de las Cuevas C, Gracia-Marco R, Henry-Benitez et al. Age, sex, and marital status differences in minor psychiatric morbidity. **European Journal of Psychiatry** 1991; 5(3): 166 – 176.

Goodchild ME y Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. **British Journal of Psychiatry** 1985; 146: 55 – 61.

Griffith J, Steptoe A y Cropley M. An investigation of coping strategies associated with job stress in teachers. **British Journal of Educational Psychology** 1999; 69: 517 – 531.

Grucza RA, Przybeck TR, Spitznagel EL y Cloninger CR. Personality and depressive symptoms: a multi-dimensional analysis. **Journal of Affective Disorders** 2003; 74: 123 – 130.

Gründemann RWM, Nijboer ID y Schellart AJM. The Work-Relatedness of Drop-Out from Work for Medical Reasons. La Haya: Ministerio de Asuntos Sociales y Trabajo 1991.

Guarnaccia PJ, Angel R y Worobey JL. The factor structure of the CES-D in the Hispanic Health and Nutrition Examination Survey: The influences of ethnicity, gender and language. **Soc Sci Med** 1989; 29: 85 – 94.

Gunderson JG, Triebwasser J, Phillips KA y Sullivan CN. Personality and Vulnerability to Affective Disorders. En: Personality and Psychopathology. C. Robert Cloninger, ed. American Psychiatric Press, Inc., Whashington, 1999.

Hales RE, Yudofsky SC y Talbott JA. **DSM–IV. Tratado de Psiquiatría.** Tomo I. 3ª edición ed. Masson, Barcelona 2000.

Hamilton M. A rating scale for depression. **J Neurol Neurosurg Psychiatry** 1960; 23: 56 – 62.

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. **Br J Soc Clin Psychol** 1967; 6: 278 – 296.

Hammen C. Interpersonal stress and depression in women. **Journal of Affective Disorders** 2003; 74: 49 – 57.

Hathaway SR y Mckinley JC. The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Nueva York, APA 1951.

Heiby EM y García Hurtado J. Evaluación de la depresión. En: Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio de la psicología clínica y de la salud. Fernández Ballesteros R. Ed. Pirámide, S.A. 1994 Madrid.

Hirano S, Sato T, Narita T, Kusumoki K, Ozaki N, Kimura S, Takahashi T, Sakado K y Uehara T. Evaluating the state dependency of the Temperament and Carácter Inventory dimensions in patines with major depresión: a methodological contribution. **Journal of Affective Disorders** 2002; 69: 31 – 38.

Hirschfeld RM y Cross CK. Epidemiology of affective disorders. **Arch. Gen. Psychiatry** 1982; 39: 35 – 46.

Holland JL. Making Vocational Choices: A Theory of Careers. Englewood Cliffs. NJ: Prentice Hall, 1973.

Houtman I, Kompier M. Risk factors and occupational risk groups for work stress in the Netherlands. En **Organizational Risk Factors for Job Stress**, dirigido por Sauter S y Murphy L. Washigton 1995: American Psychological Association.

Hurrell JJ Jr y Muerphy LR. Locus of control, job demands, worker health. En: Individual Differences, Personality, Stress. CL Cooper y R Payne. Chichester: John Wiley y Sons, 1992.

Iida J, Oribe H, Hirose T y Ikawa G. Investigations of mental health of school teachers for the mentally retarded and staff members in social welfare facilities for the mentally retarded: using a Japanese version of the General Health Questionnaire (GHQ). **Jpn J Psychiatry Neurol**. 1994; 48 (1): 65 – 70.

Iwata N y Roberts RE. Age differences among Japanese on the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: an ethnocultural perspective on somatization. **Soc Sci Med** 1996; 43(6): 967 – 974.

Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B y Meltzer H. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain initial findings from the household survey. **Psychol Med**. 1997; 27(4): 775 – 789.

Jiang N, Sato T, Hara T, Takedomi Y, Ozaki I y Yamada S. Correlations between trait anxiety, personality and fatigue. Study based on the Temperament and Character Inventory. **Journal of Psychosomatic Research** 2003; 55(6): 493 – 500.

Johnson JV y Hall EM. Job strain, work place social support, and cardiovascular disease. **American Journal of Public Health** 1988; 78, 1336 – 1342.

Jurado D, Gurpegui M, Moreno O, Luna JD. School setting and teaching experience as risk factors for depressive symptoms in teachers. **European Psychiatry** 1998; 13: 78 – 82.

Kahn Jp. Mental Health in the workplace. A Practical Psychiatric Guide. Nueva York, Van Nostrand Reinhold, 1993.

Kaplan HI, Sadock BJ y Grebb JA. **Sinopsis de Psiquiatría**. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 7ª ed., Madrid, Williams y Wilkins Editorial Médica Panamericana, 1996.

Karasek R y Theorell T. **Healthy Work**. Londres: Basic Works 1990.

Karasek R, Triantis k y Choudhry S. Co-worker and supervisor support as moderators of associations between task characteristics and mental strain. **Journal of Occupational Behavior** 1982; 3, 147 – 146.

Kendler KS, Gardner CO y Prescott CA. Toward a Comprehensive Developmental Model for Major Depression in Women. **American Journal Psychiatry** 2002; 159: 1133 – 1145.

Kessler RC. Epidemiology of women and depression. **Journal of Affective Disorders** 2003; 5 – 12.

Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J et al. Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees. **Psychological Medicine** 2003; 33: 319 – 326.

Knight RG, Williams S, Mcgee R y Olanan S. Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of

women in middle life. **Behavioral Research and Therapy** 1997; 35(4): 373 – 380.

Korn EL y Graubard BI. Simultaneous testing of regression coefficients with complex survey data: use of Bonferroni statistics. **The American Statistician** 1990; 44: 270 – 276.

Krause N. Stress, control beliefs and psychological distress: the problem of response bias. **Journal of Human Stress** 1985; 11 (1): 11 – 19.

Kyriacou C y Sutcliffe J. Teacher stress: Prevalence, sources and symptoms. **British Journal of Educational Psychology** 1978; 48: 159 – 167.

Kyriacou C. Teacher stress and burnout: An international review. **Educational Research** 1987; 29: 146 – 152.

Lasser J y Kahn JP. Depresión. En Salud Mental en **Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo** 2001, dirigido por Stellman JM, McCann M. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid. <http://www.mtas.es/Publica/enciclo/general/contenido/sumario.pdf>

Lehtinen V, Lindholm T, Veijola J y Vaisanen E. The prevalence of PSE-CATEGO disorders in Finnish adult population cohort. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 1990; 25(4): 187 – 192.

Levi L. Stress and Distress in Response to Psychosocial Stimuli. Nueva York 1972: Pergamon Press.

Liu SI, Prince M, Blizard B y Mann A. The prevalence of psychiatric morbidity and its associated factors in general health care in Taiwán. **Psicol. Med.** 2002; 32 (4): 629 – 637.

Lloyd-Williams M. Senior house officers' experience of a six month post in a hospice. **Medical Education** 2002; 36: 45 – 48.

Lobo A y Campos R. Cribaje práctico de trastornos psíquicos en Atención Primaria. En: Métodos diagnósticos en la consulta en Atención Primaria. Ed. Mosby/Doyma Libros, 1994.

Lobo A y Gimeno Aznar JL. Estudio transcultural de los problemas psiquiátricos en pacientes oncológicos. **Oncología** 80 1981; 136: 25 – 30.

Lobo A, Pérez Echeverría MJ, Jiménez Aznarez A y Sancho MA. Emotional disturbances in endocrine patients. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28). **Br J Psychiatry** 1988; 152: 807 – 812.

Lobo A, Pérez-Echevarría MJ y Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. **Psychological Medicine** 1986; 16(1): 135 – 140.

Lobo A, Ventura T y Marco C. Psychiatric morbidity among the residents in a home for the elderly in Spain: prevalence of the disorder and validity of screening instruments. **International Journal of Geriatric Psychiatry** 1990; 5: 83 – 91.

López-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Luna JD y Catalan J. Emotional distress and occupational burnout in health care professionals serving HIV-infected patients: a comparison with oncology and internal medicine services. **Psychother Psychosom** 1999; 68: 348 – 356.

Lubin B. Adjective checklist for the measurement of depression. **Archives of General Psychiatry** 1965; 12: 57 – 62.

Lucht M, Schaub RT, Meyer C, Hapke U, Rumpf HJ, Bartels T, von Houwald J, Barnow S, Freyberger HJ, Dilling H y John U. Gender differences in unipolar depression: a general population survey of adults between age 18 to 64 of German nationality. **Journal of Affective Disorders** 2003; 77: 203 – 211.

Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo J de D, Ramírez García P y Sáez García JM. Prevalence of psychiatric pathology at a rural health centre. **Aten Primaria** 2003; 31(1): 39 – 46.

Martínez Álvarez JM, Marijuan Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A y Cascan Martín JM. A psychiatric morbidity of the population attending the Basauri Health Center. **Aten Primaria** 1993; 11(3): 127 – 132.

Martínez-Ortega JM, Jurado D, Martínez-González MA y Gurpegui M. Nicotina dependence, use of illegal drugs and psychiatric morbidity. **Addictive Behaviors** 2006; doi: 10.1016; 24/07/06.

Mateos Agut M y De la Gándara JJ. Temperamento, Carácter, Personalidad. Guía práctica de corrección y evaluación del TCI (Inventario de Temperamento y Carácter, de Robert C. Cloninger). Ed. SCM 2001 Madrid.

Mateos Álvarez R y Rodríguez López A. Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en la Comunidad Gallega. **Servicio Gallego de Saúde**.

McGrath A, Houghton D y Reid N. Occupational stress, and teachers in Northern Ireland. **Work & Stress** 1989; 3(4): 359 – 368.

McGrath JE. Stress and behaviour in organizations. En: **Handbook of Industrial and Organizational Psychology**, Dunnette MD. Chicago: Rand McNally College, 1976.

Medina-Mora ME, Padilla GP, Mas CC, Ezban BM, Caraveo AJ, Campillo SC y Corona J. Prevalence of mental disorders and risk factors in a population of general medical practice. **Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.** 1985; 31(1): 53 – 61.

Mendlewicz J y Rainer JD. Adoption study supporting genetic transmission in manic depressive illness. **Nature** 1977; 368: 327 – 329.

Montgomery SA y Asberg MA. A new depression scale designed to be sensitive to change. **Br J Psychiatry** 1979; 134: 382 – 389.

Mulder RT y Joyce PR. Relationships of the tridimensional Personality Questionnaire to mood and personality measures for depressed patients. **Psychol Rep.** 1994 Dec; (3 Pt 1): 1315 – 1325.

Mulrow CD, Williams JW, Gerety MB et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. **Ann Intern Med** 1995; 122: 913 – 921.

Muñoz PE, Tejerina-Allen M y Cañas F. Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana. **Beca FISS 93/0905.** Sin Publicar.

Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Pastrana E, Rodríguez F y Oneca C. Study of the validity of Goldberg's 60-item GHQ in its Spanish version. **Social Psychiatry** 1978; 13: 99 –104.

Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E y Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. **Archivos de Neurobiología** 1979; 42: 139 – 158.

Myers Jk y Weissman MM. Use of a self-report symptom scale to detect the depressive syndrome. **Am J Psychiatry** 1980; 137: 1081 – 1084.

Nandi DN, Banerjee G, Mukherjee SP, Ghosh A, Nandi PS y Nandi S. Psychiatric morbidity of a rural Indian community. Changes over a 20-year interval. **Br J Psychiatry** 2000; 176: 351 – 356.

O’Leary L. Mental Health at work. **Occup Health Rev** 1993; 45: 23 – 26.

Oltman AM, Michals TJ y Steer RA. Structure of depression in older men and women. **Journal of Clinical Psychology** 1980; 36(3): 672 – 674.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico, 1992b. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (CIE-10), 1992. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. www.who.int/whr2001/2001/main/sp/index.htm

Patrick DL y Erickson P. Health status and health policy: allocating resources to health care. New York: Oxford University Press, 1993.

Paykel ES. Depression in women. **Br. J. Psychiatry Suppl.** 1991; (10): 22 – 29.

Pierce CMB y Molloy GN. Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. **British Journal of Educational Psychology** 1990; 60: 37 – 51.

Pithers RT y Soden R. Scottish and Australian teacher stress and strain: A comparative analysis. **British Journal of Educational Psychology** 1998; 68: 269 – 279.

Punch KF y Tuettemann E. Stressful factors and the likelihood of psychological distress among classroom teachers. **Educational Research** 1991; 33: 65 – 69.

Radke-Yarrow M, Nottelmann E, Martínez P y Belmont B. Young children of affectively ill parents a longitudinal study of psychosocial development. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1992; 31: 68 – 77.

Radloff LS y Locke BZ. The community mental health assessment survey and the CES-D scale. En: Weissman MM, Myers JK, Ross CE, ed. Community surveys of psychiatric disorders. New Brunswick NJ: Rutgers University Press, 1986: 177 – 189.

Radloff LS. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement** 1977; 1(3): 385 – 401.

Radloff LS. The use of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale in adolescents and young adults. **Journal of Youth and Adolescence** 1991; 20: 149 – 166.

Ramos-Brieva JA y Cordero A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. **J Psychiatr Res** 1988; 22: 21 – 28.

Ramos-Brieva JA y Cordero A. La escala de Hamilton para la depresión: ¿versión breve de Bech o versión completa?. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr** 1987; 15: 209 – 214.

Ramos-Brieva JA y Cordero A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr** 1986; 14: 324 – 334.

Ramos-Brieva JA y Cordero Villafáfila A. Relación entre validez y seguridad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines** 1986; 14: 335 – 338.

Rao JNK y Scott AJ. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-squared tests for goodness of fit and independence in two-way tables. **Journal of the American Statistical Association** 1981; 76: 221 – 230.

Richter J, Eisemann M y Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences** 2000; 250: 40 – 47.

Roberts RE y Vernon SW. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Its use in a community sample. **Am J Psychiatry** 1983; 140: 41 – 46.

Roberts RE. Reliability of the CES-D in different ethnic contexts. **Psychiatry Res** 1980; 2: 125 – 134.

Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Montano JJ, Salva JJ, Flores I y Leal S. Mental disorders on the island of Formentera: prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). **Soc Psychiatry Epidemiol.** 1999; 34(8): 410–415.

Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP y Mullen PE. Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: psycho-social correlates. **Br J Psychiatry** 1990; 156: 84–91.

Ross DS. Mental health at work. **Occup Health Safety** 1989; 19(3): 12.

Rothman KJ y Greenland S. Modern Epidemiology. 2ª edición ed. Lippincott-Raven. 1998, Philadelphia.

Ruíz de la Cuesta M. Las enfermedades mentales son las que más días de baja generan en el profesorado. **Diario de Navarra**, 21 diciembre 1999. <http://www.diarodenavarra.es/navarra/A01ART1A.html>.

Ruíz Ogara C, Barcia Salorio D y López-Ibor JJ. Psiquiatría. Ed. Toray S.A. 1985, Barcelona

Ruíz Ogara C. Estudios psicósomáticos: teorías y experiencias. Servicio publicaciones Universidad de Granada. 1989, Granada.

Salgado-de Snyder VN y Maldonado M. Características Psicométricas de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mejicanas adultas de áreas rurales. **Salud Pública Mex** 1994; 36: 200 – 209.

Sánchez Milla JJ, Sanz Boum A, Apellaniz Gonzalez A y Pascual Izaola A. Policía y estrés laboral. Estresores organizativos como causa de morbilidad psiquiátrica. **S.E.S.L.A.P.** 2001; 1(4); 21 – 25.

Sauter SL, Murphy LR, Hurrell JJ. Prevention of work related psychosocial disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH). **Am Psychol** 1990; 45: 1146 – 1158.

Schonfeld IS. A longitudinal study of occupational stressors and depressive symptoms in first-year female teachers. **Teaching and Teacher Education** 1992; 8: 151 – 158.

Snaith RP. The concepts of mild depression. **Br J Psychiatry** 1987; 150: 387 – 393.

Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M y Álvarez E. Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. **Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr** 1997; 25: 243 – 249.

Spitzer RL y Williams JBW. Revision of DSM-III: process and changes, in International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity. Ed. Mezzich JE, von Cranach M. London, Cambridge University Press, 1988.

Spitzer RL y Williams JBW. The definition and diagnosis of mental disorder, in Deviance and Mental Illness (Sage Annual Reviews of Studies in Deviance, Vol 6). Ed. Gove WR. Beverly Hills, CA, Sage, 1982; 15– 31.

Spitzer RL, Williams JBW y Skodol AE (eds). International Perspectives on DSM-III. Washington DC, American Psychiatric Press 1983.

Stansfeld S. Work, personality and mental health. **The British Journal of Psychiatry** 2002; 181: 96 – 98.

Stansfeld SA, Gallacher JE, Sharp DS y Yarnell JW. Social factors and minor psychiatric disorder in middle-age men: a validation study and a population survey. **Psychol Med.** 1991; 21(1): 157 – 167.

Stansfeld SA, North FM, White I y Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. **Journal of Epidemiology Community Health** 1995; 49: 48 – 53.

Stommel M, Given BA, Given CW, Kalaian HA, Schulz R y Mccorkle R. Gender bias in the measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). **Psychiatry Research** 1993; 49(3): 239 – 250.

Stordal E, Mykletun A y Dahl AA. The association between age and depression i the general population: a multivariate examination. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 2003; 107: 132 – 141.

Stroup-Benham C, Lawrence R y Treviño F. CES-D factor structure among Mexican American and Puerto Rican women from single and couple headed households. **Hispanic J Behav Sci** 1992; 14: 310 – 326.

Sullivan HS. The theory of anxiety and the nature of psychotherapy. **Psychiatry** 1949; 12: 3 – 12.

Svrakic DM, Whitehead C, Przybeck TR y Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. **Arch Gen Psychiatry** 1993, 50 (2): 991 – 999.

Tafari S, Aboud FE y Larson CP. Determinants of mental illness in a rural Ethiopian adult population. **Soc Sci Med.** 1991; 32(2): 197 – 201.

Torres de Galvis Y, Posada J y cols. I. Primer Estudio Nacional de Salud Mental – Colombia 1993. República de Colombia Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá 1993.

Torres de Galvis Y. Epidemiología de los trastornos psiquiátricos – Estudio Nacional Colombia. **Revista electrónica de psiquiatría** 1999; 3(4): ISSN 1137 – 3148.

Travers CJ y Cooper CL. Mental health, job satisfaction and occupational stress among UK teachers. **Work y Stress** 1993; 7: 203 – 219.

Travers CJ y Cooper CL. **Teachers under pressure.** Ed Routledge, Londres 1996.

Tuettemann E y Punch KF. Stress Levels among Secondary School Teachers. **Educational Review** 1990; 42(1): 25 – 29

Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Capítulo I. Ed. Masson-Salvat. Barcelona 1992.

Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Muñoz J, Menendez Arango JM, Gaité L, Herrera S y Der GJ. Sex differences in mental illness: a community study of the influence of physical health and sociodemographic factors. **Soc Psychiatr Epidemiol** 1992; 27(2): 62 – 68.

Vázquez-Barquero JL, Díez-Manrique JF, Peña C, Quintanal RG y Labrador López M. Two stage Design in a Community Survey. **British Journal of Psychiatry** 1986; 149: 88 – 97.

Vázquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A y Dunn G. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. **Br J Psychiatry** 1997; 170: 529 – 535.

Vázquez-Barquero JL, Peña C, Díez Manrique JF y Liano Rincón A. Risk profiles for mental disorders in the general population. **Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines** 1991; 19(1): 62 – 76.

Vázquez-Barquero JL, Wilkinson G, Williams P, Díez-Manrique J y Peña C. Mental health and medical consultation in primary care settings. **Psychol Med.** 1990; 20 (3): 681 – 694.

Velázquez Martínez R, Guillén Gestoso C, Almorza Daza JM y Salvador-Carulla L. Estudio sobre la relación entre morbilidad psiquiátrica y absentismo por incapacidad temporal en una gran empresa. **MAPFRE Medicina** 2002; 13 (1): 50 – 56.

Veroff J, Feld S y Gurin G. Dimensions of subjective adjustment. **Journal of Abnormal and Social Psychology** 1962; 64: 192 – 199.

Villaverde Ruíz M, García Marco R y Morera Fumero A. Relationship between psychosocial stress and mental disease: community study. **Actas Esp Psiquiatr.** 2000; 28(1): 1 – 5.

Warr P. A conceptual framework for the study of work and mental health. **Work Stress** 1994; 8(2): 84 – 97.

Weissman MM y Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. **Arch Gen Psychiatry** 1977; 34: 93 – 99.

Weissman MM y Klerman GL. The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. **Compr Psychiatry** 1977; 18: 523 – 532.

Weissman MM, Sholomskas D, Pottenger M, Prusoff B y Locke BZ. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. **Am J Epidemiol** 1977

Who. Invertir en Salud Mental. 2001.
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf

Widiger TA y Anderson KG. Personality and depression in women. **Journal of Affective Disorders** 2003; 74: 59 – 66.

Widiger TA, Frances A, Spitzer RL, et al. The DSM-III-R personality disorders: an overview. **Am J Psychiatry** 1988; 145: 786 – 795.

Williams JBW. Clasificación psiquiátrica. En: Hales RE, Yudofsky SC y Talbott JA. DSM-IV Tratado de psiquiatría. Tomo I, 3ª ed., MASSON, Barcelona, 2000.

Williams JBW. The multiaxial system of DSM-III: where did it come from and where should it go? I: its origins and critiques. **Arch Gen Psychiatry** 1985a, 42: 175 – 180.

Williams JBW. The multiaxial system of DSM-III: where did it come from and where should it go? II: empirical studies, innovations and recommendations. **Arch Gen Psychiatry** 1985b, 42: 181 – 186.

Williams JW, Hitchcock P, Cordes JA, Ramírez G y Pignone M. Is this patient clinically depressed? **JAMA** 2002; 287: 1160 – 1170.

Wing JK, Birley JLT, Cooper JE, et al.. Reliability of a procedure for

measuring and classifying “present psychiatric state”. **Br J Psychiatry** 1967, 113: 499 – 515.

World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10): Diagnostic Criteria for Research. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1993.

Zachary G y Ortega B. Age of Angst-Workplace revolutions boost productivity at cost of job security. **Wall Street J**, 1993, 10 de marzo.

Zigmong AS y Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand** 1983; 67: 361 – 370.

Zimmermann-Tansella C, Donini S, Ciommei AM y Siciliani O. Family factors associated with the use of psychotropic drugs, alcohol abuse, and minor psychiatric morbidity in the community. **Compr Psychiatry**. 1988; 29(5): 460 – 466.

Zung W. A self-rating depression scale. **Arch Gen Psychiatry** 1965; 12: 63 – 70.

Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A y León V. Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. **Soc Psychiatry Epidemiol** 1998; 33(5): 195 – 205.

Anexos

ANEXO I

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA
Delegación Provincial de Granada

Fecha: 5 de octubre de 2000

Su referencia:

Ntra. referencia: SOE MR/CM

Asunto:

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA

016957 23.10.00

REGISTRO GENERAL
DELEGACIÓN PROVINCIAL
GRANADA

SR/A DIRECTOR/A
De todos los Centros Públicos y Privados
(Concertados y otros)

El profesor D. Ramón Gálvez Vargas, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, y su Equipo de investigación constituido por los profesores titulares Dolores Jurado Chacón, Obdulia Moreno Abril, Juan de Dios Luna del Castillo y Manuel Gurpegui Fernández de Legaria, tienen previsto investigar los efectos del estrés en los Profesores de Educación Primaria y Secundaria.

Dada la influencia que los resultados de esta investigación pueden tener en el trabajo desarrollado por el profesorado de estos niveles educativos, esta Delegación Provincial ha autorizado la realización de este proyecto, en una muestra de Centros docentes públicos y privados (concertados y otros) seleccionados aleatoriamente de entre todos los centros de Granada capital.

Para mayor información, le adjunto escrito del equipo de investigación.

LA DELEGADA PROVINCIAL,



Fdo. Carmen García Raya.

ANEXO II



DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

Avda. de Madrid, 11
Tels.: 958 24 35 43 - 44
Fax: 958 24 61 18
18012 GRANADA

SR/A DIRECTOR/A
De todos los Centros Públicos
y Privados (Concertados y otros)

Granada 24 de octubre de 2000

Muy señor nuestro:

Hemos elaborado un proyecto de investigación sobre los efectos del estrés en los profesores de enseñanza primaria y secundaria, que ha sido evaluado positivamente por el Servicio Andaluz de Salud y para el que acabamos de recibir financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS, N° 00/0594). El Investigador Principal del proyecto es el Dr. Ramón Gálvez Vargas, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, con quien colabora un equipo interdisciplinar formado por los Profesores Titulares Obdulia Moreno Abril, Juan de Dios Luna del Castillo, Manuel Gurpegui Fernández de Legaria y Dolores Jurado Chacón.

Está previsto llevarlo a cabo en una muestra representativa de profesores y personal de administración y servicios de centros educativos, públicos y privados, de la ciudad de Granada. Su centro ha sido seleccionado en la extracción aleatoria de la muestra.

En 1998 nuestro equipo publicó un estudio en la revista científica *European Psychiatry* acerca de la presencia de síntomas depresivos en profesores, con los resultados recogidos algún tiempo antes; se encontraban afectados el 27,5 por ciento. En el presente estudio pretendemos conocer el estado de los profesores en las actuales condiciones de trabajo, además de refinar la metodología del estudio anterior.

Estamos a su disposición para explicarle en detalle el contenido del proyecto de investigación, con sus antecedentes y metodología.

En nombre de los miembros del grupo de investigación y dándole las gracias por anticipado, atentamente le saluda

Fdo. Dolores Jurado Chacón

ANEXO III



DEPARTAMENTO DE
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE GRANADA

Avda. de Madrid, 11
Tfnos: 958 24 35 43 - 44
Fax: 958 24 61 18
18012 GRANADA

Granada, 15 de noviembre de 2000

Estimado/a Profesor/a:

Hemos elaborado un proyecto de investigación sobre los efectos del estrés en los profesores de enseñanza primaria y secundaria, que ha sido evaluado positivamente por el Servicio Andaluz de Salud y para el que acabamos de recibir financiación del Fondo de Investigación Sanitaria (FIS, N° 00/0594), tras la revisión científica y ética del proyecto. El Investigador Principal del proyecto es el Dr. Ramón Gálvez Vargas, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, con quien colabora un equipo interdisciplinar formado por los Profesores Titulares Obdulia Moreno Abril, Juan de Dios Luna del Castillo, Manuel Gurpegui Fernández de Legaria y Dolores Jurado Chacón.

Está previsto llevarlo a cabo en una muestra representativa de profesores y personal de administración y servicios de centros educativos, públicos y privados, de la ciudad de Granada. Su centro ha sido seleccionado en la extracción aleatoria de la muestra. Igualmente, dentro del conjunto de profesores de su centro, usted ha sido uno de los profesores seleccionados al azar y a ciegas.

En este sobre, usted encontrará un cuestionario, a rellenar de forma anónima y con absolutas garantías de confidencialidad, que indaga sobre su grado de bienestar y algunos factores que pueden influir en él (características demográficas, condiciones de trabajo y actitudes y sentimientos personales).

Le rogamos que rellene el cuestionario y lo entregue (en el sobre cerrado) al Director de su centro al día siguiente (o en un máximo de tres días). El equipo investigador pasará a recogerlo.

Le agradecemos mucho su participación, con la que hace posible el avance de esta parcela del conocimiento científico, que sin duda tiene un gran interés para la comunidad educativa y para la sociedad en su conjunto.

En nombre de los miembros del grupo de investigación y dándole las gracias por anticipado, atentamente le saluda

Fdo. Dolores Jurado Chacón

ANEXO IV



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

MASSON, S.A. (GHQ-28)

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

A. 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?
 Mejor que lo habitual Igual que lo habitual Peor que lo habitual Mucho peor que lo habitual

2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7. ¿Ha tenido sensación de debilidad o cansancio?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

8. ¿Ha tenido dificultad para dormir?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

9. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

10. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

11. ¿Ha tenido dificultad para seguir instrucciones?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

12. ¿Ha tenido dificultad para tomar decisiones?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

13. ¿Ha tenido dificultad para recordar nombres?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

14. ¿Ha tenido dificultad para recordar fechas?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

15. ¿Ha tenido dificultad para recordar lugares?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

16. ¿Ha tenido dificultad para recordar personas?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

17. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha visto o leído?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

18. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha oído?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

19. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha tocado o sentido?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

20. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha olido?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

21. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha sabido?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

22. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha visto o leído y que ha oído?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

23. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha tocado o sentido y que ha oído?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

24. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha olido y que ha sabido?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

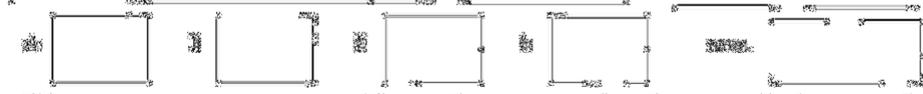
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas que ha visto o leído y que ha tocado o sentido y que ha oído y que ha olido y que ha sabido?
 No en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

ÚLTIMAMENTE:

C. 1.	¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
2.	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
3.	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
4.	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
5.	¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
6.	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
7.	¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

D. 1.	¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
2.	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

3.	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
4.	¿Ha sentido que su vida es una pesadilla? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
5.	¿Ha sentido que su vida es una tragedia? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
6.	¿Ha sentido que su vida es una burla? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
7.	¿Ha sentido que su vida es una farsa? No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual



1. No, en absoluto 2. No más que lo habitual 3. Bastante más que lo habitual 4. Mucho más que lo habitual
 5. Mucho más que lo habitual 6. Mucho más que lo habitual 7. Mucho más que lo habitual

ANEXO V

CUESTIONARIO SOBRE EL ESTADO DE LOS PROFESORES

Aquí se describen modos de sentirse o comportarse. Indique por favor con qué frecuencia se ha sentido así en la última semana. Conteste (rodee con un círculo) según la siguiente clave:

- 0 = Raramente o nunca (menos de un día)
 1 = Algo de tiempo o poco (1-2 días)
 2 = A veces o bastante tiempo (3-4 días)
 3 = Casi todo el tiempo o siempre (5-7 días)

- | | |
|---|---------|
| 1. Me han molestado recientemente cosas que normalmente no me molestaban. | 0 1 2 3 |
| 2. No he tenido ganas de comer; se me ha quitado el apetito. | 0 1 2 3 |
| 3. He sentido que no podía salir de un estado de melancolía aun con la ayuda de mi familia o amigos. | 0 1 2 3 |
| 4. Me he sentido tan bueno como cualquier persona. | 0 1 2 3 |
| 5. Me ha costado trabajo concentrarme en lo que estaba haciendo. | 0 1 2 3 |
| 6. Me he sentido deprimido. | 0 1 2 3 |
| 7. He sentido que todo lo que hacía me suponía un gran esfuerzo. | 0 1 2 3 |
| 8. He tenido esperanza en el futuro. | 0 1 2 3 |
| 9. He pensado que mi vida ha sido un fracaso. | 0 1 2 3 |
| 10. Me he sentido con miedo. | 0 1 2 3 |
| 11. Mi sueño ha sido inquieto. | 0 1 2 3 |
| 12. He estado contento. | 0 1 2 3 |
| 13. He hablado menos de lo habitual. | 0 1 2 3 |
| 14. Me he sentido solo. | 0 1 2 3 |
| 15. La gente ha sido poco amigable. | 0 1 2 3 |
| 16. He disfrutado de la vida. | 0 1 2 3 |
| 17. He llorado a ratos. | 0 1 2 3 |
| 18. Me he sentido triste. | 0 1 2 3 |
| 19. He sentido que yo no agradaba a la gente. | 0 1 2 3 |
| 20. No podía ponerme en marcha. | 0 1 2 3 |

vuelva la página

ANEXO VI

Trabajo: ¿Si pudiera, cambiaría usted de profesión? Sí No

Consumo de cafeína: [] indicar número de unidades por día
(Unidad = 1 taza de café o 2 refrescos de cola o 2 tazas de té).

¿Ha sido fumador alguna vez (fumador diario)? Sí No

¿Fuma usted actualmente? [] No = 11-5 cigarrillos/día = 2
6-10 = 3 11-20 = 4 21-30 = 5 31 ó más = 6

¿Está tomando algún tranquilizante, antidepresivo, pastilla de dormir, etc.? Sí No

Edad (años cumplidos): [] Sexo: Varón Mujer

Estado civil: [] Soltero = 1 Casado = 2 Viudo = 3 Separado = 4
Divorciado = 5 Célibe por motivos religiosos = 6 Vive en pareja de hecho = 7

Número de hijos: [] Número de hijos menores de 7 años: []
Número de hijos entre 8 y 12 años: [] Número de hijos entre 13 y 18 años: []

Nivel de estudios alcanzado: []
Doctorado = 1 Licenciado o ingeniero superior = 2
Diplomado/Titulado de grado medio = 3 Estudios sin alcanzar los grados antes mencionados = 4

Nivel de estudios que necesitó para el actual puesto: []
Licenciado o ingeniero superior = 2 Diplomado o Titulado de grado medio = 3
Estudios sin alcanzar los grados antes mencionados = 4

El nivel en el que imparte docencia es (puede marcar más de una casilla):
Primario Secundario 1ºciclo 2ºciclo Bachillerato Ciclo formativo

La titularidad del centro donde imparte docencia es:
Pública Privada concertada Privada no concertada

Años de experiencia profesional, sin contar el actual: []
Horas de docencia impartidas habitualmente en una semana: []
¿Cuántos alumnos, como promedio, tiene usted en su aula? []
¿Tiene alguna responsabilidad directiva u organizativa en su centro? Sí No

(Ahora rodear de un círculo el número elegido)

¿Cómo valoraría su trabajo?:
Estrés bajo 0 1 2 3 4 5 6 Estrés alto
Satisfacción baja 0 1 2 3 4 5 6 Satisfacción alta

¿Cómo se siente valorado por sus superiores?
bajo 0 1 2 3 4 5 6 alto

¿Cómo se siente valorado por sus compañeros?
bajo 0 1 2 3 4 5 6 alto

¿Cómo se siente valorado por sus alumnos?
bajo 0 1 2 3 4 5 6 alto

¿Cómo se siente valorado por los padres de sus alumnos?
bajo 0 1 2 3 4 5 6 alto

De un alumno, ¿ha sufrido algún insulto? Sí No ¿Alguna agresión física? Sí No

ANEXO VII

T C I - 125

En este cuestionario usted encontrará afirmaciones que la gente podría usar para describir actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales. Cada frase puede ser clasificada como VERDADERA o FALSA. Lea la frase y elija *la opción que mejor le describe a usted*. Intente describir la manera como usted HABITUALMENTE o generalmente actúa o siente, no sólo como se siente en este momento. Para contestar, lo único que usted tiene que hacer es rodear con un círculo la "V" o la "F" que hay tras cada pregunta.

Lea con cuidado cada frase, pero no se detenga mucho tiempo para decidir la respuesta. Por favor, conteste a todas las frases, incluso aunque no esté completamente seguro de la respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o equivocadas – describa simplemente sus *propias* opiniones y sentimientos personales.

Copyright (c) 1987, by C.R. Cloninger. Versión española de M. Gurpegui, Universidad de Granada, 1999.

	VERDADERO	FALSO
1. A menudo pruebo cosas nuevas simplemente por divertirme o sentir emoción, incluso aunque la gente crea que es una pérdida de tiempo.	V	F
2. Habitualmente confío en que todo irá bien, incluso en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente.	V	F
3. A menudo siento que soy víctima de las circunstancias.	V	F
4. De ordinario soy capaz de aceptar a las demás personas como son, incluso cuando son muy distintas de mí.	V	F
5. Disfruto vengándome de la gente que me hace daño.	V	F
6. A menudo siento que mi vida tiene poco sentido.	V	F
7. Me gusta ayudar a solucionar problemas de manera que todas las personas salgan adelante.	V	F
8. Probablemente podría lograr más de lo que logro, pero no veo el momento de esforzarme más de lo que es necesario para salir del paso.	V	F
9. A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, incluso cuando otros piensan que no hay peligro alguno.	V	F
10. A menudo hago las cosas basado en cómo siento en el momento, sin pensar en cómo se hacían antes.	V	F
11. Habitualmente hago las cosas a mi manera – más que ceder ante los deseos de los demás.	V	F
12. Generalmente no me gusta la gente que piensa de distinta manera que yo.	V	F
13. Haría casi todo lo que fuese legal con el fin de hacerme rico y famoso, incluso aunque perdiera la confianza de muchos viejos amigos.	V	F

2

	VERDADERO	FALSO
14. Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente.	V	F
15. Me gusta comentar abiertamente con amigos mis experiencias y sensaciones en vez de quedarme con ellas.	V	F
16. Tengo menos energía y me canso más rápidamente que la mayoría de la gente.	V	F
17. Rara vez me siento con libertad para optar por hacer lo que quiero.	V	F
18. A menudo tengo en cuenta los sentimientos del otro tanto como los míos.	V	F
19. A menudo evito conocer a extraños, porque me siento inseguro con la gente que no conozco.	V	F
20. Me gusta agradar a los demás todo lo que puedo.	V	F
21. A menudo me gustaría ser más listo que los demás.	V	F
22. Suelo ser tan resuelto que continúo trabajando mucho después de que los demás se han dado por vencidos.	V	F
23. A menudo espero que alguna otra persona solucione mis problemas.	V	F
24. A menudo gasto dinero hasta que me quedo sin nada o me endeudo por usar demasiado préstamo.	V	F
25. A menudo caigo en la cuenta o entiendo algo inesperadamente mientras estoy relajado.	V	F
26. No me importa mucho si a los demás les gusto yo o mi manera de hacer las cosas.	V	F
27. Habitualmente intento conseguir precisamente lo que quiero para mí, porque no es posible satisfacer a todos siempre.	V	F
28. No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.	V	F
29. A veces me siento tan conectado con la naturaleza que todo parece ser parte de un solo organismo viviente.	V	F
30. Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños, soy más vergonzoso que la mayoría de la gente.	V	F
31. Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	V	F
32. Parece que tengo un "sexto sentido" que a veces me permite saber lo que va a pasar.	V	F

3

VERDADERO FALSO

33. Cuando alguien me hiere de cualquier modo, suelo intentar ajustar cuentas.	V	F
34. Mis actitudes están determinadas en gran medida por influencias que están fuera de mi control.	V	F
35. A menudo me gustaría ser más fuerte que todos los demás.	V	F
36. Antes de tomar una decisión, me gusta pensar las cosas mucho tiempo.	V	F
37. Soy más trabajador que la mayoría de la gente.	V	F
38. Generalmente estoy tranquilo y seguro en situaciones que la mayoría de la gente encuentra físicamente peligrosas.	V	F
39. No creo que sea inteligente ayudar a personas débiles que no son capaces de ayudarse a sí mismas.	V	F
40. No consigo tener paz interior alguna si trato a otras personas de manera injusta, incluso aunque sean injustas conmigo.	V	F
41. La gente me cuenta habitualmente cómo se siente.	V	F
42. A veces he sentido como que era parte de algo sin límites ni fronteras en tiempo y espacio.	V	F
43. A veces siento una conexión espiritual con otras personas que no puedo explicar en palabras.	V	F
44. Me encanta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin reglas ni normas estrictas.	V	F
45. Probablemente me mantendría relajado y abierto al conocer a un grupo de extraños, incluso si se me dijera que son antipáticos.	V	F
46. No me importa comentar mis problemas personales con gente a la que conozco superficialmente o desde hace poco.	V	F
47. Suelo pensar en todos los hechos en detalle antes de tomar una decisión.	V	F
48. A menudo me gustaría tener poderes especiales como Superman.	V	F
49. Los demás me controlan demasiado.	V	F
50. Me gusta compartir lo que he aprendido con otras personas.	V	F
51. Habitualmente logro que la gente me crea, incluso cuando sé que lo que estoy diciendo es exagerado o falso.	V	F

4

	VERDADERO	FALSO
52. A veces he sentido que mi vida estaba siendo dirigida por una fuerza espiritual más grande que ningún ser humano.	V	F
53. Me consideran persona muy práctica y que no actúa por emociones.	V	F
54. Me conmuevo mucho por motivos sentimentales (como cuando me piden ayuda para niños lisiados).	V	F
55. Habitualmente me esfuerzo más que la mayoría de la gente, porque quiero hacer las cosas lo mejor que puedo.	V	F
56. Tengo tantos fallos que no me gusto mucho a mí mismo.	V	F
57. Tengo tan poco tiempo que no puedo buscar soluciones a largo plazo para mis problemas.	V	F
58. A menudo no puedo solucionar mis problemas porque simplemente no sé qué hacer.	V	F
59. Prefiero gastar el dinero antes que ahorrarlo.	V	F
60. Suelo ser capaz de arreglármelas bien para exagerar con el fin de contar una historia más divertida o gastar una broma a alguien.	V	F
61. Cuando estoy avergonzado o humillado, se me pasa muy rápidamente.	V	F
62. Me resulta extremadamente difícil adaptarme a cambios en mi manera habitual de hacer las cosas, por lo tenso, cansado y preocupado que me pongo.	V	F
63. Generalmente exijo razones muy palpables antes de estar dispuesto a cambiar mis antiguos modos de hacer las cosas.	V	F
64. Casi siempre estoy relajado y despreocupado, incluso cuando casi todos los demás tienen miedo.	V	F
65. Encuentro bastante aburridas las canciones y películas tristes.	V	F
66. Las circunstancias a menudo me obligan a hacer cosas contra mi voluntad.	V	F
67. Prefiero ser amable que vengarme cuando alguien me hiere.	V	F
68. A menudo me llevo a fascinar tanto con lo que estoy haciendo que me quedo perdido en ese momento – como desprendido de tiempo y espacio.	V	F
69. No pienso que tenga un verdadero objetivo en mi vida.	V	F
70. A menudo me siento tenso y preocupado en situaciones poco familiares, incluso cuando otros piensan que hay poco de que preocuparse.	V	F

5

	VERDADERO	FALSO
71. A menudo me dejo guiar por mi instinto, corazonada o intuición, sin pensar en todos los detalles.	V	F
72. Los demás piensan a menudo que soy demasiado independiente, porque no hago lo que ellos quieren.	V	F
73. A menudo siento una fuerte conexión espiritual o emocional con todas las personas que me rodean.	V	F
74. Habitualmente intento imaginarme "en el pellejo" de otras personas, de manera que puedo comprenderlas de verdad.	V	F
75. Principios como la justicia y la honestidad tienen poco papel en algunos aspectos de mi vida.	V	F
76. Con el dinero, soy más ahorrador que la mayoría de la gente.	V	F
77. Incluso cuando la mayoría de la gente piensa que no es importante, insisto con frecuencia en que las cosas se hagan de forma precisa y ordenada.	V	F
78. Me siento muy confiado y seguro de mí mismo en casi todas las situaciones sociales.	V	F
79. A mis amigos les resulta difícil conocer mis sentimientos porque rara vez les cuento lo que pienso por dentro.	V	F
80. Me gusta imaginarme a mis enemigos sufriendo.	V	F
81. Tengo más energías y me fatigo con menos rapidez que la mayoría de la gente.	V	F
82. A menudo paro lo que estoy haciendo porque me preocupo, incluso cuando mis amigos me dicen que todo irá bien.	V	F
83. A menudo me gustaría ser más poderoso que todos los demás.	V	F
84. Los miembros de un equipo rara vez obtienen un reparto justo.	V	F
85. No desví mi camino por agradar a los demás.	V	F
86. No soy nada vergonzoso con los desconocidos.	V	F
87. Paso la mayor parte del tiempo haciendo cosas que parecen necesarias pero que en realidad no son importantes para mí.	V	F
88. No creo que los principios religiosos o éticos acerca de lo que está bien o mal tenga que influir mucho en las decisiones de negocios.	V	F
89. A menudo intento dejar a un lado mis propios juicios de manera que pueda comprender mejor lo que les pasa a otras personas.	V	F

6

	VERDADERO	FALSO
90. Muchos de mis hábitos me hacen difícil conseguir metas que merezcan la pena.	V	F
91. He hecho verdaderos sacrificios personales para hacer del mundo un lugar mejor - como intentar prevenir la guerra, la pobreza y la injusticia.	V	F
92. Prefiero esperar a que alguien tome la batuta para hacer las cosas.	V	F
93. Habitualmente respeto las opiniones de los demás.	V	F
94. Me guío mucho en mi actuar por ciertas metas que me he propuesto en la vida.	V	F
95. Habitualmente es una estupidez promover el éxito de otras personas.	V	F
96. Habitualmente me gusta permanecer frío y despegado de los demás.	V	F
97. Al ver una película triste, lloro con más facilidad que la mayoría de la gente.	V	F
98. Me recupero más rápidamente que la mayoría de la gente de pequeñas enfermedades o sobrecargas.	V	F
99. A menudo me salto reglas y normas cuando creo que puedo salir del paso sin castigo.	V	F
100. Necesito practicar mucho más para desarrollar buenos hábitos antes de que pueda confiar en mí mismo en muchas situaciones tentadoras.	V	F
101. Me gustaría que las demás personas no hablaran tanto.	V	F
102. Hay que tratar a todos con dignidad y respeto, incluso aunque no parezcan importantes o parezcan malos.	V	F
103. Me gusta tomar decisiones rápidas, para meterme en lo que hay que hacer.	V	F
104. Generalmente confío en que puedo fácilmente hacer cosas que la mayoría de la gente consideraría peligrosas (tales como conducir rápido un automóvil en una carretera mojada o con hielo).	V	F
105. Me gusta explorar nuevos modos de hacer las cosas.	V	F
106. Disfruto más ahorrando el dinero que gastándolo en diversiones o experiencias emocionantes.	V	F
107. He tenido experiencias personales en las que me sentía en contacto con una fuerza espiritual divina y maravillosa.	V	F

7

	VERDADERO	FALSO
108. He tenido momentos de gran alegría en los que de pronto tenía un claro y profundo sentimiento de unidad con todo lo que existe.	V	F
109. La mayoría de las personas parecen tener más capacidades que yo.	V	F
110. A menudo siento como que soy parte de la fuerza espiritual de la que depende toda vida.	V	F
111. Incluso cuando estoy con amigos, prefiero no "abrirme" mucho.	V	F
112. Pienso que ahora mis reacciones espontáneas son habitualmente coherentes con mis principios y metas a largo plazo.	V	F
113. Estoy convencido de que la vida toda depende de un orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo.	V	F
114. A menudo, cuando miro una cosa corriente, sucede algo maravilloso – Tengo la sensación de que la estoy viendo tan nueva como la primera vez.	V	F
115. Generalmente me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco familiar.	V	F
116. A menudo me esfuerzo hasta agotarme o intento hacer más de lo que realmente puedo.	V	F
117. Mi fuerza de voluntad es demasiado débil como para vencer tentaciones muy fuertes, incluso aunque sepa que voy a sufrir las consecuencias.	V	F
118. Detesto ver a alguien sufrir.	V	F
119. Cuando me siento molesto, habitualmente me siento mejor alrededor de amigos que si me quedo solo.	V	F
120. Me gustaría ser más guapo que todos los demás.	V	F
121. Me encanta la explosión de flores en la primavera tanto como ver de nuevo a un viejo amigo.	V	F
122. Habitualmente, una situación difícil la considero como un reto o una oportunidad.	V	F
123. La gente que trabaja conmigo tiene que aprender a hacer las cosas a mi manera.	V	F
124. Habitualmente me siento mucho más seguro y enérgico que la mayoría de la gente, incluso tras pequeñas enfermedades o sobrecargas.	V	F
125. Cuando nada nuevo ocurre, suelo empezar a buscar algo que sea emocionante o excitante.	V	F