

# Control del Estrés Laboral en los Profesores mediante Educación Emocional<sup>1 2</sup>

## Labour stress control of teachers through emotional training

Ferran Salmurri Trinxet\*

Vania Skoknic Cvitanic\*\*

### **Resumen:**

Este trabajo presenta los resultados obtenidos con una muestra de profesores de Enseñanza Básica quienes fueron apoyados en su trabajo profesional, con diversas técnicas de entrenamiento emocional, cognitivas, conductuales y de interacción social. Estas técnicas constituyeron una intervención destinada a mejorar sus habilidades para el control emocional y el afrontamiento del estrés en su trabajo mediante el aumento del autocontrol la disminución de la ansiedad y la depresión y el aumento de la asertividad y las emociones positivas entre otras variables. Además, después de la intervención realizada, disminuyeron los conflictos en el aula, la sintomatología clínica de los maestros y los días laborables perdidos por licencias médicas debidas a afecciones o enfermedades psicosomáticas.

**Palabras Clave:** Educacional emocional; estrés docente; intervención en la escuela

### **Abstract**

In this work, we present an intervention package applied a sample of school teachers, to train these workers in emotional strategies. A set of cognitive, behavioral and emotional skills was used to control clinical symptomathology and stress control. The results obtained, suggest this psychological intervention work it, because we observed a decline of symptoms and reduction work days lost, after intervention program.

**Key words:** Teachers stress; emotional training; school stress

---

1 Este estudio ha recibido financiamiento parcial de la Fundació Propedagògic de Barcelona, y fue premiado en el IX Congreso Nacional de Psiquiatría Infanto-Juvenil (Madrid, mayo 2002)

\* Psicólogo, Servei de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil. Institut de Psiquiatria i Psicologia. Hospital Clínic i Universitari de Barcelona. España. ([salmurriFerran@hotmail.com](mailto:salmurriFerran@hotmail.com))

\*\* Psicólogo, Académica del Departamento de Psicología Universidad de Chile, Santiago de Chile.

2 La traducción de este estudio, del catalán al castellano, fue realizada por el Psicólogo Dr. Luis López-Mena. Académico del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. Las figuras se conservan en el idioma original.

La investigación clínica, así como la práctica asistencial, han puesto de manifiesto - tanto en población adulta como en población infantil y juvenil - la utilidad del aprendizaje, entrenamiento y práctica de diversas habilidades emocionales, sociales, cognitivas y conductuales, en pacientes con ciertos tipos de trastornos psicopatológicos. Es decir, hay datos concurrentes que apoyan la eficacia terapéutica de estas estrategias.

A modo de ejemplo, en poblaciones infantiles y adolescentes, y en relación a los trastornos de ansiedad hay estudios que muestran mejoras utilizando una o varias de estas técnicas (Straus, 1988; Kennedy, 1986; Ollendick y Francis, 1988; Meichenbaum, 1985). En relación a los trastornos del comportamiento perturbador, también encontramos referencias (Hawkins, Catalano, y Morrison, 1989; Kendall, 1991; Pepler y Rubin, 1991; Arnold y Forehand, 1978; Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1983; Dodge y Frame, 1982; Ladd, 1981; Bornstein y Bellack, 1980). Es importante recordar la estrecha relación entre conducta antisocial y abuso en el consumo de alcohol y drogas (Kellam y Brown, 1982). También hay referencias de resultados positivos en el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, mediante alguna o varias de estas técnicas (Peterson y Seligman, 1984; Seligman y Peterson, 1986; Reynolds y Coats, 1986; Lewinsohn, Muñoz y Younggreen, 1986). Existen datos sobre mejoras obtenidas en otros trastornos infanto-juveniles, pero se estima que los señalados constituyen el grupo de consulta más frecuente en los centros de salud psicológica.

Más numerosos son los estudios aplicados a la población adulta. Por ejemplo, en relación a los trastornos del estado de ánimo (Blaney, 1977; Hollon y Beck, 1979; Thase, Simons y McGeary, 1992; Rosen, 1977; Becker, Heimberg y Bellack, 1987; Hautzinger, Stark y Treiber, 1992; Freeman y Oster, 1997), señalan cambios positivos

experimentados por los pacientes entrenados en alguna de estas habilidades. En cuanto a los trastornos de ansiedad (Caballo, 1993; Del Greco, 1983; Turner, Beidel y Cooley, 1994; Scholing, Emmelkamp y Van Oppen, 1996; Öst, 1988), y en trabajos con población delincuente (Akers, 1976; Kazdin, 1985), también observan mejoras significativas. Asimismo, hay estudios sobre la eficacia de este tipo de entrenamiento con sujetos que tienen diagnóstico de esquizofrenia (Lieberman, 1985).

En España y probablemente en los países americanos de habla castellana, los estudios de este carácter son escasos y, al parecer no se cuenta con estudios sobre población general, es decir, no clínica. Sin embargo, en otros países existen programas sobre educación emocional dirigidos a la población infanto-juvenil entre los cuales pueden mencionarse, el *Programa de Aprendizaje Social* de Shaps (1991); el *Proyecto de Desarrollo Social* realizado en Seattle por Hawkins (1989); el *Programa de Promoción de la Competencia Social Yale-New Haven*, de la Universidad de Illinois; el *Programa de Resolución Creativa de Conflictos*, de la ciudad de Nueva York y el *Proyecto de Desarrollo de la Conducta Social*, de la Universidad de Rutgers en New Jersey (Elias, 1991).

Todos estos estudios y los programas que se han derivado de los mismos, aplicados a la infancia y a la adolescencia, han obtenido un conjunto de resultados que se pueden resumir en los siguientes,

- menor iniciación al consumo de sustancias tóxicas.
- menor violencia y menos agresiones en la escuela.
- menor conducta antisocial, autodestructiva y socialmente desordenada.
- menor número de suspensos y de expulsiones escolares.

- *mejor adaptación escolar, social y familiar.*
- *mejora de la autoestima y del autocontrol.*
- *mejor interacción y comunicación con los otros.*
- *disminución de tristeza y de la sintomatología depresiva.*
- *disminución del grado de ansiedad y aislamiento.*
- *mayor empatía.*

Por su parte, en los trabajos realizados con los profesores, los numerosos estudios efectuados, comienzan por constatar la presencia, entre los maestros de un índice alto o extremadamente alto de estrés laboral. (Pithers, 1995; Morton y cols, 1997; Mykletun, 1984; Borg y Riding, 1991) Además, este índice muestra tendencia al aumento. (Dionne-Proulx, 1995). Por consiguiente los especialistas señalan la importancia de la prevención de la patología asociada al estrés en estos profesionales y sugieren algunas líneas de actuación al respecto (Blix y cols., 1994; Leung, 1994).

Recientemente, (Sugai y Horner, 2001) han señalado que las escuelas están experimentando dificultades crecientes en sus esfuerzos para generar un ambiente favorable al aprendizaje y la enseñanza. Las conductas desafiantes, turbulentas y violentas en la escuela, así como la eventual ausencia de la cortesía, respeto, seguridad y orden, disminuyen la eficacia y eficiencia del proceso educativo formal y contribuyen a crear dificultades severas al trabajo de los profesores, lo que puede contribuir a alterar su salud física y psicológica. Los autores citados señalan que algunos de los desafíos que los maestros enfrentan, serían los siguientes,

- Disminución de la disciplina necesaria (faltas de respeto, intolerancia)
- Aumento de la violencia en las escuelas (luchas físicas, golpizas, asaltos)

- Pérdidas del tiempo de enseñanza o uso poco eficiente de éste. (Disminución de logros y de la calidad de la enseñanza).
- Sobrevaloración de las sanciones basadas en programas de exclusión (referir los alumnos a la Dirección, suspensiones, expulsiones)
- Falta de fluidez en el empleo de conductas pedagógicas especializadas (por ejemplo, carencia de evaluación funcional de las conductas disruptivas, planificación de intervenciones basadas en disciplinas científicas del comportamiento, uso de mejores habilidades sociales).

Generalmente, las escuelas han respondido a estos desafíos mediante el aumento en el uso de políticas y estrategias de exclusión, basadas probablemente en la idea que la aplicación de estas medidas servirá para que los alumnos perciban, *a)* que las conductas impropias en el ámbito escolar no serán toleradas, y *b)* que las sanciones les enseñarán conductas socialmente proactivas. (Sugai y Horner, *op.cit.*) Paradójicamente, estas políticas han creado un medio ambiente social más negativo, adverso y hostil, capaz de provocar perturbaciones a la salud de quienes allí deben trabajar todos los días, lo que está en consonancia con las afirmaciones de la ciencia de la conducta, la que entre otras afirmaciones ha demostrado que las sanciones en lugar de enseñar la conducta correcta, lo que en realidad enseñan es a evitar al agente o a la situación sancionadora. (Bayés, 1983; López-Mena, 1989)

Una alternativa a las políticas tradicionales de administración de tensiones en el ambiente escolar, dirigida a los profesores y a los alumnos, podría encontrarse en las técnicas de intervención basadas en estrategias conductuales-cognitivas, y de desarrollo de habilidades sociales y de competencias emocionales. Sin embargo, no se dispone aún del

suficiente soporte empírico para el desarrollo de programas de este tipo de intervención preventiva, basados en las habilidades sociales y emocionales. En cualquier caso, es infrecuente encontrar estudios que relacionen las mejoras en el estado emocional de los profesores con el de los alumnos a su cargo. En otros ámbitos en cambio, como en las relaciones padres-hijos, se han observado resultados positivos en este sentido.

Por consiguiente, parece necesario buscar y proponer metodologías que faciliten controlar los niveles de tensión existentes en el ambiente escolar y puede ser razonable pensar que la adquisición y entrenamiento de habilidades sociales, de interacción y de autocontrol emocional, junto a la clarificación de ciertos valores, podría incidir en la mejora de la salud psicológica de los participantes considerando los resultados obtenidos en otras latitudes. Por lo tanto, en una comunidad escolar una intervención de este tipo, podría mejorar la salud psicológica de profesores y alumnos, previniendo, además, el desarrollo de ciertas psicopatologías.

Para alcanzar dicho propósito, en este trabajo se efectúa una evaluación y posteriormente se emplea una estrategia de intervención con el objetivo de facilitar la mejora de los recursos conductuales, cognitivos, emocionales y de interacción social de los profesores, a fin de contribuir al auto control de su estrés laboral. Ello facilitaría la reducción de la sintomatología psicopatológica de los profesores y probablemente lograría una disminución del riesgo psicopatológico en los alumnos. En el futuro y como producto de este estudio podría sugerirse un programa de intervención destinado a los docentes y debidamente estructurado, para su posible aplicación continuada.

## **METODO**

### **a) Muestra**

La muestra de estudio estuvo formada por 50 profesores, 25 del grupo bajo estudio y 25 del grupo de comparación. El grupo bajo intervención eran Profesores de Enseñanza Básica de una escuela pública con compatibilidad horaria para participar en el Programa. En cambio el grupo de comparación, estaba compuesto por Profesores de dos escuelas públicas escogidas al azar, dado que en una primera escuela, éstos no superaban el número de la muestra fijada. Los dos grupos eran similares en tipo de tareas, número de alumnos, nivel socioeconómico, horario de trabajo, nivel de formación profesional y número similar de personas por sexo.

Geográficamente, se trataba de escuelas públicas del sector del *Eixample* de la ciudad de Barcelona, en España y contaban con similares características socio-económicas.

### **b) Componentes de la intervención.**

La intervención, estaba dirigida a obtener en el grupo de profesores expuestos al Programa, un cierto grado de autocontrol de su conducta, entendido éste como la capacidad para comprender, analizar y administrar su medio ambiente físico y psicológico, (López-Mena, 2000), mediante un conjunto de técnicas que los profesores pueden aprender y aplicar para tales efectos.

Por consiguiente, un componente de la intervención consistió en el aprendizaje y la práctica, realizada en veinticuatro talleres de hora y media de duración cada uno, de las siguientes técnicas,

1. *Técnicas de respiración profunda y relajación* según el método de entrenamiento autógeno de Shultz, por ser esta técnica más sencilla a la hora de generalizar.
2. *Técnicas cognitivas*: práctica de pensamiento positivo, auto-observación, introspección, detención del pensamien-

to, relativización, identificación y sustitución de creencias irracionales, revisión de los esquemas cognitivos, técnicas de afrontamiento y técnicas de inoculación de estrés.

3. *Habilidades y técnicas conductuales*: priorización de objetivos realistas, presencia de actividades agradables, resolución de problemas; reforzadores, sanciones y extinción. Autoreforzo. Tiempo fuera.
4. *Habilidades de interacción*: asertividad, habilidades de comunicación, sociales y de negociación, defensa y respeto de los derechos personales, comunicación no verbal, expresión de sentimientos.
5. *Clarificación de Valores*: respeto, tolerancia, empatía, honestidad.

### **c) Procedimiento**

Al inicio de la intervención se solicitó, al profesorado participante, una evaluación de su autoestima, así como de su autocontrol, estilo cognitivo positivo y de sus relaciones con las otras personas, puntuando estos aspectos de 0 a 10. Lo mismo se les pidió, al finalizar las sesiones de entrenamiento, una “valoración global del componente entrenamiento” y, además, una valoración de la “utilidad personal” que en su opinión éste, había tenido para ellos.

Este estudio se desarrolló a lo largo de varios años. En la primera etapa, durante el Curso 1996-97 se efectuó la selección de las escuelas y se formalizó administrativamente el proceso que permitiría este estudio, el cual fue además presentado a los claustros de cada escuela para su autorización.

En el Curso 1997-98, se realizaron, veinticuatro sesiones de entrenamiento divididos en dos grupos de 12 y 13 sujetos (12 sesiones por grupo con una duración de hora y media por sesión). Además de los conceptos teóricos se realizaron prácticas por medio de

representación de papeles (“role-playing”), trabajos fuera de sesión y registros de prácticas.

En el Curso 1998-99 se destinaron otras veinte sesiones, conjuntamente con los profesores, a fin de establecer el sistema más adecuado para introducir este programa en el alumnado, tanto en cuanto a conceptos como a prácticas. a lo largo del curso.

Al mismo tiempo, se realizaron tres sesiones de información, a los padres de los alumnos sobre este estudio, a fin de obtener o mejorar su colaboración y receptividad ante las prácticas de sus hijos.

Durante los Cursos 1999-00 y 2000-01 se continuó el entrenamiento del alumnado por parte de sus profesores, los que han perfeccionado la forma de aplicar el programa. Durante el curso 2000-01 se han mantenido 24 sesiones más, (repartidas por niveles escolares), de supervisión de la puesta en marcha del programa en el alumnado, antes de efectuar la evaluación correspondiente a esta etapa.

La intervención realizada fue evaluada en cada etapa, mediante diversos instrumentos, que se describen más adelante, y en el siguiente orden,

1. *Primera evaluación*, al inicio del programa.
2. *Segunda evaluación*, al finalizar la intervención con los profesores, es decir, nueve meses después, y antes de comenzar la intervención con los alumnos, cuyos datos no se informan aquí para no exceder los límites de este trabajo.
3. *Tercera evaluación*, después del primer curso de entrenamiento y prácticas con todos los alumnos de la escuela, es decir, un año después de la segunda evaluación.

4. *Cuarta evaluación*, dos años más tarde de la tercera evaluación, es decir, a cuatro años desde el inicio de toda intervención.

Con la intención de mantener la privacidad de los sujetos del estudio y preservar el derecho a la intimidad, así como para facilitar la sinceridad de las respuestas y maximizar la adhesión y colaboración de los padres, los cuestionarios se han efectuado con pseudónimo.

Finalmente, se registró el número de días de Licencias Médicas o días de baja laboral producidas en las distintas escuelas procurando valorar externamente la eficacia de la intervención realizada. Para este fin, se han considerado aquellas que se han producido por motivos de enfermedad o por accidente laboral, desde un año antes de toda intervención, o sea desde el curso 1996-97 hasta el curso 2000-01, es decir, a lo largo de cinco años.

De igual forma se efectuaron las mismas evaluaciones y en los mismos términos en las otras dos escuelas públicas en las que no se aplicó intervención alguna. También, en estas escuelas se obtuvieron registros de las bajas laborales del profesorado.

#### **d) Instrumentos**

*S.C.L.-90-R: Cuestionario de Psicopatología revisado* de Derogatis. Autoevaluación de la psicopatología general, mediante la valoración de 90 síntomas que se puntúan de 0 a 4. Se obtienen tres índices psicométricos que indican el grado de psicopatología general y de nueve escales específicas.

*Escala de Asertividad* de Gambril y Richey. Evalúa la asertividad por medio de 40 ítems de diferentes situaciones en las que se debe señalar el grado de ansiedad, así como la probabilidad de respuesta.

*E.P.Q.-A: Cuestionario de Personalidad* de Eysenck y Sybil. mediante 94 ítems evalúa las tres dimensiones que consideran básicas de la personalidad: neuroticismo, extraversión y psicoticismo.

*T.C.I.: Cuestionario de Temperamento y Carácter. Escalas de Autodirección y de Cooperación* de Cloninger. Se han utilizado dos escalas que miden, mediante 86 ítems, patrones de comportamiento respecto el autocontrol y la capacidad de interacción social positiva.

## **RESULTADOS**

El análisis de los datos se ha realizado empleando el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Por cada una de las variables dependientes se ha aplicado un análisis de la varianza factorial mixta (2x4). Siendo, la primera variable independiente un factor intersujeto, el grupo (experimental o control), y la segunda la variable intrasujeto, que representa la evolución del tratamiento de los sujetos en los cuatro momentos de medida. En cada una de las gráficas presentadas en este informe se ha analizado si existen diferencias entre los cuatro momentos de medida y a su vez dentro de cada momento temporal se ha examinado si existen diferencias entre el grupo de profesores expuesto a la intervención y el grupo no expuesto o control. En caso de encontrar interacciones significativas entre las variables independientes se han realizado los efectos simples pertinentes en cada caso, y se han interpretado las comparaciones múltiples en aquellos casos en que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas (criterio  $p < 0.05$ ).

Para la representación gráfica de los resultados mismos, se utiliza una gráfica de las medias estimadas, y un diagrama de *caja* que nos permite comprobar la variabilidad de los datos. Los diagramas de *caja* representan la descripción de la variable cuantitativa a partir de: a) la mediana, representada por una línea horizontal dentro la *caja*; b)

el 50% central de la distribución, representado por la caja; c) la amplitud, representada por los valores máximo y mínimo de la distribución si no existen “anomalías”; y d) los valores “anómalos” (atípicos y extremos), representados mediante puntos fuera de los límites inferior y superior de la distribución.

La Tabla 1 muestra las puntuaciones alcanzadas mediante la autovaloración al ini-

cio y al finalizar las sesiones de entrenamiento del profesorado. En este proceso se consideran los datos provenientes de los 25 participantes iniciales y los 18 finales, dado que el transcurso de los años influyó en una pérdida muestral considerada normal dada la extensión del estudio, producto de situaciones administrativas o personales no vinculadas a la intervención..

**Tabla 1.-**

Puntuaciones de autovaloración al inicio y al finalizar las sesiones de entrenamiento del profesorado.

| <b>Variables evaluadas</b>       | <b>Inicio Sesiones (0 a 10)</b> | <b>Final Sesiones (0 a 10)</b> | <b>Diferencia</b> | <b>% variación</b> |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| <i>Autoestima.</i>               | 5,6                             | 6,8                            | 1,2               | <b>+21,4 %</b>     |
| <i>Autocontrol</i>               | 5,2                             | 6,9                            | 1,7               | <b>+32,7 %</b>     |
| <i>Estilo Cognitivo Positivo</i> | 5,3                             | 6,6                            | 1,3               | <b>+24,5 %</b>     |
| <i>Interacción social.</i>       | 5,8                             | 7,2                            | 1,4               | <b>+24,1 %</b>     |

La Tabla 2 presenta la valoración del componente formación efectuada por los maestros.

**Tabla 2.-**

Valoración de las sesiones y de la utilidad personal por parte del profesorado expuesto a la intervención.

| <b>Valoración del componente formación</b>  | <b>Puntuación</b> |
|---------------------------------------------|-------------------|
| Global de la formación                      | 9,0               |
| Utilidad personal<br>(Valoración de 0 a 10) | 8,5               |

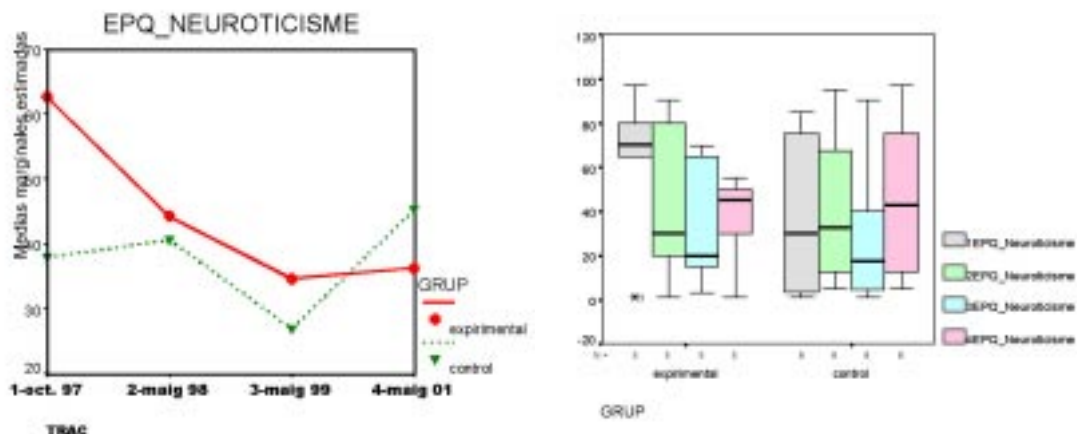
Los datos que se presentan a continuación se basan, por consiguiente en los profe-

sores que, en ambos grupos, fueron sujeto de este estudio durante toda su extensión. Por consiguiente, los datos fueron depurados y se eliminó de la muestra a los sujetos con puntuaciones extremas. Por lo tanto, los resultados del análisis efectuado son producto solo de estos dos subgrupos que resultan estadísticamente comparables en todas las variables estudiadas.

#### **a) neuroticismo**

Los datos sobre la variable neuroticismo evaluada mediante el cuestionario de personalidad EPQ de Eysenck, en la *Figura 1*, muestran una tendencia a la mejora del grupo experimental a lo largo de las cuatro evaluaciones. El análisis estadístico informa que en el grupo experimental se observa una diferencia significativa entre la 1ª y 4ª evaluación ( $F_{1,11} = 1,522$ ;  $p = 0.002$ ).

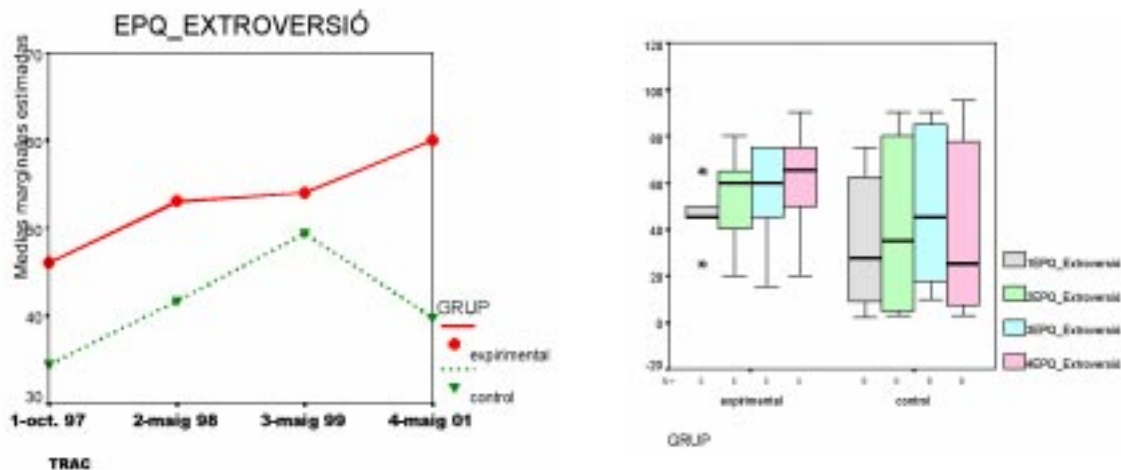
**Figura 1.**  
Resultados en rasgos de personalidad: neuroticismo.



En el grupo control esta variable, muestra variaciones en dos momentos del programa de intervención. En la tercera evaluación se presenta una disminución de las puntuaciones de forma similar al grupo ex-

perimental, en tanto que en la cuarta evaluación este grupo obtiene puntuaciones mayores que en la primera evaluación y al mismo tiempo estas son más altas que las obtenidas por el grupo experimental.

**Figura 2.**  
Resultados en rasgos de personalidad: extraversión



Utilizando el mismo instrumento, se observa que la extraversión (Figura 2) en el grupo experimental presenta puntuaciones que indican mayor grado de extroversión sin llegar a la significación estadística en ninguna de las evaluaciones de la intervención. En tanto que

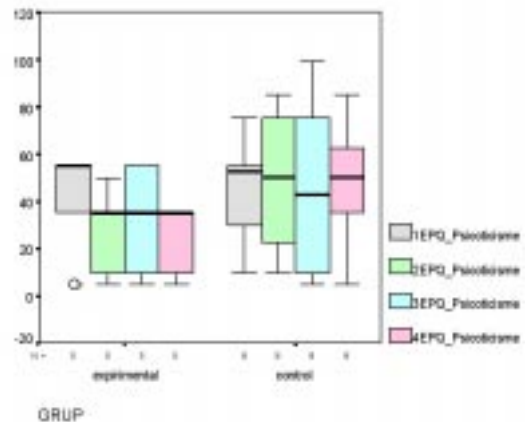
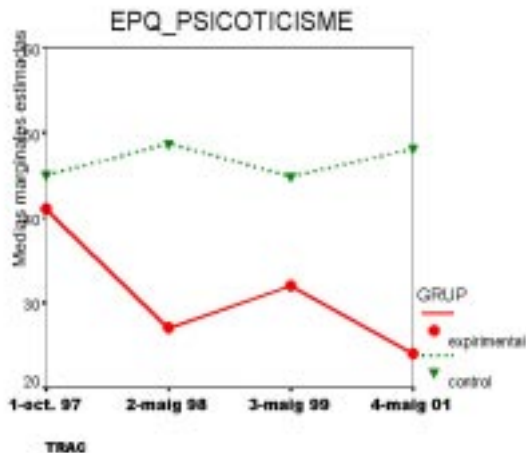
el grupo control muestra un aumento de sus puntuaciones en la tercera evaluación, pero esta no es estadísticamente significativa, en tanto que las puntuaciones de la 4ª evaluación vuelven a ser muy similares a las obtenidas en la 1ª evaluación del grupo de comparación.

Al observar los diferentes momentos de evaluación y sus puntuaciones, se encuentra que a pesar de la no existencia de diferencias significativas, se observa que el gru-

po experimental a lo largo del programa de intervención muestra un aumento más acentuado que el grupo control. (evaluaciones, 2ª, 3ª y 4ª).

**Figura 3.**

Resultados en rasgos de personalidad: psicoticismo

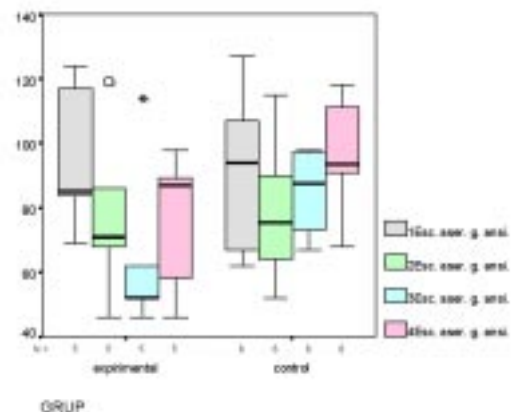
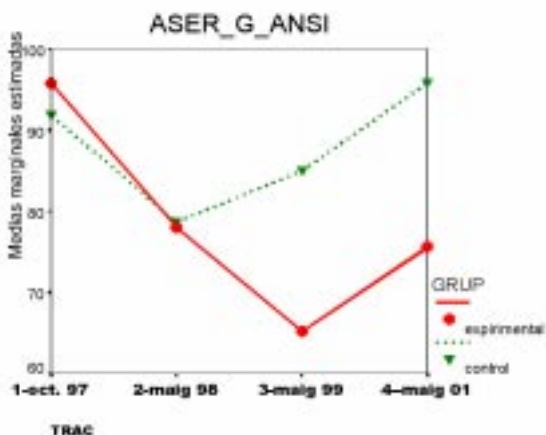


En la evolución de la variable psicoticismo del EPQ, se puede observar en la Figura, una disminución en el grupo experimental después de las sesiones centradas en el profesorado. Finalmente las puntuaciones de la 4ª evaluación muestran una disminución de esta variable en el grupo expuesto a la intervención.

Al mismo tiempo, en el grupo control se observa que el nivel de psicoticismo tiende a mantenerse a lo largo de las 4 evaluaciones, únicamente en la tercera evaluación este grupo presenta una ligera disminución en las puntuaciones, pero esta disminución no persiste hacia la cuarta evaluación donde vuelve a aumentar casi a los mismos niveles que la evaluación inicial.

**Figura 4.**

Resultados en la escala de asertividad sobre el Grado de Ansiedad.



## b) asertividad

La aplicación de la Escala de Asertividad de Gambрил, muestra la evolución de las puntuaciones directas, del grado de ansiedad frente a diversas situaciones sociales (mínima:40; máxima 200). Se observa una tendencia a la mejora en el grupo experimental a lo largo de toda la intervención. En el análisis estadístico, se aprecian diferencias significativas al comparar las puntuaciones de la primera y segunda evaluación ( $z = -2.38$ ;  $p = 0.017$ ), las puntuaciones de la primera y la tercera evaluación igualmente presentan diferencias significativas ( $F_{1,9} = 8.2$ ;  $p = 0.019$ ).

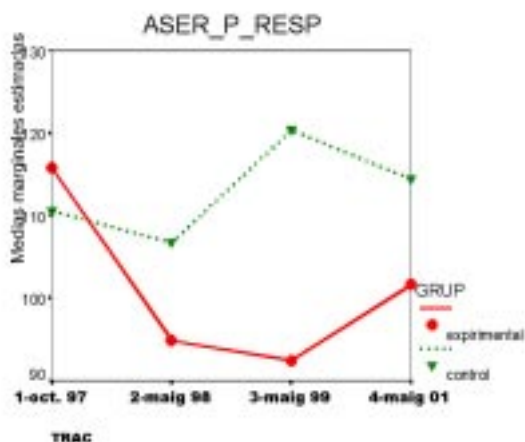
En lo que respecta a la cuarta evaluación se presenta un aumento de las puntuacio-

nes, sin embargo, éste no llega a superar las puntuaciones de la segunda evaluación, no perdiendo las mejoras obtenidas con la aplicación del programa.

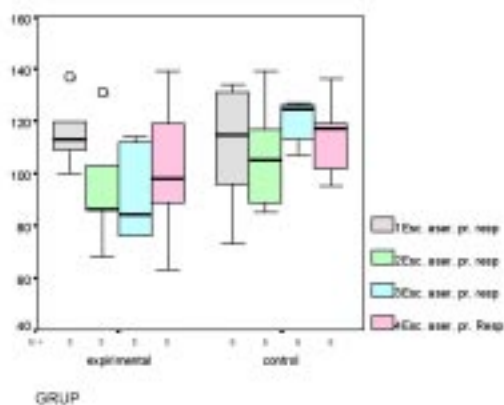
El grupo control evoluciona igualmente con cambios en las puntuaciones. Así, entre la primera y la segunda evaluación se presenta una disminución de las puntuaciones iguales a las del grupo experimental. Así mismo esta disminución no se mantiene a lo largo de la intervención, ya que las puntuaciones de la tercera y cuarta evaluación aumentan, observando una diferencia significativa entre la segunda y cuarta evaluación ( $F_{1,9} = 5.44$ ;  $p = 0.045$ ), es decir, se observa un aumento de la ansiedad en el grupo de comparación.

**Figura 5.**

Resultados en la Probabilidad de Respuesta en situaciones interpersonales.



Las puntuaciones de la variable probabilidad de respuesta delante las mismas situaciones interpersonales de la Escala de Asertividad de Gambрил (mínima: 40; máxima: 200) evoluciona en el grupo experimental con una disminución estadísticamente significativa entre la línea base y la segunda evaluación ( $F_{1,14} = 9.850$ ;  $p = 0.007$ ). Se encuentra una leve disminución en la tercera evaluación que no permanece hacia la cuarta, en donde las puntuaciones tienden

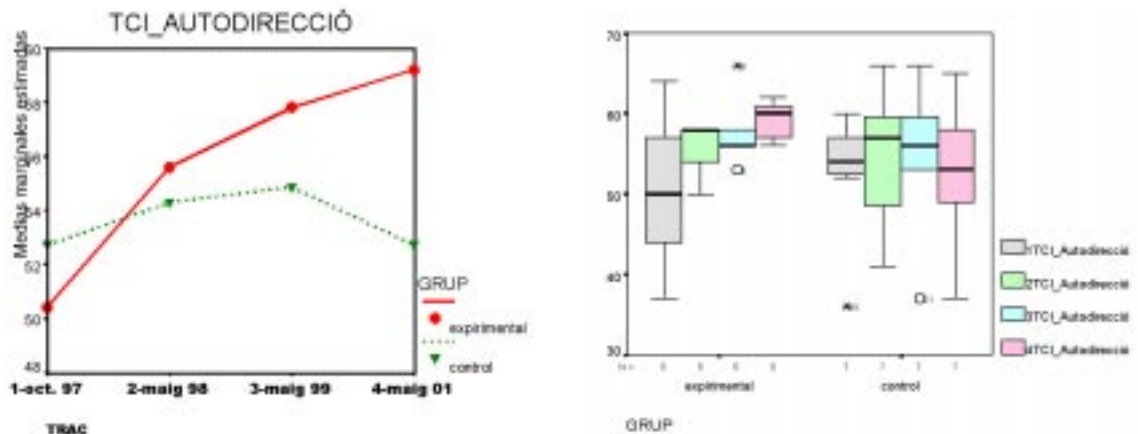


a subir, pero sin alcanzar los niveles de la línea base.

El comportamiento de las puntuaciones del grupo de comparación es ligeramente más estable, sin embargo, estas son siempre más elevadas que las del grupo experimental. Es importante mencionar que existen diferencias estadísticamente significativas entre grupos en la tercera evaluación ( $GE < GC$   $t_9 = 3.26$ ;  $p = 0.01$ ).

**Figura 6.**

Resultados en patrones comportamentales de autocontrol medidos por el T.C.I.: Autodirección



### c) autocontrol

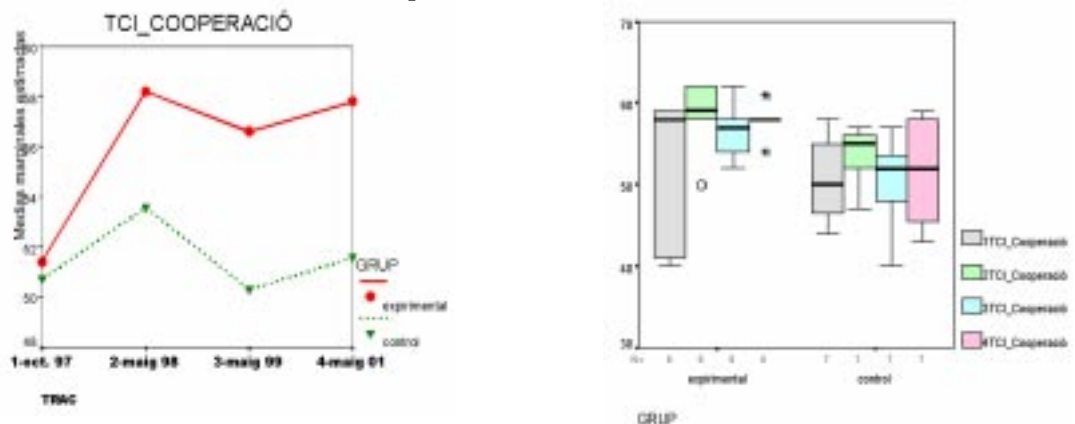
El índice de autodirección del Cuestionario de Temperamento y Carácter (TCI) de Cloninger (1987), que es considerado un indicador de los recursos y estrategias conductuales y cognitivas del repertorio de la persona, expresado en forma de puntuaciones *t*, muestra en la gráfica una tendencia a la mejora en el grupo experimental, después de la intervención. Se aprecia una tendencia continua ya que en la cuarta evaluación las puntuaciones continúan en ascenso, respecto a las tres evaluaciones anteriores.

De esta forma las diferencias entre la primera y la tercera evaluación presentan significación estadística ( $F_{1,10} = 5.85$ ;  $p = 0.036$ ) la que también es posible observar entre la primera y la cuarta evaluación ( $F_{1,10} = 6.1$ ;  $p = 0.03$ ).

En el grupo control, se aprecia como este valor se mantiene prácticamente estable a lo largo de las tres evaluaciones, con una ligera disminución en la cuarta evaluación. Al respecto, es importante tener en cuenta que los sujetos del grupo control son más homogéneos en sus puntuaciones (como se aprecia en el diagrama de caja).

**Figura 7.**

Resultados en patrones comportamentales de autocontrol medidos por el TCI.: Cooperación.



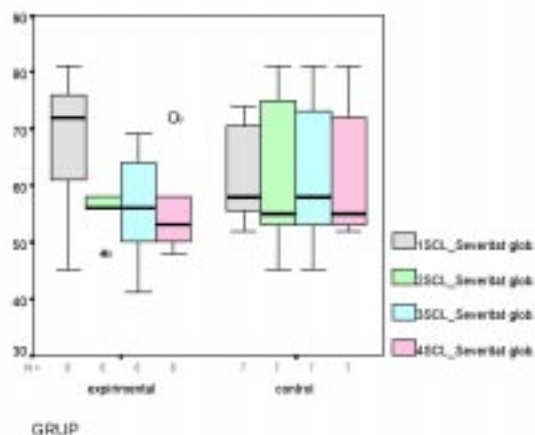
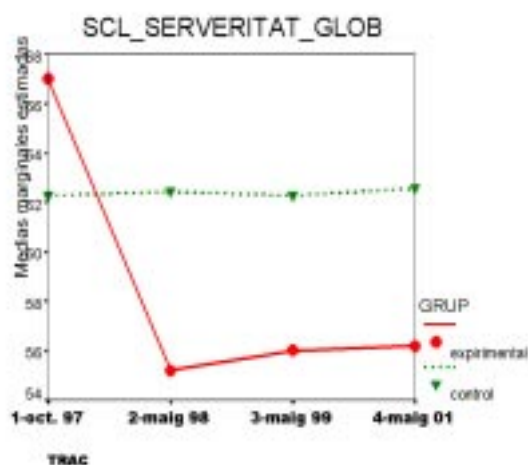
Descriptivamente, el índice de cooperación del mismo cuestionario, que se considera un indicador de la tendencia de las personas a establecer relaciones interpersonales empáticas y solidarias, también presenta una evolución positiva en el grupo experimental entre la primera y segunda evaluación ( $F_{1,10} = 5.79$ ;  $p = 0.037$ ) el que se mantiene en las dos evaluaciones siguientes. Del mismo modo que se encuentran diferencias signifi-

cativas entre la primera y segunda evaluación, éstas se encuentran presentes entre la segunda y la tercera ( $F_{1,10} = 6.65$ ;  $p = 0.027$ ), pudiendo indicar que la mejora se estabiliza a lo largo del tiempo.

En este caso, el grupo control, también muestra una mejora en la segunda evaluación pero las puntuaciones de las dos siguientes evaluaciones no indican el mantenimiento de dicha mejora.

**Figura 8.**

Resultados en las características psicopatológicas evaluadas con el S.C.L.- 90 – R: Severidad global



#### d) sintomatología psicopatológica

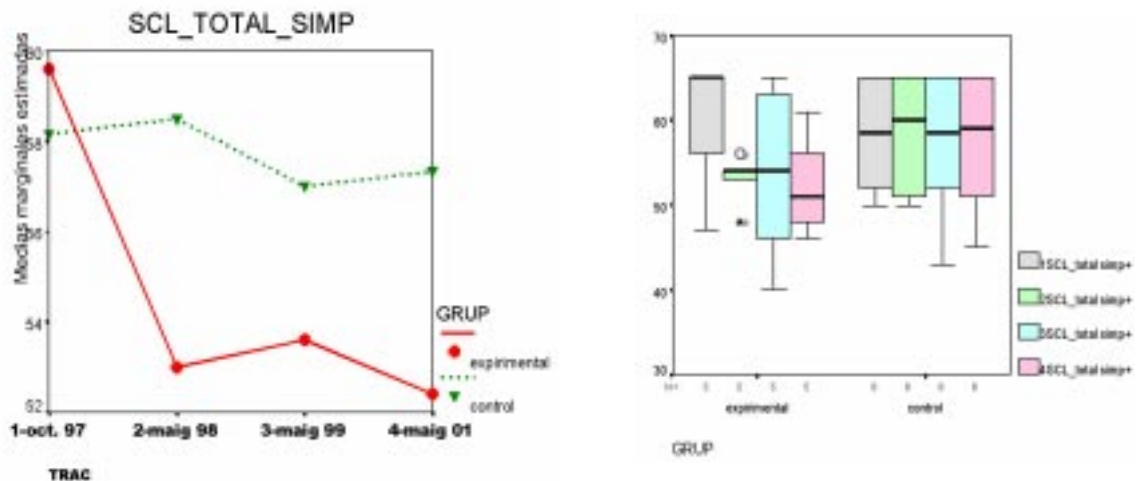
En índice de severidad global del *Cuestionario de Psicopatología* de Derogatis (SCL-90-R), que indica el grado de psicopatología general en puntuaciones *t*, se puede observar que la disminución de la sintomatología es significativa entre la primera y segunda evaluación ( $F_{1,10} = 9.39$ ;  $p = 0.012$ ) e igual-

mente existe diferencia estadísticamente significativa entre la primera y tercera evaluación ( $F_{1,10} = 9.48$ ;  $p = 0.012$ ). Dicha mejora se estabiliza en la cuarta evaluación.

En cambio, en el grupo control se observa un perfil estable a lo largo de las cuatro evaluaciones.

**Figura 9.**

Resultados del total de sintomatología positiva evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.



En el total de síntomas positivos de este mismo cuestionario se observa, en el grupo experimental, una evolución positiva similar a la observada en la variable anterior.

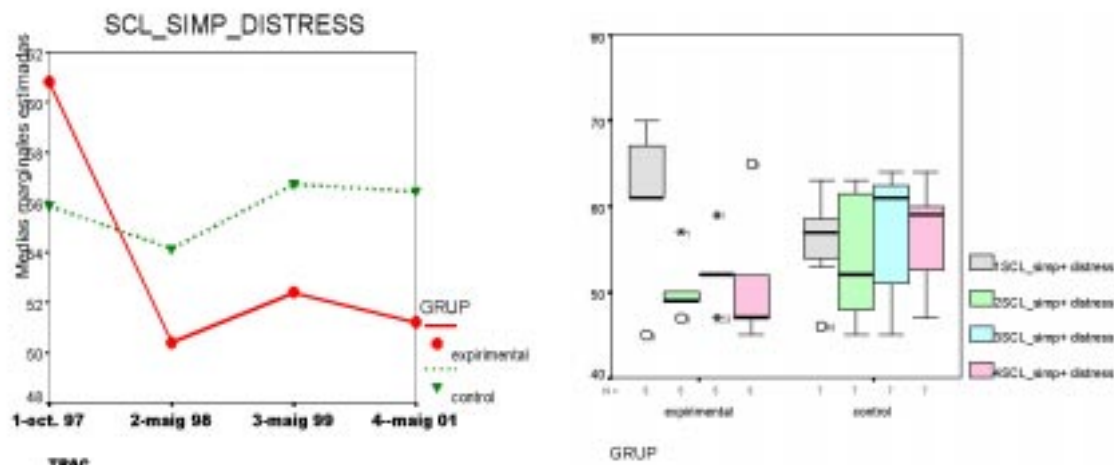
Es decir, se encuentra diferencia que es estadísticamente significativa entre la primera evaluación y la segunda ( $F_{1,9} = 10.98$ ;  $p = 0.009$ ). La disminución de las puntuaciones

que indican el grado de psicopatología son menores en la cuarta evaluación. Sin embargo, existe gran variabilidad entre los sujetos de la muestra, motivo por el cual los datos no alcanzan significación estadística.

El grupo de comparación presenta una tendencia leve hacia la disminución de sus puntuaciones lo que se refleja en la tercera y cuarta evaluación.

**Figura 10.**

Resultados del total de sintomatología de “distress” evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.

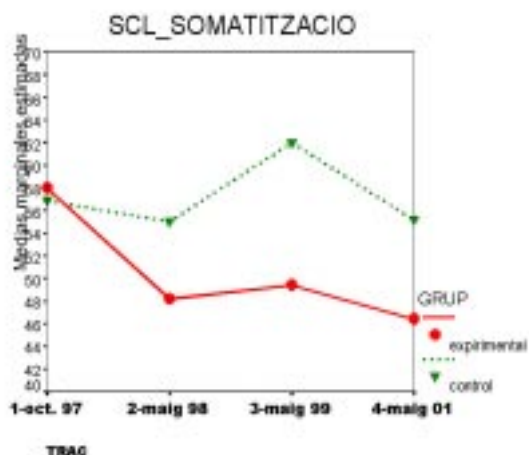


A nivel descriptivo, en el mismo cuestionario, el total de síntomas positivos de “distress”, que combina los dos índices para obtener en puntuaciones  $t$  un indicativo del grado de aglutinamiento de los síntomas en determinados trastornos, evoluciona de manera similar que los dos índices anteriores en el grupo experimental, tal y como se observa en la *Figura 11*. Las diferencias significativas se encuentran entre la primera y

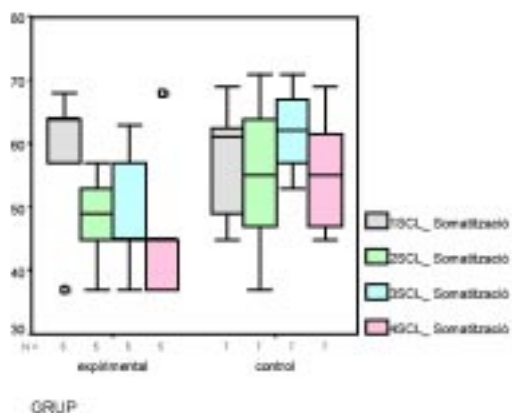
la segunda evaluación ( $F_{1,10} = 13.63$ ;  $p = 0.004$ ) y entre la primera y la cuarta evaluación ( $F_{1,10} = 6.07$ ;  $p = 0.033$ ).

En cuanto al comportamiento de los datos provenientes del grupo de comparación, este tiende a mejorar ligeramente entre la línea base y la segunda evaluación, pero las puntuaciones aumentan en la tercera y mantienen esta disminución hacia la cuarta evaluación.

**Figura 11.**  
Resultados del total de sintomatología de Somatización evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.



El grupo experimental presenta puntuaciones  $t$  menores que el grupo control en los tres momentos de las evaluaciones. De esta forma se observa que las diferencias encontradas en estas puntuaciones son significativas entre la primera y la segunda evaluación ( $F_{1,10} = 13.8$ ;  $p = 0.004$ ) y entre la primera y la cuarta evaluación ( $F_{1,10} = 5.86$ ;  $p = 0.036$ ). Las puntuaciones del grupo de comparación

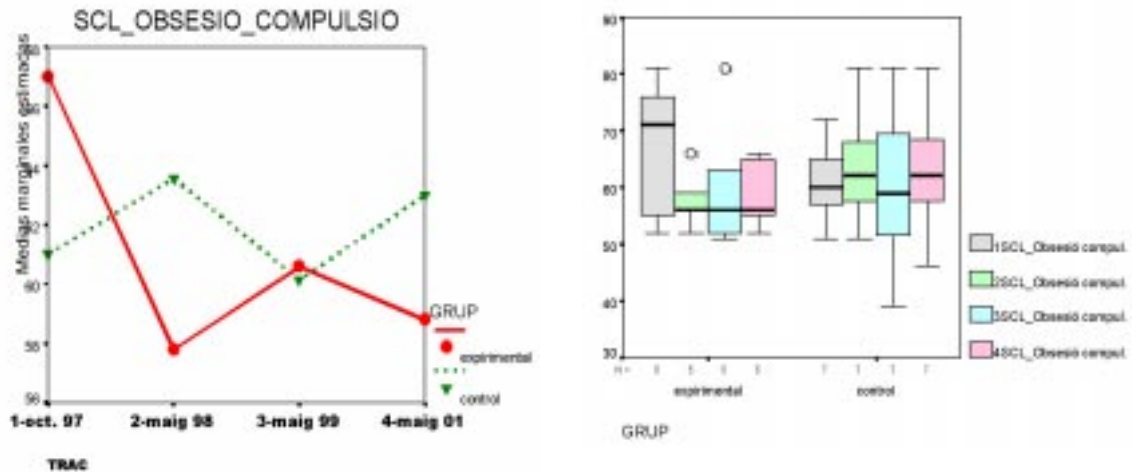


no muestran diferencias en ninguna de las evaluaciones.

En cuanto a las diferencias entre los grupos se aprecia que las puntuaciones del grupo experimental son significativamente menores a las del grupo de comparación. Por otro lado, la presencia de somatizaciones disminuyó de forma significativa en el grupo experimental.

**Figura 12.**

Resultados del total de sintomatología de Obsesión-Compulsión evaluadas con el S.C.L.- 90 - R.



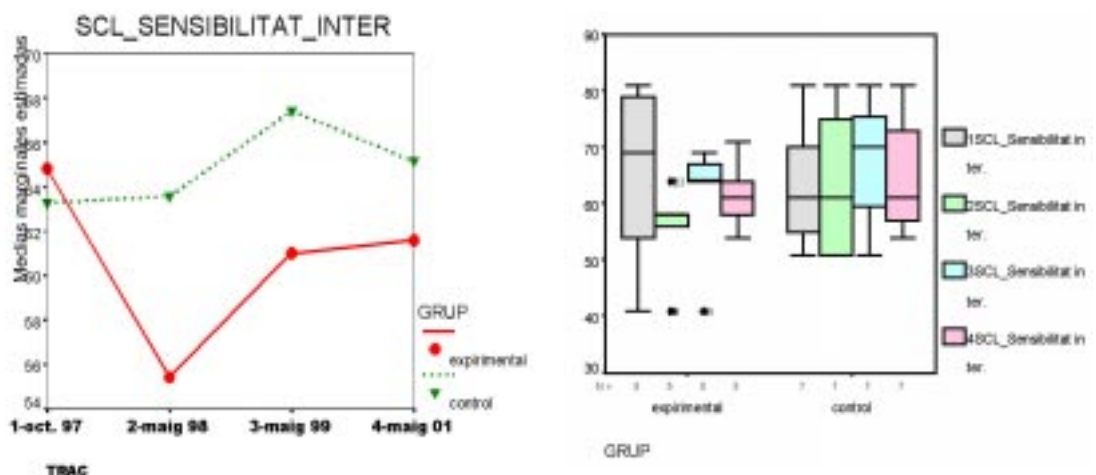
Por su parte, la subescala de síntomas obsesivos de este instrumento, muestra un descenso significativo en el grupo experimental entre la primera y la segunda evaluación ( $F_{1,10} = 6.67$ ;  $p = 0.027$ ). De igual manera, se encuentra una disminución de las puntuaciones entre la tercera y cuarta

evaluación pero éstas no logran alcanzar la significación estadística.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas por el grupo de comparación, se observa menores puntuaciones en la línea base, sin embargo se presenta un aumento de las mismas en la segunda y cuarta evaluación.

**Figura 13.**

Resultados del Sensibilidad Interpersonal evaluadas con el S.C.L.- 90 - R.

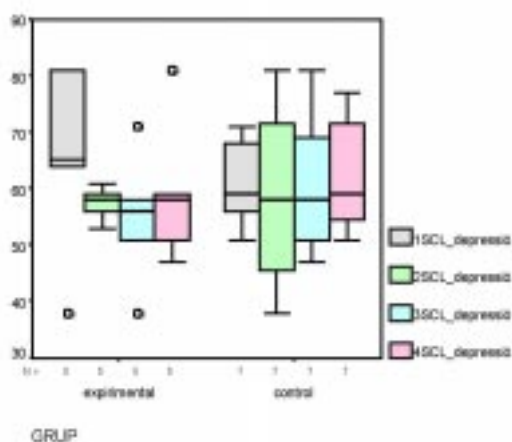
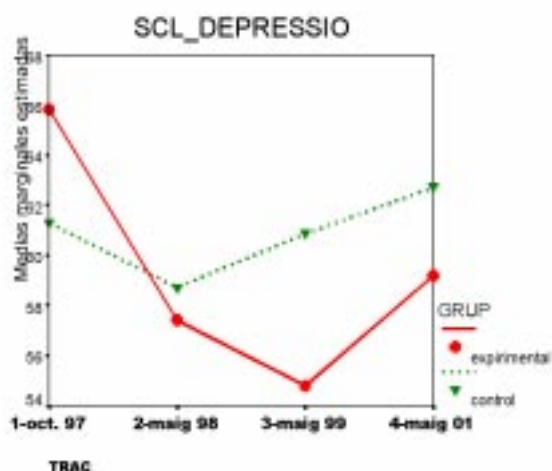


Las puntuaciones de la subescala de sensibilidad interpersonal en el grupo experimental, presentan diferencias significativas en 3 de los 4 momentos de evaluación, así, se encuentra que entre la primera y la segunda evaluación las puntuaciones disminuyen significativamente, es decir, mejoran ( $F_{1,10} = 7.71$ ;  $p = 0.02$ ), entre la 2ª y la 3ª hay un in-

cremento significativo ( $F_{1,10} = 6.53$ ;  $p = 0.029$ ). En lo que respecta a la segunda y cuarta evaluación se muestra un aumento en las puntuaciones que igualmente resulta significativo ( $F_{1,10} = 5.02$ ;  $p = 0.049$ ). Por su parte y aunque sin llegar al nivel inicial, las puntuaciones del grupo de comparación se mantienen sin variaciones.

**Figura 14.**

Resultados de la variable Depresión evaluada con el S.C.L.- 90 – R.



### e) depresión y ansiedad.

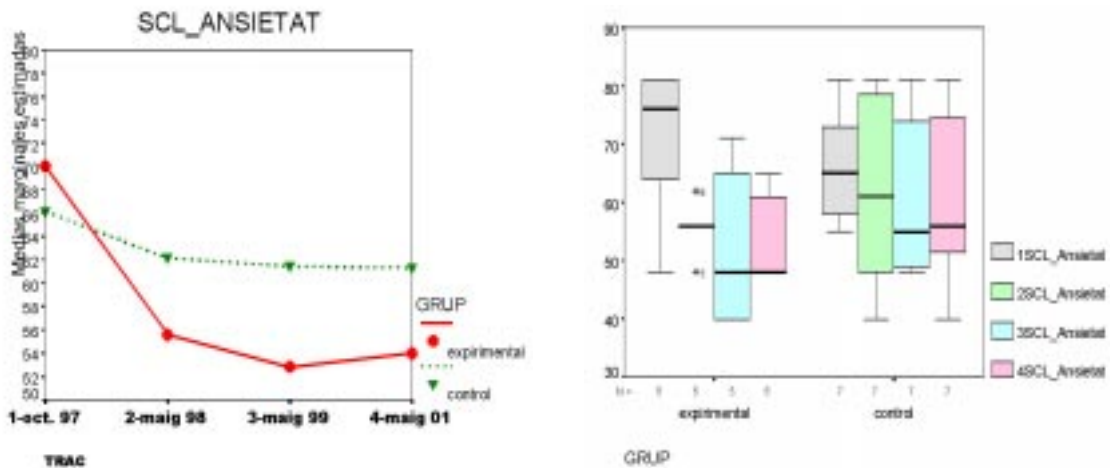
Dentro de la subescala de Depresión del *Cuestionario SCL-90-R* presenta una tendencia a la mejora en el grupo experimental a lo largo de la aplicación del programa. El análisis estadístico nos indica que las diferencias entre la primera y la tercera evaluación son significativas ( $F_{1,10} = 6.68$ ;  $p = 0.027$ ), el resto de las diferencias no muestran diferencias significativas pero si se mantienen por debajo de la puntuación de línea base y de

las obtenidas por el grupo de comparación, lo que indica que las mejoras se mantienen a lo largo del tiempo.

El grupo de comparación presenta una evolución similar a el grupo experimental, sin embargo, no se encuentran diferencias significativas en ningún momento de la intervención. Incluso en la cuarta evaluación existe un incremento de las puntuaciones por encima de la línea base.

**Figura 15.**

Resultados de la variable Ansiedad evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.

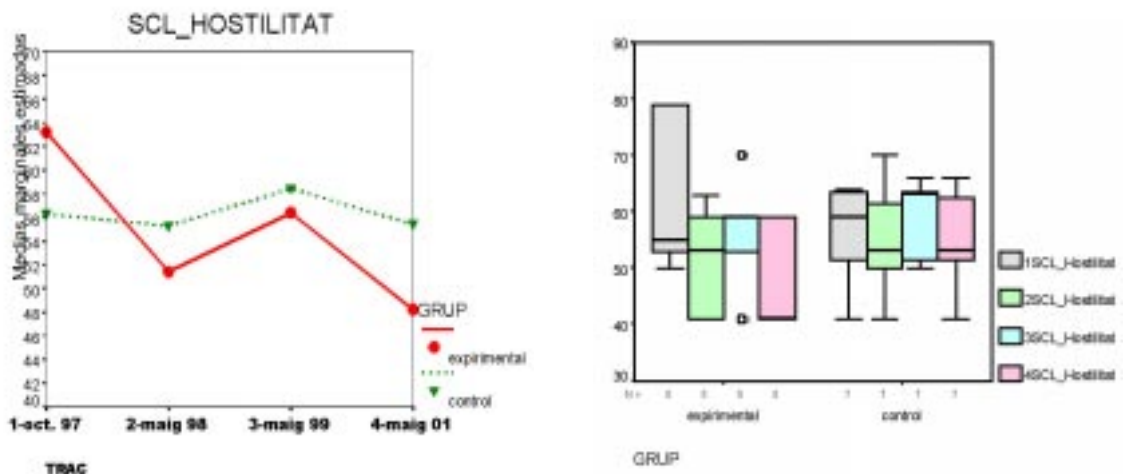


Las puntuaciones de la subescala de ansiedad del cuestionario SCL-90-R presentan cambios importantes en el grupo experimental a lo largo de toda la intervención. El análisis estadístico informa que las diferencias encontradas entre la primera y la segunda evaluación ( $F_{1,10} = 8.87$ ;  $p = 0.014$ ), la primera y la tercera evaluación ( $F_{1,10} = 12.75$ ;  $p =$

$0.005$ ) y la primera y la cuarta ( $F_{1,10} = 7.76$ ;  $p = 0.019$ ) son estadísticamente significativas. La evolución de las puntuaciones de esta escala informa de mejoras significativas (disminución de síntomas ansiosos) en el grupo experimental a lo largo de toda la intervención. Mientras tanto el grupo de comparación presenta puntuaciones que se mantienen sin cambios en los cuatro puntos de evaluación.

**Figura 16.**

Resultados de la variable Hostilidad evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.

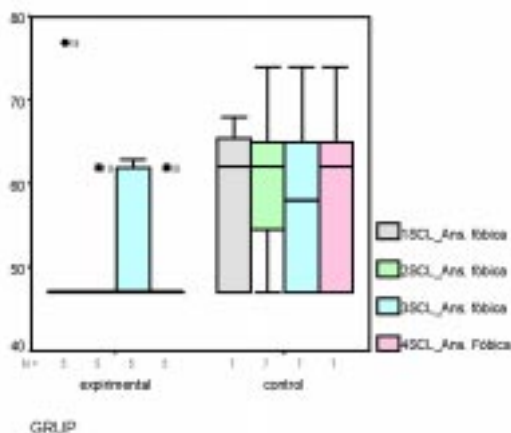
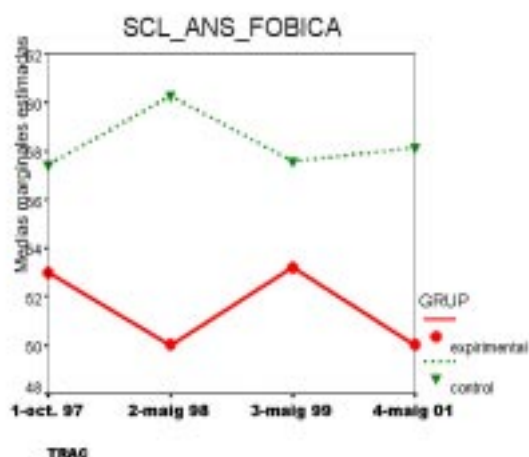


Las puntuaciones en esta subescala del Cuestionario de SCL-90-R indican puntuaciones menores en el grupo experimental, sobre todo en dos momentos de la intervención. El primero de ellos es entre la primera y la segunda evaluación ( $F_{1,10} = 9.06$ ;  $p = 0.013$ ), en tanto que el segundo es entre la primera y la cuarta evaluación ( $F_{1,10} = 9.17$ ;  $p = 0.013$ ), ambos descensos en las puntuaciones alcanzan significación estadística.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas por el grupo de comparación se muestran con un comportamiento similar entre la segunda, tercera y cuarta evaluación, sin embargo, estas puntuaciones siempre son superiores a las obtenidas por el grupo experimental, y en ningún momento se presentan con decrementos significativos.

**Figura 17.**

Resultados de la variable Ansiedad fóbica evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.



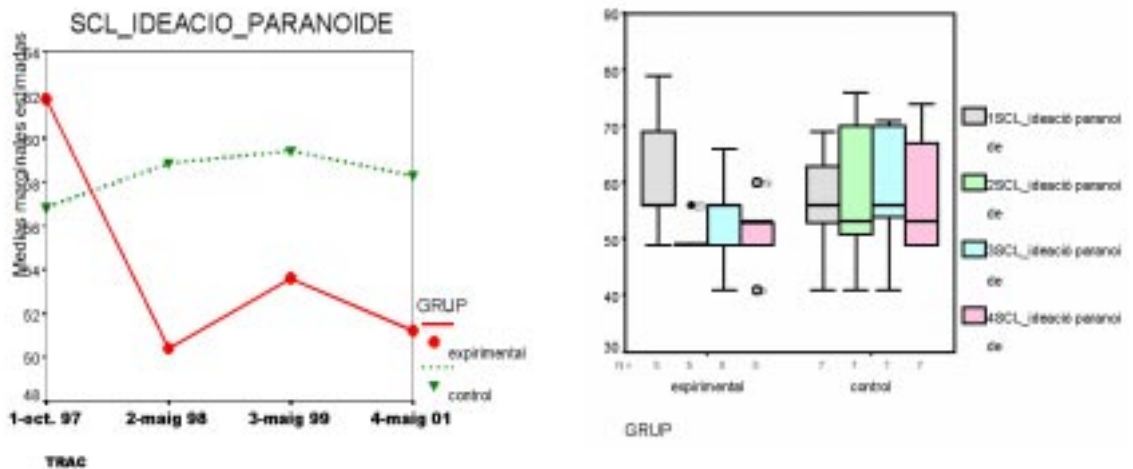
En el grupo expuesto a la intervención, las puntuaciones de la subescala de ansiedad fóbica muestran una disminución y una marcada tendencia a la baja de las puntuaciones a largo término.

En cambio los datos del grupo de comparación muestran que la presencia de síntomas de ansiedad se mantiene sin cambios a lo largo de la intervención. Las puntua-

ciones de este grupo siempre se encuentran por encima de las obtenidas por el grupo experimental, y en la segunda evaluación en donde el grupo experimental presenta una disminución de las puntuaciones, el grupo de comparación, por el contrario, presenta un aumento de las mismas las que se mantienen altas, en las dos evaluaciones siguientes.

**Figura 18.**

Resultados de la variable Ideación paranoide evaluadas con el S.C.L.- 90 – R.



La última de las subescalas del SCL-90 es la que hace referencia al Psicoticismo. La evolución del grupo experimental en esta variable presenta diferencias significativas entre la primera y la cuarta evaluación ( $F_{1,10} = 7.15$ ;  $p = 0.023$ ).

Si observamos la evolución del grupo expuesto a la intervención podemos detectar que las puntuaciones disminuyen durante todo el programa de intervención y tienden a presentarse por debajo de las puntuaciones iniciales.

Por otro lado, el grupo de comparación obtiene puntuaciones constantes en su evolución. A pesar de que en la segunda y tercera evaluación las puntuaciones disminuyen, estas disminuciones se encuentran dentro de un rango de variabilidad muy corto.

#### f) bajas laborales o licencias médicas:

Como elemento de validez externa de los resultados se analizaron los datos relativos

a las bajas laborales por licencias médicas, del profesorado de la escuela que ha formado el grupo experimental, y de las escuelas que han formado parte del grupo de comparación. No se trata de las bajas del profesorado que ha participado en el programa, pues en razón de la privacidad de la información, estos datos hacen referencia al conjunto de los profesores de las escuelas. Estos datos se basan en las informaciones oficiales que las escuelas están obligadas a registrar en el *Departament d'Ensenyament* del gobierno de la *Generalitat de Catalunya* y han sido facilitadas por las respectivas instituciones. Se han considerado las bajas por enfermedad, intervenciones quirúrgicas y accidentes laborales y no se han incluido otros, como las bajas laborales por maternidad o enfermedad de un familiar. La comparación entre ambos grupos se encuentra en la Tabla 3.

**Tabla 3.-**

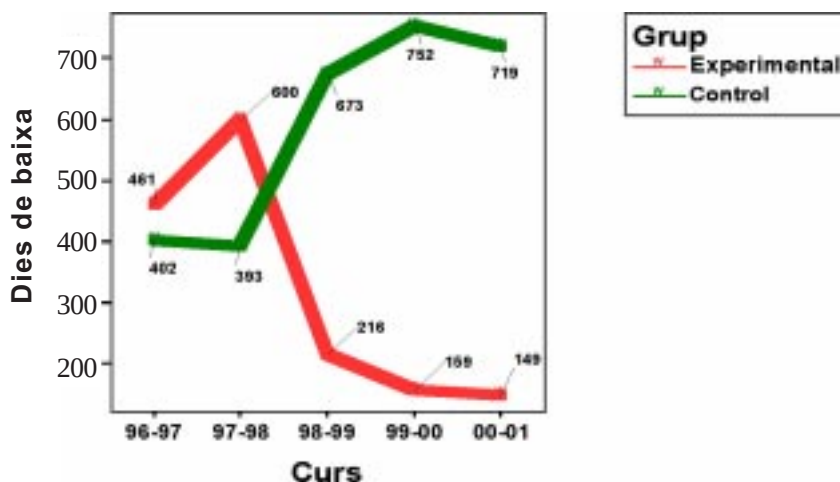
Días de baja laboral de ambos grupos, así como el número de bajas y de personas afectadas. Los datos hacen referencia al curso anterior a iniciar la experiencia, al período de la intervención y a los tres cursos posteriores.

|                               | Años           | 96-97      | 97-98      | 98-99      | 99-00      | 00-01      |
|-------------------------------|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <b>Grupo con intervención</b> | Días de baja   | <b>461</b> | <b>600</b> | <b>216</b> | <b>159</b> | <b>149</b> |
|                               | Días/baja      | 76,8       | 75         | 12,7       | 22,7       | 10,6       |
|                               | Días/persona   | 76,8       | 75         | 15,4       | 31,8       | 14,6       |
| <b>Grupo sin intervención</b> | Días de baja   | <b>402</b> | <b>393</b> | <b>673</b> | <b>752</b> | <b>719</b> |
|                               | Días / baja    | 12,2       | 15,1       | 14,6       | 14,7       | 17,5       |
|                               | Días / persona | 18,3       | 21,8       | 24,0       | 24,3       | 35,9       |

Si estos resultados se presentan en un gráfico como en la Fig 20, se aprecia la siguiente relación entre ambos grupos.

**Figura 20.-**

Número total de días que todo el profesorado de las escuelas ha estado de baja laboral a lo largo de los diferentes cursos. El curso 96-97 fue el anterior a toda intervención.



### **Discusión y conclusiones**

El aprendizaje y el entrenamiento en las técnicas y habilidades del programa para profesores parece influir en el comportamiento de las variables estudiadas. Estas influencias resultan estadísticamente significativas en muchos de los factores estudiados, pero en cualquier caso, en todas las variables se aprecian cambios en sentido positivo, es decir, de mejora.

El profesorado valora la mejora de su autoestima, de su autocontrol, de su estilo cognitivo y de sus habilidades de interacción. El estudio de estos cambios eran parte de los objetivos iniciales del estudio y si bien se trata de una valoración cualitativa y subjetiva, se debe tener presente que la sensación y los sentimientos de bienestar son, también, subjetivos.

Algunos profesores del grupo experimental, al justificar la diferente puntuación concedida a la “valoración global del curso” y a la “utilidad personal” han comentado su impresión de no haber practicado todo lo que

podrían haber hecho, lo que puede significar que las técnicas son útiles si las personas las practican.

En términos generales, de indicarse que en la mayoría de las variables estudiadas, el grupo experimental parte de puntuaciones menos favorables, a pesar de que en ningún caso, estas diferencias sean estadísticamente significativas y no fueron consideradas como criterio de elección del grupo.

Aunque no era un objetivo del programa la variación de los rasgos de personalidad puesto que éstos son características relativamente estables y, por tanto, de más difícil modificación, pudo observarse, sin embargo, que todas las puntuaciones de estas subescalas se situaban en zonas de normalidad y por ello no eran esperables cambios. Sin embargo, es posible apreciar cambios en las puntuaciones de rigidez/dureza (“psicoticismo”) con significación estadística ( $p < 0.05$ ) y también en el caso de la inestabilidad emocional (“neuroticismo”). Estos cambios son, siempre, en sentido positivo. Las mejoras se dan, solamente en el grupo

experimental observándose, no sólo, un mantenimiento a lo largo del tiempo, sino una mejora progresiva en los años posteriores.

En relación al comportamiento asertivo, tanto el “grado de ansiedad”, como la “probabilidad de respuesta” de la escala de asertividad, las reducciones observadas son estadísticamente significativas después de la intervención directa con el profesorado y continúan declinando el año siguiente. A pesar de que en los dos últimos años hay una cierta pérdida en ambos indicadores, se puede considerar un logro adquirido probablemente como efecto de la intervención.

La autodirección, es decir, el autocontrol de conducta, evaluada mediante el TCI, no sólo mejora de forma estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) mientras se aplica la intervención, sino que incluso continúa esta evolución los años posteriores. Esto puede llevar a sugerir que este cambio puede estar vinculado a una mejora de la dinámica del entorno laboral y que ésta se mantiene a lo largo del tiempo, una vez conseguida.

Entre los aspectos parciales, puede destacarse la evolución de las subescalas de “Responsabilidad”, “Determinación” (locus de control) y de “Buenos hábitos”. La internalización del locus de control, cuanto al bienestar psicológico, ha sido uno de los objetivos del componente entrenamiento de esta intervención. En relación con la puntuación global de la cooperación, observamos también una evolución positiva en el grupo experimental entre la primera y la segunda evaluación, la que se mantiene estable en las últimas mediciones, lo que indicaría una tendencia de los profesores a establecer relaciones interpersonales más empáticas y solidarias, con interesantes implicaciones en el ámbito escolar.

Todas las subescalas, tanto las de “Tolerancia social”, “Empatía”, “Altruismo”, como las de “Compasión” e “Integridad”

mejoran entre el profesorado expuesto a la intervención, manteniéndose estables las puntuaciones del grupo de profesores no participantes.

La importante mejora de la sintomatología psicopatológica del profesorado, medida mediante el SCL-90-R en las tres subescalas globales, podrían atribuirse, al menos entre otras posibles variables, a los efectos del componente activo de la intervención, es decir, el aprendizaje y entrenamiento en el programa.

Esta evolución positiva se manifiesta desde el inicio de la intervención y se mantiene en el tiempo, e incluso tiende a mejorar. El brusco descenso de los indicadores de la sintomatología psicopatológica evaluados por medio de las subescalas de “Severidad global”, “Total de sintomatología positiva” y “Total de sintomatología de distress” ponen de manifiesto una ganancia en la salud mental o psicológica del profesorado participante.

Mientras, en el grupo de comparación no se producen cambios relevantes en estas variables. Este cambio era uno de los objetivos principales iniciales del estudio: la mejora de los indicadores de la salud psicológica del profesorado. Entre los cambios positivos de las diferentes escalas se ha de destacar las de “Somatización”, “Obsesión-compulsión”, “Depresión”, “Ansiedad”, “Hostilidad”, “Ideación paranoide” y “Psicoticismo”.

Todos los cambios se mantienen en el medio plazo. A más corto plazo se observa variación positiva en “Sensibilidad interpersonal”. Solamente en una escala, la de “Ansiedad fóbica”, no hay cambios relevantes. La reducción de los días de baja laboral entre todos los profesores de la escuela experimental, y no sólo de los participantes iniciales o finales en el entrenamiento, respecto de las escuelas del grupo de comparación, está justificada si observamos los resultados de las diferentes escalas de salud mental. Los

resultados son indicadores de cambios, en muchos casos con alta significación estadística que pueden ser razonablemente atribuidos a la intervención realizada.

Los datos relativos a las bajas laborales se han obtenido de los registros que las escuelas realizan para el *Departament d'Ensenyament*, referidos a todos los profesores de la escuela, y no sólo a los que han participado en el entrenamiento o en la evaluación. Son, pues, dos grupos de diferente número de sujetos, por cuanto el grupo de comparación está formado por dos escuelas: una de una sola línea y la otra de dos.

Se observó una importante disminución de los días de baja laboral por enfermedad entre el profesorado, así como de la duración de estas bajas, en la escuela del grupo experimental. La cantidad de días de baja de este grupo en los dos primeros cursos registrados, el anterior a la intervención en el profesorado y el siguiente, el de la aplicación del programa, oscila entre los 500 y 600, mientras en el grupo de comparación lo hace entorno de los 400 días. En el primer grupo referido se observan bajas de 76,8 y 75,0 días, respectivamente, es decir, bajas de larga duración, mientras en el segundo oscila entre 12 y 15 días.

En los tres cursos posteriores a la intervención los cambios son importantes, pues, mientras en el grupo de comparación estos datos continúan en unos márgenes entre 14 y 17 días, en el grupo experimental se produce un descenso desde los 76 días iniciales del curso 1996-97, hasta los 10 días del último curso, es decir, el 2000-01.

En el grupo experimental, los días de baja varían de 461 (curso 1996-97) a 149 (curso 2000-01). Parece posible establecer una relación entre la intervención efectuada y la mejora en la salud general de los profesores especialmente si se observa la no aparición de ninguna baja de larga duración en los últimos tres años sin que hayan concurrido

factores relevantes ajenos a la intervención en las escuelas. (No han existido aumento de remuneraciones o incentivos económicos, cambios de jefatura o ascensos en el grupo durante el período de la intervención u otros factores asociables al denominado *efecto Hawthorne*).

Uno de los principales objetivos iniciales de este estudio ha sido comprobar los beneficios que en el terreno de la salud psicológica pudieran derivarse de la aplicación de una intervención como la descrita, tanto en adultos, como en la población infantil. Los primeros cambios en esta área, en el profesorado, coinciden en el tiempo con una mejora en los alumnos, sujetos también a intervención, de acuerdo a la valoración de los padres. Posiblemente, se presentaron en el ambiente escolar influencias recíprocas productos de la intervención simultánea en profesores y alumnos que contribuyeron a los resultados presentados. Estas influencias recíprocas podrían permitir afirmar que se observó una relación beneficiosa entre el estado de ánimo de los profesores y el de los alumnos.

En síntesis, las siguientes ideas pueden resumir los principales hallazgos y conclusiones derivadas de este estudio,

1. El profesorado valora cualitativamente una considerable mejora en su autoestima, autocontrol, estilo cognitivo y habilidades de interacción atribuyéndolas a su participación en este estudio.
2. La valoración global del profesorado ha sido positiva, tanto al considerar la intervención desde el punto de vista profesional, como al apreciar la utilidad de ésta para su desarrollo personal.
3. En relación a los rasgos de personalidad estudiados se observó una significativa disminución de la inestabilidad emocional ("neuroticismo") la que se

mantiene en el tiempo y una importante tendencia a disminuir la rigidez / dureza ("psicoticismo"), también, a lo largo de los años.

4. En el grupo expuesto a la intervención, la ansiedad ante situaciones interpersonales disminuye y mejora la probabilidad de respuesta con lo cual puede aumentar la probabilidad de comportarse de manera socialmente asertiva.
5. Se apreció un incremento significativo de la autodirección, es decir, del autocontrol de la propia conducta, de los recursos y estrategias conductuales y cognitivas. También, hay una tendencia a mejorar la cooperación, es decir, a establecer relaciones interpersonales más empáticas y solidarias.
6. Hay una reducción estadísticamente significativa de la sintomatología psicopatológica, con mejora de todos los indicadores de salud psicológica general, en el grupo experimental.
7. Se observaron mejoras en siete de los nueve indicadores de sintomatología específica: somatización, obsesión-compulsión, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo. Hay mejora significativa inicial, pero no parece mantenerse en el tiempo, en sensibilidad interpersonal y no se observaron cambios importantes en ansiedad fóbica.
8. Después de la intervención se produce, entre todo el profesorado de la escuela, una drástica reducción de los días de baja laboral que va aumentando con el paso del tiempo. Lo mismo se observa con los días de duración de cada baja. Al parecer los efectos de la intervención se diseminaron al colectivo de profesores de las escuelas bajo intervención, actuando el grupo de profesores participantes, como masa crítica generadora de cambios. Por el contrario, es necesario señalar la tendencia al aumento de estos resultados en el grupo de comparación.
9. Al parecer el componente activo de la intervención en el profesorado expuesto, es el proceso de aprendizaje y entrenamiento en las técnicas y habilidades del programa. Estudios futuros podrían establecer el peso de otros factores inespecíficos que pudiesen ser contemporáneos a la intervención realizada, tales como la cultura del grupo, la retroalimentación recibida entre pares, la presencia y comunicación con un especialista, la conducta de la Dirección y otros los cuales podrían también aportar influencias sobre los efectos observados.
10. Igualmente resultará de interés futuro analizar las causas de los cambios observados en los rasgos de personalidad, aspectos que generalmente son considerados más estables y por tanto más difíciles de modificar con una intervención breve.
11. Finalmente, la posibilidad de efectuar una intervención con un seguimiento sistemático constituyó un factor clave para el resultado de este estudio. Ello parece confirmar la necesidad que el psicólogo efectúe intervenciones sistemáticas y estructuradas para el mantenimiento de las mejoras que logre, estableciendo la consistencia de estos cambios y detectando relaciones de causalidad que faciliten el trabajo profesional futuro.

## Referencias

- AKERS, R.L. Y COLS. (1979). Social learning and deviant behavior: a specific test of a general theory. *American Sociological Review*, 44: 636-655.
- ARNOLD, S.C. Y FOREHAND, R.. (1978). A comparison of cognitive training and response cost procedures in modifying cognitive styles of impulsive children. *Cognitive Therapy and Research*, 2: 183-187.
- BACH, E. Y DARDER, P. (2002). *Sedúctete para seducir*. Barcelona: Paidós.
- BAYES, R. (1983) Enseñanza de la observación de un comportamiento humano en una situación natural. *Enseñanza de las Ciencias*. 1; 158-167.
- BECK, A.T. (1990). *Con el amor no basta*. Barcelona: Paidós.
- BECK, A.T. Y FREEMAN, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F. Y EMERY, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer
- BECKER, R.E., HEIMBERG, R.G. Y BELLACK, A.S. (1987). *Social skills training Treatment for depression*. New York: Pergamon.
- BERNSTEIN, D. Y BERKOVEC, T (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BISQUERRA, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- BLANEY, T.H. (1977). *Contemporary theories of depression: critique and comparison*. Journal of Abnormal Psychology, 86: 203-223.
- BLIX, A.G., CRUISE, R.J., MITCHEL, B.M. Y BLIX, G.G. (1994). *Occupational stress Among university teachers*. Educational Research. Vol.36(2): 157-169.
- BORG, M.G. Y RIDING, R.J. (1991). Towards a model for the determinants of occupational stress among schoolteachers. *European Journal of Psychology of Education*. Vol. 6(4): 355-373.
- BORNSTEIN, M. Y BELLACK, A.D. (1980). Social skills training for highly aggressive children in on inpatient psychiatric setting. *Behavior Modification*, 4: 173-186.
- CABALLO, V.E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- CARPENA, A. (2001). *Educación socioemocional a primaria*. Vic: Eumo
- CAUTELA, J.R. Y GRODEN, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- CERVERA, M. (1996). *Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia*. Barcelona: Martínez Roca
- DAVIS, M.; MCKAY, M. Y ESHELMAN, E.R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- DELGADO, J.M.R. (1988). *La felicidad*. Madrid: Temas de Hoy
- DEL GRECO, L. (1983). The Del Greco assertive behavior inventory. *Journal of Behavioral Assessment*, 5: 49-63.
- DIONNE-PROULX, J. (1995). Le stress au travail et ses consequences potentielles a long terme: Le cas des enseignants Quebecois. *Canadian Journal of Education*. Vol. 20(2): 146-155.
- DODGE, K.A. Y FRAME, C.L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53: 620-635.
- ELIAS, M.J. Y WEISBERG, R.P. (1990). Schools-based social competence promotion as a primary prevention strategy: a tale of two projects. *Prevention in Human Services*, 7, 1: 177-200. En D. Goleman: *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.

- ELIAS, M.J.; GARA, M.A.; SCHUYLER, T.F.; BRANDEN-MULLER, L.R. Y SAYETTE, M.A. (1991). The promotion of social competence: Orthopsychiatry 61: 409-417. En D. Goleman: *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- ELLIS, M.J.; TOBIAS, S.E. Y FRIEDLANDER, B.S. (2000). *Educación con inteligencia emocional*. Barcelona: Plaza & Janés.
- ELLIS, A. Y GRIEGER, R. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FELIU, M.H. (2000). *Acabar bien*. Barcelona: Martínez Roca.
- FREEMAN, A. Y OSTER, C.L. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V.E. Caballo (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol, 1. Madrid: Siglo XXI.
- GOLDSTEIN, A.P.; SPRAFKIN, R.P.; GERSHAW, N.J. Y KLEIN, P. (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- GOLEMAN, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- GÓMEZ, J. (2002). *Educación emocional i llenguatge en el marc de l'escola*. Barcelona: Rosa Sensat.
- HAUTZINGER, M., STARK, W. Y TREIBER, R. (1992). Kognitive verhaltenstherapie bei depressionen. En V.E. Caballo (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, Vol, 1. Madrid: Siglo XXI.
- HAWKINS, J.D., CATALANO, R.F. Y MORRISON, D.M. (1989). The Seattle social development project. En J. McCord y R. Temblay (dirs.). *The prevention of antisocial behavior in children*. New York: Guilford.
- KAZDIN, A.E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- KELLAM, S.G. Y BROWN, H. (1982). *Social adaptation and psychological antecedents of adolescent psychopathology ten years later*. John Hopkins University. Baltimore.
- KENDALL, P.C. (1991). *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford.
- KENNEDY, W.A. (1986). Reacciones obsesivo-compulsivas y fóbicas. A T.H. Ollendick y M. Hersen (dirs.). *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- LADD, G.W. (1981). Effectiveness of social learning method for enhancing children's social interaction and peer acceptance. *Child Development*, 52: 171-178.
- LAZARUS, R. Y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LEDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel / Planeta.
- LEUNG, E.Y. (1994). Stress management as a preventive measure to combat teacher suicide?. *Bulletin of the Hong-Kong Psychological Society*, 32-33: 113-118.
- LEWINSOHN, P.M., MUÑOZ, R.F., YOUNGREN, M.A. Y COLS. (1986). *Control your depression*. New York: Prentice-Hall.
- LIBERMAN, R.P., LILLIE, F., FALLON, I.R.H. Y COLS. (1985). Social skills training with relapsing schizophrenics: an experimental analysis. *Behavior Modification*, 8: 155-179.
- LÓPEZ MENA, L. (1989). *Intervención psicológica en la empresa*. Barcelona: Martínez Roca.
- LÓPEZ- MENA, L. (2000) Habilidades de autocontrol aplicadas a la seguridad del trabajo. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 9, 31-74.

- MARINA, J.A. (1996). *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama.
- MCKAY, M.; DAVIS, M Y FANNING, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca
- MCKAY, M. Y FANNING, P. (1998). *Técnicas de relajación diaria*. Barcelona: Oniro.
- METIS ASSOCIATES, INC. (1990). The resolving conflict creatively program: 1988-1989. Summary of significant findings of RCCP New York Site (New York: Metis Associates). En D. Goleman: *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- MICHELSON, L., SUGAI, D.P., WOOD, R.P. Y KAZDIN, A.E. (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca
- MEICHENBAUN, D. (1985). Selt-instructional training. En A.S. Bellack M. Hersen (dirs.). *Dictionary of behavior therapy techniques*. New York: Pergamon Press.
- MEICHENBAUN, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MORA, F. (2001). *El reloj de la sabiduría*. Madrid: Alianza.
- MORTON, L.L.; VESCO, R.; WILLIAMS, N.H. Y AWENDER, M.A. (1997). Student teacher anxieties related to class management, pedagogy, evaluation, and staff relations. *British Journal of Educational Psychology*. Vol. 67(1): 69-89.
- MYKLETUN, R.J. (1985). Teacher stress: Percived and objective sources, and quality of life. *Scandinavian Journal of Educational Research*. Vol. 28(1): 17-45.
- Ollendick, T.h. Y Francis, G. (1988). Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, 12: 165-204.
- ÖST, L.G. (1988). Applied relaxation versus progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behavior Research and Therapy*, 26: 13-22.
- PEPLER, D.J. Y RUBIN, K.H. (1991). *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- PETERSON, C. Y SELIGMAN, M.E. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychological Review*, 91: 347-374.
- PITHERS, R.T. (1995). *Teacher stress research: problems and progress*. British Journal of Educational Psychology, 65: 387-392.
- REYNOLDS, W.M. Y COATS, K.I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *Journal Consulting in Clinical Psychology*, 54: 653-660.
- ROCHE, R. Y SOL, N. (1998). *Educación prosocial de las emociones, valores actitudes positivas*. Barcelona: Blume.
- ROSEN, G.M. (1977). *The relaxation response*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall.
- SALMURRI, F. Y BLANXER, N. (2001). Somos lo que practicamos. En P. Darder y R. Bisquerra, (dirs.). *Temáticos Escuela Española*, 1: 17-19. Madrid: Cisspraxis.
- SCHAPS, E. Y BATTISTICH, V. (1991). Promoting health development through school-based prevention: new approaches. OSAP Prevention Monograph nº 8: Preventing adolescent drugs use: from theory to practice. En D. Goleman: *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.
- SCHOLING, A., EMMELKAMP, P.M.G. Y VAN OPPEN, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V.B. Van Hasselt y M. Hersen (dirs.). *Sourcebook of psychological treatment of adults disorder*. New York: Plenum.

- SELIGMAN, M.E. Y PETERSON, C. (1986). A learned helplessness perspective on childhood depression: theory and research. En M. Rutter, C.E. Izard y P.B. Read (dirs.). *Depression in young people: developmental and clinical perspectives*. New York: Guilford.
- STRAUSS, C.C. (1988). Overanxious disorder. En M. Hersen y C.G. Last (dirs.). *Child Behavior Therapy Casebook*. New York: Plenum.
- SUGAI, G., Y HORNER, R. (2001) *School Climate and discipline: going to scale*. A framing paper for the national summit. University of Oregon: Center on Positive Behavioral Interventions and Supports.
- THASE, M.E., SIMONS, A.D., MCGEARY, J. Y COLS. (1992). Relapse cognitive-behavior therapy of depression: potential implications for longer causes of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1046-1052.
- TORO, J. (1996). *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel
- TURK, D.; MEEKS, S. Y TURK, L. (1982). Factors contributing to teacher stress: Implications for research prevention and remediation. *Behavioral Counseling Quarterly*, 2, 3-25.
- TURNER, S.M., BEIDEL, D.C. Y COOLEY-QUILLE, M.R. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with social effectiveness therapy. *Behavior Research and Therapy*, 33: 553-555.
- WOOLFOLK, R. Y LEHRER, P. (1984). *Principles and practice of stress management*. New York: Guilford Press.