



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Valoración de la Salud Mental en Docentes
de Primaria y Secundaria de Centros
Educativos Públicos de la Comunidad
Autónoma de La Rioja**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Yongchu Gaviria Benito
Tipo de trabajo:	Proyecto de Investigación
Línea de investigación:	Línea de investigación 6. Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Trabajo de Fin de Máster en Psicología General Sanitaria
Director/a:	Irene Martínez Gallego
Fecha:	20 de diciembre de 2024

Resumen

La docencia se considera una de las profesiones con alto riesgo de presentar problemas de salud mental por el contacto continuado con personas. El objetivo principal de este trabajo fue medir el nivel de salud mental en los Docentes de Primaria y Secundaria de los Centros Educativos Públicos de La Rioja, a través de un estudio transversal de prevalencia. Se analizó su relación con género, nivel educativo y edad. La muestra la constituyeron 1.628 docentes. El instrumento de cribado fue el Listado de síntomas breve LSB-50. La prevalencia de Problemas de Salud Mental (PSM) fue de 14.1 %, superior a la de la población general de La Rioja. Sólo la edad se asoció de forma significativa con la presencia de PSM, los docentes mayores de 52 años mostraron un riesgo del 75% superior a los jóvenes. Se determinaron los perfiles psicopatológicos más frecuentes: psicorreactividad, ansiedad, obsesión-compulsión e hipersensibilidad.

Palabras clave: Salud mental, Docentes, LSB-50, Perfil Psicopatológico y Prevención.

Abstract

Teaching is considered a profession with a higher risk toward the appearance of mental health problems due to continued interaction with people. The main goal of this Dissertation was to assess the mental health of Primary and Secondary Education teachers in Public Education Centres of La Rioja, by means of a cross-sectional study. Possible links to gender, educational level and age were analysed. The sample was formed by 1.628 teachers. "Listado de síntomas breve LSB-50" was used as the screening instrument. The prevalence of Mental Health Problems (MHP) was found to be 14.1 %, higher than that of the general population of La Rioja. Only age was significantly linked to the presence of MHP, teachers over 52 years of age showed a 75% higher risk than young teachers. The most frequent psychopathological profiles detected were psychoreactivity, anxiety, obsession-compulsion and hypersensitivity.

Keywords: Mental health, Teachers, LSB-50, Psychopathological profiles and Prevention.

Índice de contenidos

1. Marco teórico.....	7
1.1. Prevalencia de Problemas de Salud Mental en España.....	7
1.2. Salud Mental en Profesionales de la Docencia.....	8
1.3. Concepto de Síndrome de Burnout y Estrés.....	12
1.3.1. Síndrome de Burnout.....	12
1.3.2. Estrés.....	13
1.4. Factores de Riesgo de los Problemas de Salud Mental y su Prevención.....	14
1.4.1. Factores Personales.....	14
1.4.2. Factores Sociolaborales.....	15
1.5. Listado de Síntomas Breve LSB-50.....	17
2. Justificación.....	19
3. Objetivos.....	21
3.1. Objetivo principal.....	21
3.2. Objetivos específicos.....	21
4. Hipótesis.....	22
5. Marco metodológico.....	23
5.1. Diseño.....	23
5.2. Participantes.....	24
5.3. Instrumentos.....	25
5.4. Procedimiento.....	27
5.4.1. Selección de participantes.....	27
5.4.2. Recogida de datos.....	28
5.4.3. Depuración de datos.....	28
5.5. Análisis de datos.....	29

5.5.1. Características de las variables elegidas y estadísticos descriptivos utilizados.....	29
5.5.2. Análisis estadístico.....	30
6. Resultados.....	32
6.1. Prevalencia de Problemas de Salud Mental.....	32
6.2. Análisis de la asociación entre el riesgo de problemas psicopatológicos y la edad, género y nivel educativo.....	32
6.2.1. Índice de Riesgo Psicopatológico (PD), análisis de su asociación con género y nivel educativo.....	32
6.2.2. Índice de Riesgo Psicopatológico (PD) y edad.....	33
6.2.3. Análisis estadístico de la submuestra de Docentes con Problemas de Salud Mental.....	36
6.3. Perfil Psicopatológico de los Docentes con Problemas de Salud Mental.....	38
6.4. Estimación del número de Docentes que requerirían Atención Psicológica.....	40
7. Discusión.....	41
7.1. Limitaciones del estudio.....	45
7.2. Prospectiva.....	45
Referencias bibliográficas.....	47
Anexo A Informe favorable	50
Anexo B Formulario de memoria.....	51
Anexo C Compromiso de confidencialidad de datos.....	55
Anexo D Autorización del centro	56
Anexo E Consentimiento informado para los participantes.....	57
Anexo F Comunidad de aprendizaje CEIP Caballero de la Rosa.....	60

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la edad de los docentes expresada en Percentiles	24
Tabla 2. Distribución de los docentes por género y nivel educativo.....	24
Tabla 3. Prevalencia de Problemas de Salud Mental distribuida por género y nivel educativo.	32
Tabla 4. Prueba T de Student.....	33
Tabla 5. Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson entre edad y IRPsi (PD).....	34
Tabla 6. Varianza de la PD del Índice de Riesgo Psicopatológico por grupos de edad.....	35
Tabla 7. Test de Levene para homogeneidad de varianza.....	35
Tabla 8. ANOVA para varianzas no iguales.....	35
Tabla 9. Test Pairwise (Comparación por parejas)-Valores p.....	35
Tabla 10. Resultado de los coeficientes de la Regresión Logística.....	36
Tabla 11. Odds Ratio (OR) ajustado por género y nivel educativo.....	37
Tabla 12. Regresión Logística de grupos de edad sobre presencia de Problemas de Salud Mental. Coeficientes.....	37
Tabla 13. Resultados de Odds Ratio por grupos de edad.....	38
Tabla 14. Perfil Psicopatológico de Docentes con Problemas de Salud Mental según nivel educativo.....	39
Tabla 15. Perfil Psicopatológico de Docentes con Problemas de Salud Mental según género...39	39
Tabla 16. Docentes con Problemas de Salud Mental que precisarán Atención Psicológica.....40	40

1. Marco teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) define la Salud Mental como “Un estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar sus capacidades, aprender, trabajar bien y contribuir a su comunidad. Es un derecho humano básico y es crucial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Es más que la ausencia de trastornos mentales. Existe en un continuo complejo, que se manifiesta de forma diferente de una persona a otra, con distintos grados de dificultad y angustia y resultados sociales y clínicos potencialmente muy diferentes”.

Incluye como trastornos de salud mental los trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales con una angustia significativa, deterioro del funcionamiento o riesgo de autolesión. En 2019, 1 de cada 8 personas padecían un trastorno mental, siendo los trastornos de ansiedad y depresión los más comunes” (OMS, 2022).

1.1. Prevalencia de Problemas de Salud Mental en España

A nivel nacional, se tienen datos representativos sobre salud mental en España desde que se incluyó en la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2006 el General Health Questionnaire (GHQ-12), cuestionario para estimar la frecuencia de psicopatología en pacientes no psiquiátricos y población general (Rocha *et al.*, 2010). La ENS se realiza cada cinco años, la última publicada corresponde a 2017. La prevalencia de morbilidad psíquica fue de 22.2% en 2006, 22.1% en 2011 y 19% en 2017. En las tres ocasiones fue superior en mujeres frente a hombres: 26.7% y 15.3% en 2006; 26.1% y 17.5% en 2011; 22.8% y 14.6% en 2017. En La Rioja, en las tres ocasiones, la prevalencia ha sido inferior a la nacional, 16.1%, 20.0% y 12.5% respectivamente, siendo también superior en mujeres. En ambos casos, las diferencias entre los tres períodos son significativas (Henares *et al.*, 2020).

A raíz de la pandemia por COVID-19 en 2020, la prevalencia de morbilidad psíquica se incrementó de forma preocupante a nivel mundial, europeo y español. Además de las consecuencias de la morbitimortalidad por COVID, la repercusión de las restricciones y cambios en la forma de vida repercutieron en el bienestar psicológico y la salud mental de la población, confirmando la importancia de los factores sociales que determinan la vida cotidiana. En España se produjo un aumento de prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión entre el 29 y el 35% (Salgado, 2022).

Esta experiencia confirmó como los determinantes de la salud mental son múltiples, tanto individuales (biológicos y psicológicos) como sociales. Entre los primeros cabe destacar la edad, sexo, genética, habilidades emocionales y consumo de sustancias. En los sociales se incluyen todos aquellos que rodean al individuo como parte de la sociedad: familia, educación, trabajo (tipo, profesión, ambiente laboral), situación económica, social y geopolítica. Todos ellos pueden actuar como factores protectores o de riesgo para la salud mental.

1.2. Salud Mental en Profesionales de la Docencia

Dentro de los factores psicosociales de riesgo se encuentran determinadas profesiones; las que suponen un mayor riesgo para la salud mental son aquellas que se desarrollan en un contacto permanente con personas, como es el caso de sanitarios y docentes (Gallardo-López *et al.*, 2019). Por este motivo el presente estudio se centra en la profesión docente como factor de riesgo para la presencia de problemas de salud mental, en concreto en docentes no universitarios, correspondientes a los Centros Educativos Públicos de Infantil y Primaria (CEIP) e Institutos de Educación Secundaria (IES).

Según los datos aportados por los sindicatos el Día Mundial de la Salud Laboral de 1999, el análisis de las causas de baja laboral en docentes reflejaba que las dolencias osteomusculares y los traumatismos son las más frecuentes, pero las enfermedades psiquiátricas son las de más larga duración (del Pozo Armentia, 2000).

En el análisis descriptivo de Guerrero (1998) de las bajas laborales docentes en el profesorado de primaria y secundaria, a lo largo de cinco cursos (91-92 a 94-95) en Badajoz y provincia, observaron una mayor frecuencia de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) en el sexo femenino. Descartando las bajas por embarazo, parto y posparto, el 64.8% correspondían a mujeres y el 35.2% a hombres. Las principales causas, en orden decreciente: traumatológicas, reumatológicas, otorrinológicas y psiquiátricas; éstas últimas representaban algo menos del 10% del total de registradas. Los trastornos psicopatológicos afectaban especialmente a los Docentes de Primaria (71.5%), predominando el Trastorno Depresivo. Otra aportación importante de este análisis es el hallazgo de un carácter periódico en el incremento de las bajas, independientemente de la especialidad médica: principio de curso, finales de trimestre y final de curso. Se observa una relación directa entre el incremento de las ILT psiquiátricas, en marzo, abril y mayo, en el nivel de Educación Primaria, no así en el de Secundaria. Este

hallazgo les permitió corroborar la hipótesis de investigación del ciclo de estrés e ILT psiquiátricas de Hembling y Gilliland (1981) y considerar que los resultados observados podrían ser consecuencia del síndrome de Burnout, ya que los incrementos se producen en momentos de mayor exigencia (evaluaciones, claustros y tareas burocráticas) (Guerrero, 1998).

Del Pozo Armentia (2000) en su análisis de las causas del Malestar Docente (término que designa un conjunto de situaciones y elementos que configuran el modo de ser del docente actual), coincide con Guerrero en que las ILT están relacionadas con los ciclos de estrés durante el curso, finales de cada trimestre y de curso; considerando que el absentismo laboral constituiría por tanto un mecanismo de escape ante una situación límite de estrés.

El interés en los últimos años por los **problemas de salud mental en los docentes** se refleja tanto en los medios de comunicación como en el creciente número de investigaciones publicadas al respecto, incluyen fundamentalmente estudios sobre prevalencia de problemas de salud mental en este colectivo y causas desencadenantes (Acosta & Burguillos, 2014; Aluja, 1997; de Pedro Cuesta *et al.*, 2016; del Pozo Armentia, 2000 y Martínez-Otero, 2003).

Centrando la atención en las publicaciones españolas sobre prevalencia, salvo la Encuesta Nacional de Salud que presenta sus resultados a nivel estatal y por Comunidades Autónomas, el resto de las publicaciones seleccionadas para este estudio aportan datos a nivel provincial o autonómico. La investigación en todas las seleccionadas se refiere a docentes de infantil, primaria y secundaria, población objeto del presente estudio. Los **resultados de prevalencia** obtenidos se muestran a continuación:

LÉRIDA, 1997.- Población estudiada: Docentes de enseñanza primaria de centros privados y públicos de Lérida. Sus hallazgos confirmaron la relación entre Burnout, tendencias psicopatológicas y problemas de salud. El Índice de Psicopatología se relacionó positivamente con el Cansancio Emocional, la Despersonalización y negativamente con la Realización Personal, en ambos sexos de forma significativa, al igual que con la media de los problemas de salud. En la escala de Desviación psicopática puntuaron más los hombres (13.5 frente a 12.0; $p<0.001$). Dentro de los problemas de salud en los últimos 12 meses, la frecuencia de Ansiedad y Depresión en mujeres (58% y 39% respectivamente) fue muy superior a la de los hombres (14% y 18%). Los hombres evitan más el contacto interpersonal. No encontraron relación entre psicopatología, experiencia docente o edad (Aluja, 1997).

LÉRIDA, 2006 y 2007.- Docentes de Educación secundaria de centros públicos. La prevalencia de problemas de enfermedad psicosocial detectada global fue de 19.6%, es decir, problemas de ansiedad, estrés o depresión. Resultaron variables relacionadas con la enfermedad psicosocial: el sexo femenino y la falta de apoyo de los compañeros. En un informe de 2003 del Departamento de Educación de Cataluña, referido a los docentes de seis comarcas, la prevalencia de patología psicosocial detectada en docentes fue del 17.4% en educación secundaria, 13.7% en infantil y 12.2% en primaria. Concluye Galeano que los profesores de educación secundaria son una población de riesgo de desarrollar patologías psicosociales y el hecho de ser mujer y la falta de apoyo de directivos y compañeros dos factores favorecedores de presentar dichas patologías (Galeano *et al.*, 2006, 2007).

MADRID, 2012.- Docentes de Educación secundaria de la Comunidad Autónoma de Madrid, de centros públicos, concertados y privados. El 29.5% de los docentes presentaba un grado leve de Burnout, con niveles de Agotamiento significativamente más altos que aquellos sin Burnout. El 20.7% se catalogaron como Burnout moderado, con niveles de Agotamiento y Despersonalización superiores al grupo anterior. El 15.2% presentó un alto nivel de Burnout, superando también a los anteriores en niveles de Agotamiento, Despersonalización, Frustración laboral y Sentirse quemados; también poseen niveles significativamente más bajos de Realización que todos los anteriores. En total un 65.4% de los docentes presentaban Síndrome de Burnout con distintos niveles de afectación. No se encontraron diferencias significativas en función del tipo de centro, excepto en la dimensión Realización profesional que fue más elevada en los centros concertados (Rodríguez & Fernández, 2012).

CASTELLÓN Y VALENCIA, 2003.- Docentes de Universidad y Educación Secundaria. Se observó que las demandas profesionales estaban positiva y significativamente relacionadas con el Burnout y la Ansiedad. El Agotamiento y Cinismo se relacionaban de forma positiva con la Ansiedad. Las mujeres mostraron mayores niveles de agotamiento y más reacciones de ansiedad que los hombres. Los profesores de secundaria presentaron mayores niveles de conflicto de rol en relación con los de Universidad. Entre los dos niveles de enseñanza no había diferencias significativas en relación a los niveles de Burnout (agotamiento y cinismo) (Cifre *et al.*, 2003).

HUELVA, 2010.- Docentes de Primaria y Secundaria. Se consideró como Nivel alto de Síndrome de Burnout cuando el docente presentaba síntomas del Síndrome con una frecuencia igual o

Valoración de la Salud Mental en Docentes de Primaria y Secundaria de Centro Educativos Públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja superior a “Algunas veces al mes”. Según esto, presentaban Niveles altos el 21.5% de los docentes, 4% percibían síntomas de Despersonalización y 7.3% niveles bajos de Realización personal, inferiores a “Algunas veces al mes” (*Extremera et al.*, 2010).

HUELVA, 2014.- Docentes de Educación Primaria y Secundaria. El 45.7% de los profesores presentaba síntomas de Estrés, con la consideración de Nivel alto de Estrés un 26.1% de todos los profesores. El mayor nivel de Estrés se observó en Primaria. Respecto al Síndrome de Burnout se detectaron un 9.8% de docentes con Nivel alto, 44.6% con nivel moderado y 45.7% con nivel bajo (Acosta & Burguillos, 2014).

EXTREMADURA, 2018.- Docentes no universitarios, el 90% de centros públicos y el 10% concertados. El Estrés percibido en su trabajo fue Muy alto para el 3.1%, Alto 23%, Medio 46.8%, Bajo 22.1% y Muy bajo 5%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el estrés percibido y una peor salud mental (Guerrero-Barona *et al.*, 2018).

SEVILLA, 2019.- Docentes de Infantil, Primaria y Secundaria. Centros públicos y privados. En la escala de Burnout el 11.6% obtuvo un puntaje de nivel alto, el 88.3% un nivel medio y el 0.0% bajo. En la subescala Agotamiento emocional el 25.9% obtuvo un puntaje de nivel alto, 74% medio y 0.0% bajo. En la subescala Despersonalización el 16.9% nivel alto, 83% medio y 0.0% bajo, siendo mayor el nivel en profesorado de secundaria. En la subescala de Falta de realización nadie tuvo un nivel alto, 86% medio y 13.8% bajo. El agotamiento emocional fue el que presentó mayor porcentaje de docentes con nivel alto con relación a los otros tres (Gallardo-López *et al.*, 2019).

La mayor parte de estos artículos valoran la prevalencia del Síndrome de Burnout y/o el Estrés en docentes de Infantil, Primaria y Secundaria. El porcentaje observado de docentes que muestran un Nivel alto de Burnout varía entre el 9.8% y el 15.2% en los distintos estudios. Los docentes con un Nivel alto de estrés representan el 23% y 26.1% en dos estudios. En la investigación realizada sólo en Docentes de Primaria se ha determinado la prevalencia de ansiedad y depresión, con resultados muy diferentes entre mujeres y hombres: el 58% de ellas presentaba ansiedad y el 39% depresión, mientras que ellos respectivamente 14% y 18%. Los estudios de (Aluja, 1997) y (Galeano *et al.*, 2006, 2007) realizados en Cataluña valoran la

prevalencia de Enfermedad Psicosocial (en la que engloban Ansiedad, Estrés y Depresión), no siendo comparables con los que las estudian separadamente.

1.3. Concepto de Síndrome de Burnout y Estrés

Antes de seguir adelante y ante el contenido y los resultados de las investigaciones citadas, se considera de interés revisar los conceptos de Síndrome de Burnout y Estrés, así como sus diferencias.

1. 3. 1. Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson en 1981 lo definieron como la “respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar”. Es, por tanto, un concepto tridimensional que incluye agotamiento emocional, despersonalización y baja autorrealización. Esta definición sigue vigente en la actualidad (Rodríguez & Fernández, 2012).

El Burnout se desarrolla de forma paulatina y la presencia de sus rasgos principales puede variar a lo largo del proceso. Álvarez y Fernández (1991) lo describen como un proceso transicional que se desarrolla en tres fases: En la primera, las demandas laborales superan a los recursos materiales y humanos generando una situación de estrés. En la segunda la persona por el sobreesfuerzo requerido tendría una respuesta emocional consistente en ansiedad y agotamiento. En la tercera, la persona desarrolla mecanismos de defensa, una adaptación psicológica a través de un cambio de actitudes y conductas (distanciamiento emocional, retirada, cinismo y rigidez).

La sintomatología asociada al Síndrome de Burnout puede agruparse en cuatro bloques:

- Psicosomáticos: Suelen ser los primeros. Fatiga crónica, cefaleas, alteraciones del sueño, dolores musculares, hipertensión, molestias gastrointestinales y pérdida de peso.
- Emocionales: Distanciamiento afectivo, impaciencia, irritabilidad, dificultad de concentración, ansiedad, baja autoestima y deseos de abandonar el trabajo.
- Conductuales: Absentismo laboral, conducta violenta, incapacidad para relajarse, comportamientos de alto riesgo, abuso de fármacos y alcohol.
- Defensivos: Negación de las emociones, atención selectiva, ironía y racionalización.

El Síndrome de Burnout en el medio laboral se describe como **falta de energía y entusiasmo**, descenso del interés por los clientes a los que se percibe como frustrantes y desmotivados, alto absentismo y deseos de dejar ese trabajo. El Burnout está muy relacionado con otros conceptos, entre ellos el estrés, la diferencia entre ambos es que el Burnout es producto de un estrés crónico sufrido en el medio laboral (Gallardo-López *et al.*, 2019).

Las variables que contribuyen a la aparición de este Síndrome pueden agruparse en personales o en el marco de trabajo. Personales: edad, sexo, tipo de personalidad y entrenamiento profesional. En el marco de trabajo docente: deficientes condiciones ambientales, falta de recursos materiales y humanos, cambio del rol de educador, escaso apoyo social, de la organización y compañeros, indisciplina y falta de interés del alumnado, escasa colaboración de las familias, frecuentes cambios de la normativa y programas educativos, rápido progreso tecnológico, cambios socioculturales y pérdida de prestigio del personal docente (Álvarez & Fernández, 1991).

1. 3. 2. Estrés

“El término estrés designa una elevada tensión psíquica producida por situaciones de esfuerzo excesivo, preocupación extrema o grave sufrimiento. El agobio que experimenta la persona desencadena diversas reacciones psicofisiológicas que preparan al organismo para responder o adaptarse a las exigencias” (Martínez-Otero, 2003). Cuando estos mecanismos fallan, el estrés pasa de ser estimulante a constituir un problema de salud, tanto mental (si la situación de estrés se cronifica desemboca en un Síndrome de Burnout) como fisiológica (incremento de la tensión arterial, enfermedades cerebrovasculares, arteriosclerosis, infartos de miocardio o incremento del cortisol matutino que indica pérdida de homeostasis) (Serrano *et al.*, 2009).

Sus desencadenantes en el medio docente, como era de esperar, coinciden con los del Síndrome de Burnout. Martínez-Otero (2003) los engloba en una combinación de hipervigilancia, pérdida de autoridad, incomprendimiento y carga de tareas.

El estrés relacionado con el trabajo, en población general, afecta al 28% de la población trabajadora según la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2002). En algunos estudios específicos en docentes se hallan porcentajes de estrés que alcanzan el 45.7% (Acosta & Burguillos, 2014).

Retomando la información aportada por las publicaciones revisadas, además de la prevalencia de los problemas de salud en personal docente, analizan las variables relacionadas con el mayor riesgo de padecerlos, es decir, los **factores de riesgo**, como base de las posibles medidas preventivas e incluso terapéuticas. Son pocos los factores sobre los que no se puede intervenir, como las variables carga genética y el género, o sobre los que se puede hacer muy poco, como los cambios legislativos y curriculares frecuentes o la situación laboral (suplentes e interinos). A pesar de esto, la **prevención**, tanto primaria (antes de que aparezcan los problemas y eliminando los factores de riesgo), como secundaria (detección precoz y actuación) sigue teniendo un amplio campo de actuación tanto en los factores personales como en los sociolaborales en personal docente.

1.4. Factores de Riesgo de los Problemas de Salud Mental y su Prevención

La OMS define la prevención en salud mental como las medidas dirigidas a “reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, la duración de los síntomas, los factores de riesgo de las enfermedades mentales, previniendo o retrasando la aparición de recaídas y reduciendo el impacto de la enfermedad en la persona afectada, sus familiares y la sociedad” (de Pedro Cuesta *et al.*, 2016) y (OMS, 2022).

1. 4. 1. Factores Personales

El tipo de personalidad del docente determina que sea más o menos lábil ante los hechos estresantes. El riesgo de estrés y burnout es superior en el tipo emocional que el racional (Álvarez & Fernández, 1991). También los rasgos cognitivos de la personalidad: elevada autoexigencia, comportamiento autoritario hacia los alumnos, baja tolerancia a la frustración (Calvete & Villa, 1999).

El trabajo de Extremera *et al.* (2010) concluye que los recursos personales han de incluirse en los modelos explicativos del Burnout docente, tras comprobar que la claridad emocional (capacidad para discriminar los estados emocionales) y autoeficacia profesional actúan como factores protectores.

Las actuaciones preventivas propuestas por los autores en las publicaciones seleccionadas, en relación a estos factores de riesgo, incluyen: conocer la situación individual del profesional para introducir cambios que prevengan las experiencias emocionales derivadas de la

docencia, desarrollo de un estilo más racional de pensamiento e incrementar las habilidades emocionales y de afrontamiento de los docentes.

1. 4. 2. Factores Sociolaborales

Parkes en 2001 (citado en Guerrero-Barona & Rubio-Jiménez, 2005) "afirma de manera categórica que es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persistan en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas", recalando así la importancia de las estrategias de intervención organizacional.

Guerrero-Barona *et al.* (2018) realizaron un estudio centrado específicamente en los factores de riesgo psicosocial, el estrés percibido, la salud mental y los riesgos de patología psiquiátrica en el profesorado de docentes no universitarios. Analizando las posibles asociaciones entre ellos y, por tanto, cuáles podrían constituir predictores de salud mental. Se centran en docentes no universitarios por los hallazgos de investigaciones anteriores en las que la frecuencia de problemas de salud mental era más elevada en este colectivo frente al universitario. Sus resultados mostraron que las principales fuentes de estrés eran los aspectos relacionados con los alumnos (falta de motivación y escasa motivación) y con las familias (falta de colaboración, apoyo y reconocimiento), así como el grado de satisfacción laboral y el compromiso con los objetivos de la educación. Existía una asociación estadísticamente significativa entre el estrés general percibido y los problemas de salud mental. Estas fuentes de estrés las consideran buenos predictores de la salud mental.

Cifre *et al.* (2003) centraron su estudio en el análisis de la relación entre demandas laborales y salud mental, las diferencias por género y nivel de docencia (institutos o universidad). El docente actualmente se enfrenta a nuevas demandas derivadas de la evolución tecnológica, los cambios sociales y los curriculares, como se ha expuesto anteriormente. Los autores distinguen dos niveles dentro de las demandas laborales, los organizacionales (afectan directamente al docente y su práctica) y los sociales (pérdida del valor de las instituciones, sobrecarga de roles asignados a los docentes que antes eran competencia de las familias y otras instituciones, cambios frecuentes en el sistema educativo, etc.). Resumen las demandas clave de los docentes en sobrecarga de trabajo y conflicto de rol, a las que añaden la interacción directa profesor-alumno y el nivel de enseñanza en el que desarrolla su labor el docente que implica distinta edad de los alumnos y distintas tareas para el profesor. En sus

resultados, las demandas están positiva y significativamente relacionadas con el burnout y la ansiedad, y el agotamiento y cinismo con esta última. Las mujeres muestran mayores niveles de agotamiento y más reacciones de ansiedad. Respecto a los niveles de docencia, los profesores de instituto presentan mayores niveles de conflicto de rol, los universitarios mayores niveles de sobrecarga cuantitativa, pero entre ambos no existen diferencias significativas de los niveles de burnout. Concluyen que las demandas laborales producen burnout y éste a su vez incrementa las reacciones de ansiedad.

Martínez-Otero, (2003) analiza las fuentes de problemas psíquicos comunes a todo el colectivo docente, entre las que destaca ser una profesión que implica trato con personas. Según él, lo que se observa en muchos profesores es una combinación de hipervigilancia, pérdida de autoridad, incomprendimiento y sobrecarga de tareas que llevan una elevada tensión emocional y estrés. Como fuentes de insatisfacción, además de las referidas en los estudios anteriores, incluye la merma del prestigio social de los docentes, las conductas antisociales de algunos alumnos, la no conformidad con los sistemas de promoción y remuneración y una formación psicopedagógica insuficiente. Y como fuentes de ansiedad, coincidentes con las de estrés: falta de autonomía, inestabilidad en el empleo, clima educativo alienante y competitivo, tecnificación, abundancia de tareas desvinculadas entre sí, aislamiento e indisciplina del alumnado. Estas fuentes de problemas psíquicos en el colectivo docente general coinciden también con las referidas por (Del Pozo, 2000) en docentes en el ámbito escolar.

El análisis de Moreno *et al.* (2000) sobre las fuentes de estrés propias de la organización y del contexto laboral, incluye las referidas en las otras publicaciones, recogiendo una especificación que consideramos de importancia, la calidad de la supervisión del personal directivo del centro, cuando falla el apoyo y reconocimiento hacia el docente: altas exigencias al profesor, pobre valoración y reconocimiento de su trabajo, conductas inconsistentes, favoritismo, falta de apoyo individual, inexistente participación en la toma de decisiones.

Las actuaciones preventivas sobre estos factores, propuestas por los autores, incluyen: Incrementar los recursos y reducir las demandas a los docentes; formación de los supervisores en gestión de personal y modelos participativos; facilitar la comunicación entre los compañeros (intercambio de experiencias y opiniones); darles participación en el proyecto educativo del centro; formación inicial y continua del profesorado (formación

psicopedagógica, habilidades sociales, gestión del tiempo de trabajo y habilidades tecnológicas); y realizar programas de sensibilización dirigidos a recuperar el prestigio social de los docentes y aumentar la cooperación entre familias, sociedad y centros educativos, a través de Asociaciones y Escuelas de padres.

1.5. Listado de Síntomas Breve LSB-50

En resumen, la prevención de los problemas de salud mental en los docentes ha de incluir tanto actuaciones individuales como organizacionales y sociales. El paso previo imprescindible es conocer la situación en salud mental del colectivo al que se van a dirigir las acciones. Con ese fin, el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) del Gobierno de La Rioja aplica el Listado de Síntomas Breve LSB-50 a todos sus trabajadores, entre los que se incluyen los docentes de centros públicos, a través de su Actividad de Vigilancia de la Salud.

El Listado de Síntomas Breve LSB-50 es un listado breve autoaplicado compuesto por 50 ítems, cada uno de ellos corresponde a un síntoma psicológico o psicosomático. El sujeto responde al cuestionario en una escala tipo Lickert. El análisis de las respuestas obtenidas genera dos escalas de validez, tres índices generales que proporcionan una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado, y nueve escalas y subescalas clínicas que informan del perfil psicopatológico del evaluado. También proporciona un Índice de riesgo psicopatológico, que resulta predictivo para la inclusión del individuo en esta población de riesgo y prestarle atención clínica (de Rivera & Abuín, 2012). El LSB-50 se describe en detalle en el apartado 5.3. Instrumentos (pág 25).

En cuanto a su utilidad clínica, las ventajas de este tipo de cuestionarios autoaplicados incluyen: mayor libertad y sinceridad al no estar influenciados por la presencia de un entrevistador y mayor facilidad del usuario para comunicar sus síntomas. Otras ventajas son la disminución de la carga de trabajo para el profesional, y por tanto también el costo, y la posibilidad de aplicarlos en grandes colectivos. Tanto en Psicología como en Medicina Preventiva se precisan instrumentos breves (el tiempo para cumplimentar el LSB-50 es de 5 a 10 minutos) y que valoren las variables psicosociales y psicopatológicas de forma clara, precisa y sin ítems redundantes o alejados de la realidad del sujeto.

Los autores del LSB-50 de Rivera & Abuín (2012, 2014), para fundamentar estadísticamente la validez de su cuestionario analizaron los resultados obtenidos en tres tipos de muestras

distintas: población general, población odontológica (afectados por disfunciones témporo-mandibulares y disorexia -mal apetito-) y pacientes con trastornos psicológicos. Para ello analizaron la fiabilidad de las dimensiones e indicadores y la validez concurrente con otras medidas; así como un análisis factorial y de correlaciones para aportar datos a la validez de la estructura dimensional del cuestionario. Los resultados de todas las pruebas estadísticas aplicadas fueron satisfactorios y congruentes con lo esperado, concluyendo que el LSB-50 evalúa la sintomatología psicosomática de forma rápida, con unos buenos índices de fiabilidad y validez. Los estadísticos descriptivos de las escalas clínicas resultaron congruentes con la experiencia clínica y con lo encontrado con otros cuestionarios de evaluación de síntomas psicopatológicos. Las correlaciones de la edad con las dimensiones de psicopatología fueron coherentes con los datos epidemiológicos y evolutivos; así como el hecho de que las puntuaciones de las escalas clínicas resultaran más elevadas en mujeres que en hombres.

En conclusión, es un cuestionario adecuado para conocer la situación en salud mental de un colectivo, en este caso de los profesionales de la docencia.

2. Justificación

A raíz de publicaciones científicas relacionadas con la salud mental en el personal docente, como las expuestas en el apartado anterior, y otras referidas a población general; se ha llegado a la consideración de la salud mental como un problema prioritario de salud pública y, como tal, al que ha de aplicarse una vigilancia epidemiológica específica y acciones preventivas (de Pedro Cuesta *et al.*, 2016).

De aquí el interés de llevar a cabo el presente estudio de valoración de la salud mental en personal docente de La Rioja, estudio epidemiológico descriptivo y analítico, que refleja la situación del colectivo de profesionales docentes no universitarios en centros educativos públicos; conocimiento básico y previo a la propuesta de medidas de prevención.

Uno de los criterios de búsqueda de publicaciones ha sido que se refieren a centros educativos públicos españoles, por dos motivos fundamentales: las diferencias socioculturales con otros países y los distintos programas educativos, que podrían interferir en los resultados y comparaciones.

Teniendo en cuenta que entre los determinantes de la salud mental se encuentra el medio laboral; la vigilancia y prevención de la salud mental es una de las competencias de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL) de las empresas. Como tal, el Gobierno de La Rioja asume esta competencia a través de su SPRL, en su actividad de Vigilancia de la Salud, incluyendo en ésta el cuestionario de salud mental autoaplicado LSB-50, Listado de Síntomas Breve.

Todo el personal docente de Educación Infantil-Primaria y Secundaria de los centros educativos públicos depende de este SPRL del Gobierno de La Rioja. Este Servicio oferta la Vigilancia de la Salud a todos los trabajadores, incluidos los docentes, cada dos años (excepto en ciertos colectivos de riesgo que es anual). Por este motivo, en el presente estudio se analizarán los resultados del cuestionario LSB-50 del colectivo docente correspondientes a dos años, 2022 y 2023, puesto que a lo largo de este período se habrá ofertado la Vigilancia de la Salud a todos los profesionales de la docencia dependientes del Gobierno de La Rioja.

La finalidad del análisis es determinar la prevalencia de problemas de salud mental en este colectivo y compararla con la nacional, otras provincias y Comunidades Autónomas.

Como el SPRL asume también las actividades preventivas dirigidas a los trabajadores, incluida la formación, se espera que las propuestas de prevención que se puedan plantear a raíz de esta investigación, sean de utilidad para dicho Servicio.

3. Objetivos

3.1. Objetivo Principal

El objetivo principal del estudio es medir el nivel de salud mental en los Profesionales de la Docencia de Primaria y Secundaria de los Centros Educativos Públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar el grado de afectación psicopatológica global de los evaluados.
2. Analizar la influencia del género y nivel educativo en la presencia de problemas de salud mental en docentes.
3. Analizar la relación entre la edad y el riesgo de psicopatología.
4. Determinar el perfil psicopatológico de los evaluados (forma particular de expresión de psicopatología).
5. Estimar el número de docentes que requerirían atención psicológica.

4. Hipótesis

1. La prevalencia de problemas de salud mental (PSM) en docentes de primaria y secundaria de los Centros Públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja resultará superior a la de la población general de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
2. La prevalencia de PSM estará relacionada con el género y nivel docente, siendo mayor en mujeres y docentes de educación secundaria.
3. Existirá una correlación entre la edad y el riesgo de presentar psicopatología, a mayor edad más riesgo.
4. El perfil psicopatológico de los evaluados se asemejará al de profesionales docentes de primaria y secundaria de otras provincias y/o comunidades autónomas.
5. El número estimado de docentes que requerirían atención psicológica será superior al número de consultas por problemas de salud mental de este colectivo en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de La Rioja.

5. Marco metodológico

La metodología aplicada en el estudio responde a los objetivos marcados para el mismo, que pueden resumirse fundamentalmente en la descripción de los problemas de salud mental en la población seleccionada, la relación con las variables independientes, la comparación con los resultados obtenidos en estudios semejantes y la estimación del número de docentes que podrían requerir atención clínica psicológica.

5.1. Diseño

El tipo de estudio llevado a cabo es un estudio transversal de prevalencia o encuesta de morbilidad, ya que examina la relación de los problemas de salud mental con otros factores que pueden influir en su ocurrencia (género, nivel docente y edad); en una población definida (docentes de infantil-primaria y secundaria, de centros públicos de La Rioja) y en un momento temporal (fecha de aplicación del cuestionario LSB-50 entre el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2023).

El estudio epidemiológico descriptivo. Incluye:

- Análisis descriptivo de la población estudiada en relación con los aspectos básicos sociodemográficos de interés: edad, género y nivel educativo impartido.
- Análisis descriptivo de la prevalencia de problemas de salud mental (variable dependiente), según las variables independientes género, nivel educativo impartido y edad. La presencia de problemas de salud mental viene determinada por el valor del percentil (Pc) del Índice de Riesgo Psicopatológico (IRPsi) igual o superior a 85.
- Descripción de la frecuencia de los distintos perfiles psicopatológicos dentro de los problemas de salud mental de la muestra, diferenciados tanto por género como por nivel educativo impartido. El perfil psicopatológico está definido por los percentiles correspondientes a las Escalas y Subescalas clínicas del LSB-50. Un percentil igual o superior a 85 indica patología en esa escala.

5.2. Participantes

La muestra está constituida por 1.628 profesionales de la docencia, de los niveles educativos infantil-primaria (CEIP) y secundaria (IES), de los centros públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

La media de edad de los participantes es de 42.8 años con una desviación típica (DT) de 10.3.

La distribución de la edad en percentiles (Pc) se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Distribución de la edad de los docentes expresada en Percentiles

Edad media	DT	0%	25%	50%	75%	100%	N
42.8	10.3	22	35	43	51	65	1628

El percentil 0 corresponde a la menor edad (22 años), y el percentil 100 a la mayor (65 años)

La distribución por género y nivel educativo se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Distribución de los docentes por género y nivel educativo

	CEIP	IES	Total
Mujeres	663 (83.5%)	537 (64.4%)	1200 (73.7%)
Hombres	130 (16.5%)	298 (35.6%)	428 (26.3%)
Total	794 (48.8%)	834 (51.2%)	1628 (100%)

Se observa que la razón mujer/hombre en los Centros Educativos de Infantil y Primaria (CEIP) es de 5:1, mientras que en Institutos de Educación Secundaria (IES) es de 1.8:1. En el total de docentes la razón es de 2.8:1.

5.3. Instrumentos

El instrumento de evaluación de la salud mental utilizado ha sido el Listado de Síntomas Breve LSB-50 (de Rivera *et al.*, 2012). Es un listado breve autoaplicado compuesto por 50 ítems, cada uno de ellos corresponde a un síntoma psicológico o psicosomático. El sujeto tiene que responder en qué medida ha sentido o experimentado en las últimas semanas las afirmaciones representadas en cada ítem. Se realiza mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (0 “si no ha tenido esta molestia en absoluto”, 1 “si ha tenido esta molestia un poco presente”, 2 “si ha tenido esta molestia moderadamente”, 3 “si ha tenido esta molestia bastante” o 4 “si ha tenido esta molestia mucho o extremadamente”), en la que el evaluado escoge la opción que más se acerca a su realidad.

Las autovaloraciones de los 50 ítems que conforman el LSB-50 generan para cada individuo las siguientes escalas e índices:

- Dos escalas de validez: Permiten detectar posibles sesgos de minimización o magnificación de los síntomas por parte del encuestado.
- Tres índices generales: Proporcionan una visión global del nivel de sufrimiento psicopatológico del evaluado. El *Número de síntomas presentes*, que indica la extensión de las manifestaciones psicopatológicas. El *Índice de intensidad de síntomas presentes*, aquellos que el sujeto afirma tener, y que refleja la intensidad de su sufrimiento. Y el *Índice global de severidad*, que proporciona la medida global del sufrimiento psíquico y psicosomático, y es el marcador numérico más sensible pues combina el número de síntomas con su intensidad. En el presente estudio no se han incluido estos índices generales por considerarlos de interés en la valoración individual del encuestado, pero no para un estudio epidemiológico de prevalencia de problemas de salud mental en una población.
- Nueve escalas y subescalas clínicas: Informan del perfil psicopatológico del evaluado. La definición de las escalas e índices proporcionada por los autores del LSB-50, de Rivera & Abuín (2012), son las siguientes:

Psicorreactividad. “Evalúa la sensibilidad en la percepción de uno mismo en relación con los demás y en relación con la propia imagen, así como las formas de actuar y de pensar con exceso de autoobservación”.

Hipersensibilidad. “Explora la sensibilidad tanto interpersonal como intrapersonal, es decir, la excesiva focalización, bien en detalles de la relación interpersonal como en la valoración de uno mismo”.

Obsesión-compulsión. “Evalúa la presencia de obsesiones y dudas continuas que inundan la mente, así como la existencia de rituales o compulsiones”.

Ansiedad. “Explora las manifestaciones tanto del trastorno de ansiedad generalizada como de cuadros de pánico y ansiedad fóbica. Incluye además síntomas referidos a un temor o miedo irracional”.

Hostilidad. “Evalúa la presencia de reacciones de pérdida de control emocional con manifestaciones súbitas o continuadas de agresividad, ira, rabia o resentimiento”.

Somatización. “Explora la presencia de síntomas de malestar somático o corporal debidos a procesos de somatización psicológica, aunque pueden ser también manifestaciones de una patología médica. Incluye ítems de respuestas somáticas relacionadas con desequilibrios del sistema nervioso autónomo que afectan a los sistemas respiratorio, muscular, cardiovascular y gastrointestinal. Es útil para el screening de los trastornos somatomorfos y de la ansiedad somática”.

Depresión. “Evalúa la presencia de síntomas característicos de la depresión como la tristeza, la desesperanza, la anhedonia, la anergia, la impotencia o la ideación autodestructiva, incluida la culpa”.

Alteraciones del sueño. “Explora la presencia específica de alteraciones del sueño que son relevantes desde el punto de vista de la salud y del bienestar”.

Alteraciones del sueño-ampliada. “Evalúa la presencia específica de alteraciones del sueño junto con manifestaciones de las escalas de Ansiedad y Depresión que clínicamente están asociadas a problemas de sueño. El contraste de las puntuaciones de Alteraciones del sueño y Alteraciones del sueño-ampliada permite una aproximación a la distinción entre alteraciones del sueño primarias o médicas y las secundarias o inherentes a estados ansioso-depresivos”.

Índice de Riesgo Psicopatológico. “Explora la presencia de síntomas cuya probabilidad de aparición e intensidad es baja en la población general no clínica y, por el contrario, alta en la población clínica psicopatológica. Evalúa la presencia de síntomas asociados a la población clínica psicopatológica formando un conglomerado de desvalorización, incomprendimiento, miedo, somatización y hostilidad junto con ideas de suicidio. En su

conjunto resultan predictivos para la inclusión del evaluado en una población afectada con psicopatología". Expresado en percentiles (Pc) identifica la prevalencia de problemas de salud mental en el colectivo de docentes ($Pc \geq 85$) y el número de individuos que podrían necesitar atención psicológica clínica.

En este estudio, dado que sus objetivos se refieren a la valoración del colectivo de docentes, no a la valoración individual, se han utilizado los valores de las nueve Escalas y Subescalas clínicas del LSB-50, que reflejan el tipo de psicopatología, y el Índice de Riesgo Psicopatológico, tanto en puntuación directa como en percentiles.

5.4. Procedimiento

5.4.1. Selección de participantes

La Vigilancia de la Salud, que incluye la aplicación del cuestionario LSB-50, se oferta a todos los docentes de los centros públicos no universitarios de La Rioja de forma bienal, de aquí que para abarcar todos los centros haya hecho falta recoger los datos de dos años, 2022 y 2023.

El total de profesionales de la docencia de los centros educativos públicos de La Rioja en ese período era de 4.577. De ellos participaron en Vigilancia de la Salud 2.096 (45.8%). Depurados los datos, el total de docentes que cumplimentó correctamente el cuestionario fue de 2.025. De estos 2.025, 1.628 ejercían la docencia en CEIP e IES, un 80.4%.

Los 397 docentes restantes no se incluyeron en el estudio por corresponder a otros tipos de centros educativos con características muy diferentes: centros rurales agrupados, educación de adultos, educación especial, escuelas oficiales de idiomas, conservatorios, instituciones penitenciarias, equipos de orientación en zonas geográficas, escuela de hostelería y escuela superior de diseño.

Los trabajadores que aceptan acudir al reconocimiento conocen su contenido, tanto médico como psicológico. Previamente a la revisión, firman el documento individual de consentimiento informado que queda archivado en el SPRL.

La recogida y el tratamiento tanto de los datos personales como clínicos se lleva a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Se adoptan las medidas oportunas para garantizar la debida protección de los datos en todo momento, sin violación alguna de la confidencialidad (Reglamento General de Protección de Datos, RGPD mayo 2018).

De acuerdo con el RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, el participante tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

La información recogida para este estudio no incluyó nombre, DNI, ni ningún otro dato que permitiese la identificación del individuo. Solo se han utilizado datos anónimos procesados electrónicamente.

5.4.2. Recogida de datos

Previo a la recogida de datos, se enviaron a la Comisión de Ética de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR) los documentos requeridos para la obtención del informe favorable (Anexo A, pág 50) que autoriza la recogida de dichos datos: formulario de memoria (Anexo B, pág 51), compromiso de confidencialidad de datos (Anexo C, pág 55), autorización del centro (Anexo D, pág 56) y consentimiento informado para los participantes (Anexo E, pág 57).

El cuestionario LSB-50 puede corregirse de forma manual o automatizada, en este caso se ha utilizado el procedimiento informático, ya que reduce el tiempo requerido y la posibilidad de errores de cálculo y transformación de las puntuaciones. Una vez cumplimentado el cuestionario por cada individuo, se introducen sus respuestas en el sistema de corrección. Éste proporciona las puntuaciones directas (PD) y el percentil (Pc) correspondientes a cada una de las escalas clínicas. La PD es el promedio de las respuestas a los ítems que componen cada escala. El Pc se obtiene comparando las puntuaciones de las escalas clínicas del sujeto con una muestra de referencia, en este caso la de la población general (de Rivera & Abuín, 2012).

Tras emitir el informe individual, el sistema recoge los resultados obtenidos de todos los individuos y permite exportarlos a Excel.

5.4.3. Depuración de datos.

Una vez recogidos los datos de todos los individuos en Excel, se procedió a su depuración.

Se consideraron valores perdidos los valores extremos y aquellos cuestionarios con valores 0 en la respuesta a todos los ítems.

La identificación de los valores extremos se realizó a través de las escalas de Minimización (Min) y Magnificación (Mag). La escala Minimización evalúa el padecimiento de síntomas

relativamente menores y frecuentes, la ausencia de respuestas afirmativas eleva las puntuaciones en esta escala, el Percentil > 95 indica que la persona puede estar minimizando u omitiendo su sintomatología. La escala Magnificación está compuesta por síntomas relativamente graves e infrecuentes, tanto en personas sanas como en población clínica, los valores del índice se elevan por la presencia de varios de estos síntomas, no sólo de uno; hay que verificar clínicamente que no se trata de un trastorno psicopatológico grave antes de considerarlo una magnificación, si no hay trastorno se desechan aquellos cuestionarios con percentiles de magnificación ≥ 99 .

Se simplificó la variable centro de trabajo, en origen con el nombre del centro educativo, en dos categorías: Centro de Educación Infantil y Primaria (CEIP) e Instituto de Educación Secundaria (IES).

Tras la recogida y depuración de los datos, el número de docentes incluido en el estudio ha sido de 1.628.

Una vez depurados los datos, se eliminaron las variables que no se iban a utilizar en el estudio, como el Número de síntomas presentes (NUM), Índice de intensidad de síntomas presentes (INT) e Índice global de severidad (GLOBAL), pues como se ha dicho anteriormente son útiles para la valoración individual, no colectiva. De esta forma se simplificó y concretó la matriz de datos base del análisis estadístico.

5.5. Análisis de Datos

Para realizar el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico de libre distribución R Commander.

5.5.1. Características de las variables elegidas y estadísticos descriptivos utilizados

- Edad. Variable cuantitativa. Descriptivos: Media (\bar{x}), Desviación Típica (DT) y Percentiles.
- Género y Nivel Educativo. Variables categóricas dicotómicas. La distribución de la muestra según estas variables se expresa en porcentajes.
- Escalas y subescalas clínicas. Variables discretas ordenadas, expresadas en Percentiles obtenidos por comparación con el Baremo de población general.

- **Índice de Riesgo Psicopatológico (IRPsi).** Este índice se ha utilizado tanto expresado en Percentiles (obtenidos según el Baremo de población general), como en Puntuaciones Directas (PD), variable cuantitativa continua.

Para realizar el análisis estadístico se crearon tres nuevas variables:

- **Grupo de edad (gedad):** se ha categorizado la edad en tres grupos, jóvenes (22 a 35 años), edad media (36 a 51 años) y mayores (52 a 65 años). Transformándola en una variable cualitativa.
- **Presencia de problemas de salud mental (Pc85IRPsi).** Variable dicotómica: 1 ($Pc\ IRPsi \geq 85$), 0 ($Pc\ IRPsi < 85$).
- **Susceptible de atención psicológica (Pc90IRPsi).** Variable dicotómica: 1 ($Pc\ IRPsi \geq 90$), 0 ($Pc\ IRPsi < 90$).

5.5.2. Análisis estadístico

Para realizar el análisis estadístico se han utilizado pruebas paramétricas, ya que el tamaño de la muestra (1628 individuos) es superior a 30 y en las variables cualitativas np y nq (n = número de individuos, p = prevalencia, $q=1$ -prevalencia) son en todos los casos ≥ 5 . En variables cuantitativas, esta decisión se basa en el Teorema del Límite Central que muestra que a medida que el tamaño de las muestras se va incrementando, la distribución de la media (distribución muestral) tiende a tener una distribución normal, sin que la distribución de la variable que se mide tenga necesariamente una distribución normal en la población. Este teorema puede aplicarse a muestras de tamaño 30 o superior (Domènech, 1982).

Prevalencia de Problemas de Salud Mental (PSM). Se determinó tanto para el total de la muestra como para la distribución por género y nivel educativo. La presencia de PSM está determinada por los valores del Índice de Riesgo Psicopatológico (IRPsi), expresados en percentiles (Pc). Los valores de $Pc\ IRPsi \geq 85$ implican la presencia de Problemas de Salud Mental.

Análisis de la asociación entre riesgo de problemas psicopatológicos y edad, género y nivel educativo. Se ha analizado la asociación entre la puntuación directa (PD) del Índice de riesgo psicopatológico (variable dependiente, cuantitativa continua) y las variables independientes género y nivel educativo (dicotómicas) mediante la prueba T de Student.

La dependencia entre PD IRPsi y edad, ambas variables cuantitativas aleatorias, ninguna de ellas controlada, se ha analizado mediante el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson. Posteriormente se ha categorizado la edad en tres categorías (joven, edad media, mayores) y se ha analizado su relación también con la PD IRPsi mediante ANOVA para varianzas no iguales y Test de Comparaciones por Parejas (Pairwise).

Creación de una nueva variable: Percentil de IRPsi ≥ 85

Esta variable es dicotómica: $Pc \text{ de IRPsi} \geq 85$ implica “SI (1)” tiene problemas de salud mental y “NO (0)” si el $Pc < 85$ no tiene problemas de salud mental. Se ha realizado una Regresión logística sobre la nueva variable para ver si las variables independientes se asocian con ella, cuáles lo hacen y su Odds Ratio.

Perfil Psicopatológico de los docentes con problemas de salud mental.

Una vez identificados los docentes con PSM, se analiza para esta submuestra la frecuencia de los distintos Perfiles Psicopatológicos, según género y nivel docente. Los perfiles están determinados por los valores de las Escalas y subescalas clínicas de cada individuo, que están expresados en Percentiles. Se consideran Perfiles con nivel patológico los de $Pc \geq 85$.

Docentes que precisan atención clínica. Los valores de percentil de IRPsi ≥ 90 , implican que esas personas son susceptibles de atención psicológica. Se determinó su número y Prevalencia, tanto para el total de la muestra como para la distribución por género y nivel educativo.

6. Resultados

6.1. Prevalencia de Problemas de Salud Mental

El total de individuos con problemas de salud mental (P_c IRPsi ≥ 85) es de 230 docentes. Esto supone una prevalencia de 14.1 % para el total de docentes de la muestra, con un intervalo de confianza del 95 % de 12.5 a 15.9 %. En la tabla 3 se muestra la prevalencia según género y nivel educativo.

Tabla 3

Prevalencia de Problemas de Salud Mental distribuida por género y nivel educativo

	CEIP	IES	Total
Mujeres	13.1% (87/663)	15.6% (84/537)	14.3% (171/1200)
Hombres	10.8% (14/130)	15.1% (45/298)	13.8% (59/428)
Total	12.7% (101/794)	15.5% (129/834)	14.1% (230/1628)

6.2. Análisis de la asociación entre el riesgo de problemas de salud mental y género, nivel educativo y edad

6.2.1. Índice de Riesgo Psicopatológico (PD), análisis de su asociación con género y nivel educativo

Como en la descripción de los participantes se ha observado que en la Tabla 2. Distribución del género según el nivel educativo, es diferente (pág. 24), el primer paso en el análisis fue comprobar su significación mediante la prueba de Chi cuadrado, ya que todas las frecuencias esperadas eran mayores de 5.

- Valor de Chi cuadrado = 78.142
- Grados de libertad = 1
- Valor p < 2.2e-16

El valor de p es menor que 0.05, hay diferencias significativas en los niveles educativos según género. Por tanto, el primer paso es determinar si el género influye en la Puntuación Directa (PD) del Índice de Riesgo Psicopatológico.

El análisis de esta posible asociación se realiza mediante la Prueba T de Student. Se comprueban sus dos condiciones de aplicación: Normalidad e igualdad de varianzas (Heterocedasticidad). El supuesto de normalidad, como se ha explicado en el Marco Metodológico, se asume según la Teoría del Límite Central dado el tamaño de la muestra.

Se aplica el Test de Levene para comprobar si las varianzas de ambos grupos son iguales. El valor de p es 0.5171, por lo que se concluye que las varianzas son iguales y se aplica la Prueba T de Student (Tabla 4).

Tabla 4

Prueba T de Student

	Media	Desviación Típica	p Valor
Mujer	1.0092398	0.4563848	0.327
Hombre	0.9428814	0.4199468	

Nota: la significación estadística se estableció en p < 0.05.

Las medias de las puntuaciones directas del Índice de Riesgo Psicopatológico son diferentes según género, ligeramente mayor en mujeres, pero no son significativas (p valor = 0.327, mayor de 0.05). Por tanto, aunque la distribución por género en los distintos niveles educativos sea diferente de forma significativa, esta diferencia no influye en la media de la PD del IRPsi en los distintos niveles, ni en el total de la muestra.

6.2.2. Índice de Riesgo Psicopatológico (PD) y edad

Para analizar la dependencia entre PD del IRPsi y edad se aplica el Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson (r).

Tabla 5

Coeficiente de Correlación Lineal de Pearson entre edad y IRPsi (PD)

Coeficiente r	IC 95%	p Valor
0.0637	0.0152-0.112	0.0101

Nota: la significación estadística se estableció en p < 0.05.

El valor del Coeficiente de Correlación indica que existe relación positiva entre la edad y la PD del IRPsi, débil pero significativa.

Se calcula el Coeficiente de Determinación (r^2) obteniendo un valor de 0.004, expresado en tantos por ciento es de 0.4 %, es decir solo el 0.4% de lo que varía la PD del IRPsi se explica por la edad, haciéndolo de forma significativa (p valor 0.0101). Se interpreta que, a pesar de que la relación entre edad y PD IRPsi es muy pequeña, esta relación no es por azar, la edad tiene algo que ver, aunque sea muy poco.

Para averiguar cómo está influyendo la edad, se crea una nueva variable (gedad) categorizando la edad en tres grupos (variable cualitativa), correspondientes a jóvenes, edad media y mayores. Se analiza la relación de esta nueva variable (gedad) con la PD IRPsi (variable cuantitativa continua) mediante el análisis de la varianza (ANOVA). Se comprueban las condiciones de aplicación: se asume la normalidad de la distribución de la PD del IRPsi dado los tamaños muestrales grandes, y se comprueba la igualdad de varianzas mediante el Test de Levene, en éste los resultados muestran que las varianzas son significativamente diferentes (Tablas 6 y 7), por lo que se realiza un ANOVA para varianzas no iguales, con el fin de valorar si hay diferencias entre las medias de PD del IRPsi según los grupos de edad (Tabla 8). Se concluye que hay diferencias significativas. Se identifica entre qué grupos se producen estas diferencias con el Test Pairwise (Comparación por parejas), concluyendo que los docentes mayores (52 a 65 años) tienen significativamente más riesgo psicopatológico que los jóvenes (22 a 35 años) y los de edad media (36 a 51) (Tabla 9).

Tabla 6

Varianza de la PD IRPsi por grupos de edad

Grupos de edad	22 a 35 años	36 a 51 años	52 a 65
Varianza	0.1432350	0.1194734	0.1662037

Tabla 7

Test de Levene para la homogeneidad de varianza

Grados de Libertad	Valor F	Valor p
2	3.5966	0.02764

Nota: la significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Tabla 8

ANOVA para varianzas no iguales

Grupo de edad	Media PD IRPsi	Desviación Típica	Valor p
22 a 35 años	0.2342105	0.3784640	0.0154
36 a 51 años	0.2371216	0.3456493	
52 a 65 años	0.3030909	0.4076809	

Nota: la significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

Tabla 9

Test Pairwise (Comparación por parejas)-Valores p

Grupos de edad	22 a 35 años	36 a 51 años
36 a 51 años	0.894	----
52 a 65 años	0.025	0.019

Nota: la significación estadística se estableció en $p < 0.05$.

6.2.3. Análisis estadístico de la submuestra de Docentes con Problemas de Salud Mental

Se crea una nueva variable $Pc85IRPsi$. Esta variable divide la muestra en docentes sin problemas de salud mental ($Pc < 85$) y docentes con problemas de salud mental ($Pc \geq 85$). Se realiza un Modelo Multivariable de Regresión Logística para valorar si género, nivel educativo y edad se asocian con esta nueva variable o cuáles de ellas se asocian. Según los resultados solo la edad se asocia de forma significativa con la presencia de problemas de salud mental; género y nivel educativo tienen valores p no significativos (Tabla 10).

Tabla 10

Resultados de los Coeficientes de la Regresión Logística

	Estimado	Error estándar	Valor z	Valor p
(Intercept)	-2.799252	0.354161	-7.904	2.7e-15***
Edad	0.18663	0.007115	2.623	0.00872**
Género (T. Mujer)	0.122098	0.167347	0.730	0.46563
Nivel educativo (T.IES)	0.170618	0.149586	1.141	0.25404

*Códigos de significación: **** 0.001, *** 0.01, ** 0.05*

En términos de Odds Ratio (OR) (Tabla 11), una vez ajustado por género y nivel educativo, cada incremento de un año en la edad, multiplica por 1.02 la probabilidad de presentar Problemas de Salud Mental (aumenta un 2 % cada año). Este resultado es compatible con el obtenido en el ANOVA: A más edad, más riesgo psicopatológico.

Tabla 11

Odds Ratio (OR) ajustado por género y nivel educativo

	Odds Ratio	IC 95%	Valor p
Constante	0.0609	0.0304 - 0.122	2.70e-15
Edad	1.0200	1.0000 - 1.030	8.72e-03
Género (T.Mujer)	1.1300	0.8140 - 1.570	4.66e-01
Nivel educativo (T.IES)	1.1900	0.8850 - 1.590	2.54e-01

Nota: la significación estadística se estableció en p < 0.05.

Como clínicamente es difícil asumir que el incremento del riesgo sería el mismo cuando la edad pasa, por ejemplo, de 26 a 27 que, al pasar de 60 a 61 años, se realiza una Regresión Logística entre grupos de edad y presencia de Problemas de Salud Mental (PSM) (Tabla 12).

Tabla 12

*Regresión logística de grupos de edad sobre presencia de Problemas de Salud Mental.
Coeficientes:*

	Estimación	Error estándar	Valor z	Valor p
Intercept	-1.98035	0.14653	-13.515	<2e-16
36 a 51 años	0.04855	0.18082	0.268	0.788
52 a 65 años	0.56127	0.19502	2.878	0.004

Nota: la significación estadística se estableció en p < 0.05.

Aplicando la Regresión Logística, con respecto al grupo de edad joven, el grupo edad media (36 a 51 años) no tiene incremento en el riesgo de presentar problemas de salud mental, pero sí lo tiene el grupo de mayores (52 a 65 años) de forma significativa (p=0.004).

Tabla 13

Resultados de Odds Ratio por grupos de edad

	Odds Ratio	IC 95 %	Valor p
Intercept	0.138	0.104 – 0.184	1.28e-41
Adultos	1.050	0.736 – 1.500	7.88e-01
Mayores	1.750	1.200 – 2.570	4.00e-03

En términos de Odds Ratio, utilizando el grupo “jóvenes” como base de comparación (Intercept), los adultos tienen un 5% más de riesgo pero no significativo (su IC contiene el valor 1) respecto a los jóvenes, mientras que los mayores tienen un 75% más de riesgo y es significativo. Se concluye que la edad influye significativamente en la presencia de problemas de salud mental, éstos se incrementan en docentes de edades comprendidas entre 52 y 65 años.

6.3. Perfil Psicopatológico de los Docentes con Problemas de Salud Mental

Se ha analizado el perfil psicopatológico de aquellos docentes con problemas de salud mental ($PcIRPsi \geq 85$), un total de 230. Este perfil viene determinado por un percentil ≥ 85 en una determinada escala o subescala clínica, pudiendo un mismo individuo tener más de un perfil patológico. La frecuencia de perfiles psicopatológicos se ha distribuido por nivel educativo (CEIP/IES) y género.

Para ambos niveles educativos el perfil más frecuente es el de Psicoreactividad, seguido por Ansiedad, Obsesión-Compulsión e Hipersensibilidad. Destaca la alta frecuencia de Obsesión-Compulsión en IES (estadísticamente significativa $p<0.05$) y la baja frecuencia en Hipersensibilidad (no significativa), en comparación a los docentes de CEIP (Tabla 14).

El perfil psicopatológico según género muestra más diferencias. Aunque sigan coincidiendo los perfiles más frecuentes en ambos géneros, destaca la elevada frecuencia de psicoreactividad en los hombres y de ansiedad en mujeres, aunque ambas no significativas. El único perfil psicológico diferente de forma significativa según género es la somatización, más frecuente en mujeres (Tabla 15).

Tabla 14

Perfil Psicopatológico de Docentes con Problemas de Salud Mental según nivel educativo

	CEIP	IES	p valor
	(n=101)	(n=129)	Chi cuadrado
Psicorreactividad	87.1%	89.9%	0.5067
Ansiedad	82.2%	84.5%	0.6385
Obsesión-Compulsión	75.3%	86.1%	0.0371*
Hipersensibilidad	74.3%	64.3%	0.1075
Somatización	63.4%	64.3%	0.8786
Alteraciones del sueño-ampliada	59.4%	59.7%	0.9653
Depresión	52.5%	58.1%	0.3908
Alteraciones del sueño	52.6%	53.5%	0.8786
Hostilidad	33.7%	45.0%	0.0826

Códigos de significación: '****' 0.001, '***' 0.01, '**' 0.05

Tabla 15

Perfil psicopatológico de Docentes con Problemas de Salud Mental según género

	Mujeres	Hombres	p valor
	(n=171)	(n=59))	Chi cuadrado
Psicorreactividad	86.6 %	94.9 %	0.0802
Ansiedad	85.4 %	78.0 %	0.1861
Obsesión-Compulsión	80.1 %	84.8 %	0.4317
Hipersensibilidad	69.6 %	66.1 %	0.6183
Somatización	69.0 %	49.2 %	0.0062**
Alteraciones del sueño-ampliada	59.7 %	59.3 %	0.9648
Depresión	57.9 %	49.2 %	0.2438
Alteraciones del sueño	53.8 %	50.9 %	0.6951
Hostilidad	40.4 %	39.0 %	0.8533

Códigos de significación: '****' 0.001, '***' 0.01, '**' 0.05

6.4. Estimación del número de docentes que requerirían atención psicológica

Los valores del percentil de IRPsi ≥ 90 implican que estos docentes son susceptibles de atención psicológica. El total de estos docentes es 153, un 9.4% de la muestra. Su distribución por género y nivel educativo se muestra en la Tabla 16.

Tabla 16

Docentes con Problemas de Salud Mental que precisarán Atención Psicológica

	CEIP	IES	Total
Mujeres	55 (n= 663, 8.3%)	62 (n= 537, 11.6%)	117 (n= 1.200, 9.8%)
Hombres	8 (n= 130, 6.2%)	28 (n= 298, 9.4%)	36 (n= 428, 8.4%)
Total	63 (n= 794, 7.9%)	90 (n= 834, 10.8%)	153 (N= 1.628, 9.4%)

7. Discusión

La **Prevalencia de Problemas de Salud Mental (PSM) global**, en docentes de primaria y secundaria de los centros educativos públicos de la Comunidad Autónoma (C.A.) de La Rioja, obtenida en el estudio es del 14.1 %, superior a la prevalencia de PSM en la población general de dicha Comunidad Autónoma de 12.5 % según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2017). Según esta ENS, la prevalencia de PSM en La Rioja es inferior al resto de CC.AA. excepto dos, Extremadura y Galicia, y también a la prevalencia nacional del 19 %.

Salgado en 2022, en su análisis de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, recalca que “los factores ambientales, contextuales, que determinan la vida cotidiana se han reflejado como un factor indiscutible de impacto sobre la salud en general y la salud mental en particular”. En este sentido, el estudio del Instituto Nacional de Estadística sobre calidad de vida en España en el año 2023 (INE, 2024), a través del Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV), sitúa a La Rioja como la segunda C.A. con mayor IMCV, lo que en teoría influiría en la menor prevalencia de PSM.

Comparada la prevalencia obtenida con los resultados de las publicaciones referidas en el Marco teórico, la única CCAA cuyos datos son directamente comparables a los de este estudio es Cataluña, pues proporciona la prevalencia de PSM global en los mismos niveles docentes (CEIP e IES) siendo de 14.3 %, semejante a la de este estudio (Galdeano *et al.*, 2007). El resto de publicaciones se centran específicamente en prevalencia de Estrés y Síndrome de Burnout, valorados en niveles alto, medio, bajo; y los estudios de Lérida en Patología psicosocial.

El estudio de Aluja (1997) sobre Burnout en docentes de enseñanza primaria confirma la relación entre Burnout profesional y tendencias psicopatológicas en docentes, por lo que la prevalencia de niveles altos de este síndrome implica psicopatología. Esta prevalencia calculada en docentes de Huelva (Acosta, 2014) fue de 9.8 % y en Sevilla de 11.6 % (Gallardo-López *et al.*, 2019); ambas inferiores a la prevalencia de PSM en docentes de La Rioja, pero sólo reflejan Burnout, ningún otro PSM. En docentes de Madrid (Rodríguez & Fernández 2012), la prevalencia sólo de Burnout fue 15.2 %.

La prevalencia de niveles altos de estrés fue de 23 % en Extremadura (Guerrero-Barona, 2018) y 26.1 % en Huelva (Acosta y Burguillos, 2014). Es coherente que la prevalencia de estrés sea

superior a la de Burnout, pues sólo cuando es mantenido en el tiempo desemboca en dicho Síndrome.

La prevalencia de PSM distribuida por género, en este estudio, es ligeramente superior en mujeres respecto a hombres, pero no significativa. Por tanto, aunque la distribución por género es desigual de forma significativa (mayor porcentaje de mujeres tanto en los dos niveles educativos como en el total de la muestra), este predominio de mujeres no influye en la prevalencia de PSM, ni en la global ni por niveles educativos.

Este análisis coincide con las publicaciones de Madrid (Rodríguez & Fernández, 2012), Huelva (Acosta & Burguillos, 2014) y Sevilla (Gallardo-López *et al.*, 2019). Sólo Lérida (Galdeano *et al.*, 2007) concluye que el género influye de forma significativa en el riesgo de presentar problemas psicosociales, no específicamente problemas de salud mental. El resto de publicaciones no hacen referencia al análisis por género.

La prevalencia de PSM distribuida según nivel educativo, en este estudio, es superior en docentes de IES frente a los de CEIP (15.5 % frente a 12.7 %), tanto para mujeres como para hombres. La prevalencia de PSM en hombres docentes en CEIP es la menor. Pero cuando se ha analizado la asociación de nivel educativo y género con la presencia de PSM, los valores obtenidos no son significativos. Los resultados de Galdeano *et al.* (2007) en Cataluña coinciden con éstos, la prevalencia de PSM es superior en docentes de IES frente a los de CEIP (17.4 % frente a 12.6 %).

Prevalencia de PSM y edad. Según el análisis realizado, sólo la edad influye significativamente en la presencia de PSM, éstos se incrementan en docentes mayores (52 a 65 años). Los docentes de este grupo de edad tienen un 75 % más de riesgo de presentar PSM que los jóvenes (22 a 35 años). Sin embargo, en otros estudios en los que analiza solo la presencia de Burnout, su frecuencia es menor en docentes mayores: En el estudio de Gallardo-López, (2019) realizado en docentes de los mismos niveles (CEIP e IES) en Sevilla, encontraron diferencias significativas en la presencia de Burnout en función de la edad y años de experiencia docente, aquellos con 20 o más años de experiencia presentaban niveles menores de Burnout que aquellos con experiencia de entre 11 y 19 años. Las diferencias fueron significativas tanto por años de experiencia como por edad. También en el estudio de Rodríguez y Fernández, (2012) en docentes de IES de Madrid los niveles de Burnout disminuían a partir de los 40-49 años, señalando que la relación que se establece entre Burnout y edad se

asocia principalmente al tiempo de experiencia en la profesión. En el estudio de Acosta y Burguillos, (2014) en Huelva, aunque observan un mayor porcentaje de Estrés y Burnout en mujeres y en menores de 40 años, concluyen que estas variables no influyen de forma significativa. Aunque tanto la patología como los resultados de estos estudios sean diferentes a los del trabajo, la conclusión fundamental es que la edad, de una u otra forma, influye de forma significativa en la patología mental.

La frecuencia de los distintos **perfiles psicopatológicos** de los docentes con PSM se ha distribuido por nivel educativo y género. En ambas distribuciones los perfiles más frecuentes son: Psicorrectividad, seguido por Ansiedad, Obsesión-Compulsión e Hipersensibilidad. En la distribución por nivel educativo y por género, sólo son significativas la alta frecuencia de Obsesión-Compulsión en IES frente a CEIP, y la mayor frecuencia de Somatización en mujeres. En las publicaciones revisadas no se realiza un análisis de los distintos perfiles psicopatológicos, salvo en la de Galdeano *et al.* (2007), realizado en Lérida en la que se valora la prevalencia de Ansiedad (5.8%), Depresión (5%) y Estrés (3.2%) en docentes de IES, lo que supone una prevalencia global de problemas de salud mental por estos diagnósticos del 14%, inferior a la obtenida en docentes de IES de La Rioja 15.5 %, lo que parece coherente dado que sólo se centran en estas tres patologías.

El número de docentes de CEIP e IES que requeriría **atención clínica psicológica** es 153, un 9,4% de la muestra. Teniendo en cuenta que aquellos docentes que acuden a Vigilancia de la Salud, con un alto porcentaje de repetición en las sucesivas convocatorias, coinciden en su mayoría con los que utilizan los otros servicios facilitados por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales (SPRL), como la atención clínica psicológica, podríamos definir a los componentes de la muestra como usuarios habituales de este SPRL. Durante el período 2022-2023, se atendieron 131 docentes (56 de CEIP y 75 de IES), número muy aproximado a los 153 (63 de CEIP y 90 de IES) obtenidos en el presente estudio.

En conclusión, los resultados del estudio son coherentes con las publicaciones sobre problemas de salud mental en docentes revisadas, han alcanzado los objetivos propuestos y apoyan las hipótesis planteadas, excepto la relación entre PSM, género y nivel educativo.

Los principales resultados se resumen a continuación:

La prevalencia global de PSM entre los Profesionales de la Docencia de Primaria y Secundaria de los Centros Educativos Públicos de la C.A. de La Rioja es de 14.1 %, superior a la de la población general de dicha Comunidad Autónoma (12.5 %).

Sólo la edad ha demostrado tener influencia significativa en la presencia de PSM; el género y nivel educativo, en contra de nuestra hipótesis, no están relacionados con la prevalencia de PSM.

Los docentes mayores (52 a 65 años) presentan mayor riesgo de padecer PSM, un 75 % más que los jóvenes (22 a 35 años).

Los perfiles psicopatológicos más frecuentes son: Psicorreactividad, seguido por Ansiedad, Obsesión-Compulsión e Hipersensibilidad. Destacan la alta frecuencia de Obsesión-Compulsión en IES y la mayor frecuencia de Somatización en mujeres, ambas estadísticamente significativas.

El total de docentes que requerirían **atención clínica psicológica** es 153, un 9,4 % de la muestra.

La utilización del **Listado de Síntomas Breve LSB-50** ha demostrado ser un cuestionario adecuado para conocer la situación en salud mental de un colectivo, en este caso profesionales de la docencia de CEIP e IES.

A nivel personal la realización de este trabajo ha enriquecido mis conocimientos en varios aspectos:

Dentro del ámbito de la Psicología, he aprendido a interpretar los resultados de un cuestionario de salud mental aplicado a un colectivo y a seleccionar y proponer medidas preventivas concretas y adecuadas a las necesidades detectadas en los docentes, con el fin de mejorar su estado de salud mental.

En el ámbito de la investigación, he ampliado y puesto en práctica mis conocimientos epidemiológicos y estadísticos, seleccionando y aplicando las pruebas estadísticas apropiadas al análisis de los datos recogidos e interpretando sus resultados.

Académicamente, tanto la búsqueda como la revisión de otros trabajos relacionados con el tema, me ha ayudado a tener un espíritu más crítico con las publicaciones y poder formular con más argumentos mis propias conclusiones y opiniones.

7.1. Limitaciones del estudio

Aunque la edad ha demostrado tener influencia significativa en la presencia de PSM, sólo explica el 0.4 % de lo que varía la puntuación directa del Índice de Riesgo Psicopatológico, y el género y nivel educativo no tienen influencia significativa. Esto implica que hay otras variables que influyen significativamente en la presencia de problemas de salud mental y no han podido ser evaluadas en el presente estudio, confirmando que los determinantes de la salud mental son múltiples, tanto individuales como sociales. Retomando lo expuesto en el apartado Factores de Riesgo de PSM y su Prevención (pág. 14), habría que ampliar el estudio incluyendo otros factores personales (tipo de personalidad, rasgos cognitivos, claridad emocional, autoeficacia profesional) y sociolaborales: relacionados con los alumnos (motivación), familias (colaboración, apoyo, reconocimiento) y organización-ambiente laboral.

En la búsqueda bibliográfica no se han encontrado estudios sobre problemas de salud mental en docentes en España en los que se haya utilizado el LSB-50 y pocos que, aunque utilizando otro cuestionario abordaran este análisis, lo que ha dificultado la comparación de resultados.

7.2 Prospectiva

El estudio presente puede considerarse como un estudio inicial en el análisis de los problemas de salud mental en este colectivo de profesionales de la docencia.

Tal como se ha expuesto en las limitaciones del estudio, sería necesario ampliarlo para detectar qué otras variables personales y sociolaborales, están determinando de forma significativa la presencia de problemas de salud mental en estos profesionales de la docencia. Esta ampliación podría realizarse desde el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, en el que tienen identificados a los sujetos de la muestra y centro educativo en el que trabajan. Disponen además de otros datos personales, como tiempo de experiencia profesional, y de la Evaluación de riesgos psicosociales de los centros educativos, que proporciona datos referentes a la organización y ambiente laboral.

Independientemente de la investigación propuesta, con los resultados obtenidos en este estudio, pueden ponerse en marcha actividades de prevención secundaria, actuación tras la detección precoz, priorizando la atención clínica psicológica a aquellos docentes con un percentil de Riesgo Psicopatológico igual o superior a 90, en los casos en que no la estén recibiendo ya, seguidos por aquellos con percentiles entre 85 y 89. Para llevarlo a cabo, habría que identificar previamente los individuos detectados como susceptibles de atención clínica psicológica en el estudio y comprobar si coinciden con los que acudieron a consulta psicológica en el SPRL en esos dos años.

Aunque los resultados de la investigación complementaria propuesta centrarían de forma más específica la prevención primaria, sus actividades podrían iniciarse basándose en las recomendadas por otros investigadores y recogidas en el apartado de factores de riesgo de los PSM y su prevención.

- Incrementar los recursos personales de los docentes. Mediante formación inicial y continua psicopedagógica, habilidades emocionales y de afrontamiento, sociales y autoeficiencia profesional, como gestión del tiempo de trabajo y habilidades tecnológicas.
- Formación del personal directivo de los centros en gestión de personal y modelos participativos, facilitando la comunicación entre compañeros y la participación en el proyecto educativo del centro.
- Aumentar la cooperación entre las familias, sociedad y centros educativos, a través de Escuelas de padres, Asociaciones (vecinales, de padres de alumnos). En este sentido un modelo a destacar es el de las “Comunidades de aprendizaje”, instaurado en el CEIP Caballero de La Rosa de Logroño desde 2015. En este modelo, toda la Comunidad Educativa es la responsable de la acción pedagógica del centro; profesores, alumnado, familiares, personal no docente y voluntariado participa de una manera activa en las actividades. Las acciones del centro donde se produce la participación directa con las familias, además de las habituales en cualquier centro docente, se exponen en el Anexo F (pág. 61) (CEIP Caballero de la Rosa, 2020).
- Realizar programas de sensibilización dirigidos a recuperar el prestigio social de los docentes.

Referencias bibliográficas

- Abuín, M. R., & de Rivera, L. (2014). La medición de síntomas psicológicos y psicosomáticos: el Listado de Síntomas Breve (LSB-50). *Clínica y Salud*, 25(2), 131-141.
- Acosta, C. M., y Burguillos, P. A. I. (2014). Estrés y burnout en profesores de primaria y secundaria de Huelva: las estrategias de afrontamiento como factor de protección. *INFAD Revista de Psicología*, 4(1), 303-310.
- Alonso, F. F. (2014). Una panorámica de la salud mental de los profesores. *Revista iberoamericana de educación*, 66, 19-30.
- Aluja, F. A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, Nº 55, junio 1997, 47-61.
- Álvarez, G. E., y Fernández, R. L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.
- CEIP Caballero de la Rosa. (2020). *Comunidad de Aprendizaje*.
<https://ceipcaballero.larioja.edu.es/grupos-interactivos/grupos-interactivos/272-exolicacion-grupos-interactivos>
- Calvete, Z. E. y Villa, S. A. (1999). Estrés y burnout docente: influencia de variables cognitivas. *Revista de educación*, 319, 291-303.
- Cifre, E., Llorens, S., Salanova, M., y Martínez, I. (2003). Salud psicosocial en profesores: Repercusiones para la mejora en la gestión de los Recursos Humanos. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 153-168.
- de Pedro Cuesta, J., Saiz, R. J., Roca, M., y Noguer, I. (2016). Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatría biológica*, 23(2), 67-73.
- del Pozo Armentia, A. (2000). Repercusiones de la depresión en los docentes en el ámbito escolar. *Revista complutense de educación*, 11(1), 85-103.
- de Rivera, J. L. G., de Rivera, L., y Abuín, M. R. (2012). *LSB-50: Listado de síntomas breve. Manual*. TEA ediciones.

Domènec, J. M (1982). *Bioestadística: Métodos Estadísticos para Investigadores*. Editorial Herder.

Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2010). Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria. *Ansiedad y estrés*, 16(1).

Ferreira E, y Calderón C. (2022). Evaluación de adultos: LSB-50. *Evaluación de síntomas psicológicos*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Galdeano, B. H., Godoy, P., y Cruz, E. I. (2006). ¿Es bueno el nivel de salud psicosocial de los profesores de educación secundaria? *Atención primaria*, 38(2), 129-130.

Galdeano, B. H., Godoy, P., y Cruz, E. I. (2007). Factores de riesgo psicosocial en profesores de educación secundaria. *Arch Prev Riesgos Labor*, 10(4), 174-180.

Gallardo-López, J. A., López-Noguero, F., y Gallardo-Vázquez, P. (2019). Análisis del síndrome de burnout en docentes de educación infantil, primaria y secundaria para su prevención y tratamiento. *Revista electrónica educare*, 23(2), 324-343

Guerrero-Barona. E. (1998). Un estudio sobre absentismo: análisis descriptivo. Las bajas laborales docentes. *Campo Abierto*, Nº 15-1998, 44.

Guerrero-Barona, E., y Rubio, J. J. C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del “burnout” en el ámbito educativo. *Salud mental*, 28(5), 27-33.

Guerrero-Barona. E., Gómez del Amo, R., Moreno-Manso. J. M., y Guerrero-Molina. M. (2018). Factores de riesgo psicosocial, estrés percibido y salud mental en el profesorado. *Revista Clínica Contemporánea* (2018), 9, e2, 1-12.

Hnaires, M. J., Ruiz-Pérez, I., y Sordo, L. (2020). Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114-119.

Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV) - Año 2023. Experimental*. Nota de Prensa.

Martínez-Otero, P. V. (2003). Estrés y ansiedad en los docentes. *Pulso: revista de educación*, 26, 9-22.

Moreno, J. B., Garroso, H. E. y González, G. J. L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout
del profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2),
151-171.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., y Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de
problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y
salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.

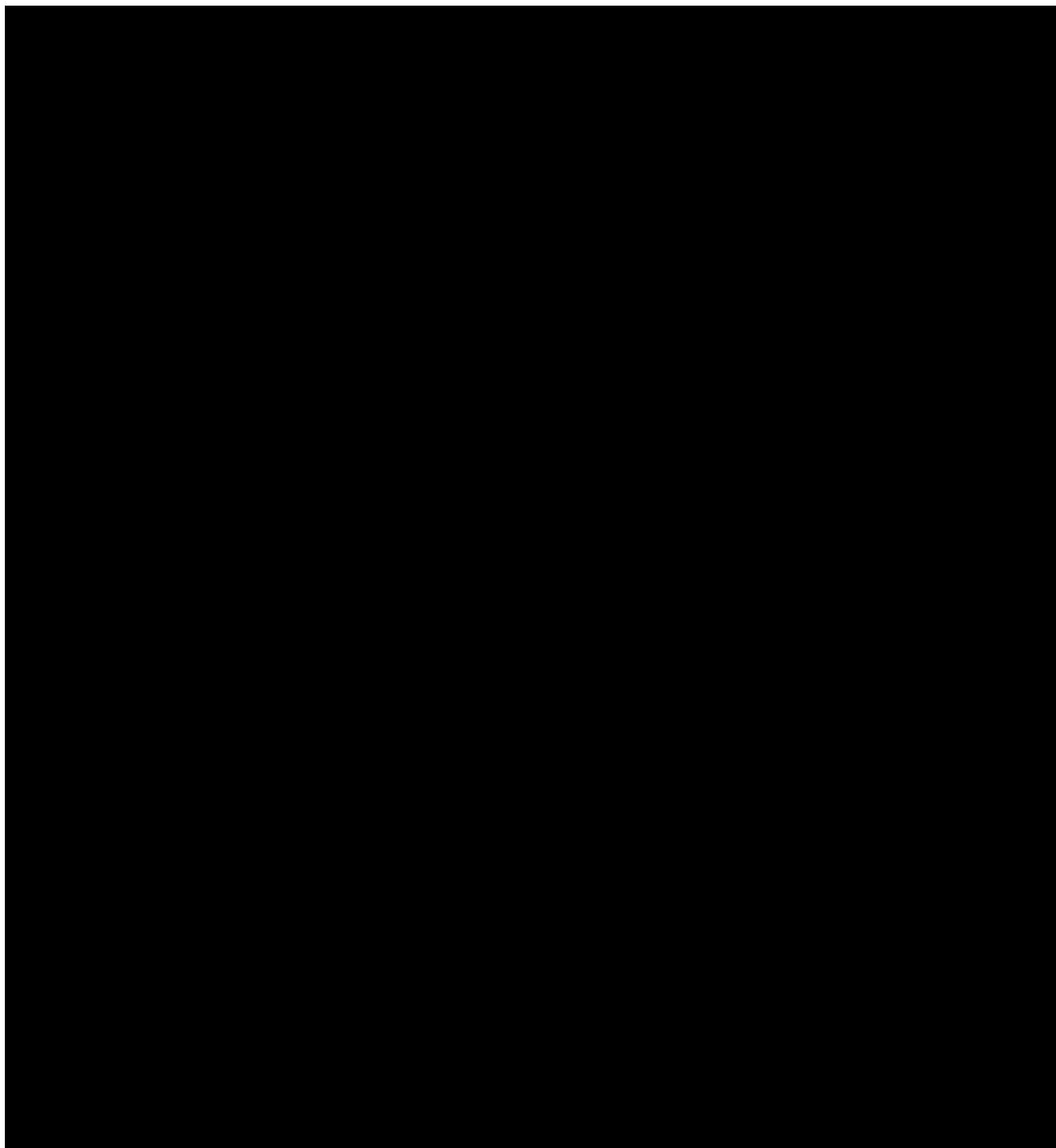
Rodríguez, M. J. M., y Fernández, D. M. J. (2012). El síndrome de Burnout en el profesorado
de Secundaria y su relación con variables personales y profesionales. *Revista española de
pedagogía*, 259-277.

Salgado, R. A. (2022). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)
Aproximación al documento y valoración crítica. *Revista clínica contemporánea*, 13(e7), 1-
9.

Serrano, R. M. A., Moya, A. L. y Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: Indicadores
cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.

World Health Organization. (2022). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud
mental para todos*. Panorama general. World Health Organization.

Anexo A. Informe favorable



Anexo B. Formulario de memoria

Formulario de memoria de TFE

Este formulario debe ser cumplimentado por todos los estudiantes que realicen un estudio de investigación y requieran la inclusión de participantes para recoger datos de carácter personal, información clínica, revisión de historia clínica, etc.

Título del Máster: Máster Universitario en Psicología General Sanitaria.

Título del Trabajo Fin de Máster: Valoración de la Salud Mental en Docentes de Primaria y Secundaria de Centros Educativos Públicos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Nombre del estudiante: Yongchu Gaviria Benito.

Centro/os en los que se realizará el estudio: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de La Rioja.

Nombre del Director de TFM de UNIR: Irene Martínez Gallego.

1.- DOCUMENTACIÓN DEPOSITADA EN LA COMISIÓN DE TFM DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE UNIR

- Memoria científica del estudio.
- Modelo de consentimiento informado para los participantes.
- Autorización del centro para la realización del TFM.
- Documento de confidencialidad firmado.

2.- VALOR SOCIAL Y JUSTIFICACIÓN

Justificación del estudio

Las profesiones con un mayor riesgo de psicopatología son aquellas que implican un contacto diario, directo y continuado con personas. Entre estos se encuentran los profesionales de la docencia dadas además las altas exigencias de su profesión y su responsabilidad en la educación del alumnado de diferentes etapas educativas, no solo académica sino también en valores. Destacan dentro de estos problemas psicopatológicos el estrés laboral, el síndrome de Burnout, ansiedad y depresión. Esto ha incentivado los estudios sobre alteraciones mentales en docentes.

El estrés relacionado con el trabajo, en población general, afecta al 28 % de la población trabajadora segun la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2002). En algunos estudios específicos en docentes se hayan porcentajes de estrés que alcanzan el 45,7 % (*Contreras y Peña, 2014*). Todo ello nos ha llevado a plantearnos la valoración de la Salud Mental en los profesionales de la docencia de Primaria y Secundaria de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Objetivos

El objetivo principal del estudio es medir el nivel de salud mental en los profesionales de la docencia de primaria y secundaria de centros educativos públicos de La Rioja.

Objetivos específicos:

- Determinar el grado de afectación psicopatológica global de los evaluados, así como el número de síntomas presentes y su intensidad.
- Determinar el perfil psicopatológico de los evaluados (forma particular de expresión de psicopatología).
- Comparar los resultados anteriores según se trate de docentes de primaria o secundaria con el fin de adoptar medidas preventivas según las diferentes etapas educativas.
- Estimar el número de docentes que requerirían atención psicoterapéutica.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de prevalencia de rasgos psicopatológicos en Docentes de Primaria y Secundaria mediante el Listado de Síntomas Breve LSB-50. Posteriormente análisis de la relación con las variables de interés mediante el test X^2 , la prueba t de Student y el cálculo de odds ratio. Comparación de la prevalencia entre Primaria y Secundaria mediante Análisis de la Varianza (ANOVA).

Muestra

Defina la población/muestra diana del estudio.

Profesionales de la docencia de Primaria y Secundaria que han participado voluntariamente en la Actividad de Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Gobierno de La Rioja, durante un período de dos años. (Al realizarse la vigilancia de la salud cada dos años, durante este período se ha convocado a todos los docentes de primaria y secundaria de los centros públicos de La Rioja).

Indique los criterios de selección utilizados para escoger la muestra del estudio.

- Ser docente de educación primaria o secundaria en un centro público de La Rioja.
- Haber participado en la Actividad de Vigilancia de la Salud entre el 2 de Enero del 2022 y el 30 de Diciembre del 2023.

Intervención (si procede)

No procede

Variables de resultado

Enumere las variables de estudio (datos sociodemográficos, datos clínicos, neuropsicológicos etc.) que se recogerán a lo largo del desarrollo del estudio.

Sociodemográficas: Edad, sexo, centro de trabajo (primaria, secundaria) y relación laboral.
Clínicas: Índice global de severidad, número de síntomas presentes, índice de intensidad de síntomas presentes, psicorreactividad, hipersensibilidad, obsesión-compulsión, ansiedad, hostilidad, somatización, depresión, alteraciones del sueño, alteraciones del sueño-ampliada, índice de riesgo psicopatológico.

4.- RECOGIDA DE DATOS

El procedimiento de recogida de datos se lleva a cabo mediante la autocumplimentación del cuestionario Listado de Síntomas Breve LSB-50, que realiza el docente el día que acude al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para el reconocimiento médico.
Ese mismo día se actualizan, si procede, sus datos sociodemográficos.

5.- ASPECTOS ÉTICOS

Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

Si el TFM está englobado en un proyecto de investigación del centro en el que se va a recoger la información de los participantes, indique si se ha obtenido la aprobación por parte de un CEIC del centro (adjuntar copia) o si está en trámite.

No procede.

Consentimiento informado

Asegúrese de que el Consentimiento informado (elaborado por el centro o por usted, siguiendo el modelo disponible en UNIR) recoge los siguientes aspectos (marcar con una X):

- Objetivo y finalidad del estudio
- Procedimiento del estudio
- Beneficios y riesgos del estudio
- Participación voluntaria
- Derecho de abandono
- Protección y confidencialidad de los datos

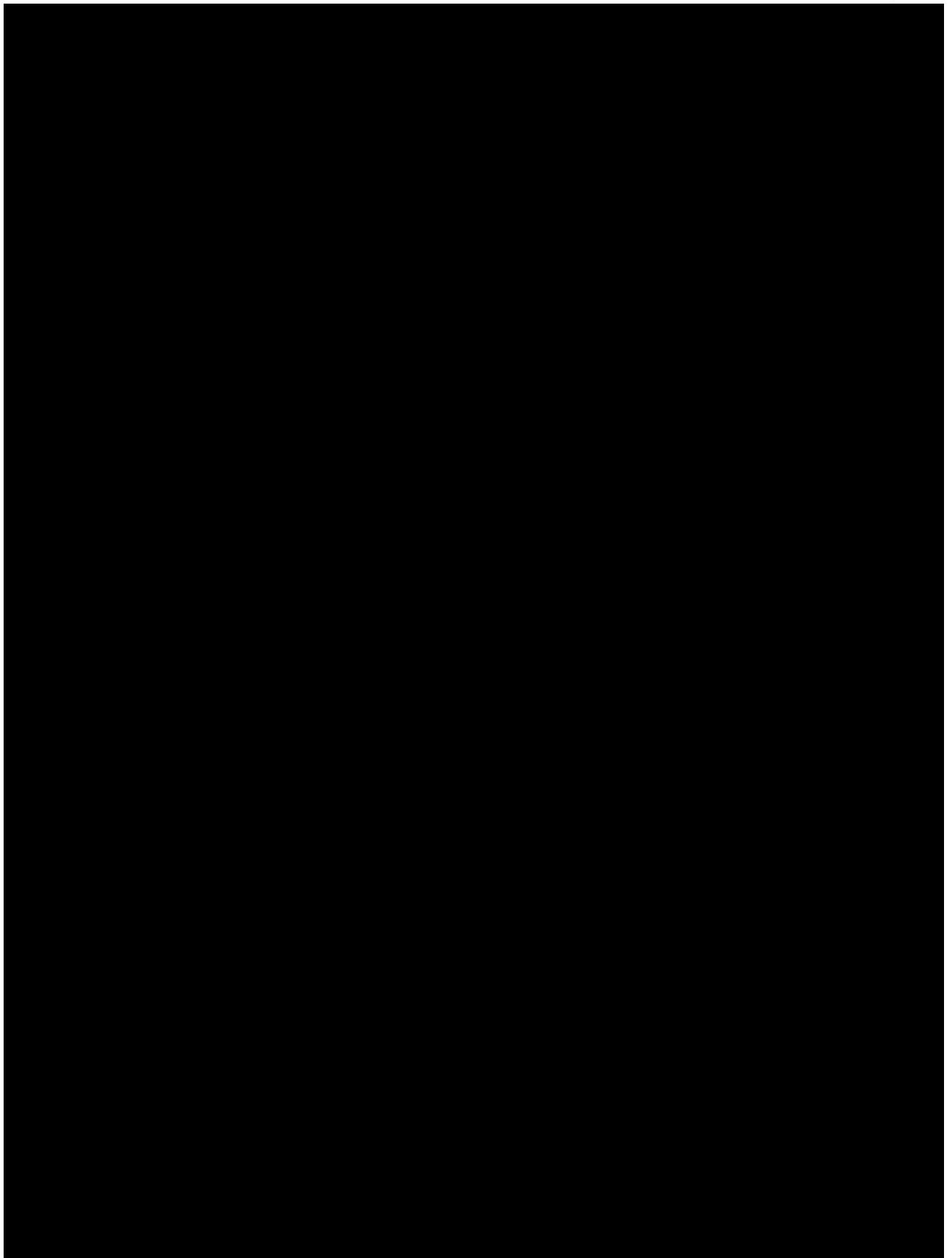
Además, es importante tener en cuenta lo siguiente:

Confidencialidad. Los estudiantes de TFM deben garantizar que ni los nombres, ni cualquier otro dato que pueda llevar a la identificación de los participantes en el estudio serán publicados en ninguno de los trabajos que se deriven de este estudio. Todos los datos de carácter personal necesarios para el desarrollo del estudio están sujetos a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal y garantía de derechos digitales, complementaria al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de Europa de 27 de abril sobre protección de datos (GRDP). Cada uno de los sujetos que participen en el estudio recibirá un código con el que será identificado, ningún otro dato de carácter personal será difundido o utilizado a lo largo del estudio.

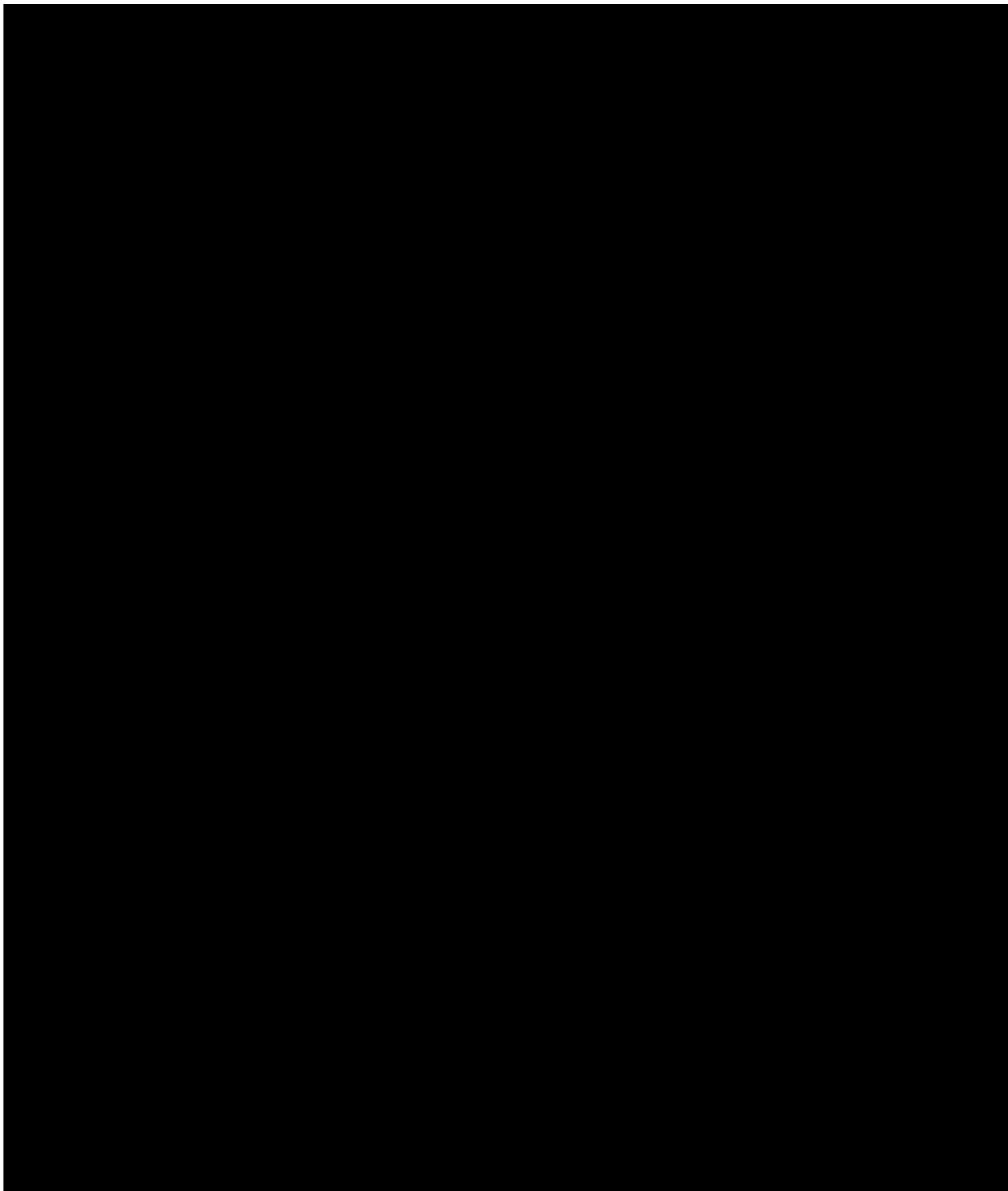
El desarrollo de la presente propuesta de trabajo cumple, en materia de investigación con la siguiente normativa (marcar con una X):

- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018.

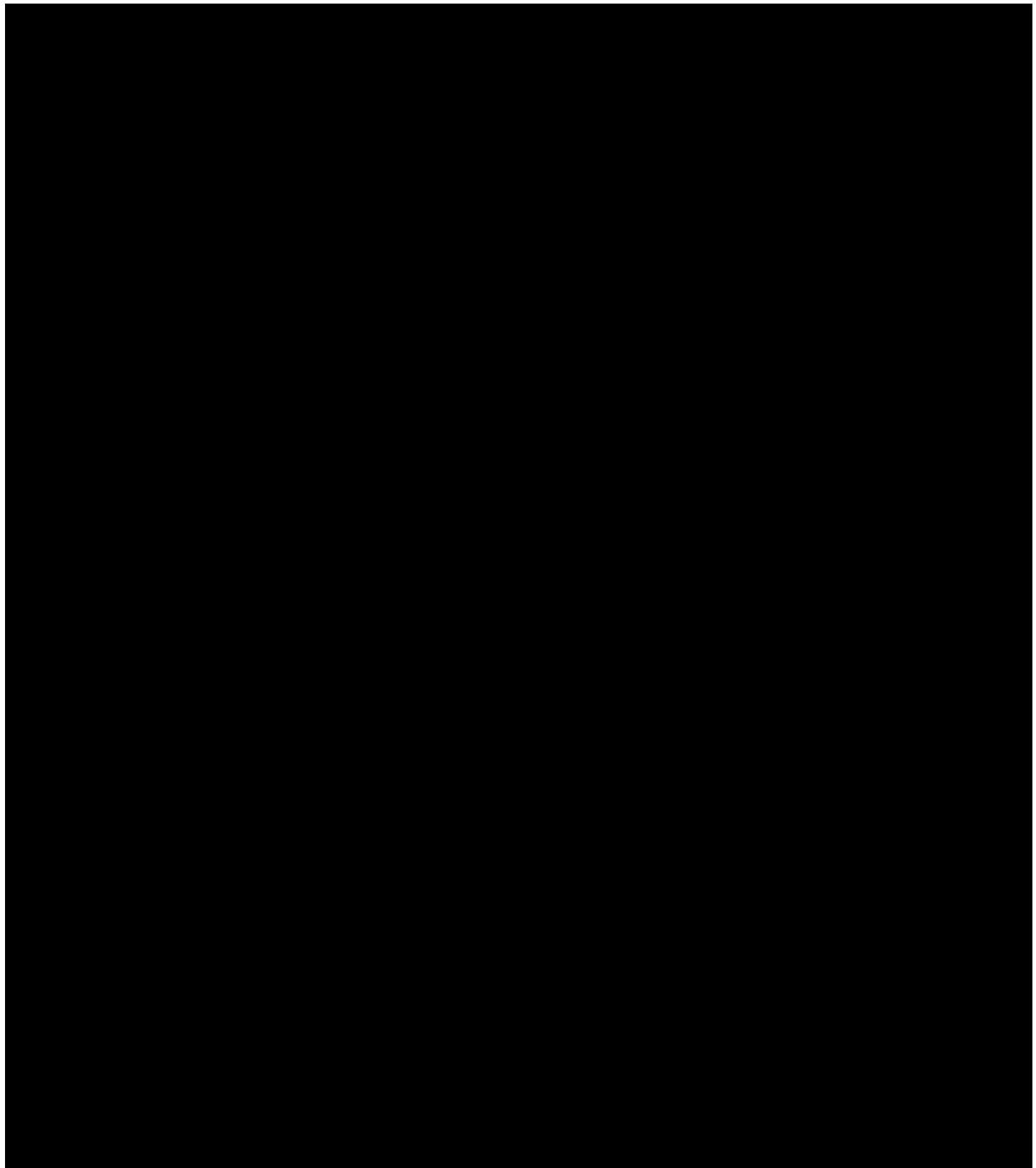
Anexo C. Compromiso de confidencialidad de datos



Anexo D. Autorización del centro



Anexo E. Consentimiento informado para los participantes



Anexo F. Comunidad de Aprendizaje CEIP Caballero de la Rosa

CUMPLIENDO SUEÑOS

