

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE

**PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA Y
MANIFESTACIONES SOMÁTICAS ENTRE DOCENTES DE
MATERIAS ACADÉMICAS
Y DE EDUCACIÓN FÍSICA**

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación
para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud

VANESSA SANTISTEBAN VALVERDE

Campus Presbítero Benjamín Núñez, Heredia, Costa Rica

2009

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA CALIDAD DE VIDA Y MANIFESTACIONES
SOMÁTICAS ENTRE DOCENTES DE MATERIAS ACADÉMICAS Y EDUCACIÓN
FÍSICA

Vanessa Santisteban Valverde

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación, para
optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud.
Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional

Heredia, Costa Rica

Miembros del Tribunal Examinador

Dr. Jorge Quirós Arce
Decano de la Facultad Ciencias de la Salud

MSc. M^a Antonieta Corrales Araya
Tutora

MSc. Gerardo Araya Vargas
Lector

MSc. Carolina Cordero Castro
Lectora

Vanessa Santisteban Valverde
Sustentante

Tesis sometida a la consideración del Tribunal Examinador de Trabajos de Graduación, para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud.
Cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Nacional.
Heredia, Costa Rica

DESCRIPTORES

Manifestaciones somáticas, calidad de vida, bienestar,
Educación, docentes de materias académicas, docentes de educación física

RESUMEN

El propósito de esta investigación es analizar la percepción subjetiva de la calidad de vida y manifestaciones somáticas y la relación entre éstas, de los (as) educadores (as) de materias académicas y educadores(as) físicos(as), que laboran en instituciones públicas de secundaria del área metropolitana.

Este estudio se realizó con 188 educadores (as), 92 hombres y 96 mujeres de los cuales 93 eran educadores físicos y 95 imparten materias académicas, los criterios de selección fueron: trabajar en instituciones públicas de secundaria (Ministerio de Educación Pública), tener plaza en propiedad o interinos y estar laborando en el área metropolitana. (Alajuela, Heredia y San José).

Se aplicó el cuestionario para determinar datos personales, un segundo instrumento de cuarenta ítems con su escala de valoración, sobre las distintas dimensiones de la calidad de vida, realizado por Cordero, Mora y Murillo (2000), basado en los parámetros dados de Evans y colb (1985); Frisch y colb (1989), citado en Simón (1999) que midió las dimensiones física, espiritual, emocional, intelectual, ocupacional y ambiental. Un tercer cuestionario elaborado por la investigadora de este estudio con diecisiete ítems que midió la manifestación somática del individuo, el mismo se aplicó en el año 2000 a cincuenta docentes de distintas materias como prueba piloto.

A los datos obtenidos en los diferentes instrumentos se les aplicó un tratamiento de estadística descriptiva, además de estadística inferencial, factorial y correlativa, mediante el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS-PS.

Los resultados del cuestionario de manifestación somática al aplicárseles una Manova se pudo determinar que existe interacción triple significativa en el promedio de los puntajes de los 17 ítems que contiene dicho cuestionario, donde las manifestaciones somáticas de los y las personas estudiadas difieren según sea el sexo, la edad y la materia que impartan. Se determinó que tanto los hombres como las mujeres de materias académicas presentan una mayor frecuencia de la manifestación somática “dolores de cabeza” en comparación con los y las docentes de Educación Física. Igualmente se presentó una interacción doble significativa entre sexo y materia ($F: 6,811; p < 0.05$), en donde los profesores de materias académicas presentan más resfríos que los profesores de Educación Física, no encontrándose diferencia significativa entre las profesoras de dichas materias para esta manifestación somática. Para el enunciado “sufro de pérdida del apetito sexual” se presentó interacción doble significativa ($F: 2,746 p < 0.05$) entre sexo y grupo de edad, en donde los varones entre los 21 a 27 y los 28 a 34 presentaron una menor incidencia de dicha manifestación somática. Asimismo las mujeres que se ubicaron en el grupo de edad de 42 a 48 años, reportaron mayor presencia de pérdida del apetito sexual que las mujeres de 21 a 27 años. Las mujeres de 28 a 34 años tuvieron significativamente mayor pérdida del apetito sexual que los hombres en este grupo de edad.

Los resultados de las manifestaciones somáticas reportados por los educadores encuestados de materias académicas, evidenciaron que los padecimientos que sufren con mayor frecuencia en comparación con los profesionales en educación física son: dolor muscular, dolor de espalda y cuello, además de dificultad para conciliar el sueño, tensión muscular, náuseas estreñimiento, cansancio, así como problemas estomacales.

En cuanto a los resultados derivados de la percepción subjetiva relativa a la calidad de vida (cv) y las manifestaciones somáticas (ms), al aplicársele la correlación de Pearson sobresale el reporte de diferentes padecimientos o enfermedades que van desde los más comunes como un dolor de cabeza o resfrío hasta los más complejos como la impotencia sexual o disfunción sexual (mujer). La insatisfacción laboral, el no poder cubrir económicamente las necesidades básicas y el no tener más tiempo libre del que se deseara entre otras, son situaciones de la vida cotidiana que tienen como factor desencadenante el estrés, contribuyendo esto a la manifestación de dichos padecimientos.

Dedicatoria

A mi mamá por impulsarme a finalizar lo que empecé y por todo el apoyo desde el principio hasta el final. Esto es para ti.

A Fabi porque es por él que me esfuerzo, para darle todo lo que sea posible para su mejor desarrollo físico, mental y espiritual. Te amo

A toda mi familia por estar siempre a mi lado apoyándome en todo lo que emprendo.

A Dios porque aunque lo cité de último, realmente es el primero pues es el motor que me permite seguir adelante.

Y como lo cita S. Johnson “No es la fuerza sino la perseverancia la que realiza grandes cosas”.

Agradecimiento

Le agradezco a la vida la oportunidad de darme retos como éste, el cual puede poner al límite la paciencia, el tiempo, el esfuerzo y principalmente la perseverancia.

A todas aquellas personas que de una u otra manera han dejado su huella, desde la más pequeña hasta la más grande en el trayecto de ésta increíble aventura.

Al profesor Pedro Ureña porque con él logré darle el comienzo a esto que estoy finalizando hoy.

A Caro una gran compañera y amiga la cual me brindó todo su apoyo y conocimiento para poder llevar a la perfección este trabajo.

Al profesor Gerardo Araya por compartir desinteresadamente todo su conocimiento.

A Harry Fernández, un gran Director y profesor así como un ejemplo vivo de lo que debe ser un maestro para quienes quieren desempeñarse en la labor educativa. Mil gracias.

Y a M^a Antonieta Corrales un ser incondicional que no escatima en tiempo, esfuerzo y dedicación para ayudar a los demás. Gracias por todos tus consejos y sabiduría, que Dios te bendiga siempre y multiplique toda la generosidad que les brindas a las personas que te rodean. Sigue esparciendo tu luz.

TABLA DE CONTENIDOS

Página

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema	1
Justificación	1
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Definición de términos	9

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

Calidad de vida	10
Determinantes subjetivos de la calidad de vida	18
Determinantes objetivos de la calidad de vida	26
Modelos explicativos de la relación mente y las enfermedades somáticas	35
Conceptos de ocio, tiempo libre y recreación	38
Consideraciones socioeconómicas	40
Calidad de vida actual de los y las educadores (as)	41

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Sujetos	45
Instrumentos	46
Procedimientos	47
Análisis estadístico	47

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

48

56

75

77

80

87

TABLA DE CUADROS

	Páginas
Anexo 5. Tabla 1. Correlaciones de Pearson entre manifestaciones somáticas(ms) típicas y algunas percepciones de bienestar relativas a la calidad de vida en distintos ámbitos	94
Anexo 6. Tabla 2. Simbología de las percepciones subjetivas relativas a la calidad de vida (cv) y las manifestaciones somáticas(ms)	96

TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grupo de edad de los docentes encuestados según sexo y materia que imparten	Páginas 45
--	---------------

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Planteamiento y delimitación del problema:

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo, se puede considerar desde distintos puntos de vista o dimensiones como la económica, ambiental, tecnológica, sociológica, espiritual, cognoscitiva, física entre otras. La calidad de vida busca un bienestar o equilibrio de ser posible en todas o la mayoría de las dimensiones citadas anteriormente. La sociedad actual tan acelerada hace que este balance no se pueda dar.

El foco de esta investigación son los y las educadores (as) tanto de materias académicas como los de Educación Física, específicamente porque su estilo de vida es muy agitado, tienen cargas excesivas de trabajo, un nivel altísimo de estrés y muy poco tiempo libre para distraerse o recrearse.

Por lo tanto con este estudio se pretende determinar ¿cuál es la relación entre la percepción subjetiva de la calidad de vida y las manifestaciones somáticas de educadores de materias académicas y educadores físicos, que laboran en instituciones públicas de secundaria del Área Metropolitana?

Justificación:

El fenómeno de la calidad de vida representa un campo de estudio relativamente nuevo. Es por eso que cada vez son más numerosos los trabajos de investigación que intentan relacionar los diferentes componentes de la percepción subjetiva de la calidad de vida con la percepción objetiva o respuesta orgánica ante las distintas situaciones.

Este campo de investigación resulta interesante, ya que existen muchos aspectos en el estilo de vida que pueden afectar la calidad de vida de un individuo, sea éste en el ámbito social, ocupacional, espiritual y psicosocial; y por ende interferir en su desempeño en el campo familiar y social.

El objeto de estudio cobra importancia desde el momento en que se observa que ciertas conductas, comportamientos o hábitos pueden generar simultáneamente manifestaciones a nivel fisiológico o psicológico, limitando con ello todo el potencial que puede poseer un individuo y provocar una desestabilidad en las dimensiones citadas en el párrafo anterior y convertirlo en un ser humano vulnerable ante las diferentes situaciones que le presenta la vida.

A partir de lo anterior y para efectos de esta investigación, Griffin (citado en Fernández y García 1999) define calidad de vida óptima, como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas sin chocar drásticamente con lo establecido por la sociedad y la cultura. Este estado de bienestar requiere que el individuo actúe afirmativamente ante los retos y las demandas de su entorno.

Las cualidades y las características de un individuo con una calidad de vida óptima fueron descritas por Maslow (1970), tomado de la Enciclopedia Encarta 2002) refiriéndose a una persona autorrealizada, como la que satisface sus necesidades básicas, así como sus necesidades de amor, seguridad y reconocimiento.

Gómez (1993) considera el nivel de bienestar como aquel en el que el ser humano consigue satisfacer sus necesidades básicas, Rittner (1995) definió la satisfacción vital como el grado en el que el individuo juzga favorablemente la calidad de su vida como un todo.

Existe cierta confusión entre los conceptos de calidad de vida, bienestar y otros empleados en la literatura como sinónimos. Sin embargo, para efectos de este estudio, se utilizará únicamente el concepto multidimensional de la calidad de vida.

García (1991) conceptualizó la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, de felicidad, satisfacción y recompensa, tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones, confianza y otros.

Actualmente en las sociedades complejas que han alcanzado un alto nivel de bienestar, satisfechas sus necesidades básicas, dirigen sus progresos hacia la satisfacción de necesidades de otro orden, denominadas terciarias (servicios sociales, comunicación, sanidad y educación), (Lagardera, 1992). Una vez satisfechas estas necesidades los esfuerzos se inclinan a necesidades de otra naturaleza. De manera que, la calidad de vida viene a estar determinada por una variedad de necesidades en el ámbito de demandas y de estilos de vida; que se reflejan en los diferentes niveles de la calidad de vida (Saeki, 1992).

Los hábitos o estilos de vida que adoptan los sujetos determinan en gran medida la calidad de vida que posee un individuo, Cathelat citado en Lagardera (1992, página 413) definió el estilo de vida como "... modos de vida particulares; conformados por un esquema robot o un esquema de vida práctico, encarnado, conyugal, local, sectorial, que se asocia a la creencia de valores de referencia con actitudes implícitas, modelos de comportamiento subconsciente y hábitos, un lenguaje, sus imágenes, símbolos, conductas organizadas de vida familiar, profesional, comercial, social, cultural y de ocio...".

De esta manera un estilo de vida vendría a representar todo un programa complejo de comportamientos, de ahí la importancia de tener una noción de lo que es un estilo de vida ya que a la hora de diseñar o dibujar un mapa o perfil de los comportamientos sociales de una población determinada, resulta de mucha utilidad.

Lagardera (1992), señaló que estos comportamientos varían según el contexto o cultura donde se desarrolle, por lo tanto, estas formas específicas de obrar, sentir e incluso de pensar diferente, pueden ser asociados a diferentes sociotipos, personas de determinado género, edad,

nivel sociocultural, poder adquisitivo, construyendo así unas tendencias comportamentales que se dan en diferentes grupos sociales.

La calidad de vida de las personas y por ende su percepción de la misma, va a estar fuertemente influenciada por el contexto en el que se desenvuelve y por las condiciones educativas, emocionales, intelectuales, espirituales, económicas entre otras, que este le ofrece.

De ahí que si el estado de bienestar de las personas en la mayoría de las dimensiones que conforman la calidad de vida es buena, la posibilidad de presentar algún tipo de manifestación somática es menor o disminuye considerablemente en comparación con aquellas personas en las que la satisfacción que sienten en la mayoría de las dimensiones citadas anteriormente no es buena.

Según el Manual de Psicología de la Salud (Amigo, 1998), existen varios modelos que tratan de explicar la relación entre la mente y las enfermedades somáticas. Entre ellos podemos mencionar: El modelo dualista, el modelo de casuística unitaria directa y el desarrollo ulterior de las teorías de la medicina psicosomática y el modelo biopsicosocial de la enfermedad entre otros.

Este último proporciona un enfoque para estudiar la relación entre enfermedad y factores psicosociales. La psicoimmunología orienta el enfoque actual cuyo objetivo es comprender el progreso de transfección el cual consiste en asociar el tipo de conducta con el desarrollo de una determinada enfermedad.

En cuanto a los estudios que se han realizado para determinar la calidad de vida Amigo (1998), pretendía realizar un diagnóstico sobre la calidad de vida con la que contaría Latinoamérica para los años venideros, concluyendo que Latinoamérica cuenta con escenarios intertropicales, templados, fríos y marítimos que pueden incidir en el mejoramiento de la calidad de vida.

La Universidad de Murdoch, Australia (Fasting, 1991), en un estudio realizado en 1992, pretendía medir el tipo de influencia que genera el deporte en la calidad de vida de la mujer, concluyendo que en la mayoría de las ocasiones las mujeres se ven a sí mismas contribuyendo a aumentar la calidad de vida de otras personas, especialmente miembros de su familia inmediata y esto proporciona en sí misma sus legítimas recompensas. Sin embargo, el deporte competitivo podría trabajar en contra de una mejora en su calidad de vida dado que además de las exigencias en el hogar y en el trabajo, el deporte es exigente y en ocasiones injusto, destructor y explotador en contraparte irregular, genera recompensas que las mujeres son capaces de obtener.

En contraposición Setien (1996), demostró que el deporte femenino real mejora el deporte y la calidad de vida tanto de las mujeres como el de los hombres. En investigaciones realizadas hasta el momento se puede asegurar con certeza que la actividad física, el deporte y la recreación y los hábitos favorables de la salud; constituyen un factor importante que condicionan la calidad de vida (Reid, 1992, Biddel, 1992, Buñuel, 1992, Boruslav, 1992, Lagardera, 1992, Ottesen, 1992, Saeki, 1992). Existen múltiples instrumentos disponibles para la evaluación general de la calidad de vida de los cuales hablaremos posteriormente.

El ser humano considerado individualmente o como sociedad, está primordialmente influido por lo que denominaremos, factores de dependencia, estos corresponden básicamente a lo que influyó desde el punto de vista fisiológico, psicofisiológico, cultural, social y ecológico.

Si estos son deficitarios o insuficientes producen en el individuo, un efecto negativo; que se manifiesta en una mala calidad de vida. Por otra parte sí estos factores de dependencia son satisfactorios, ellos determinan un efecto positivo generando un buen nivel de calidad de vida y, por lo tanto, se transforman en el fundamento para otros niveles de aspiración mayores.

Con relación al educador (a) en general y al educador (a) físico (a) específicamente, su vida esta marcada principalmente por una gran variedad de factores que condicionan su calidad de vida. Por ejemplo la mayoría de educadores (as) físicos (as) trabajan principalmente

en instituciones de carácter público; en donde deben impartir hasta 46 lecciones semanales; con grupos numerosos e infraestructuras insuficientes (M.E.P., 1996). Condiciones similares presentan los profesores de materias académicas.

Otra característica con relación a su papel, es que su trabajo está más expuesto a condiciones de tipo ambiental, como trabajar al aire libre, por lo que afecta el sol, el calor, el frío, el viento, la humedad, el ruido, entre otros. Así como el permanecer de pie durante casi toda la lección, la cantidad de tareas que desempeña en el lugar de trabajo y otros factores que influyen negativamente en su calidad de vida.

Independientemente de la línea en que se desenvuelva un (a) docente sea este de corte académico (materia básica) o de corte especial (educación musical, educación para el hogar), y educación física los ámbitos individual concretamente, este está influenciado por una serie de condiciones cambiantes que van a determinar su desempeño a corto, mediano y largo plazo, así como la manera de conducirse en el ámbito familiar y social.

Se cuenta con investigaciones como la de Porras y Mora (1999), en donde se realizó un estudio exploratorio acerca del presupuesto del tiempo libre de los educadores físicos del área central del país durante 1999, el propósito del mismo era conocer las actividades a las que dedican los educadores físicos su tiempo libre con el fin de determinar si existía o no una diferencia significativa en cuanto a género, edad y estado civil. Dentro de los resultados obtenidos se encontró que en los (as) docentes de Educación Física se da una preferencia por realizar actividad física en su tiempo libre, asistir a parques recreativos y practicar algunos deportes como el fútbol, el atletismo y la natación, además de dedicar de 2 a 6 horas y de 2 a 3 veces por semana la práctica de dichas actividades.

Otro trabajo como el presentado por Mosquera y Monge(1999) en el cual también se determina la calidad de vida de los educadores del Área Metropolitana tomando en cuenta las dimensiones trabajo, tiempo libre y salud. En ambos estudios la población foco de atención fueron los educadores físicos del valle central, e investigaron casi los mismos aspectos de la calidad de vida.

Es por ésta y otras situaciones que nace la inquietud de realizar ésta investigación en donde no solo se considera a otro tipo de población a parte de los (las) educadores (as) físicos (as), sino que también los cuestionarios que se aplican abarcan otras dimensiones aparte de las ya mencionadas en otros trabajos.

Además la realización de este estudio es básicamente porque se considera que hay una serie de factores que pueden alterar la calidad de vida de una persona y no limitar estos factores al aspecto individual. Además de demostrar; con base en estudios previamente realizados, de que existe una estrecha relación entre la calidad de vida y la respuesta orgánica entre los docentes de las materias básicas y docentes de educación física.

Este análisis es de corte inferencial, factorial y correlativo ya que mediante una revisión de múltiples aspectos que caracterizan la calidad de vida de docentes tanto académicos como de educación física se podrá establecer la relación descrita en el párrafo anterior.

Unos de los aportes más importantes de esta investigación es brindar información sobre muchos aspectos de la calidad de vida que aún son desconocidos por una gran cantidad de personas, tanto a los que cuentan con estudios profesionales, como a los que carecen de ellos. Y a partir de los resultados obtenidos al realizar dicha relación promover a nivel de planificación la elaboración de programas que se enfoquen en mejorar las condiciones con las que tiene que enfrentarse los (las) educadores (as) independientemente de su corte de trabajo para que su desempeño sea el mejor y los (las) mayores beneficiados (as), los (las) alumnos (as).

OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar la relación entre la percepción subjetiva de la calidad de vida y la manifestación somática, que presentan docentes de materias académicas y de educación física que laboran en secundaria, en el sector público, del área metropolitana, durante el 2005.

Objetivos específicos:

1. Determinar la percepción subjetiva de calidad de vida, que presentan docentes de materias académicas y de educación física que laboran en secundaria, en el sector público, del área metropolitana, durante el 2005.
2. Conocer las manifestaciones somáticas más frecuentes, que presentan docentes de materias académicas y de educación física que laboran en secundaria, en el sector público del área metropolitana, durante el 2005.
3. Correlacionar la percepción subjetiva de la calidad de vida y las manifestaciones somáticas que presentan los y las docentes de materias académicas y de educación física que laboran en secundaria, en el sector público, del área metropolitana, durante el 2005.

Definición de términos

Calidad de vida: Estado de bienestar en las dimensiones física, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional, entre otras, que le permite al individuo satisfacer de una manera adecuada sus necesidades individuales y colectivas.

Percepción: Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos. (Diccionario Encarta, 2002)

Somatización: Transformación de los trastornos psíquicos en síntomas orgánicos y funcionales. (Diccionario Encarta, 2002)

Ocio: Cesación del trabajo, diversión u ocupación reposada. Estado de existencia (ser) en el cual la actividad se efectúa para mi propio bien y con un propio fin. (Diccionario Larousse, 1987).

Tiempo libre: Es el tiempo que se origina cuando se elabora un mundo opuesto al trabajo, un mundo con sus valores y exigencias propias, en un mundo que está orientado hacia el trabajo, y que exige actividades recreativas específicas. (Bolaños, 1994)

Recreación: La recreación es la acción y efecto de recrear o recrearse, es una diversión para el alivio del trabajo. (Diccionario Larousse, 1987).

Educador Físico: Docente que se prepara profesionalmente y su función se enmarca no solo en la formación física o motriz, sino también en la formación integral de la persona. (Pila, 1988).

Capítulo II

MARCO CONCEPTUAL

El presente capítulo corresponde al apoyo bibliográfico del tema investigado, entre ellos aspectos sobre la conceptualización de la calidad de vida, tomando en cuenta los determinantes objetivos y subjetivos de la misma, definición de somatización y sus distintas manifestaciones a un padecimiento específico. También se toma en cuenta la calidad de vida actual del (a) educador y distintos estudios relativos a la calidad de vida.

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha estado relacionado históricamente con el de “felicidad”, y este a su vez con el de “virtud” y “bienestar”. La calidad de vida óptima se define como un estado de bienestar. Este estado de bienestar requiere que el individuo actúe afirmativa y responsablemente ante los retos y las demandas de su entorno. También requiere visión, esperanza y confianza en el presente y en el futuro.

Este sentimiento de “estar bien” es afectado por la salud física actual, el pensamiento constructivo, las molestias diarias, la satisfacción en el trabajo, la exaltación del mundo, y los recursos personales y esfuerzos (Diener y Fujitar, 1995; Freist y otros, 1995).

Inglehart (1991), definió la calidad de vida como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social tal y como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, actividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros.

Más recientemente Cofer (1990) entiende calidad de vida como “...cosas como disfrutar de libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar

satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir pocas pastillas, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar sentido a la vida, independientemente de si ésta consiste en valores materiales o ideales”.

La Organización Mundial de la Salud (1986, pág.27) reconoce que no es tan importante la cantidad de años que se viven como la calidad de los años vividos; y que por tanto, es necesario que los esfuerzos se concentren en:

- a) Asegurar la igualdad ante la salud, reduciendo las diferencias en el estado sanitario entre los países y entre los grupos socioeconómicos en el interior de un mismo país.
- b) Añadir vida a los años, asegurando el pleno desarrollo y la plena utilización del potencial físico y mental integral o residual de las personas; de manera que le permita gozar plenamente de la vida y abordarla de manera sana.
- c) Añadir salud a la vida, reduciendo la morbilidad y la incapacidad.
- d) Añadir años a la vida, luchando contra la muerte prematura, o, lo que es lo mismo, alargando la esperanza de vida.

Por lo tanto, en cualquier definición de la calidad de vida se debería incluir alguno(s) de los siguientes aspectos (Informe Estado de la Nación, 1996):

- 1) Las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional;
- 2) El sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital;
- 3) Las condiciones socio-materiales objetivas de existencia y la percepción subjetiva de las mismas (aspecto subjetivo).
- 4) La satisfacción derivada de las condiciones materiales, reales, correctas y psicológicas de las personas;
- 5) La percepción subjetiva del nivel de salud personal y su capacidad para comportarse de una forma subjetivamente satisfactoria;
- 6) La percepción de la utilidad del significado de vivir y la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

En fin la calidad de vida consiste en tener un equilibrio entre el cuerpo, la mente y el espíritu, tener costumbres sanas como buena alimentación, hacer deportes, tener buenas relaciones familiares y sociales, vivir en comunión con la naturaleza y el prójimo, es todo aquello que puede hacer una persona para mejorar su vida y la de las personas que lo rodean.

Determinantes de la calidad de vida

1 Hábitos de movimiento

González (1994) afirma que la relación entre ejercicio, salud y expectativa de vida ha sido establecida desde hace más de cincuenta años. La literatura médica demuestra que la actividad física mejora la salud, reduce la susceptibilidad a muchas enfermedades y mejora el funcionamiento a su punto más óptimo de varios órganos y sistemas.

La hipótesis de la distracción a través de la práctica del deporte, aclara la reducción del estrés durante y después de la actividad deportiva. El ejercicio específicamente si es practicado habitualmente, está también asociado con una multitud de beneficios físicos.

Como lo muestra González (1994), la Academy of kinesiology and Phisical Education, encontró que el curso de muchas enfermedades puede ser cambiado con actividad física regular.

2 Hábitos recreativos

La recreación es la actividad adecuada para aprovechar mejor el tiempo libre, es una filosofía de vida, es una actividad que se adopta para hacer la vida más agradable y sana, es una estrategia de educación para hacer más atractivo el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Al respecto Bolaños (1994), Rodríguez (1992) y Poblete (1985), mencionan algunos componentes de la recreación, a saber:

- Debe dar lugar a la satisfacción y ser disfrutado.
- Debe dar lugar a la satisfacción de ansias psico-espirituales.

- Debe dar lugar a la manifestación de valores que no son preponderantes en la estructura de la persona.
- Se realizan en un clima y con actitud alegre y entusiasta.
- Debe ser social y moralmente aceptado.
- No esperan resultados finales ni una realización acabada; sino que solo anhelan el gusto de la participación.

Este estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional debe permitirle al individuo satisfacer sus necesidades individuales y colectivas sin chocar drásticamente con lo establecido por la sociedad.

Para Bockle (1975) citado en Bolaños, (1994) la recreación dentro del proceso de mejoramiento de la calidad de vida hace su aporte en la convivencia familiar, cooperación comunitaria, valores humanos, actitud positiva frente al tiempo libre y frente al trabajo, intercambio cultural, promoción de la cultura, turismo educativo, deportes, creatividad, entre otros.

3 Hábitos de salud

De acuerdo con la Organización Mundial para la Salud (World Health Organization, WHO, 1981, en Ureña, 1996), debe entenderse la salud como un estado de bienestar total, tanto físico como psíquico y social, es evidente que la posición de la WHO propone un ideal.

La idea de salud como estado de equilibrio, representa la experiencia inmediata y autónoma del individuo. En este caso, se está en equilibrio o no se está; en consecuencia, es difícil mencionar un nivel el cual deba ser alcanzado para obtener el equilibrio. Según este concepto, en la salud se manifiesta la totalidad de las experiencias individuales, corporales y psicosociales del individuo. Se trata del bienestar corporal y psíquico; la persona se siente fuerte, enérgica, activa, exitosa y tiene buenas relaciones con los demás.

Dimensiones de la calidad de vida

La calidad de vida como estado de bienestar, está compuesta por siete dimensiones, a saber:

- Dimensión física
- Dimensión social
- Dimensión emocional
- Dimensión espiritual
- Dimensión intelectual
- Dimensión ocupacional
- Dimensión ambiental

1. Dimensión física

Esta dimensión no solo se refiere a la satisfacción de las necesidades básicas (hambre, sed, excreción, sueño y abrigo) sino al logro de un estado de salud física y a un entorno que le permita al ser humano la interacción adecuada con su ambiente. Incluye, pero no se limita a, la dieta, al ejercicio, las visitas regulares al médico y la abstención de drogas y alcohol.

Si bien es cierto que la actividad física debe ser vista como una opción, para la protección de salud, también es cierto que, el contexto deportivo ofrece la posibilidad de construir un campo de acciones y vivencias (Thomas 1994, en Ureña, 1996), donde el individuo como unidad biopsicosocial (Kunath, 1993; en Ureña, 1996) tendría enormes posibilidades de promover salud, de auto realizarse y de crecer.

Según González (1994) se ha dado mucha atención a que el ejercicio puede mejorar la calidad de vida de las personas como un factor muy importante de prevención y para mantener una vida independiente y activa, en un estilo de vida saludable.

2. Dimensión Social

La dimensión social incluye las estrategias que le permiten al ser humano relacionarse con los demás.

Este componente, le permite a cada individuo internalizar valores, costumbres y maneras de convivencia en grupo. Como seres humanos tenemos la capacidad y responsabilidad de tomar acción para mejorar las relaciones interpersonales con íntimos, amigos (as) y vecinos (as). El significado de convivencia en grupo afecta positiva o negativamente nuestro ambiente inmediato, la comunidad y el ambiente lejano, que incluye a toda la humanidad en el planeta tierra.

3. Dimensión Emocional

En esta dimensión la persona no debe limitarse a vivir únicamente bien consigo mismo.

Conlleva reconocer que como ser humano es responsable de sus pensamientos, sentimientos y emociones, cada individuo puede y debe pasar juicio sobre su entorno y debe preparar estrategias que le permitan vivir efectiva y eficientemente. Esta dimensión incluye la habilidad de escucharse y escuchar para armonizar la información que se recibe de ambos lados.

También incluye control para poder manejar sus emociones dentro de unos límites aceptados socialmente. Le permite al individuo disfrutar de los logros como un resultado adecuado de autocrítica.

4. Dimensión Espiritual

En esta dimensión se logra armonía interna al sentirse parte de un todo. El Diccionario Enciclopédico Encarta (2002) la define como: amor, armonía, entendimiento y satisfacción universal.

La persona se sitúa en un espacio en el universo donde se siente cómodo con el lugar, la posición y la participación que su grupo social dentro de su cultura le ha adjudicado pero que él o ella ha personalizado.

5. Dimensión Intelectual

Este aspecto de la calidad de vida toma en cuenta el auto-concepto, la creatividad y el aprendizaje. El mantenerse como un aprendiz, como un ente creador y recreador de sí y de su entorno, le permite al ser humano renovarse continuamente. Esa renovación afecta favorablemente su autoestima, su visión de la vida y, por ende, le permite una participación activa en su mundo, donde no es espectador sino iniciador y promotor de su gestión de vida.

6. Dimensión Ocupacional

Este componente se describe como uno que le permite al individuo seleccionar una ocupación, prepararse, entrar, progresar y finalmente retirarse del mundo laboral. Incluye además el uso de tiempo libre y la selección de actividades recreativas que le provean esparcimiento.

Este componente influye muy marcadamente el estilo de vida del individuo y determina prácticamente su nivel socioeconómico, su vecindario, las amistades, las actividades sociales y recreativas a las que asista.

El término calidad de vida en el trabajo se refiere a los aspectos favorables y desfavorables de un ambiente laboral humano.

El enriquecimiento del trabajo se da cuando se agregan motivadores adicionales a un empleo para hacerlo más gratificante. Por otro lado los efectos negativos, la rotación, el ausentismo, las quejas y el tiempo de ocio tienden a reducirse.

Otra manera del enriquecimiento del trabajo ocurre cuando existe oportunidad de crecimiento y cuando la responsabilidad, el progreso y el reconocimiento están presentes. Así, el (la) trabajador (a) desempeña mejor su tarea, se siente más satisfecho (a) y está más autorealizado (a), por lo que está capacitado (a) para participar en todos los roles vitales más efectivamente.

7. Dimensión ambiental

Existen factores ambientales que pueden afectar la calidad de vida de un individuo. En un tiempo en donde la tecnología ha evolucionado y revolucionado el transporte, la industria y la energía, desarrollando al máximo la técnica y la ciencia, ha aparecido una nueva enfermedad; la enfermedad ambiental.

González (1994) determinó una serie de factores ambientales que influyen en mayor o menor grado en la salud y el medio ambiente y que se indican a continuación: malas condiciones sanitarias en la vivienda; comunidad; centros de trabajo; condiciones de trabajo desfavorables; estresantes; falta de protección; contaminación del agua y de los alimentos; acumulación de basura; falta de espacios verdes; contaminación atmosférica; exposición directa a los rayos solares; contaminación sónica; contaminación moral de los valores originales de la sociedad, que originan vicios, daños físicos, psicológicos y sociales que inciden en la salud y ejercen una contaminación ideológica y despersonalizante indiscutible.

Calidad de vida y sexo

Se denomina “sexo” a un grupo de atributos y conductas culturalmente configurados asociados a las mujeres o a los hombres.

El sexo juega un papel importante en la vida desde el factor longevidad ya que en las sociedades modernas las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, esto es atribuido a diferencias genéticas y neuroendocrinológicas entre ambos sexos (Pelletier, 1986).

López (1997), señaló que en la construcción de los sexos, la polaridad es esencial ya que cada sexo es construido en oposición al otro, “femenino” y “masculino” expresan expectativas sociales según el sexo.

Por lo tanto la calidad de vida de una persona va a estar determinada no solo por su percepción en cuanto a la satisfacción de necesidades básicas, sino también que cada individuo dependiendo de su sexo va a aceptar de distinta manera el logro o la frustración en la consecución de las metas propuestas.

Calidad de vida y edad

No debe dejarse de lado el hecho de que toda enfermedad importante depende de la edad, en el caso de la especie humana, después de los 30 años hay un firme e inexorable aumento de las probabilidades de molestias y mortalidad a causa de una u otra enfermedad.

Esta probabilidad se duplica aproximadamente cada ocho años a medida que una persona envejece (Pelletier, 1986).

De tal manera que si la salud viene determinada esencialmente por la nutrición, el comportamiento personal y la calidad del medio ambiente, entonces es claramente deseable reconsiderar el papel y las responsabilidades de la medicina y de la recreación en relación con tales influencias (Mahan y Arlin, 1995).

Determinantes subjetivos de la calidad de vida

Los determinantes subjetivos se refieren a todo aquello que se relaciona con el o la sujeto y que es únicamente percibido por el o la sujeto, o pensado exclusivamente por él.

1. Emociones

Según Villalanda (1993, pág 65), las emociones comprenden un estado complejo del organismo que incluye cambios fisiológicos del más amplio carácter; y a nivel mental es un estado de excitación o perturbación señalado por fuertes sentimientos y por un impulso hacia una forma definida de conducta. También las emociones son cambios bruscos, intensos, del humor, generalmente de corta duración, que se presentan como respuesta a estímulos muy importantes para las necesidades e intereses del individuo.

Surgen como consecuencia de las valoraciones y percepciones del sujeto que le permiten vincular los acontecimientos del medio con la satisfacción o limitación de sus necesidades y motivaciones.

Las emociones están muy relacionadas con la personalidad y asumen la función de dirección del comportamiento.

a) Inestabilidad emocional

Es un cambio en las emociones, en su estado de ánimo y se expresa a través de reacciones inadecuadas. Surgen pensamientos derrotistas, prejuicios acerca de los que le rodean.

b) Irritabilidad

Consiste en un malestar acerca de sus sensaciones físicas y psíquicas.

c) Ira

Emoción violenta provocada por obstáculos reales o imaginarios, que frustran actividades o deseos.

d) Agresividad

La agresividad es un sentimiento ambivalente ya que puede verse como actos de carácter hostil y destructivo, así como tendencias activas hacia el exterior que afirman el yo y son posesivos y constructivos.

e) Miedo

Es una emoción desagradable, que puede asumir grandísima violencia, provocada por una situación de peligro que puede ser actual o anticipada, e incluso fantástica. Es acompañada por un estado orgánico que se considera como una reacción preparatoria, característica, aunque no específica, debida al sistema nervioso autónomo y unido originariamente con comportamientos de lucha o fuga.

f) Motivación

La motivación parece importante como factor para la instigación de la conducta y es esencial para que un organismo aprenda.

Se define como todo tipo de impulsos, necesidades, aspiraciones y fuerzas similares que inducen a una persona a actuar o realizar una actividad determinada. Existen dos tipos de motivación, la primaria que se refiere a la satisfacción de necesidades elementales como respirar, comer, beber; y la motivación secundaria que abarca las necesidades sociales como el logro o el afecto. (Diccionario Enciclopédico Encarta, 2002)

2. Sentimientos

Los sentimientos son las impresiones que causan a un nivel espiritual determinadas cosas o situaciones y a partir de las cuales, es decir, del sentir que éstas nos producen internamente, los seres humanos actuamos.

a) Culpa

Es un sentimiento de aflicción que deriva de la creencia de haber transgredido normas y que turba más o menos intensamente.

b) Dolor

Es una impresión anormal y penosa recibida por una parte viviente y percibida por el cerebro. En psiquiatría es una inquietud penosa e indefinible que abarca la afectividad y es un síntoma esencial de la melancolía. También es conocida como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial de un tejido.

c) Inquietud

Consiste en un estado de inseguridad que no es tan fuerte como la angustia pero que perturba al sujeto lo suficiente como para no dejarle tranquilidad, es un estado afectivo que se caracteriza por una tendencia a cambiar de movimientos de modo constante y sin finalidad.

También denominado como estado de agitación, (Diccionario Enciclopédico Encarta, 2002) en psicología se emplea para designar un estado de actividad constante que es sintomático de algunas enfermedades como la demencia senil, el mal de Alzheimer y determinados estados de depresión.

d) Apatía

La apatía se describe como una ausencia o indiferencia afectiva, insensibilidad afectiva, estado anímico de una persona caracterizado por la falta de vigor o energía, la desidia y la insensibilidad a las estimulaciones afectivas.

Una persona se considera apática cuando el sujeto no está reaccionando afectivamente de acuerdo a lo que se esperaría normalmente de una persona en una situación determinada.

e) Frustración

La frustración implica que no se ha llevado a su meta o a su conclusión una línea de acción, que no se ha alcanzado un estado final de algún tipo, o que no se ha logrado materializar una solución o una consecuencia esperada.

Es un estado emocional que se produce en el individuo cuando éste no logra alcanzar el objeto deseado. El origen puede ser externo o interno, dependiendo de si es provocada por el entorno o por el individuo mismo.

Las reacciones de la frustración no solo están condicionadas por la naturaleza del objeto o agente frustrante, sino por la personalidad del individuo. La respuesta del individuo puede ser agresiva, tristeza o depresión.

f) Conflicto

Se refiere a la existencia simultánea o inmediatamente sucesiva de dos repuestas o tendencias de acción incompatibles. (Diccionario Encarta 2002).

Tensión que un individuo mantiene al estar sometido a dos fuerzas que se excluyen mutuamente. Para Freud (1940) el conflicto surge cuando las respuestas de comportamiento, necesarias para satisfacer una motivación no son compatibles con las requeridas para satisfacer otra.

Se puede dar a conocer en tres niveles: verbal (cuando un individuo desea decir la verdad pero tiene miedo de ofender), simbólico (ideas contradictorias), emotivo (impresión fuerte causa reacciones viscerales incompatibles con la digestión).

g) Estrés

Este concepto lleva en sí mismo la connotación de una condición extrema, que implica presión, tal vez daño y alguna forma de resistencia compulsora. El estrés ocurre cuando una situación particular amenaza el logro de una meta.

Las respuestas fisiológicas al estrés más comunes son: pulso rápido, sudor, frío, mariposas en el estómago, músculos tensos de brazos y piernas, quijada apretada, intranquilidad física, pensamientos turbios y emociones encontradas.

Las respuestas psicológicas a situaciones estresantes pueden ser las siguientes: inhabilidad para concentrarse, dificultad en la toma de decisiones, pérdida de confianza propia, ansiedad y preocupación y miedos irracionales y pánico.

Las respuestas conductuales que puede desencadenar un cuadro de estrés son: fumar, embriagarse, ingerir medicamentos o drogas indiscriminadamente, distraerse, vulnerabilidad, comerse las uñas, cambiar los hábitos de alimentación, descanso, agresión y violencia, entre otras.

h) Angustia, ansiedad

La angustia aparece siempre como espera inquieta y opresiva, aprehensión por algo que podría ocurrir.

Como toda perturbación emocional es vivida a la vez sobre el plano psíquico (ansiedad) y sobre el plano somático.

También se puede definir como un estado de desasosiego general acompañado por una excitación fisiológica que incluye elementos cognoscitivos de aprensión culpabilidad y una amenaza de desastre. (Diccionario Enciclopédico Encarta, 2002).

Es una emoción secundaria displacentera, en la cual el o la sujeto experimenta aprehensión, tensión e inquietud debido a que presiente un peligro cuya fuente se desconoce por completo o casi por completo, la causa de la angustia es básicamente intrasíquica y desconocida.

La ansiedad será o no patológica dependiendo de su intensidad, de su duración y de las circunstancias que la provoquen (Solomon y cols, 1971, p.51.).

La ansiedad normal es aquella que responde a un peligro real y guarda una intensidad proporcional al nivel del peligro.

i) Depresión

Es un estado mental que se distingue por aflicción y desconfianza, acompañado generalmente por ansiedad. Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inestabilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundas. (Diccionario Enciclopédico Encarta, 2002).

La depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de la iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Es el más frecuente de los trastornos mentales y afecta tanto a los hombres como a las mujeres de cualquier edad y clase social.

3. Percepciones (tomadas del Diccionario Enciclopédico Encarta, 2002)

Se refiere a los aspectos de la conducta que revelan tendencias, sentimientos o intenciones.

En cuanto a la percepción propia es importante determinarla dado que esta representa la “satisfacción” global con la vida, que muestra un individuo; por representar propiamente un componente esencialmente cognitivo, que expresa la valoración que la persona hace con relación a las discrepancias entre sus expectativas y los logros alcanzados.

a) Identificación

Es un proceso psíquico inconsciente que se manifiesta como vínculo emotivo con otras personas o situaciones en las que el sujeto se produce como si fuese la persona o la situación a que el vínculo la une.

b) Acomodación

Es la actividad de una persona que modifica sus esquemas anteriormente adquiridos para adaptarse a las condiciones de un ambiente que cambia o nuevo.

c) Afirmación del yo

Acto por el cuál un sujeto se presenta en tanto que tiene una personalidad independiente. En el niño y en el adolescente a menudo se revela por medio de conductas de oposición.

d) Auto-concepto

El Diccionario Enciclopédico Larousse (1987) definió el Auto-concepto como una configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo que son potencialmente conscientes; está compuesto de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio ambiente.

e) Auto-imágen

La auto-imágen es un aspecto de la psicología del individuo y desempeña un papel muy importante en la formación de sus ideas, sentimientos y conducta.

f) Autoestima

Sherif y Sherif (1969) argumentaron que la autoestima se forma como resultado que tiene el individuo o de la internalización de las normas y valores del grupo social y de su adecuado desempeño, ya que todas las agrupaciones humanas poseen un conjunto de normas, valores y costumbres que expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad.

Desde una percepción subjetiva, la persona valora su calidad de vida sin restringirla a la percepción o dimensión objetiva.

Calidad de vida y somatización

Tanto en las ciudades industrializadas como en los países en desarrollo, un cambio social acelerado causa problemas, hasta ahora desconocidos en los campos de mantenimiento de la salud, modo de vida e integración social. Estos problemas se evidencian de manera dramática en el sentir de la vida y en percepciones de las personas sobre los problemas de la vida cotidiana.

1. Concepto de somatización

Un concepto extraído del Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1995), define a la somatización como: “una transformación de un conflicto psíquico en enfermedad orgánica o síntomas somáticos”. Para el psicoanálisis es producida por una desviación de la energía psíquica hacia el soma, que suele expresar simbólicamente (en forma de síntomas somáticos o enfermedad orgánica) conflictos psíquicos reprimidos.

Problemas importantes del desarrollo de la sociedad se marcan con fuerza y en forma creciente en el ámbito de la corporeidad humana. Esto es válido tanto para países

industrializados avanzados y más particularmente para los países llamados en vías de desarrollo o del tercer mundo.

Determinantes objetivos de la calidad de vida

(Clasificación de la somatización y efectos)

La respuesta orgánica que produzca el organismo puede ser muy variada, por lo que a continuación se presenta una clasificación, incluyendo cambios a nivel muscular, respiratorios, gastrointestinales y otros de origen variado.

1 Cambios tensionales y musculares

a) Cefaleas tensionales

Representa alrededor del 80% de los casos de dolor de cabeza funcional. Es descrita bajo múltiples nombres; tales como el de cefalea por estrés, cefalea psicomiogénica, cefalea idiopática o cefalea psicogénica.

De acuerdo al Manual Merck (1994, pág. 1584), la cefalea es un síntoma frecuente de infecciones intracraneales o sistémicas agudas, tumores intracraneales, traumatismos craneales, hipertensión grave, hipoxia cerebral y muchas enfermedades de ojos, nariz, garganta, dientes y oídos. Sin embargo, estos trastornos sólo explican una pequeña parte de los casos que consultan al médico a causa de una cefalea. Los restantes sufren generalmente cefaleas tensionales, migraña o un dolor de cabeza para el que no puede hallarse causa estructural alguna, el tratamiento además de prestar atención a la causa, por lo común está indicado la administración de analgésico sintomático.

También se caracteriza por un dolor opresivo (tirante, de ligera o moderada intensidad (puede inhibir pero no impide realizar otras actividades), de localización bilateral y no empeora con la actividad física rutinaria. Aunque no se acompaña de náuseas, puede presentarse con fotofobia o fonofobia.

b) Migraña

Trastorno paroxístico que se caracteriza por episodios recidivantes de cefalea, con alteraciones visuales y gastrointestinales asociadas o sin ellas. Según el Manual Merck (1994, pág, 1589) señala que la causa se desconoce, pero los datos existentes sugieren un trastorno funcional de la circulación intracraneal y extracraneal transmitido genéticamente.

Se sabe que en la crisis migrañosa existen alteraciones regionales del flujo sanguíneo cerebral ocasionadas por una vasodilatación arterial intracraneal; además se cree que estas alteraciones puedan tener un papel causal.

Existen dos tipos de migraña, con presencia o con ausencia de aura cada uno con sus respectivas características.

Migraña sin aura

El o la persona no siente inicialmente dolor aunque si puede experimentar, a menudo, un estado de desasosiego además de vómito, mareos y alteraciones visuales y las auditivas. Durante esta fase se produce una constricción de los vasos sanguíneos cerebrales que parece provocar una caída de la presión sanguínea en todo el cerebro y no en un área localizada como se creía hasta ahora (Woods, 1994). Hay pacientes migrañosos que no muestran queja subjetiva alguna durante esta fase.

Una o varias horas más tarde se desencadena el ataque migrañoso en donde se sufre un dolor de cabeza unilateral, pulsátil y de intensidad moderada que se agrava con cualquier otra actividad física.

Migraña con aura

Se caracteriza por presentar al menos dos episodios de dolor de cabeza de duración entre 4 y 72 horas y al menos tres de las siguientes 4 características: **a)** Uno o más síntomas de aura reversibles, que indiquen disfunción cerebral, **b)** Al menos un síntoma de aura desarrollado gradualmente durante más de 4 minutos, **c)** Duración del síntoma del aura no

debe exceder los 60 minutos, **d)** El dolor de cabeza sigue al aura con un intervalo libre menor de 60 minutos (puede comenzar antes o simultáneamente con el aura).

c) Tensión muscular

Contracción muscular moderada provocada por la extensión de un músculo.

d) Dolor de espalda y cuello

La importancia de los dolores de espalda y cuello está subestimada en nuestra sociedad ya que: **(1)** el costo anual por la sociedad del dolor de espalda en U.S.A, alcanza de 20 a 50 mil millones de dólares, **(2)** el dolor de espalda es la causa más frecuente de incapacidad en pacientes menores de 45 años, y **(3)** el 1% aproximadamente de la población de los Estados Unidos sufre invalidez crónica a causa de dolores de espalda. (Diccionario Enciclopédico Encarta, 2002).

Se pueden presentar cinco (5) clases de dolor de espalda:

- 1)** Dolor local: se da cuando se comprimen o irritan las terminaciones nerviosas sensitivas. Puede darse por desgarros o distensión. El dolor se localiza en las proximidades de la zona de la columna afectada.

- 2)** Dolor referido a la columna: se describe como un dolor abdominal o pelviano o raquídeo y es posible que no se modifique con la posición de la columna.

- 3)** Dolor de origen raquídeo: las enfermedades que afectan a la parte superior de la columna lumbar pueden causar dolor referido a la región lumbar, la ingle o la parte anterior del muslo.

- 4)** Dolor radicular de la espalda: suele ser agudo y se irradia desde la columna hasta la pierna siguiendo el territorio de una raíz nerviosa. La tos, estornudo o contracción voluntaria del abdomen pueden despertar este dolor.

5) Dolor asociado al espasmo muscular: se asocia a muchos procesos raquídeos. Los espasmos van acompañados de posturas anormales, tirantez y resalte de los músculos paraespinales y dolor sordo.

e) **Dolor de cuello**

Suele deberse a enfermedades de la columna cervical y de los tejidos blandos del cuello. El dolor puede estar desencadenado por movimientos del cuello y acompañarse de dolor provocado por la compresión de la columna y de limitación de los movimientos.

2. Cambios respiratorios

a) **Asma:**

El asma es una enfermedad crónica de origen desconocido que cursa con ataques respiratorios intermitentes que se caracteriza por: dificultades respiratorias por estrechamiento de los bronquios, episodios de tos, disnea y sibilancias (ruidos en el pecho en forma de silbido) reversibilidad parcial o total de todos los síntomas, de forma espontánea o con ayuda de medicamentos.

Tipos de asma según gravedad (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1995):

Asma leve: los síntomas son leves y ocasionales (tos y la disnea), no limita la actividad física.

Asma moderada: los síntomas son leves pero frecuentes o de gran intensidad pero ocasionales, requiere tratamiento broncodilatador casi a diario.

Asma grave: los síntomas clínicos son diarios, requiere tratamiento broncodilatador diario.

El asma suele aparecer en la infancia. Situaciones emocionales tanto positivas como negativas pueden ser factores desencadenantes o grabantes de asma.

b) **Resfriado**

Según la definición tomada del Diccionario Terminológico de las Ciencias Médicas (1995) el resfriado consiste en un estado catarral de las vías aéreas superiores de origen vírico o alérgico que a veces se produce por exposición al frío o a la humedad.

El Manual Merck (1994, pág, 206), define el resfriado común como una infección vírica del tracto respiratorio, aguda y generalmente afebril, que cursa con inflamación de alguna o todas las vías aéreas, incluyendo nariz, senos paranasales, garganta, laringe y, a menudo, tráquea y bronquios. Muchos virus son los responsables del resfriado común: picornavirus (rinovirus, ciertos virus ECHO y coxsackievirus), gripe parainfluenza, respiratorio sincitial, coronavirus y adenovirus.

c) Gripe (Influenza)

La gripe (influenza) es una infección vírica que produce fiebre, secreción nasal, tos, dolor de cabeza, sensación de enfermedad e inflamación del revestimiento de la nariz y las vías respiratorias. El virus se transmite inhalando micro gotas provenientes de la tos o de los estornudos de una persona afectada o bien teniendo contacto directo con las secreciones. (Manual Merck de Información Médica para el Hogar, 1999, págs, 970-971)

Una persona es más susceptible de contagiarse por el virus de la gripe (influenza) cuando el organismo está bajo de defensas.

3. Cambios gastrointestinales

a) Estreñimiento

Consiste en una frecuencia de defecación menor de tres veces por semana, el estreñimiento es una evacuación intestinal infrecuente o difícil, caracterizada por la emisión de heces duras y secas. Aunque el estreñimiento puede ser síntoma de trastorno grave, se debe con frecuencia a dietas insuficientes en líquidos o fibra, trastornos emocionales, o a ciertos medicamentos.

Por lo general este síntoma mejora con una alimentación adecuada rica en fibra y con el ejercicio, no es recomendable el uso habitual de laxantes.

b) Diarrea

La diarrea se define formalmente por un aumento en el peso diario de las heces por encima de 200 g. Es una alteración del ritmo intestinal que se acompaña de deposiciones semilíquidas, se trata de un proceso transitorio cuya causa más frecuente son las infecciones víricas o bacterianas. También puede ser producida por la toma de sustancias tóxicas que lesionan el intestino, por situaciones de tensión emocional o por estados nerviosos alterados. (Manual Merck, 1994).

Procesos inflamatorios como la enteritis, la colitis, el cólera, la fiebre tifoidea, la disentería bacilar o amebiana, o las paracitaciones intestinales por gusanos pueden producir cuadros diarreicos de larga duración. La pérdida de líquidos puede generar deshidratación y shock, que a veces son graves en niños pequeños.

4. Cambios varios

a) Reacciones alérgicas

Muchas enfermedades de la piel pueden diagnosticarse mediante la sola exploración física, otras requieren de exámenes más complejos como los exámenes bioquímicos.

Dentro de los principales tipos de reacciones cutáneas se encuentran el acné vulgar, rosácea, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, psoriasis, entre otros.

La aparición de reacciones cutáneas puede deberse a la ingesta de alimentos con alto contenido de grasa, al uso de fármacos, a factores metabólicos o a distintas situaciones que puedan generar estrés.

b) Trastornos del sueño

La privación de sueño puede causar una alteración importante de la actividad cotidiana. La clasificación internacional de los trastornos del sueño ubica estos procesos en tres grupos principales: disomnias, parasomnias y trastornos psiquiátricos. Son importantes la duración, gravedad y constancia del problema.

El insomnio es la queja de sueño inadecuado, el insomnio transitorio es el resultado de una situación de estrés o de un cambio de horario o de ambiente.

El insomnio persistente puede tener consecuencias perjudiciales importantes al alterar el rendimiento diurno, causar trastornos afectivos y aumentar el riesgo de resultar herido por un accidente.

c) Disfunción sexual en el varón (eyaculación precoz, eyaculación retardada, disfunción del deseo y la impotencia o disfunción eréctil)

En el Manual Merck (1994) se define impotencia o disfunción eréctil como la incapacidad de alcanzar o mantener una erección satisfactoria para el coito. Puede ser primaria la cual casi siempre se debe a factores intrapsíquicos. En la disfunción secundaria generalmente indica psicopatología grave y por factores psíquicos la cual impide la consumación con éxito del coito en aproximadamente mayor igual en el 25% de las ocasiones.

La disfunción eréctil puede ser situacional, en función de factores como el lugar, el momento, una pareja determinada, la percepción de frustración competitiva o el amor propio herido.

d) Disfunción sexual en la mujer (apatía sexual, anorgasmia, dispaureunia y el vaginismo)

Los factores psíquicos son la mayor causa de depresión y situaciones estresantes.

El Manual Merck (1994) lo define como fracaso persistente o recurrente para obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación del acto sexual. Esta inhibición se produce a pesar de una adecuada estimulación sexual en cuanto a lugar, intensidad y duración. Este trastorno puede ser primario o, más frecuentemente, secundario y limitado a la pareja.

Los factores psíquicos adquiridos constituyen la causa de la mayoría de los casos; por ejemplo, discordia matrimonial (aproximadamente el 80% de los casos), depresión y situaciones estresantes.

e) Pérdida del apetito o deseo sexual

De acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV (1997) la característica esencial del deseo sexual hipoactivo es la ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales; este trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno (excepto por otra disfunción sexual) y no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica.

f) Apetito e inapetencia (alimentos)

Inapetencia se refiere a la falta de apetito o de deseos, es una falta o grave carencia de la pulsión alimentaria sobretodo frecuente en la infancia. No se aplica a la pérdida accidental, más o menos breve, del apetito, sino al rechazo persistente del apetito.

“Las principales características de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren de amenorrea. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso”. (DSM-IV, 1997).

g) Náuseas

Consiste en una sensación penosa que indica la proximidad del vómito y esfuerzos que acompañan a la necesidad del vómito. Disgusto producido por ciertos alimentos, la náusea puede estar unida con acciones de estímulos emotivos.

Según el psicoanálisis, la náusea debe considerarse de manera análoga al vómito ya que se supone que está regulado por las mismas vías neurológicas por lo que pueden estudiarse conjuntamente.

El Manual Merck (1994) reconoce las náuseas como una sensación desagradable que señala la proximidad del vómito. Puede indicar la percepción del paciente de estímulos aferentes que llegan al centro del vómito situado en el bulbo raquídeo. Las náuseas se acompañan de alteraciones de la actividad fisiológica, como hipomovilidad gástrica y aumento del tono parasimpático que preceden y acompañan al vómito.

h) Acné

Enfermedad pilosebácea inflamatoria frecuente caracterizada por comedones, pápulas, pústulas, nódulos inflamados y quistes superficiales llenos de pus que (en casos extremos) forman fistulas y abscesos profundos, inflamados, a veces purulentos.

La patogénia es compleja, una interacción entre hormonas, queratinización, sebo y bacterias determina de alguna manera la evolución y gravedad de la enfermedad.

El *acné superficial* se caracteriza por la presencia de comedones, ya sean abiertos (puntos negros) o cerrados (puntos blancos), pápulas inflamadas, quistes superficiales y pústulas. En el *acné profundo* también se encuentran nódulos inflamados profundos y quistes llenos de pus, que con frecuencia se rompen, convirtiéndose en abscesos; algunos de ellos también se abren en la superficie de la piel y descargan su contenido, es frecuente la formación de cicatrices. (Manual Merck, 1994).

i) Gastritis

El Manual Merck (1994) la define como una inflamación de la mucosa gástrica y en primer lugar la gastritis debe definirse con base a criterios histológicos, según éstos, puede presentar o no gastritis cuando este diagnóstico es sugerido por datos clínicos, radiológicos o incluso endoscópicos.

La gastritis aguda son lesiones mucosas superficiales del estómago que aparecen muy rápidamente en relación con diversos tipos de estrés. La gastritis erosiva crónica se caracteriza por la presencia de múltiples úlceras gástricas aftosas o puntiformes. La gastritis no erosiva es un grupo general de gastritis idiopáticas que incluye varias manifestaciones basadas principalmente en hallazgos histológicos.

Modelos explicativos de la relación mente y enfermedad somática

1. Modelo de casuística unitaria directa

Este modelo sostiene que cada enfermedad se acompaña de un acumulo específico de síntomas, un déficit mayor del criterio de dos (personalidad específica) para comprender las relaciones entre constitución psicológica y enfermedad es que casi todos los datos se basan en análisis retrospectivo. Los investigadores, tendieron a adoptar el criterio en los decenios de 1930 y 1940 de que la personalidad podría causar enfermedad. (García, 1991)

2. Modelo dualista

El problema de la dualidad, que tiene enormes implicaciones en el tema de la salud que a sido objeto de diferentes conceptualizaciones. En la Grecia antigua se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que se influía de un modo recíproco.

En China se desarrollaba una concepción naturalista de la salud y la enfermedad. Según ellos la enfermedad aparecería cuando se rompe el balance de esas fuerzas opuestas.

Desde esta perspectiva cuerpo y mente están indisolublemente unidos, y la salud física se ve decisivamente influida por las emociones y la conducta de las personas.

Efectivamente, el modelo biomédico postulado encontró su mejor fundamento en las doctrinas que defendieron el dualismo mente-cuerpo, cuyo principal representante es, quizá, René Descartes. (García, 1991). Éste plantea, que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad

espiritual. De acuerdo con esta visión el cuerpo será como una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes.

No obstante, esta aproximación mecánico- analítica de la enfermedad derivada del posicionamiento dualista, ha reportado grandes beneficios a la humanidad.

3. Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y la enfermedad. Este modelo sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don. El modelo incluye también factores socioculturales en su concepto de enfermedad. (Engel, 1977).

El modelo biopsicosocial conlleva, como es natural, distintas implicaciones clínicas, en primer lugar, se sostiene que el proceso de diagnóstico debería considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, sociales y psicológicos a la hora de evaluar la salud o la enfermedad de un individuo. Como segundo punto el modelo también sostiene que las recomendaciones para el tratamiento deben tener en cuenta los tres tipos de variables antes mencionadas.

Y en tercer lugar, el modelo biopsicosocial destaca explícitamente la importancia de la relación entre el paciente y el clínico, ya que una buena relación entre ambos puede mejorar de un modo situacional la adhesión del paciente al tratamiento. (García 1991).

4. El modelo biomédico

Según García (1991), modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos, el primero de ellos es la doctrina del dualismo mente – cuerpo. Y el segundo principio es el del reduccionismo, se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas.

Aunque este modo de entender la enfermedad ha dado lugar a grandes éxitos médicos, Engel ha puesto de manifiesto, algunas de las insuficiencias que esta perspectiva médica presenta, las cuales se citan seguidamente:

- El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas.
- El diagnóstico del estado físico depende también, en gran medida, de la información que proporciona el o la paciente.
- La aproximación biomédica a la enfermedad ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas.
- Los factores psicológicos y sociales determinan cuando una persona y aquello que le rodean llegan a verla como enferma.
- Este modelo también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad.
- Y finalmente señala que el resultado del tratamiento también se verá influido por la relación paciente – médico. (García, 1991).

Relación ambiente, salud, enfermedad y calidad de vida

La presión demográfica que vive el hombre así como la creciente necesidad de urbanizar e industrializar, la poca conciencia sobre el uso de los recursos naturales, entre otras situaciones exige que los estándares de vida del ser humano sea cada vez más alto, representando esto un riesgo a su propio bienestar o a la subsistencia de las generaciones futuras. Dependiendo de las acciones que generen los hombres y las mujeres en busca de su bienestar y éste acorde con el desarrollo de la naturaleza, así se aspirará a un desarrollo eficaz y a un bienestar integral.

Todo esto puede afectar la calidad de vida ya que las demandas son cada vez más grandes y con esto el nivel de estrés que se genera es aún mayor, dando lugar a una interminable lista de enfermedades provocando un desequilibrio en todas las dimensiones que conforman la calidad de vida.

Según Fernández y Cruz (1991) la enorme tensión psíquica a que se ve sometido el ser humano representa un peligro para su salud mental y física.

Se debe procurar un estado de salud óptimo en donde los factores emocionales, intelectuales, socioeconómicos entre otros, estén en equilibrio, buscado la manera en donde se satisfagan las necesidades sin llegar a un desgaste excesivo que atente contra nuestra salud y disminuya así la calidad de vida.

Conceptos de ocio, tiempo libre y recreación

Para Bolaños (1994) el ocio es un estado de tranquilidad y de contemplación del espíritu humano contrapuesto al trabajo y el negocio es ejemplarizante, como esfuerzo, como actividad y como función social y mediante el cual el hombre realiza actividades sin otra razón o finalidad que realizarlas, que cualifican el nivel de vida y la calidad de la misma. El ocio es un estado de existencia (ser) en el cual la actividad se efectúa para mi propio bien y con un propio fin.

Kaplan (citado en Rodríguez, 1992, 23) señala que “el ocio es esa porción de la experiencia humana la cual, dentro del contexto de tiempo libre, es un recurso potencial de valores. Consiste en la relativa autodeterminación experimentada que cae dentro del rol económico de tiempo libre de cada uno”.

Por otra parte el tiempo libre es considerado como el tiempo que surge cuando se elabora un mundo opuesto al trabajo, un mundo con sus valores y exigencias propias, orientado hacia el trabajo y que exige actividades recreativas específicas.

En cuanto al tiempo libre Poblete (1985) sostiene que es el concepto opuesto al tiempo atado o sujeto, en el cual no podemos disponer de nuestro tiempo, en donde está libre de

determinaciones heterónomas, o hablando de modo positivo, aquel tiempo en el que actuamos por nuestro propio impulso y deliberamos siguiendo nuestros deseos e inclinaciones. La disponibilidad de éste es diferente según la edad, el género, la condición laboral, el nivel socioeconómico y la zona de residencia (Bolaños, 1994 y Poblete, 1985).

En lo que se refiere a la recreación ésta es conocida como una actividad adecuada para aprovechar mejor el tiempo libre, es una filosofía de vida, es una actividad que se adapta para hacer la vida más agradable y sana, es una estrategia de educación para hacer más atractivo el proceso de enseñanza aprendizaje.

De Grazia (1997, citado en Rodríguez, 1992) define la recreación como una actividad que descansa al hombre del trabajo, dándole frecuentemente un cambio (distracción – diversión) y restableciéndolo del trabajo.

El atractivo de la recreación de los y las participantes varía ya que los intereses, necesidades, edad, capacidad física e intelectual, es diferente en la mayoría de las ocasiones.

La recreación dentro del proceso del mejoramiento de la calidad de vida hace su aporte en la convivencia familiar, cooperación comunitaria, comunicación social, valores humanos, actitud positiva frente al tiempo libre y frente al trabajo, intercambio cultural, promoción de la cultura, turismo educativo, deportes, creatividad. (Bockle, 1975, citado en Bolaños, 1994).

En cuanto a la relación de la recreación y la educación se considera que existen contribuciones recíprocas que las hacen actividades complementarias entre sí, de esta manera se puede decir que:

“La recreación contribuye al desarrollo de la personalidad satisfaciendo necesidades básicas del ser humano, y a su vez una serie de características que incrementan sus posibilidades educativas tanto a nivel formal como informal” (Barboza, 1981, pág. 64).

Consideraciones socioeconómicas

La condición socioeconómica de los educadores y educadoras será analizada desde un nivel general, sin diferenciar entre las distintas materias ya que no se encontró estudios específicos o datos que se refieran a cada grupo profesional concretamente.

Tanto la importancia de la educación, como el nivel socioeconómico de sus profesionales ha sido analizada y comprendida de múltiples formas; en ellas prevalece el criterio de que el/la educador (a) no recibe lo correspondiente en el plano social, económico ni profesional, en relación con la importancia de su labor.

La acción del educador (a) es múltiple y el radio de influencia que su profesión le brinda es amplia; sobre todo en el contexto social y humano. Aún en los sistemas categorizados como tradicionales, por su concepción filosófica, sus estructuras y los recursos humanos, el/la educador (a) tiene una posibilidad de liderazgo reconocida en la sociedad, aunque no siempre bien apreciada, ni sobresaliente en el contexto de otras profesiones.

Un análisis realizado por Carmen Lorenzo en 1969, sobre la situación del personal docente en América Latina, muestra que en todos los países estudiados se han adoptado diversas medidas tendientes a reglamentar y hacer más atractiva la carrera del magisterio, como un medio de promover el mejoramiento de la educación. Ofreciendo a los y las educadores (as) ciertas garantías en los nombramientos y ascensos, asegurando estabilidad en el cargo y reconociendo el ejercicio de los derechos políticos y gremiales (Lorenzo, 1969), pero a pesar de los esfuerzos realizados por mejorar la situación socioeconómica del personal docente, su labor no se ha visto valorada.

En Costa Rica se han realizado estudios que demuestran las divergencias entre la labor que realiza el docente y la importancia que se le da a su cargo. Una muestra de eso son los datos obtenidos de una encuesta de actitud realizada en las escuelas del circuito cuarto de Cartago; donde el 56% de los /las docentes encuestados creen que su salario es injusto en comparación con otros profesionales que realizan igual o menos trabajo (Murillo, 1976).

La práctica docente independientemente de la materia que se imparta es una de las carreras más enriquecedoras que hay por ese contacto tan cercano con todos los miembros que conforman esta estructura educativa, pero como todos los seres humanos los y las docentes requieren de incentivos materiales, económicos así como reconocimiento social de su labor para seguir ejecutándola con éxito y que por el contrario al carecer de estos motivadores se opte por estudiar otras profesiones que le provean de lo que la educación no le brinda en la carrera docente.

Calidad de vida actual de los y las educadores(as)

El contexto y la realidad educativa en la que se desenvuelve el o la docente costarricense cobra importancia desde que se relaciona el desempeño del mismo y su calidad de vida.

Ya que para nadie es un secreto que existe una variedad de factores a nivel emocional, espiritual, físico, social, intelectual y ocupacional que afectan grandemente el estado de bienestar óptimo al que puede aspirar todo ser humano y que puede alterar de forma negativa la calidad de vida de un individuo y por ende limitar el potencial que puede llegar a dar.

La realidad con la que se enfrenta un educador o educadora puede afectar en alguna (s) de las dimensiones de la calidad de vida y generar en este una desmotivación hasta no esforzarse para que sus lecciones sean interesantes y que se pueda cumplir el proceso de enseñanza aprendizaje.

Las fuentes de estrés que los profesores consideran más importantes son por orden de importancia según Salanova (2003):

- La cantidad de trabajo que les "sobrepasa", ya sea por falta de tiempo o de exceso de tareas.
- La sobrecarga de tipo emocional (se les exige que se impliquen a nivel personal con los alumnos, padres y sociedad en relaciones que son conflictivas).

- Ambigüedad en el que el profesor no tiene claro cuál es su rol como docente, qué se espera de él/ella por parte del Centro, los alumnos, los padres y la sociedad en general.
- Conflicto de rol o grado en el que el profesor percibe instrucciones contradictorias respecto a cuáles son sus cometidos laborales.
- Falta de coordinación entre los compañeros en realizar trabajo en equipo.
- Desmotivación, apatía e indisciplina por parte de los alumnos.
- Obstáculos técnicos como problemas en el material didáctico y fallos y/o averías en la infraestructura y/o instalaciones.

Por último Avilés (2004) destaca que entre los docentes, el estrés y otras patologías psíquicas representan un 10% de las bajas laborales.

Según Torres (2008) pedagoga ecuatoriana, la situación del Magisterio Ecuatoriano es muy compleja, la mayor parte de docentes vive en condiciones de pobreza, debido a los bajos salarios que percibe, pero las exigencias de la sociedad son altas, por la dinámica de los procesos tecnológicos que vive la sociedad actual. Se exige que los profesores respondan a las expectativas sociales y a las necesidades de este mundo en permanente transformación.

Existen varios problemas relacionados con la formación inicial y la permanente, puesto que más de un 20% requiere de un proceso de profesionalización, pero, además, las ofertas de las instituciones formadoras no son satisfactorias en lo que corresponde al desarrollo profesional y a la actualización docente.

La situación física, por tanto, las condiciones materiales en las que laboran los establecimientos educativos no son satisfactorias, la infraestructura educativa es obsoleta y mal mantenida, también hay problemas con el aseo de los locales.

Los problemas que más afectan a los docentes en su actividad profesional son:

- La falta de colaboración de los padres de familia.
- Los problemas de aprendizaje que se derivan de las situaciones sociales y pedagógicas.
- El comportamiento indisciplinado de los grupos de estudiantes en su conjunto.

Los profesores dicen que su trabajo si es valorado por los padres de familia, aunque es poco apreciado por la comunidad y por la sociedad que efectúa permanentes reclamos a los y las docentes.

También muchas veces el o la docente de materias académicas como de materias especiales no cuenta con el material didáctico o con la infraestructura adecuada para poder impartir de la mejor manera su materia.

Con respecto a las condiciones laborales del docente de Educación Física, Pedro Días(2005), doctor en pedagogía y profesor de educación física hace referencia a elementos como: estabilidad; buenas relaciones humanas y profesionales con los compañeros de trabajo y con el equipo directivo; horarios, reconocimiento social a su labor; tareas docentes, organizativas y burocráticas; convivencia con el alumnado; tareas de formación y perfeccionamiento; lugar de trabajo (estado adecuado y cantidad de instalaciones y recursos disponibles).

Sin embargo no todo en ésta especialidad es color de rosa, como lo describe Sáenz-López (1998) el cual revela una preocupación del profesorado en Educación Física sobre la falta de infraestructuras deportivas, instalaciones y escasez de material en los centros educativos es una de las causas principales del malestar docente y que acaba por afectar a la identidad personal y profesional del docente, y en definitiva condiciona la asignatura perdiendo significado para el propio docente, el alumnado, padres, colegas de profesión y la sociedad en general.

Además la educación es una de las profesiones más sacrificadas y que más dedicación requiere, y una de las más mal pagadas, por lo que el incentivo monetario no constituye un agente motivador en esta área.

Al ser una de las profesiones que mayor dedicación requiere, el tiempo libre del que dispone el o la educador (a) es mínimo y el poco que tiene lo debe compartir con tareas escolares, por lo que sus necesidades básicas de recreación y familiares se ven disminuidas.

Todos los aspectos mencionados anteriormente son algunos de los factores que pueden alterar el equilibrio en las diferentes dimensiones que componen la calidad de vida de una persona, y específicamente la de los y las educadores(as) lo que puede traer como consecuencia las constantes incapacidades laborales y un desempeño en el ámbito familiar y de trabajo deficientes.

Capítulo III

METODOLOGÍA

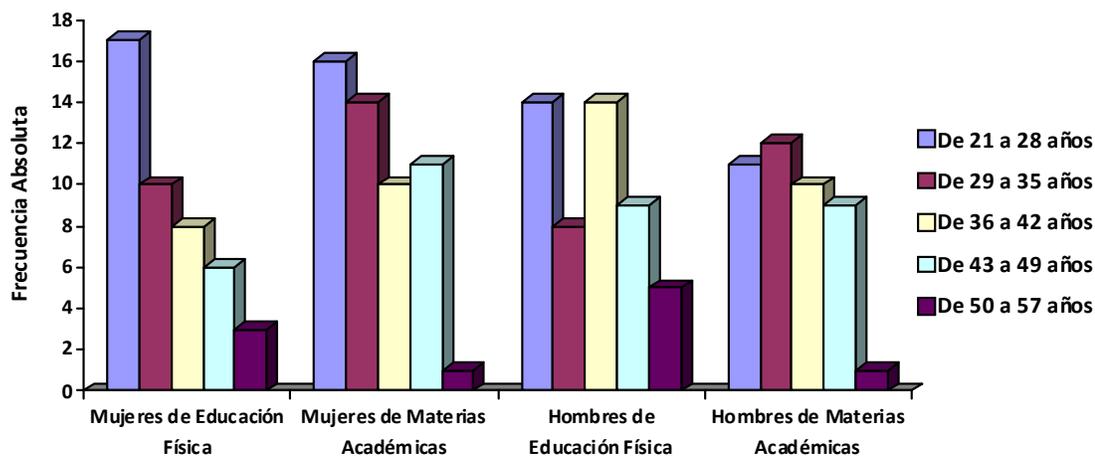
En el presente capítulo se describirá el proceso seguido en esta investigación, haciendo referencia a las características más relevantes en la selección de los sujetos, instrumentos, procedimiento; así como el tratamiento estadístico que se le dará a los resultados obtenidos.

Sujetos

En este estudio participaron un grupo de hombres y mujeres, en total 188 sujetos, todos educadores y educadoras del Ministerio Educación Pública de materias académicas y de educación física.

El grupo se seleccionó por conveniencia, considerando la disposición de los sujetos para brindar la información solicitada en el instrumento. En el gráfico uno se muestra la distribución de los sujetos según sexo, grupo de edad y materia que imparten.

Gráfico 1. Grupo de edad de los docentes encuestados según sexo y materia que imparten (n =188)



La distribución de los (as) educadores (as) de materias académicas fueron las siguientes: 43 hombres y 52 mujeres; en educación física hombres 49 y 44 mujeres.

Los requisitos que debieron cumplir los sujetos de estudio para ser seleccionados fueron los siguientes:

- 1) Trabajar en instituciones públicas de secundaria (Ministerio de Educación Pública)
- 2) Tener plaza en propiedad o interinos.
- 3) Estar laborando en el área metropolitana. (Alajuela, Heredia y San José)

Instrumentos

Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario el cual contiene tres apartados:

❖ La primera parte del instrumento (Anexo 2) permite la obtención de datos personales de los (as) sujetos de estudio, a saber: sexo, edad, estatura, peso, estado civil, grado académico, grupo profesional, tiempo de laborar como docente, número de lecciones y sector del área metropolitana donde labora entre otros. Se le adicionará una nota introductoria dirigida a los profesionales en educación, en la que se explicó el objetivo y el propósito del cuestionario (Anexo 1).

❖ El segundo apartado (Anexo 3) consta de cuarenta ítems con su correspondiente escala de valoración, sobre las distintas dimensiones de la calidad de vida, realizado por Cordero, Mora y Murillo (2000), basado en los parámetros dados por distintos autores expertos en la materia como Evans y colb (1985); Frisch y colb (1989), citado en Simón (1999) midiendo las dimensiones física, espiritual, emocional, intelectual, ocupacional y ambiental; aplicado a todos los estudiantes de educación física de los cursos regular y autofinanciado de la Escuela Ciencias del Deporte. Para validar este instrumento se aplicó el mismo a un grupo de 20 educadores (as), que no conformaron la muestra de estudio, posterior a esto se realizaron los ajustes correspondientes.

❖ El tercer cuestionario (Anexo 4) consta de 17 ítems que mide la respuesta somática del individuo, el cual fue realizado por la investigadora de este estudio y aplicado en el año 2000 a 50 educadores (as) de distintas materias como prueba piloto del instrumento, con su respectiva escala de valoración e igualmente basado en las distintas patologías citadas por autores con un gran conocimiento en esta área de las Ciencias de la Salud. Contando con el aporte de expertos para su revisión.

Procedimiento

El primer paso que siguió fue la ubicación de los docentes, seguido de la solicitud de los permisos respectivos, tanto de la dirección de las instituciones como de los y las docentes.

Se procedió a la distribución del cuestionario y la recolección se hizo de forma personal a los educadores y educadoras seleccionados (as).

La recolección del instrumento se realizó el mismo día o una semana posterior a su entrega, dependiendo de las características de la institución o la disposición de la administración o del mismo (a) docente.

Tratamiento estadístico

El análisis de datos obtenidos se realizó mediante el uso del paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS. A los datos se les aplicó un tratamiento de estadísticas descriptivas (promedio, desviaciones estándar, valores relativos), además estadística correlativa (análisis de correlación de Pearson) y estadística inferencial (mediante análisis de multivariado de varianza, MANOVA).

Capítulo IV

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de la investigación en con su respectivo análisis.

Es importante recordar que los sujetos de estudio fueron educadores y educadoras de materias académicas y de educación física que en el momento del estudio, laboraban para el Ministerio de Educación Pública en el Gran Área Metropolitana: Alajuela, Heredia y San José (n=188).

A continuación se presentan los resultados del cuestionario de “Manifestaciones Somáticas” que se les aplicó a los sujetos del estudio.

Se aplicó a los datos un MANOVA, el cual indicó que existe interacción triple significativa (sexo x edad x materia) en el vector promedio de puntajes de los 17 ítems de manifestaciones somáticas (Lambda de Wilks=0.546, $p=0.011$). Esto indica que, las manifestaciones somáticas de los sujetos estudiados, difieren según sea su sexo, su grupo de edad y la materia que impartan. En el desglose de las interacciones por variable dependiente, se encontró que solamente en la manifestación somática “Sufro de dolores de cabeza” ($F=2.652$; $p=0.035$) hubo interacción triple significativa y al aplicarse el análisis post hoc de interacciones simples, se determinó que los hombres, docentes de materias académicas, reportan más frecuentemente dolores de cabeza que los educadores físicos ($2,666 \pm 7,07$ y $1,900 \pm 8,737$ respectivamente). Asimismo en las mujeres docentes de materias académicas se reportó que se presenta con mayor frecuencia esta manifestación somática que en las mujeres docentes de educación física ($2,692 \pm 0,480$ y $2,214 \pm 0,578$ respectivamente).

Entre los grupos de edad para hombres y para mujeres no se encontró diferencias significativas ($p > 0,05$) según el tipo de materia impartida. Además no se encontró

diferencias entre los grupos de edad en el caso de los educadores físicos (hombres y mujeres) y los que imparten materias académicas (hombres y mujeres).

La manifestación somática “Tengo reacciones alérgicas” presentó interacción doble significativa entre grupo de edad y materia (F: 3.000; $p < 0,05$).

El análisis de efectos simples, mostró que no existían diferencias significativas entre los grupos de edades tanto para los docentes de educación física como para los profesores de materias académicas ($p > 0,05$). Por otra parte, se encontró diferencias significativas solamente para este ítem ($p < 0,05$) en el grupo de edad de 21 a 27 años donde los Educadores Físicos ($\bar{x} = 2,04$) resultaron tener mayores reacciones alérgicas que los docentes de materias académicas ($\bar{x} = 1,65$).

En los demás grupos de edad no se encontró diferencias significativas según la materia impartida. Es decir que esta manifestación somática tiende a ser similar en ambos grupos de profesionales, salvo en las edades más bajas.

La manifestación somática “me resfrío” presentó interacción doble significativa entre sexo y materia (F: 6,811; $p < 0,05$). Mediante el análisis post Hoc se determinó que los hombres que imparten materias académicas ($\bar{x} 2,265 \pm 0,612$) tienden a presentar resfríos más que los hombres de Educación Física ($\bar{x} 2,244 \pm 0,630$), mientras que en las mujeres de Educación Física y Materias Académicas no se presentaron diferencias significativas ($\bar{x} 2,500 \pm 0,664$ y $\bar{x} 2,403 \pm 0,747$ respectivamente). Asimismo se determinó que entre hombres y mujeres de Educación Física no existen diferencias significativas ($p < 0,05$), ni entre los hombres y mujeres de las materias académicas para esta variable.

La manifestación somática “sufro de pérdida del apetito sexual”, presentó interacción doble significativa entre sexo y grupo de edad (F: 2,746; $p < 0,05$). Mediante el análisis post Hoc se pudo determinar que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) en los hombres según

su grupo de edad, donde los sujetos de 21 a 27 años y los de 28 a 34 años tuvieron significativamente menor incidencia de la pérdida del apetito sexual que los de 35 a 41 años de edad. Asimismo las mujeres que se ubicaron en el grupo de edad de 42 a 48 años, reportaron mayor presencia de pérdida del apetito sexual que las mujeres de 21 a 27 años. Las mujeres de 28 a 34 años tuvieron significativamente mayor pérdida del apetito sexual que los hombres en este grupo de edad; además para los otros grupos de edad no se presentaron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Por otra parte en las manifestaciones somáticas “sufro de problemas estomacales” (F: 12,562; $p < 0,01$), “tengo dolores musculares” (F: 19,443; $p < 0,01$), “tengo dificultad para conciliar el sueño” (F: 5,91; $p < 0,05$), “sufro de estreñimiento” (F: 7,574; $p < 0,05$), “sufro de tensión muscular” (F: 4,706; $p < 0,05$), “me dan nauseas” (F: 4,959; $p < 0,05$), “sufro de dolores de espalda y cuello” (F: 14,463; $p < 0,01$) y “me siento cansado (a) frecuentemente” (F: 9,892; $p < 0,01$), difieren significativamente según la materia que se imparte, es decir que:

1. Los profesionales de materias académicas (\bar{x} 2,631 \pm 0,7) sufren más de problemas estomacales que los de Educación Física (\bar{x} 2,268 \pm 0,66).
2. Los docentes de materias académicas (\bar{x} 2,81 \pm 0,72) reportaron mayor incidencia de dolores musculares que los docentes de Educación Física (\bar{x} 2,387 \pm 0,77).
3. En cuanto a la dificultad para conciliar el sueño los profesionales en materias académicas (\bar{x} 2,49 \pm 0,94) presentaron más este padecimiento que los educadores (as) Físicos (as) (\bar{x} 2,17 \pm 0,85).
4. Los docentes de materias académicas (\bar{x} 2,08 \pm 0,88) sufren más de estreñimiento que los docentes de Educación Física (\bar{x} 1,88 \pm 0,75).
5. La manifestación somática “sufro de tensión muscular” resultó ser más padecida por los educadores (as) de materias académicas (\bar{x} 2,57 \pm 0,92) que por los profesionales en Educación Física (\bar{x} 2,33 \pm 0,74).
6. Los docentes de materias académicas (\bar{x} 1,4 \pm 0,77) tienden a padecer con mayor frecuencia de nauseas que los educadores (as) físicos (as) (\bar{x} 1,73 \pm 0,66).

7. Los profesores (as) de materias académicas (\bar{x} 2,76 \pm 0,86) sufren más de dolores de espalda y cuello que los docentes de Educación Física (\bar{x} 2,29 \pm 0,79).
8. Y finalmente se determinó que los docentes de materias académicas (\bar{x} 2,71 \pm 0,78) se sienten cansados con mayor frecuencia que los profesionales en Educación Física (\bar{x} 2,33 \pm 0,73).

Por otro lado, para los síntomas “sufro de problemas estomacales” (F: 2,84; p < 0,05), “tengo dolores musculares” (F: 4,212; p < 0,01), “tengo dificultad para conciliar el sueño”(F: 3,72; p < 0,01), “sufro de estreñimiento” (F. 2,63; p < 0,05), “sufro de impotencia o disfunción sexual” (F: 4,403; p < 0,01), “padezco de diarrea” (F: 5,169; p < 0,01) y “sufro de tensión muscular” (F: 2,606; p < 0,05), difieren según grupo de edad.

El análisis post Hoc mostró que los sujetos en el grupo de edad de 42 a 48 años presentaron mayor presencia del síntoma de problemas estomacales en comparación con los sujetos del grupo de edad de 21 a 27 años, de 28 a 34 años y que el grupo de 49 a 57 años.

Los sujetos de los grupos de 42 a 48 años de edad y de 49 a 57 años tuvieron significativamente mayor presencia de dolores musculares que los grupos de 21 a 27 años y de 28 a 34 años de edad. Los sujetos de 42 a 48 años mostraron significativamente mayor dificultad para conciliar el sueño en comparación con todos los demás grupos de edad.

Por otro lado los sujetos que se ubicaron en el grupo de edad de 28 a 34 años tuvieron menos problemas de estreñimiento en comparación con los de 21 a 27 años, los de 35 a 41 y los de 42 a 48 años de edad. También los sujetos de 35 a 41 años y los de 42 a 48 años indicaron sufrir más de impotencia sexual (hombre) o disfunción sexual (mujer) en comparación con los de 21 a 27 años y los de 28 a 34 años de edad.

Los sujetos que se encontraron en el grupo de edad de 35 a 41 se presentaron una tendencia a sufrir más de diarrea, comparados con los de 21 a 27 años, los de 28 a 34 y los de

49 a 57 años de edad, además los sujetos de 42 a 48 años reportaron sufrir más de diarrea en comparación con los de 28 a 34 años de edad. Sin embargo estos últimos sujetos los de 28 a 34 años mostraron sufrir menos de tensión muscular al comparárseles con los individuos de 42 a 48 años y los de 49 a 57 años de edad.

En cuanto a la manifestación somática “sufro de estreñimiento” (F: 5,682; $p < 0,05$), difieren significativamente según sexo, donde los hombres (\bar{x} 1,85 \pm 0,74) presentaron una menor presencia de este síntoma que las mujeres (\bar{x} 2,11 \pm 0,88).

Los resultados del cuestionario sobre calidad de vida que se aplicó a los sujetos de estudio se exponen a continuación:

Se encontró interacción triple entre sexo, por edad, por materia en los ítemes “tengo menos amigos de los que desearía tener” (F: 2,724; $p \leq 0,05$), así mismo con “soy una persona alegre y entusiasta” (F: 2,681; $p \leq 0,05$) y en el ítem “me preocupo por mi estado de salud” (F: 2,713; $p \leq 0,05$).

También existe interacción doble entre materia y edad con “me interesa poco establecer una relación estrecha con las personas” (F: 3,25; $p \leq 0,05$), “con frecuencia sufro de problemas estomacales, tensión muscular, dolor de cabeza e insomnio” (F: 2,821; $p \leq 0,05$), “tengo menos tiempo libre del que desearía tener” (F: 2,813; $p \leq 0,05$), “normalmente mis horas de sueño no son suficientes para descansar” (F: 3,050; $p \leq 0,05$), “tengo metas claras en mi vida como profesor(a)” (F: 2,835; $p \leq 0,05$).

Asimismo se presentó interacción doble entre sexo y edad en los ítemes “me interesa poco establecer una relación estrecha con las personas” (F: 2,706; $p \leq 0,05$), “cuando se trata de alimentos, no soy dado (a) a deparar en la calidad del alimento” (F: 3, 279; $p \leq 0,05$), “tengo metas claras en mi vida como profesor(a)” (F: 2,884; $p \leq 0,05$), “estoy satisfecho(a) con lo que estoy logrando como profesor(a)” (F: 3,634; $p \leq 0,05$).

La misma interacción doble se presentó entre sexo y materia en los enunciados “me considero una persona mas pesimista que optimista” (F: 8,923; $p \leq 0.01$), “hubiese preferido estudiar otra carrera diferente a la actual” (F: 7,822; $p \leq 0.01$).

Los siguientes ítemes difieren según la edad, el inverso 6 “soy muy dado(a) a alterarme ocasionalmente” (F: 4,876; $p \leq 0.01$), igualmente el inverso 3 “el tiempo de descanso me permite recuperarme a plenitud” (F: 4,305; $p \leq 0.01$), el ítem “con frecuencia realizo actividad física” (F: 4,023; $p \leq 0.01$), “tengo buenas relaciones con mis compañeros(as)” (F: 3,101; $p \leq 0.05$), “la práctica deportiva es parte fundamental de mi tiempo libre” (F: 7,258; $p \leq 0.01$), “requiero del tiempo necesario para mis actividades personales” (F: 5,897; $p \leq 0.01$), “mantengo buenas relaciones con mis compañeros(as) de trabajo” (F: 2,877; $p \leq 0.05$), “las actividades que realizó en mi tiempo libre son suficientes para satisfacer mis necesidades” (F: 2,991; $p \leq 0.05$), “a menudo salgo a divertirme con mis amigos(as) y la familia” (F: 3,699; $p \leq 0.01$), “en mi trabajo me brindan la oportunidad de capacitarme adecuadamente” (F: 4,133; $p \leq 0.01$), “en mi trabajo me ofrecen la posibilidad de alcanzar mis metas” (F: 3, 052; $p \leq 0.05$), “mi práctica deportiva la realizo por estética”(F: 7,696; $p \leq 0.01$), y el ítem “mi práctica deportiva la realizo por salud” (F: 4,005; $p \leq 0.01$).

Al aplicarle la correlación de Pearson al cuestionario donde son consideradas las manifestaciones somáticas (ms) típicas y algunas percepciones del bienestar relativas a la calidad de vida en distintos ámbitos se desprende lo siguiente:

En lo que respecta al ítem “tengo menos amigos de los que desearía tener” esto genera el estrés necesario para manifestarse somáticamente con tensiones musculares, insomnio, dolores de cabeza, dificultad para conciliar el sueño. La falta de amistades imposibilita el círculo o las relaciones sociales y desencadena problemas más graves como la impotencia sexual y por consiguiente una pérdida del apetito sexual.

En cuanto al enunciado “mi ingreso económico no es suficiente para satisfacer mis necesidades” este ítem tiene una correlación significativa ($p > 0,01$), ya que no tener los

medios económicos para cubrir lo básico provoca dificultad para conciliar el sueño, tensión muscular, aparte de un cansancio constante por el estrés que genera dicha situación.

La insatisfacción profesional es una sensación desencadenante de dolores de cabeza, cansancio, tensión muscular y dificultad para conciliar el sueño, ya que al no concretarse las metas propuestas o al verse postergadas, se genera mucho estrés que unido a la ansiedad de dicha situación puede llevar a situaciones más complicadas como la impotencia, la disfunción sexual y la pérdida del apetito sexual, lo cual afecta la autoestima y las relaciones de pareja y relaciones sociales.

En el ítem “hubiese preferido estudiar otra carrera a la actual”, revela que la inconformidad en cuanto a la carrera escogida genera estrés al convertirse en una sensación repetitiva de desagrado y la cuál termina con somatizaciones como alergias, náuseas, crisis de asma, en los casos más graves tensión, dolor muscular y problemas a la hora de dormir.

El no disponer de suficiente tiempo libre durante la semana para dedicarlo a actividades extracurriculares se ve reflejado en el cansancio constante, tensiones y dolores musculares, dificultades para dormir, dolores de espalda y cuello, resfríos entre otros.

En cuanto a los constantes problemas estomacales, dolores de cabeza, e insomnio genera un malestar general a nivel de salud, ya que puede desencadenar diarreas, o en otros casos estreñimiento y por consiguiente inapetencia por todos estos padecimientos.

Los resultados que obtengo de mi trabajo van de acuerdo con el esfuerzo que realizo, en este ítem cuando no se obtienen los resultados o el reconocimiento deseados, provoca por la acumulación de estrés y ansiedad manifestaciones como impotencia o disfunción sexual, así como pérdida del apetito sexual y cansancio frecuentes.

En lo que se refiere al enunciado “las actividades que realizo en mi tiempo libre son suficientes para satisfacer mis necesidades”, cuando éstas no son suficientes ni satisfactorias,

el estrés, la ansiedad, el malestar, el desánimo pueden desencadenar dolores de cabeza, insomnio, inapetencia, y tensión muscular entre otros.

El mal humor frecuente y sin explicación aparente puede deberse a los constantes padecimientos sufridos como resfríos, tensión y dolor muscular, insomnio, cansancio entre otros, por lo tanto el ánimo decae.

En el ítem “con la situación del trabajo casi no me queda tiempo para nada”, el tener poco tiempo para realizar otras actividades y el trabajo absorbente terminan en múltiples manifestaciones somáticas que alteran el estado de salud óptimo.

Una actividad laboral rutinaria en donde todo se hace siempre igual, donde no hay cambio, se convierte en una situación pesada, la cual genera mucho estrés y con esto cansancio y múltiples maneras de que el organismo lo somatice.

Cuando las horas de sueño no son las suficientes para descansar, estas alteraciones del ritmo de sueño, son un factor desencadenante de varios padecimientos, así mismo el rendimiento en el trabajo se ve afectado.

La sensación de malestar al retornar al hogar por diferentes situaciones que pueden haber sido provocadas en su trabajo, se transforma en tensión y estrés acumulado que se somatiza con dolores de cabeza, problemas estomacales y estreñimiento.

En lo que respecta al ítem “en mi trabajo me ofrecen la posibilidad de alcanzar mis metas”, la poca o nula posibilidad de ascender y alcanzar metas, hacen que a nivel psicológico se produzca mucho desgaste que a su vez no solo se manifiesta emocionalmente sino que desencadenará reacciones alérgicas, cansancio frecuente, así como dolores de espalda y cuello producto del estrés acumulado.

Capítulo V

DISCUSIÓN

Las personas buscan la manera de vivir con un alto nivel de calidad de vida, entendiéndose ésta como un estado de equilibrio integral en todas aquellas áreas que conforman su ser. Sin embargo no siempre se puede estar en un completo balance por diferentes circunstancias, ya sean de salud, familiares, laborales, económicas, espirituales, entre otras y es aquí en donde el cuerpo de una u otra forma avisa que se debe hacer un alto y revisar que es lo que lo está afectando y darle una pronta y correcta solución.

A continuación se hará referencia a todas aquellas manifestaciones somáticas que de alguna forma afectan el bienestar y la calidad de vida de las personas y que fueron analizadas en ésta investigación.

También conocido como cefalea, el dolor de cabeza es una de las manifestaciones somáticas cuyo detonante principal la tensión. La cefalea tensional se debe a la rigidez de los músculos de los hombros, el cuello, el cuero cabelludo y la mandíbula. Suele relacionarse con el estrés, la depresión o la ansiedad. Este padecimiento se presenta con más frecuencia si se trabaja demasiado, no se duerme lo suficiente, se olvida de comer o consume bebidas alcohólicas. Los dolores de cabeza pueden tener muchas causas, pero las causas serias de cefalea son poco frecuentes. Según el doctor Silver (2008) algunas veces, el dolor de cabeza advierte un trastorno más grave.

Desprendiéndose aquí que aquellas personas las cuales están sometidas a grandes cargas de estrés, fácilmente pueden somatizar dolores de cabeza como en el caso de los educadores (hombres) de materias académicas, cuyos problemas cotidianos, así como la carga académica se transforma en dolor de cabeza constante, a diferencia de los de educación física que al estar la mayoría de las veces al aire libre y en actividades deportivas, recreativas y de esparcimiento, su nivel de estrés y ansiedad es menor y consecuentemente menor la posibilidad de padecer dolores de cabeza.

Asimismo, en las mujeres que imparten materias académicas padecen más frecuentemente dolores de cabeza con relación a las educadoras de educación física.

En lo que respecta a las reacciones alérgicas existen varios tipos de alergia como por ejemplo alergia al polen, a los ácaros del polvo, alergia a los animales, a los alimentos, a los medicamentos y a las picaduras de insectos.

La alergóloga María Martín y el grupo de investigadores de la empresa de productos farmacéuticos Pfizer encontraron nuevos tipos de alergias, que hasta el momento eran poco comunes; esto debido a la introducción en la vida cotidiana de materiales que hasta ahora no eran utilizados y extendidos, como por ejemplo la alergia al anisakis (parásito del pescado), al látex y al níquel, entre otros.

Al analizar el síntoma “tengo reacciones alérgicas”, se encontraron diferencias significativas en el grupo de edad de 21 a 27 años donde los educadores físicos resultaron tener mayor vulnerabilidad a las reacciones alérgicas en comparación con los docentes de materias académicas. No se puede decir a ciencia cierta a que se debe la alergia de cada uno de los sujetos de estudio, puesto que hay varios tipos de alergias y es algo muy personal. Lo que sí se puede decir de modo general es que todas las personas están expuestas al medio ambiente de donde se pueden padecer alergias. Pero en el caso de los educadores físicos (hombres y mujeres) la exposición es mayor a factores ambientales, tales como radiaciones del sol, la humedad, el polvo, sumado a la excreción de sudor excesivo, producto de la actividad diaria y la imposibilidad de aseo inmediato, a diferencia de los docentes de materias académicas que no están tan expuestos a agentes desencadenantes de alergias.

Es importante recalcar que existe la posibilidad de que en algunos casos la alergia sea hereditaria, ya que las personas alérgicas pueden transmitir a sus descendientes la predisposición de “hacerse alérgico”. Si uno de los padres es alérgico, la probabilidad del hijo a padecerlo es de 40% y si los dos padres son alérgicos la cifra se eleva al 70% (Ramón Roselló, 2007).

La exposición solar puede provocar reacciones alérgicas, las mismas se vuelven menos frecuentes y molestas con el paso de la edad. (Manual Merck de información médica: Edad y Salud, 2004).

El resfrío es la infección respiratoria más común a cualquier edad, tiene una mayor prevalencia en niños que en adultos, su causa es predominantemente de tipo viral. Su aparición casi siempre se asocia a factores favorecedores inespecíficos como exposición al frío, humedad, respiración bucal en partículas eliminadas al hablar, toser y estornudar (Huerta, 2009).

Esta investigación reflejó que los hombres que imparten materias académicas padecen con mayor frecuencia de resfríos que los educadores físicos (hombres), esto principalmente por la última de las causas que se citaron anteriormente, ya que al estar en un lugar cerrado y de poco espacio, ayuda a que la incubación del virus sea más rápida y afecte a más personas, en cambio el educador físico al ocupar espacios más amplios tiene más posibilidad de que el aire que circula, mueva hacia otro lado las partículas que contienen el virus y así menor la posibilidad de resfriarse.

En cuanto a las mujeres se vio que tanto las educadoras físicas como las de materias académicas se resfrían sin que predominen unas sobre las otras.

El estreñimiento es un trastorno que se caracteriza por múltiples síntomas, la investigación demostró que los (as) docentes de materias académicas sufre más de este padecimiento que los (as) educadores (as) físicos (as). También reflejó que los hombres en comparación con las mujeres presentan una menor incidencia de este síntoma.

Esto se puede deber básicamente a varias causas, sobresaliendo principalmente el estrés, ya sea este en el trabajo o en el hogar; a los hábitos alimenticios que por el poco tiempo con el que cuentan comen cualquier cosa de mala calidad e ingieren alimentos con menor cantidad de fibra y disminuyen el consumo de líquidos, a diferencia de los (as) educadores (as) físicos (as) que por lo general cuidan su alimentación; y por último a que pueden ser personas

con un sistema digestivo más sensible o que trabaja con más lentitud de lo que debería hacerlo.

En un estudio realizado por The society for womens health researches (La sociedad para la investigación de la salud de las mujeres) y apoyada por NOVARTIS, corporación farmacéutica, se encontró que aproximadamente 6 millones de mujeres en EE.UU sufren este padecimiento (Barberán, 2007). Además también se encontró que el estreñimiento no se ve con naturalidad sino más bien es considerado un tabú social; ya que si se comenta en público se hace en tonos acallados o confidenciales y en el último de los casos en forma de chiste para evitar situaciones embarazosas; aparte de que los hombres son más adeptos que las mujeres a la hora de tratar este tema.

En cuanto al grupo de edad los sujetos que se ubicaron entre los 28 a 34 años tuvieron menos problemas de estreñimiento en comparación con los de 21 a 27 años de edad, dándose esto porque las personas entre los 28 a 34 años pueden tener una mayor conciencia de lo que le puede hacer bien o mal al organismo y adoptar hábitos de toda clase principalmente alimenticios que beneficien la salud y su calidad de vida.

En lo que respecta a la pérdida del apetito sexual, a pesar de que el estudio no reflejó diferencias significativas en cuanto a la materia que se imparte, es importante rescatar que una investigación realizada en la Universidad de Texas, permitió demostrar que cuando una mujer se somete a una sesión de ejercicio físico (cualquiera que sea) el cuerpo de la mujer se prepara para una respuesta sexual mejor en contraste con aquellas que no se sometieron a ningún tipo de actividad física. Ya que tanto en el ejercicio como en el sexo se encuentran muchas similitudes como por ejemplo que ambos hacen transpirar, respirar fuerte y acelerar el corazón, también ambos llevan una sensación final de satisfacción y a los dos se les puede considerar ejemplos del éxtasis y de la agonía física (Todd, 2007).

Otra investigación realizada por el Dr. David Vásquez en Bogotá, en el 2003, señaló que las mujeres entre los 45 y 59 años, presentaban una disminución del apetito sexual y por

ende de la frecuencia de las relaciones sexuales, a pesar de esto las mujeres opinaron que si bien el deseo sexual y la cantidad de actividad sexual disminuye, la calidad se mantiene.

Con respecto a los varones y el nivel de deseo sexual; ésta misma investigación evidenció una disminución de éste con el paso de los años. En una población mayor de 50 años el 57% de los hombres comentó sentir deseo sexual al menos 2 a 3 veces por semana comparado con el 22% de las mujeres. Al indagar sobre lo que les hace falta para tener una vida sexual más satisfactoria tanto hombres como mujeres respondieron que un mejor estado de salud, menos estrés y más tiempo libre.

La disminución del deseo sexual en la mujer tiene numerosas causas, los bajos niveles de estrógenos y testosterona es uno de ellos, ya que al reducirse el aporte de sangre y la lubricación de los tejidos, la vulva y la vagina puede causar dolor y de ahí la necesidad de la mujer por evitar el contacto; la depresión también puede reducir sustancialmente el apetito sexual. Asimismo la ansiedad debida a la propia imagen corporal produce inhibición en algunas mujeres mayores, así como la creencia de que la excitación y las fantasías sexuales son vergonzosas, por otra parte muchas mujeres tienen un apetito sexual sano que puede extinguirse lentamente si su pareja ya no responde a sus deseos. (Manual Merck de información médica: Edad y Salud, 2004).

Los hombres con una disminución del deseo sexual, pierden el interés por la masturbación y las fantasías sexuales, ni siquiera la excitación sexual táctil, visual, olfativa o auditiva provoca interés. No obstante estos hombres pueden aún mantener una actividad sexual y algunos siguen participando para satisfacer a su pareja.

La libido en los varones puede disminuir temporalmente a causa del cansancio; el alcohol al suprimir las inhibiciones sociales, a veces parece que incrementa el deseo sin embargo el alcohol puede disminuir temporalmente la libido; algunos fármacos reducen el deseo sexual mientras se toman (antihipertensivos, antidepresivos, algunos somníferos y la digoxina); también un bajo nivel de testosterona puede reducir notablemente la excitación sexual, al igual que factores mentales o emocionales. Tanto en el caso de los varones como en

el de las mujeres el tratamiento siempre dependerá de la causa que lo provoque (Manual Merck de información médica: Edad y Salud, 2004).

Sin embargo volviendo a ésta investigación, vale la pena reconocer que las mujeres de edades entre los 42 y los 48 años reportaron mayor presencia de pérdida del apetito sexual que las mujeres que se ubicaron entre los 21 y 27 años.

De igual manera sucede con los varones entre los 21 a 27 años y los 28 a 34 años, los cuales mostraron una menor incidencia de este padecimiento en comparación con los hombres que se ubicaron entre los 35 a 41 años de edad, atribuyéndosele la causa principalmente a la ansiedad, a la baja autoestima y al proceso degenerativo natural producto del paso de los años.

Por lo cual es importante recordar que en la aparición del apetito sexual, en un proceso psicosomático, intervienen las actividades cerebrales, las actividades hormonales y las actividades cognitivas. Cuando un eslabón de ésta complicada cadena se desincroniza del resto, tanto el deseo como la respuesta o conducta sexual del hombre o la mujer se ven afectados; el interés por el sexo puede disminuir temporal o permanente, así como también pueden aparecer las disfunciones sexuales como la impotencia, la falta de excitación, imposibilidad de llegar al orgasmo y la dispareunia entre otras (Puentes, 2005).

En cuanto a los problemas estomacales, el estudio reflejó que existen diferencias significativas $p < 0,05$ según la edad, presentándose este síntoma principalmente en los sujetos que se ubicaron en el grupo de edad entre los 42 a 48 años en comparación con los sujetos de los otros grupos de edades.

Dentro de las causas principales de problemas estomacales según el doctor Gari Gitnick director de la división de alimentos de enfermedades de la Escuela de Medicina de la Universidad de California en los Ángeles, se encuentran la ingesta de alimentos ácidos como las naranjas, limones, uvas y tomates. También bebidas como el café, té negro, bebidas de cola, chocolate y el alcohol.

La nicotina es un importante generador de problemas estomacales. Así como el ingerir brócoli, coliflor, repollo, nabos, habichuelas, cebolla, ajo y productos lácteos. Por lo que es recomendable suprimir todos aquellos alimentos desencadenantes de malestar estomacal.

Asimismo recomienda practicar algo de ejercicio en la rutina diaria ya que éste ejecutado de forma regular ayuda a favorecer la función intestinal normal, lo que se traduce en la eliminación de gases, reducción de la hinchazón y un normal movimiento de los intestinos; un cambio en la dieta es una buena decisión; si el estrés es el generador de los problemas estomacales la práctica de técnicas de relajación para calmar los nervios, ejercicios de respiración o escuchar música, puede ser de mucha ayuda.

En cuanto a los dolores musculares los docentes de materias académicas presentaron con mayor incidencia de este padecimiento en comparación con los profesores de educación física.

Esto principalmente por las posturas adoptadas a la hora de impartir las lecciones, también la forma en que se cargan distintos objetos, ya sean éstos, bolsos, paquetes, niños, entre otros; sin dejar de lado el estrés el cual es un gran generador de dolores musculares.

Esto contrario a los docentes de educación física los cuales durante sus años de instrucción se les enseña todo lo referente a las buenas posturas, a posiciones contraindicadas y como estas pueden incidir en la aparición de distintas dolencias.

Por otro lado es importante conocer el origen de la enfermedad, realizar un cambio en los hábitos de vida, mejorar las horas de descanso e incluir en las actividades diarias ejercicios aeróbicos y estiramientos; como también realizar masajes suaves y aplicar calor en los puntos dolorosos. Se recomienda una gran dosis de recreación para liberar el estrés al que está sometido durante la semana (Buttaravoli, 2007).

En cuanto a la dificultad para conciliar el sueño el análisis reflejó que los educadores físicos (hombres y mujeres) presentan menos este padecimiento que los profesionales en materias académicas.

El Manual Merck (1994) de información médica indica que el insomnio puede tener varias causas entre ellas las variaciones en los patrones del sueño ya que este se altera con el envejecimiento; ciertos comportamientos pueden causar insomnio o contribuir a su aparición como el ingerir mucho líquido en las horas de la tarde, incluso alcohol o bebidas que contengan cafeína; tomar fármacos con efecto estimulante (los descongestionantes) y fumar. El insomnio es a veces el síntoma de una enfermedad orgánica de fondo y éste es solo una manifestación de un trastorno mental o de un trastorno específico del sueño; asimismo puede presentarse en ocasiones como respuesta normal al estrés o a cambios en el entorno, así como producirse sin causa aparente alguna.

El ejercicio físico practicado de forma regular es muy beneficioso, pero cuando hay un exceso o se realiza de forma intensa antes de acostarse puede causar insomnio, lo importante es adquirir hábitos de sueño adecuados para aliviar este padecimiento.

Esto se debe en gran parte a que los educadores (as) físicos (as) tienen más oportunidad real de liberar las tensiones cuando imparten sus lecciones, contraria a la situación que viven los docentes de materias académicas que siguen prácticamente la misma rutina durante todo el curso lectivo.

El especialista en problemas del sueño Rafael Castro, en el 2004 cita un estudio desarrollado por el Laboratorio de Estrés y Sueño Humano de la Universidad Autónoma de Madrid, donde se demostró que son las mujeres las más propensas a sufrir de insomnio mas y antes que los hombres, aunque a partir de los 40 años las cifras entre géneros se igualan.

Es evidente la necesidad de un sueño reparador para obtener un equilibrio general físico y psíquico (Bize y Goguelin, 1972).

Los docentes de materias académicas difirieron significativamente ($F: 4,959; p. <0, 05$) con relación a los profesionales en Educación Física en lo que se refiere al síntoma de las nauseas.

Las causas por la cual se producen son muy variables, sin embargo se sabe que se caracterizan por ser una sensación desagradable que señala la proximidad del vómito, de ahí la importancia de hacerse una exploración física para encontrar el origen de las nauseas (El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, 1994).

El comer algún alimento que no se encuentra en buenas condiciones puede generar un problema, igualmente provocar nauseas. En otros casos el estado de embarazo en el primer trimestre de gestación, producto de la adaptación del organismo al nuevo estado en la gran mayoría de las mujeres produce nauseas (El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica, 1994).

La ingesta y prescripción de algún medicamento dependiendo del organismo de la persona, como efecto secundario puede provocar malestar acompañado con nauseas, las cuales se pueden contrarrestar con el uso de antieméticos (bloqueadores de las nauseas).

El control de la nausea es de gran importancia ya que si su aparición se prolonga puede originar deshidratación, pérdida del apetito, entre otros, teniendo un efecto muy negativo en la calidad de vida de las personas. Actualmente existen varios tratamientos alternativos para controlar las nauseas como lo son: la acupresión, la acupuntura, terapia de distracción, la hipnosis, el relajamiento, la imaginería/visualización y la respiración rítmica (Academia Estadounidense de Médicos de Familia, 2006).

El dolor de espalda consiste en una sensación de tensión muscular o de rigidez localizada en la espalda que puede o no puede ir acompañada de dolor en los brazos o en las piernas (Organización Médica Española, 2002).

Este padecimiento se debe en gran parte por el estrés, al igual que por las malas posturas que se adoptan al ejecutar distintas actividades y que por ignorancia u olvido se hacen de forma repetitiva dañando poco a poco las articulaciones y otras estructuras en esta zona, el dolor en esta región es frecuente y puede deberse a un solo proceso patológico o a una anomalía combinada (El Manual de Diagnóstico y Terapéutica Merck, 1994).

El estudio reflejó que los docentes de materias académicas son más propensos a sufrir más de dolores de espalda y cuello que los (as) profesores (as) de Educación Física y la causa principal de este tipo de dolor es la postura a la que se ven sometidos durante largos periodos al impartir lecciones, mientras que los (as) educadores (as) Físicos (as) adoptan otras posturas y de la manera correcta.

Un estudio publicado por la Organización Médica Española en el 2002, demostró que el dolor de espalda y cuello es un problema de primera magnitud en hombres y mujeres, ya que en una población finlandesa (de más de 30 años) más del 50% han experimentado al menos cuatro episodios de este tipo de dolor en su vida, reportándose éste como la mayor causa de incapacidad en personas mayores de 45 años y la segunda causa de ausentismo laboral; así como una de las causas de visita al médico más frecuente .

El cuello, espalda, hombro y las extremidades superiores son muy móviles y participan regularmente en movimientos muy complejos que a menudo implican también la carga de pesos o empleo de mucha fuerza. Las partes blandas (nervios, vasos sanguíneos, músculos, ligamentos y cápsulas) de ésta región están comprimidas en compartimentos ajustados lo cual aumenta su susceptibilidad al estrés (El Manual de Diagnóstico y Terapéutica Merck, 1994).

En cuanto a la sensación de cansancio los resultados difieren significativamente ($p < 0,01$) según la materia que se imparte, por ejemplo los docentes de materias académicas sufren mayormente este padecimiento en comparación con los profesionales en Educación Física.

El director del Centro de Estudios Tiroideos el Dr. J. Esteban Velasco se refiere al cansancio como un a sensación subjetiva de falta de fuerza o intelectual o de ambas, también

se le conoce con otros nombres como astenia, agotamiento y letargo. Dentro de las causas normales del cansancio están: trabajos que requieren de un gran esfuerzo físico o mental, una noche sin dormir, ejercicio físico intenso, estado postoperatorio o de convalecencia, el embarazo, un viaje largo, una dieta insuficiente o inadecuada y tensiones emocionales. Sin embargo cuando el cansancio se presenta de forma frecuente y sin motivo aparente se debe poner especial cuidado ya que puede esconder una patología específica de fondo. Como tratamiento es recomendable ajustar las causas normales de cansancio, realizar actividad física regulada a cada persona, evitar las causas de la tensión o estrés, mejorar los ritmos de sueño y alimentarse adecuadamente, entre otros.

En el caso de los docentes de materias académicas las causas pueden variar, sin embargo es fácil predecir que el estrés es una de las causas principales, así como la falta de ejercicio o una dieta adecuada y equilibrada.

En lo que respecta a la impotencia (hombre) o disfunción sexual en la mujer, el estudio demostró que cuando se entra a una edad madura se sufre con más frecuencia este padecimiento en comparación con los sujetos que se ubicaron entre los 21 y 27 años y los 28 a 34 años de edad.

Específicamente estudios en hombres demuestran que la ansiedad es la causa principal de las disfunciones eréctiles perjudicando así el funcionamiento sexual (Zarco, 2009).

El Manual Merck de Información Médica (2004) señala que la impotencia puede ser causada por factores mentales, también por el consumo de ciertos fármacos de venta libre o prescripción o del abuso del alcohol. Por otra parte los factores mentales y emocionales pueden afectar a las erecciones, como por ejemplo la depresión, la ansiedad por el rendimiento, la culpa, el enfado con la pareja, el miedo a perder el control, las inhibiciones, experiencias sexuales previas traumáticas, el miedo a la intimidad y a depender de otra persona, entre otras.

El tratamiento recomendado para la impotencia consiste en una disminución de la ingesta de bebidas alcohólicas, la sustitución de algún fármaco o el tratamiento con testosterona; y en los casos en que las causas son mentales o emocionales lo recomendable es la psicoterapia.

El padecimiento de la diarrea es más corriente que adultos jóvenes atraigan este virus que la gente mayor (Ságaro, 2007).

Lo cual coincide con los resultados de esta investigación, la cual reveló que los sujetos de 35 a 41 años son más propensos a sufrir de diarrea comparados con los de 21 a 27 años, los de 28 a 34 y los de 49 a 57 años de edad. Al igual que los de 42 a 48 años reportaron sufrir más de diarrea con relación a los sujetos que se ubicaron entre los 28 a 34 años. Esto básicamente a que son más propensos a olvidar los hábitos correctos de higiene y aseo tanto personal como con la limpieza de los alimentos y con esto amplían más el portal para adquirir el virus.

En cuanto al cuestionario sobre la calidad de vida a continuación se hará referencia a algunos de los resultados más relevantes de ésta investigación y que valen la pena destacar porque inciden de una manera u otra en el desempeño óptimo o deficiente de los y las educadores (as) en la labor educativa así como en sus relaciones de familiares y sociales.

Se presentó una interacción doble entre materia y edad en varios ítemes en donde sobresale “con frecuencia sufro de problemas estomacales, tensión muscular, dolor de cabeza e insomnio, “tengo menos tiempo libre del que desearía tener”, “normalmente mis horas de sueño no son suficientes para descansar”, “tengo metas claras en mi vida como profesor(a)” que a pesar de que en el cuestionario de respuesta somática ya se discutió algunos de estos síntomas por separado, es importante éste resultado en el cuestionario de calidad de vida porque la mayoría de ésta sintomatología junta podría estar haciendo referencia a un padecimiento el cual requiere de muchas consultas para poder llegar a un diagnóstico certero como lo es el cansancio o el síndrome de fatiga crónica (SFC).

Un estudio publicado en el 2007 por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) señala que cada día, millones de personas se quejan de estar siempre cansadas. La mayoría apunta con el dedo delator a los quehaceres diarios como culpables, a tener mucho para hacer y poco tiempo para hacerlo, especialmente los períodos extra ocupados. Pero generalmente el verdadero culpable son los hábitos diarios: lo que comemos, cómo dormimos y cómo lidiamos con nuestro entorno emocional.

El mismo estudio caracteriza al síndrome de fatiga crónica como un cansancio inexplicable, dificultad para realizar cualquier acto cotidiano y sueño nada reparador, a veces también pueden darse síntomas de tipo cognitivo, como pérdida de memoria. Tras realizar actividad física leve o moderada sobreviene un agotamiento y un cansancio que continúa hasta el día siguiente.

Como su nombre lo indica, síndrome significa que es causado por múltiples patologías, la característica de ésta enfermedad es que se puede presentar a la edad promedio de los 30 años, aunque desde los 20 hasta los 45 años la población se puede ver afectada a esa edad, debido a esta enfermedad, la persona tiene una enorme fatiga con un esfuerzo mínimo. Se puede tener en el día somnolencia o estar con hipersomnia y en la noche no poder dormir, tener insomnio, esa es una de las características que presenta el cansancio crónico. Otros síntomas neurovegetativos, son los malestares gastrointestinales o bien las reacciones de taquicardia o bradicardias, esas son las características clínicas de una persona, obviamente al tener todo esto y saber que no rinde en sus actividades, viene una depresión posterior (SEOM, 2007).

Diego Ibañez Langlois, 2008 señala que el hombre cansado es propenso al mal genio, ya que tiene las defensas bajas y los nervios menos templados, el cansancio tiende al hermetismo, no es comunicativo. La sensación de cansancio es normal en la senectud, ya que en la vejez se produce un descenso progresivo de la capacidad o la resistencia física. Sin embargo, un estado de cansancio permanente en una persona joven puede ser provocado por una dieta deficiente, carente de vitaminas, por una anemia o por un estado depresivo.

También se presentó una interacción doble entre sexo y edad en varios ítemes, los cuales se refieren a la satisfacción de los y las educadores(as) con respecto a su trabajo y a sus metas y logros como docente.

La satisfacción en el trabajo es el resultado de diversas actitudes ante factores tales como: incentivos económicos, condiciones de trabajo, relaciones de mando, estilos gerenciales, relaciones interpersonales y características individuales. (Strauss y Sayles, 1992).

Un docente puede lograr la formación integral del individuo y a su vez generar cambios de conducta en la dinámica social, si se siente motivado, satisfecho y comprometido con el trabajo. Los empleados no funcionan aisladamente como entes individuales, ya que todos pertenecen a un grupo formal y la mayoría a un grupo informal. (Kast y Khan, 1996).

Esta existencia de relaciones grupales señala Oliveros (1984) incide en la satisfacción laboral del individuo, ya que este se halla susceptiblemente positivo hacia sus labores y el desempeño cuando se encuentra en compañía de otros. Este fenómeno es denominado por Allport, citado por Strauss y Sayles (1992) como "Facilitación Social".

Las razones por las cuales los y las profesores(as) eligen ser docentes, es porque les gusta enseñar, porque consideran que la educación es lo más importante, porque les gusta la asignatura que enseñan y porque el trabajo es estable, solo un 23% cambiaría su decisión si pudiese elegir de nuevo. Sin embargo llama la atención el alto porcentaje de profesores que no les agradaría que su hijo(a) fuera docente. Dentro de las razones con menos aceptación entre los y las docentes, se encuentran: la falta de mejores fuentes de trabajo, las condiciones de jubilación que ofrece la profesión docente y la falta de valor para experimentar algo distinto, solo un 16% considera que esta es una profesión que brinda muchas oportunidades de desarrollo (Strauss y Sayles, 1992).

La doctora Trinidad Aparicio Pérez psicóloga clínica del Centro de Psicología Alarcón, Granada, determina que vivir con entusiasmo significa vivir con intensidad todo lo que

acontece en nuestra vida, saber ilusionarnos y disfrutar de cada día con plenitud, sacando lo positivo de cada momento y valorando y admirando lo mejor de lo que nos rodea.

La interacción triple entre edad, sexo y materia encontrada en el resultado del ítem “me preocupo por mi estado de salud”, hace pensar que independientemente del trabajo que desempeñemos, en este caso la docencia, en ocasiones absorbe todo nuestro tiempo y esto a su vez incide en la dedicación que le debemos dar a nuestra salud, sin apartar que hay padecimientos que tienen una mayor frecuencia de aparición en uno u otro sexo. En cuanto a la edad ya no se puede decir que las enfermedades solo se manifiestan en edades mayores, ya que en la sociedad actual, los hábitos alimenticios y de actividad física son muy deficientes o es muy poca la población la que ha cambiado de actitud a pesar de que la información está al alcance de las manos, si es importante destacar que la gran mayoría de los (as) docentes de educación física tienen más información en cuanto a la salud ya que son formados(as) con todo este conocimiento y así promover la actividad física y hábitos alimenticios saludables, siendo ésta una de las misiones del educador(a) físico(a).

Con respecto a lo anterior Alberto Paladino en un artículo tomado de la Revista Teína 2006, describe que los riesgos que asechan el bienestar de una persona residen en todos los ámbitos de la vida. Los alimentos mal elaborados, conservados o comercializados, así como ciertos hábitos que las sociedades han naturalizado acarrear secuelas nocivas. Ejercitarse beneficia las coronarias; comer fibra regula la función intestinal; dormir ocho horas es necesario para trabajar en condiciones óptimas; asearse seguido ayuda a prevenir infecciones.

Dedicar tiempo al ocio y a las actividades de estimulación intelectual retardan el envejecimiento, el uso del cinturón previene de la muerte en caso de accidente, y practicar sexo seguro evita el estrés, beber abundante agua, hacer yoga entre otras son innumerables consignas que podrían agregarle años a la vida si las incorporamos como hábitos (Paladino, 2006).

La psicopedagoga Silvana Valinotti (2009) señala que si bien el trabajo hoy es considerado como imprescindible para una “vida saludable” (retribución económica, hecho

social, realización de la persona, progreso de la comunidad), puede estar acompañado de alteraciones del estado de salud, derivadas de las condiciones y medio ambiente donde el trabajo se desarrolla.

Con base a los resultados obtenidos en el cuestionario de percepciones subjetivas relativas a la calidad de vida y las manifestaciones somáticas, luego de aplicárseles la correlación de Pearson, sobresale que las somatizaciones más frecuentes que padecen los y las docentes como consecuencia de las situaciones propias de la cotidianidad en su ámbito laboral, así como en el familiar y social, son los dolores de cabeza, tensión y dolores musculares, dolores de espalda y cuello así como el insomnio y cansancio, siendo estos los padecimientos más comunes.

Asimismo situaciones como el no tener el suficiente ingreso económico para satisfacer necesidades, una actividad laboral rutinaria, así como una indisposición por la carrera profesional que se eligió, esto unido a no contar con el tiempo libre necesario para satisfacer necesidades personales o familiares y la poca o nula posibilidad de capacitarse o de alcanzar las metas propuestas, incide fuertemente en la aparición de distintas enfermedades, en donde todas tienen como factor detonante el estrés, al cuál si no se le da la importancia y/o tratamiento pertinente podría terminar con la somatización de padecimientos más crónicos como la disfunción sexual (mujer), la impotencia sexual (hombre), y la pérdida del apetito sexual.

Casados (1998) en un artículo del Boletín SEAS tomado de su tesis doctoral, Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos menciona que las reacciones emocionales como la ansiedad, el estrés, la ira, la hostilidad, la tristeza o la depresión, presentan correlatos fisiológicos que son el resultado de complejos organismos que bajo la influencia del sistema nervioso afectan las secreciones glandulares, los órganos y tejidos los músculos y la sangre.

Cada vez son más los estudios que muestran la relación entre factores emocionales y trastornos como los cardiovasculares, digestivos e incluso los derivados del mal funcionamiento del sistema inmunológico. Las emociones o estados emocionales van a representar un factor de riesgo muy especial cuando se cronifican ya que en este caso afectan a

su vez a la salud por su inducción a hábitos conductuales poco saludables como la ingesta de alcohol, consumo de tabaco, una dieta rápida poco variada y con exceso de grasas, todo lo anterior unido a la falta de ejercicio físico (Casados, 1998).

En cuanto a todas aquellas situaciones generadoras de estrés, Arturo del Castillo, doctor en Psicología clínica y de la salud, en un artículo escrito por Karina Galarza(2008), sostiene que el estrés negativo o distrés aparece cuando respondemos ante una situación que es delicada y no contamos con las herramientas para resolverla, lo que genera ansiedad, angustia, dolor e insomnio. Lo cual coincide con los resultados obtenidos con el cuestionario que determina la percepción subjetiva de la calidad de vida y las manifestaciones somáticas en donde los padecimientos más frecuentes producto del estrés provocado por las diferentes situaciones que presenta la vida cotidiana son los dolores de cabeza, dolor de cuello y espalda, dolor y tensión muscular así como el insomnio o dificultad para conciliar el sueño.

Según el doctor del Castillo, cuando los niveles del estrés son elevados no solo causa estragos a nivel fisiológico, sino que a su vez se presentan efectos en los siguientes aspectos:

- Conductual: existe bloqueo y se dificulta la resolución de problemas y el cumplimiento de actividades diarias.
- Afectivo: prevalece la ansiedad, aunque también puede aparecer miedo hacia la enfermedad y/o enojo con la vida.
- Somática: se experimenta dolor en distintas partes del cuerpo y suelen presentarse repetidos episodios de gripe u otro tipo de infecciones.
- Interpersonal: al no recibir apoyo de sus seres queridos la persona se aísla y tiene continuos problemas intrafamiliares.
- Cognitiva: dominan pensamientos catastróficos acerca de la enfermedad y sobre lo desafortunada que es la vida.

Uno de los padecimientos más frecuentes presentes en este estudio son los de dolores de cabeza. Con base a este resultado se encontró un artículo de Luis Aparicio Sanz(2008) en el portal diariomedico, donde rescata el comentario del neurólogo Michael Dib, el cual dice que los dolores de cabeza constantes los cuales algunos casos terminan con síntomas migrañosos,

rechaza la teoría de que sea el estrés el que provoque dicha migraña, por el contrario éste es solo un factor desencadenante de la misma, ya que la aparición de la migraña se debe a un aumento de la sensibilidad a nivel de un centro neurálgico que heredamos al nacer.

La impotencia sexual o la disfunción sexual fue no de los resultados obtenidos al aplicar la correlación de Pearson, siendo el estrés un factor desencadenante de éste y otros padecimientos.

El doctor Solís (2008) menciona que son muchos los factores que pueden originar la impotencia como los hormonales, los vasculares, farmacológicos y principalmente los factores psicológicos, en donde la ansiedad, la depresión y el estrés pueden ocasionar impotencia sexual. La excesiva preocupación causada por problemas laborales, sociales o familiares complica que no se preste la atención necesaria a la parte sexual, la vida sedentaria, la inapetencia, el insomnio pueden ser factores que afecten la vida sexual.

De igual manera la psicóloga clínica Ester Morales (2008) señala que existen disfunciones sexuales masculinas (DSM) como la eyaculación precoz, la eyaculación retardada, la disfunción del deseo y la impotencia o disfunción eréctil. Resaltando que dentro de los factores psicológicos que provocan este tipo de disfunción se encuentran el estrés, el agotamiento nervioso por exceso de trabajo, ansiedad, la falta de deseo sexual hacia la pareja y sentimientos de frustración, temor, culpa o baja autoestima.

Asimismo la doctora Morales determina que las disfunciones sexuales femeninas (DSF) son alteraciones de tipo psicossomático que pueden presentarse de forma permanente o pasajera en la vida sexual de la mujer y tienen un marcado componente afectivo y de comunicación con la pareja. Encontrándose como las más importantes la apatía sexual, la anorgasmia, la dispaureunia y el vaginismo.

El pedagogo y terapeuta sexual de la Fundación Sexpol de Madrid Carlos San Martín (2006) manifiesta que cuando se acumula tensión, si las situaciones nos superan, se produce

un bloqueo y el plano sexual no es la excepción. Por ello, generalmente el estrés influye en el deseo favoreciendo la apatía e inhibiendo la respuesta sexual.

El terapeuta menciona que siempre que aparecen síntomas de apatía sexual en hombres que solían tener la libido alta, hay que prestar atención al cansancio ya que el ritmo de vida, los problemas cotidianos y la fatiga hacen que las ganas de mantener relaciones sexuales disminuyan notablemente. Asimismo sostiene que la mujer es más vulnerable que el hombre a perder el apetito sexual, no solo por estrés sino también por otras circunstancias de su propia vida como la educación, las actividades de los niños, doble jornada laboral, el cansancio y el agobio, convirtiéndose estas en una de las quejas habituales de las mujeres, ya que no tienen tiempo para sí mismas; lo que afecta muy seriamente su autoestima e inevitablemente las relaciones sexuales.

Capítulo VI

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos propuestos y resultados del estudio se puede concluir:

1. Los docentes de materias académicas reportaron mayor incidencia que los(as) educadores(as) físicos(as) de insatisfacción profesional, poca oportunidad para ascender y trato desigual en comparación con otros profesionales, lo que provoca insatisfacción de haber estudiado educación, que a su vez incide sobre la percepción subjetiva de calidad de vida. Asimismo, tanto los(as) docentes de materias académicas y de educación física manifestaron su desmotivación por la remuneración económica que reciben por su labor y el poco tiempo libre que les queda para sus actividades de crecimiento personal.

2. Los resultados obtenidos sobre las manifestaciones somáticas demostraron que los padecimientos más frecuentes se presentan en los y las docentes que imparten materias académicas que en los(as) de Educación Física, siendo los siguientes: dolor muscular, dolor de espalda y cuello, dificultad para conciliar el sueño, tensión muscular, náuseas, estreñimiento, cansancio y problemas estomacales. Las reacciones alérgicas fue la única manifestación somática donde los(as) docentes de educación física presentaron con mayor frecuencia este padecimiento.

3. Al correlacionar la percepción subjetiva de la calidad de vida y manifestaciones somáticas respectivamente se encontró que la insatisfacción profesional, un ingreso

económico insuficiente para cubrir las necesidades, el disponer de poco tiempo libre durante la semana, entre otras, está correlacionado con la aparición de somatizaciones como dolor de cabeza, dolor muscular, dolor de cuello y espalda, resfríos o cansancio, siendo estas de las más comunes, hasta las más complejas como la impotencia y la disfunción sexual, así como la pérdida del apetito sexual en donde todas tienen como factor desencadenante al estrés y la ansiedad.

Capítulo VII

RECOMENDACIONES

Para mejorar la calidad de vida de los educadores (as) de acuerdo con los resultados del presente estudio se recomienda:

Para los y las docentes:

- Procurar los mecanismos para que se de un equilibrio entre las horas laborales y de tiempo libre, mediante una mejor organización, planificación y priorización de las tareas.
- El trabajo en el aula no debe ser rutinario ni pesado, se debe innovar y/o cambiar la metodología, buscar otros ambientes para desarrollar los contenidos, beneficiándose tanto el o la docente como el alumno(a).
- El educador (a) independientemente de la materia que imparta, debe ser un facilitador, que guíe la construcción del conocimiento.
- Que los y las docentes desarrollen un interés genuino hacia los (as) estudiantes, desde un punto de vista humanista, por conocer el entorno, las condiciones de estudio y posibilidades económicas de cada uno(a), para hacerle frente a su educación y así proveerles el conocimiento y las herramientas necesarias para desempeñarse en lo que deseen en un futuro cercano.
- Como educadores(as) físicos(as), promover tanto en los(as) educandos como en el personal docente en general, la adopción de hábitos alimenticios y de actividad física regular, y continuar con su misión de agente modificador en pro del bienestar integral.

- Proveer a los y las estudiantes en cada lección de metodologías y técnicas diferentes, que contribuyan a mejorar el proceso de aprendizaje y el ambiente de clase.

Para el sistema educativo

- Incentivar y motivar al personal docente y administrativo, ya que una población motivada rinde mucho más.
- Ofrecer las mejores condiciones de trabajo posible, con una infraestructura física y administrativa que le permita al educador(a) realizar en condiciones óptimas su labor.

Para el Ministerio de Educación Pública

- Mejorar el nivel económico de los y las docentes, que el pago esté acorde no solo a sus capacidades como educador(a) y a sus logros académicos obtenidos, sino también le permita satisfacer sus necesidades básicas para vivir dignamente.
- Revalorizar la profesión de educador(a), como se pudo determinar en este estudio los(as) educadores(as) encuestados(as) manifestaron estar insatisfechos(as) con la misma.
- Elaborar un programa integral de actualización para los y las docentes que contemple cursos, seminarios, talleres, módulos entre otros, que les permita tanto reforzar sus conocimientos, como innovar para elevar la calidad de su labor.
- Mejorar los servicios que ofrece el Ministerio de Educación Pública (MEP) como el departamento de expedientes y nombramientos los cuales se convierten en un verdadero obstáculo que dificulta el acceso a mejorar las condiciones del educador(a).

- Capacitar a los empleados(as) del MEP en sus diferentes departamentos en el entrenamiento de habilidades sociales, para el mejoramiento del servicio al educador(a).
- Descentralizar los servicios que ofrece el Ministerio, trasladando a cada provincia una sede regional del MEP y con esto agilizar muchos de los trámites que los y las docentes necesitan.

BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, I. (1998). Manual de Psicología de la Salud. Madrid, España.: Editorial Pirámides.
- Avilés, J.M. (2004). Docencia y estrés. Cuadernos de Pedagogía, 335, 59-61.
- Barboza, R. (1981). Ocio y recreación. Universidad de Costa Rica. Facultad de Educación, Departamento de Educación Física.
- Biddel, S. (1992). Psicología de ejercicio y calidad de vida. Actas Congreso Científico Olímpico. V.1. Málaga, España.: UNIESPOR. pág 177-183.
- Bize, P; Goguelin, P. (1972). El equilibrio del cuerpo y la mente. Bilbao, España.: Editorial Belgas.
- Bolaños, T. (1994). Diccionario de Recreación. Medellín, Colombia. Politécnico Colombiano.
- Boruslav, H.(1992). Los cambios en el régimen motor como condición para los cambios en el estilo de vida. Actas Congreso Científico Olímpico. Vol.1. Málaga, España.: UNIESPORT. pág. 447-450.
- Buñuel, A.(1992). Deporte y calidad de vida: aspectos sociológicos relacionados con la actividad física- deportiva y el género. Actas Congreso Científico Olímpico. Vol.1. Málaga, España.: UNIESPORT. pág. 337-346.
- Cofer, C.N.; Appley, M.H.(1990). Psicología de la Motivación. 2 ed, Editorial Trillas, México.
- Cordero, C.; Mora, M.; Murillo, S. (2000). Curso de Posgrado de la Universidad Nacional. Heredia
- Cruz, Fernández. (1991). El libro de la salud. España, Ediciones Danae S.A.
- Diccionario Enciclopédico Encarta (2002).
- Diccionario Enciclopédico Larousse, (1987).
- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, (1995).
- Diener, E.; Fujita, F.(1995). Resources, personal strivings, and subjective being: A nomothetic approach. Journal of personality and Social Psychology. N.68: pág. 926 -935.
- DSM-IV. (1997). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial MASSON, S.A.

- El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. (1994). Novena edición. Grupo Océano.
- El Manual Merck de información médica para el hogar. [1999]. Edición en lengua española. Editorial Grupo Océano, España. pág, 970-971.
- El Manual Merck de información médica: Edad y Salud. (2004). Grupo Océano.
- Engel, G.L. (1977). The need for a Nueva medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196,129-136.
- Fasting, K. (1991). El deporte y la cultura femenina. VV.AA., Mujer y Deporte. Ayuntamiento de Barcelona, Barcelona.
- Fernández, L. y García, M. (1999). Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. Título del capítulo: Psicología preventiva y calidad de vida. Biblioteca nueva.
- Freud, S. (1940). Esquema de psicoanálisis. Buenos Aires: Paidos (Biblioteca de Psicología), XXI.
- Friest, G.; y otros (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. Journal of personality and Social Psychology. N68:pág138-150.
- García, E.(1991). Prevención del Sida. En G. Buela y V. Caballo(eds): Manual de Psicología y Salud. 8 ed, pág 333-346.
- Gómez, R. (1993). XIV Congreso Panamericano de Educación Física, Ambiente y Calidad de vida. Julio, Vol. I, San José, Costa Rica.
- González, G. (1994). Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. 3ed., México.
- Informe Estado de la Nación (1996). Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José, costa Rica
- Inglehart, R. (1991). El cambio cultural en las sociedades avanzadas Siglo XXI. Madrid, España.
- Kast, P. y Khan, R. (1996). Psicología Social de las Organizaciones. México: Trillas.
- Lagardera, F (1992). Deporte y calidad de vida: la sociedad deportivizada. Actas de Congreso Científico Olímpico. Vol. 1. Málaga, España.: UNIESPORT. pág 412-417.

- López, A. (1997). Género y desarrollo. Leviatán. Revista de hechos e ideas. N 67, Mar-May. Madrid: pág 23-41.
- López, R. (1993). El papel de las emociones. Revista Ciencias de la Actividad Física. Vol. 2, N. 1; pág 23-36.
- Lorenzo, C. (1969). Situación del personal docente en América Latina. Editorial UNESCO.
- Mahan, L; Arlin, M (1995). Kraus. Nutrición y Dietoterapia. 8 ed. México, D.F.: Edit. Interamericana. Mc Graw-Hill.
- Ministerio de Educación Pública. (1996). Programa de Estudios III Ciclo y Educación Diversificada: Educación Física. San José, Costa Rica.: pág. 1-2.
- Mora, F; Porras, M (1999). Estudio exploratorio acerca del presupuesto del tiempo libre de los educadores físicos del área central del país durante 1999. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Alto Rendimiento. Universidad Nacional.
- Mosquera, A; Monge, M(1999). Calidad de vida del educador (a) Físico(a) costarricense del área metropolitana de San José. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Ciencias del Deporte con énfasis en Salud.
- Murillo, C. 1976. El administrador y el personal docente: una forma de evaluación. Tesis. San José, Costa Rica. pág, 91
- Oliveros, F. (1994). La Participación en los Centros Educativos. Pamplona. España: Eunsa
Oliveros, F. (1994).
- Organización Mundial para la Salud. O.M.S.. (1986). Prevención y lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la comunidad. Ginebra: O.M.S.
- Ottesen, L. (1992). Deporte y calidad de vida en distintos tipos de estilo de vida. Actas Congreso Científico Olímpico. Vol. 1. Málaga, España.: UNIESPORT. Pág. 447-450.
- Pelletier, K. (1986). Longevidad. Como alcanzar nuestro potencial biológico. Barcelona, España.: Edit. Hispanoeuropa, S.A.
- Pila Teleña, A. (1988). Didáctica de la Educación Física y los Deportes. Editorial Olimpia, San José, Costa Rica.
- Poblete, E. (1985). Tiempo libre y Recreación. Canal Recreativo Nacional, Chile.

- Reid, G. (1995). Comportamiento motor y personas disminuidas: mejorar la calidad de vida conectando la investigación con la práctica. Actividad Física Adaptada. Actas Congreso Científico Olímpico. Vol.1. Málaga, España.: UNIESPORT. pág 49- 57.
- Rittner, V. (1995). Cuerpo, salud, deporte y estilo de vida como punto de referencia del desarrollo social.
- Rodríguez, J. (1992). Área, Tiempo libre y Recreación. Heredia. Escuela Ciencias del Deporte . Universidad Nacional.
- Saeki, T. (1992). Identidad cultural del deporte en la sociedad contemporánea- Un examen sociológico del significado del deporte y la calidad de vida. Actas Congreso Científico Olímpico. Vol.1. Málaga, España.: UNIESPORT. pág. 465-467.
- Sáenz-López, P. (1998). Educación Física y su didáctica. Manual para el profesor. Sevilla: Wanceulen.
- Salanova, M. (2003). Burnout en profesores de enseñanza secundaria: un estudio longitudinal. En I. Martínez, M. Salanova, S. Llorens, M. García, R. Grau, y E. Cifre (Eds.), La enseñanza y el burnout: ¿una simbiosis irreversible? Castellón: Colección Psyque.
- Santisteban, V. (2000). Curso Seminario de Graduación de la Universidad Nacional.
- Strauss, G. y Sayles, L. (1992). Personal. (Cadena J., traductor). México: Prentice Hall. (Trabajo original publicado en inglés en 1980).
- Setien, M. (1996). Ocio y calidad de vida. Minusval. N. 102, mayo – junio. Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSEERSO), España.: pág 21-23.
- Sherif, M. Y Sherif, C. (1996). Psicología social. México. Charla.
- Simón, M.A. (1999). Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones. 1ª edición. España: Biblioteca
- Solomon, Philip & Patch., Vernon, D. Handbook of Psychiatry. 2nd edition. Los Altos, California. Lange Medical Publications, 1971. 648 pags.
- Ureña, P. (1996). Práctica deportiva y salud. Perspectiva psicológica. 1 ed, Heredia, Costa Rica. Publicaciones U.N.A.

- Villalanda, F. (1993). Elementos de Psicopatología Clínica. Volumen Extraordinario N 1. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2da edición. Mazorra, provincia de la Habana, Instituto Cubano del Libro.
- Wood, P. (1994). Physical activity, diet and health: independence and interactive effects. Medicine and Science and Exercise. N 26. Pág 838-843.
- Academia Estadounidense de Médicos de Familia. (2006). Medicamentos antieméticos: alivio para las náuseas y el vómito con medicamentos OTC. Recuperado 30/2/07. www.familydoctor.org
- Aparicio, L. (2008). Ansiedad. Revista Diario médico. Recuperado 15/5/09. www.medicablogs.diariomedico.com
- Aparicio, T. (2007). Vivir con entusiasmo. Publicado 15/8/07. Recuperado 20/2/09.
- Barberán, Y. (2007). El estreñimiento. Recuperado 15/7/08. www.mujeractual.com
- Buttaravoli, P. (2007). Muscle strains and tears. Publicado en Medlineplus. Recuperado 15/5/09. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003178.htm>
- Casados, M^a I. (1998). Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos. Artículo: Psicología y Salud. Emociones y enfermedad: una relación compleja e indisoluble. Boletín SEAS, #5. Recuperado 15/5/09. www.ucm.es
- Castro, R. (2004). Mujeres mayores más propensas al insomnio. Publicado en Diario Crónica. Recuperado 18/2/09. www.mujeresdehoy.com
- Días, P. (2005). Condiciones de trabajo y tareas docentes en Educación Secundaria. Satisfacción del profesorado de Educación Física. Editorial. Wenceulen. Sevilla. Recuperado 15/5/09. www.efdeportes.com
- Esteban, J. (2004). El cansancio y la fatiga crónica. Recuperado 15/7/08. www.tiroides.net/cansancio.htm
- Galarza, K. (2008). Estrés, Enemigo en la diabetes e hipertensión. Revista Salud y medicina. Recuperado 15/5/09. Dirección electrónica: medicinas.com.mx
- Gitnick, G. (2000). Freedom from digestive distress. Three Rivers Press, New York. Recuperado 23/5/09. www.myonlinewellness.com/topic/esdigestdistress
- Huerta. (2009). Guía médica. Publicado por AHAM Perú. Recuperado 17/4/08.
- Ibáñez, D. (2008). El cansancio y la vida cotidiana. Recuperado 17/4/08. www.catholic.net
- Martín, M. (2006). Investigación de Pfizer (empresa de productos farmacéuticos). Madrid, España. Recuperado 17/6/07. www.laalergia.com

- Morales, E. (2008). Disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Universidad Católica de Chile. Recuperado 23/5/09. www.sexologia.relacionarse.com
- Organización Médica Española. (2002). Más de la mitad de los ciudadanos sufre dolores de espalda que requieren tratamiento. Publicado en Guía práctica Consumer: Salud y deporte. Recuperado 17/6/07. www.consumer.es
- Paladino, A. (2006). Educación, mercado y cultura. Revista Teína, artículo 13, Nov-dic. 2006. Recuperado 18/2/09. revistateina.com
- Puentes, Y. (2005). Disminución del deseo sexual en la mujer. Publicado en Consultas médicas. Recuperado 20/10/07. www.granmacubaweb.cu
- Roselló, R. (2007). Curación natural de las alergias. Editorial Océano Ámbar. Recuperado 21/11/08. www.clubmadres.com
- San Martín, C. (2006). Estrés y el deseo sexual. Recuperado 23/5/09. www.inmobiliaria4u.com.
- Silver, N. (2008). Tipos de dolor de cabeza. Editorial. Lancet Neurol. #1, 70-83. Recuperado 2/3/07. medlineplus.com
- Solís, J. (2008). Estrés y Depresión: causantes de impotencia sexual. Recuperado 23/5/09. www.findrxonline.com
- Todd, S. (2007). La pérdida de la conducta sexual en la mujer. Recuperado 2/2/08. www.publicalpha.com
- Torres, R. (2008). La batalla entorno a la evolución docente. Recuperado el 20/2/09. www.evaluciondocentecuador.blogspot.com.
- Valinotti, S. (2008). Síndrome de burnout ¿Cuáles son las señales a las que debemos estar atentos? Publicado 21/7/08. Recuperado 20/2/09. silvanavalinotti.blogspot.com
- Vásquez, D. (2003). Pérdida del apetito sexual. Recuperado 22/3/08. www.reseñahistorica.com
- Zarco, J. (2008). La disfunción erectil. Coordinador de las jornadas de actualización en medicina familiar., Valencia. Publicado en Consumer. Recuperado 20/2/09. www.consumer.es
- Ságaro, E. (2007). Diarrea persistente. Publicado en Colombia Médica. Recuperado 2/2/08. www.colombimedica.univalle.edu.co

SEOM. (2007). Cáncer, astenia, una relación frecuente. Publicado en Blogmedicina.
Recuperado 2/2/08. www.blogmedicina.com

Anexos

Anexo 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA CIENCIAS DEL DEPORTE**

San José, mayo de 2005

Profesor(a):

Estimado(a) compañero(a):

Quiero saludarle y a la vez solicitarle respetuosamente su colaboración llenando el siguiente cuestionario, el cual será utilizado como instrumento para la recolección de datos y así conocer la calidad de vida de los educadores de materias académicas y de educación física del área metropolitana.

El objetivo de este cuestionario es recopilar la información necesaria para determinar la relación existente entre la percepción subjetiva de la calidad de vida y la respuesta somática de educadores de materias académicas y educadores físicos, que laboran en secundaria, en el sector público.

Toda la información que se le solicita será tratada en forma confidencial, por lo que le pido contestar el cuestionario con mucha sinceridad y precisión para lograr la mayor confiabilidad de la investigación.

Agradeciéndole de antemano toda la colaboración brindada para la realización de este estudio, se despide atentamente

**Bach. Vanessa Santisteban Valverde
Investigadora principal**

Anexo 2
Sección A

Datos Personales

Género: 1- M () 2- F ()

Estatura: _____ metros

Peso aproximado: _____ Kg.

Edad: _____ años.

Estado civil:

1- () Soltero(a)

2- () Casado(a)

3- () Viudo(a)

4- () Unión libre

Grado académico:

1-() Aspirante

2-() Diplomado

3-() Bachiller

4-() Licenciado(a)

5-() Master

6-() Otro _____

Grupo profesional:

1-() VT-1

2-() VT-2

3-() VT-3

4-() VT-4

5-() VT-5

6-() VT-6

7-Otro, especifique: _____

Materia que imparte: _____

Número de lecciones: _____

Cantidad de años o tiempo que usted tiene laborando: _____

Área del sector metropolitano donde labora

() San José () Alajuela () Heredia

Anexo 3

Sección B

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que podrían ser indicadores de la percepción subjetiva de la calidad de vida, abarcando las dimensiones del bienestar general.

Su tarea consiste en juzgar la medida en que cada una de las afirmaciones propuestas se ajustan a su caso. Téngase presente que no hay apreciaciones correctas, ni falsas.

Para valorar cada ítem usted cuenta con una escala de seis opciones donde:

Escala

- 1 = Totalmente en desacuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Más en desacuerdo que de acuerdo
- 4 = Más en acuerdo que en desacuerdo
- 5 = De acuerdo
- 6 = Totalmente de acuerdo

	Ítem	1	2	3	4	5	6
1	Tengo metas claras en mi vida como profesor						
2	Con frecuencia realizo actividad física						
3	El tiempo de descanso que tengo me permite recuperarme a plenitud						
4	Tengo menos amigos de los que desearía tener						
5	Soy una persona alegre y entusiasta						
6	Soy muy dado(a) a alterarme ocasionalmente						
7	Prefiero estar solo, que salir a compartir con mis amigos						
8	Soy muy dado(a) a consumir alimentos de cualquier clase y a cualquier hora						
9	Me interesa poco establecer una relación estrecha con las personas						
10	Mi ingreso económico mensual es suficiente para satisfacer mis necesidades						
11	Me desagrada compartir mis problemas con los demás						
12	Me considero una persona más pesimista, que optimista						
13	Cuando me queda tiempo libre prefiero no hacer nada						
14	Tengo buenas relaciones con mis compañeros (as)						
15	Cuando se trata de alimento, no soy dado(a) a deparar en la calidad del alimento						
16	Estoy satisfecho con lo que hasta el momento estoy logrando como profesor						
17	Hubiese preferido estudiar otra carrera a la actual						
18	Dispongo de suficiente tiempo libre durante la semana						
19	En mi tiempo libre normalmente comparto con mis amigos						
20	Cuando tengo un problema, difícilmente lo comparto con otros						
21	La idea de tener tiempo libre me pone ansioso						
22	Creo que existe un destino y que yo no puedo modificarlo						
23	La práctica deportiva es parte fundamental de mi tiempo libre						
24	Requiero del tiempo necesario para mis actividades personales						

25	Mantengo buenas relaciones con mis compañeros de trabajo						
26	Con frecuencia sufro de problemas estomacales, tensión muscular, dolor de cabeza e insomnio						
27	Los resultados que obtengo de mi trabajo van de acuerdo con el esfuerzo que realizo						
28	Las actividades que realizo en mi tiempo libre son suficientes para satisfacer mis necesidades						
29	Con frecuencia despierto de mal humor y no sé por qué						
30	Tengo menos tiempo libre del que desearía tener						
31	Con la situación del trabajo, casi no me queda tiempo para nada						
32	A menudo salgo a divertirme con mis amigos y la familia						
33	Me preocupo por mi estado de salud						
34	Mi vida de profesor se ha convertido en una pesada rutina						
35	Normalmente mis horas de sueño no son suficientes para descansar						
36	Me siento bien cuando llego a mi hogar						
37	En mi trabajo me brindan la oportunidad de capacitarme adecuadamente						
38	En mi trabajo me ofrecen la posibilidad de alcanzar mis metas						
39	Mi práctica deportiva la realizo por estética						
40	Mi práctica deportiva la realizo por salud						

Nota: los colores y equivalencias, no fueron mostrados así a los participantes en el estudio. Esto se indica aquí, en este anexo, para efectos del análisis de datos.

Color azul: hábitos y creencias

Color rojo: percepción subjetiva de satisfacción con distintos aspectos de la vida cotidiana.

Anexo 4

Sección C

A continuación se presenta una serie de ítems que podrían indicar la forma y frecuencia en que el organismo manifiesta o somatiza una alteración fisiológica y/o psicológica, con la cual se podría suponer una calidad de vida deficiente o en su defecto, óptima.

Su tarea consiste en juzgar la medida en que cada una de las afirmaciones propuestas se ajusta a su caso. Téngase presente que no hay apreciaciones correctas ni falsas.

Para valorar cada ítem usted cuenta con una escala de cinco opciones donde:

Escala

- 1 = Nunca
- 2 = Casi nunca
- 3 = Algunas veces
- 4 = Casi siempre
- 5 = Siempre

	Ítem	1	2	3	4	5
1	Sufro de dolores de cabeza					
2	Sufro de problemas estomacales					
3	Me resfrío					
4	Tengo reacciones alérgicas					
5	Me dan manifestaciones o crisis de asma					
6	Tengo dolores musculares					
7	Tengo dificultad para conciliar el sueño					
8	Sufro de estreñimiento					
9	Sufro de inapetencia (falta de apetito)					
10	Tengo un apetito más elevado de lo normal					
11	Sufro de impotencia sexual (hombre) o disfunción sexual en la mujer					
12	Sufro pérdida del apetito sexual					
13	Padezco de diarrea					
14	Sufro de tensión muscular					
15	Me dan náuseas					
16	Sufro de dolores de espalda y cuello					
17	Me siento cansado (a) frecuentemente					

Anexo 5

Tabla... Correlaciones de Pearson entre manifestaciones somáticas (ms) típicas y algunas percepciones de bienestar relativas a calidad de vida en distintos ámbitos

		ms1	ms2	ms3	ms4	ms5	ms6	ms7	ms8	ms9	ms10	ms11	ms12	Ms13	ms14	ms15	ms16	Ms17
cv1	r	,18(*)	,110	,112	,007	,116	,135	,227(**)	,061	,036	-,055	,228(**)	,266(**)	-,073	,207(**)	,161(*)	,102	,184(*)
	p	,014	,133	,126	,922	,112	,064	,002	,408	,620	,457	,002	,000	,322	,004	,028	,164	,011
cv2	r	-,13	-,054	-,078	,013	,045	-,19(**)	-,20(**)	-,06	,02	-,05	-,08	-,10	,006	-,09	-,03	-,07	-,23(**)
	p	,065	,464	,284	,859	,540	,008	,005	,423	,764	,523	,301	,146	,930	,175	,660	,324	,002
cv3	r	-,19(**)	-,077	-,045	-,005	-,140	-,172(*)	-,156(*)	-,048	-,096	-,050	-,235(**)	-,233(**)	-,084	-,184(*)	-,070	-,083	-,207(**)
	p	,009	,293	,543	,943	,055	,018	,032	,513	,188	,492	,001	,001	,249	,012	,340	,257	,004
cv4	r	,24(**)	,149(*)	,032	,148(*)	,144(*)	,176(*)	,189(**)	,003	,100	-,002	,212(**)	,246(**)	,102	,177(*)	,154(*)	,222(**)	,224(**)
	p	,001	,041	,660	,042	,048	,016	,009	,966	,172	,979	,003	,001	,163	,015	,035	,002	,002
cv5	r	-,23(**)	-,084	-,221(**)	-,083	-,027	-,099	-,271(**)	-,088	-,089	-,014	-,037	-,118	-,056	-,296(**)	-,099	-,195(**)	-,427(**)
	p	,001	,253	,002	,259	,718	,176	,000	,232	,224	,851	,617	,108	,442	,000	,174	,007	,000
cv6	r	,42(**)	,407(**)	,081	,111	,011	,393(**)	,364(**)	,198(**)	,211(**)	,045	,192(**)	,239(**)	,157(*)	,434(**)	,216(**)	,328(**)	,278(**)
	p	,000	,000	,266	,131	,877	,000	,000	,006	,004	,539	,008	,001	,031	,000	,003	,000	,000
cv7	r	-,05	-,034	-,109	,064	-,053	-,001	-,095	,052	-,097	,038	-,208(**)	-,182(*)	-,014	,062	-,092	,009	-,191(**)
	p	,454	,647	,136	,382	,474	,993	,196	,482	,184	,602	,004	,013	,852	,401	,211	,898	,009
cv8	r	-,25(**)	-,214(**)	-,136	-,071	-,135	-,194(**)	-,326(**)	-,102	-,159(*)	-,084	-,265(**)	-,356(**)	-,120	-,298(**)	-,091	-,329(**)	-,479(**)
	p	,001	,003	,063	,332	,065	,007	,000	,162	,029	,251	,000	,000	,101	,000	,212	,000	,000
cv9	r	,32(**)	,258(**)	,235(**)	,217(**)	,223(**)	,206(**)	,353(**)	,086	,331(**)	,043	,365(**)	,357(**)	,190(**)	,210(**)	,243(**)	,255(**)	,250(**)
	p	,000	,000	,001	,003	,002	,005	,000	,240	,000	,562	,000	,000	,009	,004	,001	,000	,001
cv10	r	,39(**)	,267(**)	,153(*)	,109	,054	,212(**)	,458(**)	,165(*)	,127	,172(*)	,036	,162(*)	,135	,389(**)	,211(**)	,373(**)	,541(**)
	p	,000	,000	,037	,137	,459	,003	,000	,024	,083	,018	,626	,026	,065	,000	,004	,000	,000
cv11	r	,39(**)	,230(**)	,180(*)	,101	,177(*)	,242(**)	,441(**)	,075	,164(*)	,108	,164(*)	,298(**)	,238(**)	,331(**)	,327(**)	,380(**)	,547(**)
	p	,000	,001	,013	,167	,015	,001	,000	,306	,024	,140	,024	,000	,001	,000	,000	,000	,000
cv12	r	,39(**)	,176(*)	,171(*)	,139	,149(*)	,365(**)	,336(**)	,060	,187(*)	,053	,262(**)	,364(**)	,011	,314(**)	,227(**)	,308(**)	,322(**)
	p	,000	,015	,019	,056	,041	,000	,000	,411	,010	,472	,000	,000	,883	,000	,002	,000	,000
cv13	r	,30(**)	,219(**)	,113	,150(*)	,247(**)	,258(**)	,410(**)	,149(*)	,128	-,007	,162(*)	,248(**)	,087	,272(**)	,096	,289(**)	,425(**)
	p	,000	,002	,122	,040	,001	,000	,000	,041	,080	,926	,026	,001	,233	,000	,189	,000	,000
cv14	r	-,2(*)	-,288(**)	-,066	-,042	-,019	-,155(*)	-,137	-,145(*)	-,064	,126	-,109	-,114	,030	-,022	,051	,079	-,057
	p	,021	,000	,370	,565	,794	,034	,061	,047	,381	,086	,138	,119	,682	,761	,488	,282	,439
cv15	r	,01	,133	-,004	-,114	,183(*)	-,027	,011	,118	,023	-,024	,087	,063	,025	-,131	,172(*)	-,127	-,305(**)
	p	,859	,069	,962	,120	,012	,716	,885	,107	,756	,746	,237	,393	,729	,074	,018	,083	,000
cv16	r	-,10	,084	-,113	-,198(**)	,115	-,044	-,140	,100	-,107	,020	-,099	-,069	,036	-,173(*)	,084	-,177(*)	-,295(**)
	p	,157	,251	,122	,007	,118	,549	,056	,171	,143	,787	,175	,345	,619	,018	,250	,015	,000

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

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

r: coeficiente de correlación producto momento de Pearson

p: probabilidad (se consideran aceptables aquellas inferiores a 5% de posibilidades de cometer un error de tipo I, para rechazar una hipótesis nula de no existencia de correlación entre pares de variables)

Anexo 6

Tabla...Simbología de las percepciones subjetivas relativas a la calidad de vida (cv) y las manifestaciones somáticas (ms)

cv1	Tengo menos amigos de los que desearía tener	ms1	Sufro de dolores de cabeza
cv2	Mi ingreso económico mensual es suficiente para satisfacer mis necesidades	ms2	Sufro de problemas estomacales
cv3	Estoy satisfecho con lo que hasta el momento estoy logrando como profesor	ms3	Me resfrío
cv4	Hubiese preferido estudiar otra carrera a la actual	ms4	Tengo reacciones alérgicas
cv5	Dispongo de suficiente tiempo libre durante la semana	ms5	Me dan manifestaciones o crisis de asma
cv6	Con frecuencia sufro de problemas estomacales, tensión muscular, dolor de cabeza e insomnio	ms6	Tengo dolores musculares
cv7	Los resultados que obtengo de mi trabajo van de acuerdo con el esfuerzo que realizo	ms7	Tengo dificultad para conciliar el sueño
cv8	Las actividades que realizo en mi tiempo libre son suficientes par satisfacer mis necesidades	ms8	Sufro de estreñimiento
cv9	Con frecuencia despierto de mal humor y no sé por qué	ms9	Sufro de inapetencia (falta de apetito)
cv10	Tengo menos tiempo libre del que desearía tener	ms10	Tengo un apetito más elevado de lo normal
cv11	Con la situación del trabajo, casi no me queda tiempo para nada	ms11	Sufro de impotencia sexual (hombre) o disfunción sexual en la mujer
cv12	Mi vida de profesor se ha convertido en una pesada rutina	ms12	Sufro pérdida del apetito sexual
cv13	Normalmente mis horas de sueño no son suficientes para descansar	ms13	Padezco de diarrea
cv14	Me siento bien cuando llego a mi hogar	ms14	Sufro de tensión muscular
cv15	En mi trabajo me brindan la oportunidad de capacitarme adecuadamente	ms15	Me dan náuseas
cv16	En mi trabajo me ofrecen la posibilidad de alcanzar mis metas	ms16	Sufro de dolores de espalda y cuello
		ms17	Me siento cansado (a) frecuentemente