UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

“ESTRÉS PERCIBIDO Y ANSIEDAD EN PERSONAL DE UNA ESCUELA ESPECIAL”

PRESENTADA POR

GIMENA PEZZALI

DIRECTORA:

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Fecha: agosto de 2023

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar y agradecer en estas líneas mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han guiado y brindado su ayuda durante el recorrido de este laborioso trabajo.

Le agradezco infinitamente a Dios por haberme acompañado y sostenido en todo momento, por brindarme la fuerza necesaria para no darme por vencida y por permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de ni formación profesional.

Quisiera agradecerles a los profesores de la UAI, a mis compañeros y a todas las personas que fueron participes de este proceso de aprendizaje, gracias a cada uno de ustedes por la dedicación y apoyo brindado a lo largo de mi carrera universitaria.

Quiero agradecer de forma especial al Prof. Andrés López Pell, quien fue mi tutor, me guio y me brindo su gran ayuda en la elaboración de este trabajo. Así mismo quiero agradecerle al Prof. Maximiliano Preuss, quien me ha acompañado en este largo proceso, por brindarme su tiempo, constante apoyo y paciencia, animándome a concluir esta etapa. Fue un honor recibir su guía y conocimiento en la producción de este trabajo.

Mi agradecimiento infinito a mi familia, especialmente a mis padres y mis hermanos, quienes fueron mis pilares y mi apoyo incondicional a lo largo de toda mi carrera, me acompañaron y sostuvieron durante este largo proceso.

A mi pareja, quien me ha acompañado en este largo proceso, ha creído en mí y me ha alentado en cada momento.

Así mismo quiero dedicar este agradecimiento a mi abuelo, quien siempre me alentó con un sincero amor a que continúe con mis estudios, inspirándome siempre mucha confianza, sé que estaría muy orgulloso.

RESUMEN

El objetivo general de este estudio fue analizar la relación entre el estrés percibido y la ansiedad en el personal de una escuela especial que trabaja con niños con trastornos del espectro autista [TEA]. Para ello, participaron 39 profesionales cuyas edades oscilaban entre 24 y 50 años (M= 30 años; DT= 5,013 años). El 74,4% pertenecía al género femenino y el 25,6% al género masculino. Asimismo, cabe referir que el 10,3% ocupaba el puesto de auxiliar, el 12,8% el rol de orientador, el 46,2% cargos docentes y el 30,8% tenía otro puesto. A todos ellos se les administró la Escala de Estrés Percibido [EEP-10] (Cohen et al., 1983; adaptación chilena: Calderón Caravajal et al., 2017) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI] (Spielberger et al., 1983; adaptación argentina: Leibovich de Figueroa, 1991).

El diseño de la investigación fue no experimental, de tipo descriptivo-correlacional, de enfoque metodológico cuantitativo y corte trasversal.

Los resultados mostraron la presencia de relaciones positivas entre el Estrés Percibido y la Ansiedad Rasgo y la Ansiedad Estado. A su vez, se encontró que la Autoeficacia se vinculó de manera directa con la cantidad de horas semanales que trabaja un profesional en la escuela y con la realización de actividades asociadas al bienestar. Finalmente, vale decir que no se encontraron diferencias significativas con sexo, jerarquía laboral, antigüedad en la institución, edad y dispositivo de trabajo.

Palabras clave: Ansiedad, Estrés percibido, Trastornos del Espectro Autista, Profesionales de escuela especial.

ABSTRACT

The general objective of this study was to analyze the relationship between perceived stress and anxiety in the staff of a special school that works with children with autism spectrum disorders [ASD]. For this, 39 professionals whose ages ranged between 24 and 50 years (M= 30 years; DT= 5,013 years) participated. 74.4% belonged to the female gender and 25.6% to the male gender. Likewise, it is worth mentioning that 10.3% held the position of assistant, 12.8% the role of counselor, 46.2% teaching positions and 30.8% had another position. All of them were administered the Perceived Stress Scale [EEP-10] (Cohen et al., 1983; Chilean adaptation: Calderón Caravajal et al., 2017) and the State-Trait Anxiety Inventory [STAI] (Spielberger et al. ., 1983; Argentine adaptation: Leibovich de Figueroa, 1991).

The research design was non-experimental, descriptive-correlational, with a quantitative methodological approach and a cross-sectional approach.

The results showed the presence of positive relationships between Perceived Stress and Trait Anxiety and State Anxiety. In turn, it was found that Self-efficacy was directly linked to the number of weekly hours that a professional works in the school and with the performance of activities associated with well-being. Finally, it is worth mentioning that no significant differences were found with regard to sex, labor hierarchy, seniority in the institution, age and work arrangement.

Keywords: Anxiety, Perceived stress, Autism Spectrum Disorders, Special school professionals.

ÍNDICE GENERAL

Agradecimientos 1
Resumen 2
Abstract 3
Índice general 4
Índice de gráficos 6
Índice de tablas 7
Índice de figuras 8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.** 22
1.1. Introduccion 22
1.2. Antecedentes 12
1.2.1. Antecedentes que estudian estrés percibido y ansiedad en profesionales de la salud/educacion 12
1.2.2. Estrés percibido y variables sociodemograficas implicadas en profesionales d ela salud/educacion ..... **¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.**
1.2.3.Niveles de ansiedad y variables sociodemograficas implicadas en profesionales de la salud/educacion 19
1.3. Pregunta 25
1.4. Justificacion 22
1.4.1. Teórica 33
1.4.2. Práctica 22
1.4.3. Social 23
1.5. Objetivos 23
1.5.1. Objetivo general 23
1.5.2. Objetivos especificos 23
1.6. Hipotesis 24
1.6.1. Hipotesis principal. 24
1.6.2. Hipotesis secundarias 24
2. MARCO TEORICO 25
2.1. El estrés 25
2.2. El estrés percibido 31
2.3. La ansiedad 33
2.4. El trastorno de ansiedad generalizada 39

2.5. El trastorno del espectro autista 43
2.6. Los profesionales que trabajan con discapacidad 52
2.7. La Escuela de Educacion Especial “San Martin de Porres” 54
3. METODOLOGIA 58
3.1. Diseño 58
3.2. Participantes 58
3.3. Instrumentos 59
4. RESULTADOS 62
4.1.Caracterizacion de la muestra 62
4.2.Caraterizacion de las variables 65
4.3. Analisis de la normalidad 68
4.4. Analisis de la relacion entre variables 70
4.5. Analisis de las diferencias de grupo 68
5. CONCLUSIONES Y DISCUSION 70
6. REFERENCIAS 75
7. ANEXOS 86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la variable Género……. 62
Gráfico 2. Distribución de la variable Lugar de Residencia…….. 62
Gráfico 3. Distribución de la variable Jerarquía Laboral……... 63
Gráfico 4. Distribución de la variable Dispositivo de Trabajo……... 63
Gráfico 5. Distribución de la variable Nivel Educativo del Profesional……... 64
Gráfico 6. Distribución de la variable Actividad asociada al Bienestar……... 64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de las variables…..…….... 66
Tabla 2. Descripción de los niveles de Estrés Percibido y Ansiedad en los sujetos de la muestra…….. 66
Tabla 3. Niveles de Estrés Percibido, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en los sujetos de la muestra…….. 66
Tabla 4. Prueba de normalidad……. 67
Tabla 5. Análisis de la relación entre Estrés Percibido (y sus dimensiones) con Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo…… 67
Tabla 6. Análisis de la relación entre Estrés Percibido (y sus dimensiones) con las variables sociodemográficas Edad, Antigüedad laboral en la institución y Cantidad de hs. semanales trabajadas……. 68
Tabla 7. Análisis de la relación entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo con las variables sociodemográficas Edad, Antigüedad laboral en la institución y Cantidad de hs. semanales trabajadas……. 68
Tabla 8. Análisis de las diferencias de grupo según género…… 69
Tabla 9. Análisis de las diferencias de grupo según dispositivo de trabajo.. 69
Tabla 10. Análisis de las diferencias de grupo según jerarquía laboral……. 70
Tabla 11. Análisis de las diferencias de grupo según actividad asociada al bienestar……. 70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Síndrome General de Adaptación (Selye, 1982)……. 28
Figura 2. Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos……... 30
Figura 3. Diferencia entre ansiedad normal y patológica…… 36
Figura 4. Trastorno de ansiedad generalizada……. 40
Figura 5. Trastorno del espectro autista…… 45
Figura 6. Signos de alarma para iniciar el estudio de un posible trastorno del espectro autista……... 48
Figura 7. Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista……. 52

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

Esta investigación partió del objetivo principal que consistía en analizar la relación entre el estrés percibido y la ansiedad en profesionales que trabajan en una escuela de educación especial de Zona Oeste del Gran Buenos Aires. Lazarus y Folkman (1984), los estudiosos más sobresalientes del proceso del estrés, lo consideran el resultado de una interacción entre el sujeto y el entorno. Es un juicio cognitivo relacionado con el miedo provocado por pensar que los recursos con los que se cuenta no servirán para brindar respuesta a las demandas provocadas por un evento particular. La forma en que las personas elaboran su relación con el entorno constituye una actividad cognitiva. Estos pensamientos repercuten en la manera de sentir y de comportarse, habiendo una relación triádica entre los afectos, el pensamiento y la conducta. A partir de esta idea se evidencia que el impacto de un hecho sobre el sujeto depende de que éste sea percibido como estresante. Allí surge la noción de estrés percibido, como el punto en el que los hechos de la vida son percibidos como tensionantes, incontrolables o sobrecargados de presión. Un elemento de esta visión teórica es que la respuesta no se basa en las características del estímulo, sino que depende de cuestiones personales y ambientales (Cohen et al., 1983).

El estrés suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominado agente estresante) interno o externo (Taylor, 1986).

Según la teoría cognitiva (Barlow & Durand, 2001; Clark & Beck, 2012), la ansiedad constituye una condición humana que se desarrolló evolutivamente y que brinda ventajas si se compara con otras especies. Es una respuesta

afectiva que se activa frente a procesos de reevaluación cognitiva, lleva a que el sujeto analice información significativa sobre el evento, los recursos y el resultado anhelado para actuar en consecuencia. Su función es adaptativa y su objetivo es dirigir la conducta para tratar los eventos considerados aversivos o difíciles. Si es moderada, impulsa e incrementa el desempeño físico e intelectual, moviliza a la persona para resolver los problemas y mejora la adaptación en ambientes aversivos (Barlow & Durand, 2001).

La ansiedad principalmente fluctúa según factores personales, sociales y laborales, razón por la cual está comprobado que quienes trabajan en el ámbito docente son quienes presentan las puntuaciones más elevadas en estrés y ansiedad (Goncalves et al., 2015). Este hecho se agrava cuando los docentes se desempeñan en el área de discapacidad por las demandas y sobreexigencias a las que se ven compelidos, lo que tributa a aumentar sus niveles de estrés (Martínez, 2019). Dicha autora además agrega que la falta de conocimientos específicos para tratar a esta población, especialmente aquellos diagnosticados con el trastorno del espectro autista [TEA] genera un impacto negativo en la salud del trabajador.

Al respecto, vale mencionar que el TEA es un trastorno del neurodesarrollo, su origen es neurobiológico y comienza en la infancia, afectando la comunicación social y la conducta, llevando a intereses repetitivos y restringidos. Su evolución es crónica, posee distintos niveles de afectación, adaptación funcional y repercute en el lenguaje y en el desarrollo intelectual, de acuerdo con el caso y el momento evolutivo (Hervás Zúñiga et al., 2017).

Con la clasificación del DSM-5 (2014), se deja la delimitación categorial del autismo para pasar a una conceptualización con una visión dimensional. La noción de autismo como un espectro de trastornos con distinta severidad y una

delimitación más dimensional, posee su origen en la definición del autismo.

Según Bonilla y Chaskel (2016), el autismo es un conjunto de variaciones heterogéneas del neurodesarrollo que comienza en la infancia y dura toda la vida. Los individuos con autismo cuentan con perfiles cognitivos atípicos, habiendo alteración en la cognición y en la percepción social, disfunción ejecutiva y un procesamiento disímil de la información. Estos perfiles se sustentan en un desarrollo neuronal anormal, en el que se unen la genética y cuestiones contextuales, las cuales son fundamentales en su etiología. La evaluación debe ser multidisciplinaria, siendo fundamental la detección temprana para así intervenir de forma rápida, con el objetivo de mejorar la comunicación social y disminuir la ansiedad y la agresión.

La presente investigación, como se mencionó con antelación, pretende realizar un pequeño aporte a la comprensión de la interrelación que se da entre el estrés percibido y la ansiedad en profesionales que trabajan en escuela especial puesto que casi no existe bibliografía en la que se analice lo que sucede con el personal que se encarga de su educación, por lo que resulta fundamental que se recaben datos para conocer cómo es su situación. El trabajo con personas con discapacidad, y con personas con TEA en específico, es estresante. Conocer como vivencian los profesionales esta labor no solo mejoraría la educación que reciben los niños, sino que optimizaría el desempeño profesional.

Luego de efectuarse este breve recorrido, a modo de cierre, cabe decir que si bien el estrés y la ansiedad son dos de los constructos más analizados en psicología, son escasas las investigaciones, tal como se podrá percibir en el siguiente apartado, que operan con estos constructos en poblaciones de

profesionales que trabajan con niños/as con diagnóstico de TEA, lo cual justifica la realización de este trabajo.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes que estudian estrés percibido y ansiedad en profesionales de la salud/educación

Gallego et al. (2016) se propusieron realizar un estudio con el objetivo de comparar el efecto de tres programas mente/cuerpo, como son Mindfulness, Taichí y Yoga, en los niveles de estrés, ansiedad y depresión en futuros docentes de educación primaria en un estudio controlado. El tipo de diseño utilizado fue experimental. La muestra estuvo conformada por 282 estudiantes de la Universidad de Almería, España. Se administró las Escalas Abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS-21] (Lovibond, 1995).

Se asignaron aleatoriamente 85 estudiantes masculinos y femeninos al grupo de Yoga, 68 al grupo de Taichí, 84 al grupo de Mindfulness y 45 al grupo control. Taichí y yoga redujeron significativamente la ansiedad, mientras que Mindfulness lo hizo con el estrés; sin embargo, los tres programas fueron efectivos en la reducción del malestar psicológico en comparación con el grupo control. Dicho grupo no experimentó ningún cambio significativo en las variables evaluadas e incluso hubo un empeoramiento en el postest realizado previamente al periodo de exámenes. Los resultados mostraron que los tres procedimientos experimentales fueron efectivos en algunas de las variables evaluadas en comparación al grupo control, donde no se observó disminución en sus variables, incluso se observó un aumento de la sintomatología depresiva. En cuanto a las variables sociodemográficas contempladas en esta

investigación, no hubo diferencias significativas ni en edad ni en sexo entre los diferentes grupos.

En un trabajo posterior, Brenes Espinosa (2019) se propuso en su investigación analizar la relación entre la actividad física, la depresión, el estrés y la ansiedad, el autoconcepto y la satisfacción personal en docentes de tercer ciclo y educación diversificada en dos colegios públicos de la provincia de Heredia. La muestra estuvo conformada por 89 docentes, 40 hombres y 49 mujeres, del Ministerio de Educación Pública. Se administró la escala de Depresión, Estrés y Ansiedad [DAAS-21] (1995), y también se utilizó el Cuestionario Internacional de Actividad Física versión corta [IPAQ], el AF-5 para evaluar Autoconcepto y por último se implementó la Escala de Satisfacción Laboral – Versión para profesores [ESL-VP]. Los resultados mostraron que las variables que en esta muestra explican la satisfacción laboral son los rangos de edad, es decir, a mayor edad, más oportunidad de estar satisfechos laboralmente y por otra parte, la dimensión de Autoconcepto Académico. En cuanto a las variables tales como sexo, actividad física, otras dimensiones del ACP y del estado de ánimo (estrés, depresión y ansiedad) no presentaron relaciones significativas con la satisfacción laboral en dicha muestra.

Cabezas et al. (2021), por su parte, realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar, a partir del Covid-19, los niveles de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes y docentes de posgrado, así como también la capacidad de afrontamiento de dicha población. El tipo de diseño fue experimental, correlacional y la muestra estuvo conformada por 139 estudiantes y docentes de la maestría en prevención de Riesgos Laborales. Se tomó la encuesta DASS 21 para medir los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Los

resultados reflejaron que las puntuaciones en estas variables oscilaron de leve a moderado, existiendo casos severos con afrontamiento bajo de las personas ante la presencia del Covid 19. Los autores a su vez concluyeron que, a menor capacidad de afrontamiento, mayor nivel de estrés, ansiedad y depresión.

Cuadros Escalante y Marrufo Tapia (2022) analizaron la relación entre Estrés y Ansiedad en docentes de una universidad de Lima, Perú. El enfoque de dicho trabajo fue cuantitativo y el diseño correlacional y no experimental. Como técnica de recolección de datos se empleó una encuesta confeccionada ad hoc y como instrumento para cada variable el Índice de Reactividad al Estrés [IRE] y el State-trait Anxiety Inventory [STAI], los cuales se aplicaron a una muestra representativa de 70 docentes universitarios.

Los resultados arrojaron una correlación positiva entre Estrés y Ansiedad en la muestra de estudio, es decir, a mayor nivel de estrés percibido, mayores son las puntuaciones en ansiedad. Asimismo, se encontró un nivel predominantemente moderado entre los participantes y mayormente un alto nivel de ansiedad.

En lo que atañe a docentes que trabajan específicamente con niños con autismo, Zenteno y Soto (2016) realizaron una investigación cuyo objetivo fue conocer la experiencia afectiva de profesores que trabajan con dicha población. El tipo de diseño fue cualitativo y se entrevistó a 14 profesores de la Universidad de Chile. La información fue analizada a través del contenido temático y los criterios de validación fueron la supervisión de expertos, la validación con un grupo independiente y la convergencia con otras investigaciones. Los maestros describieron las emociones que tienen lugar en sus vivencias con los estudiantes con autismo, como inseguridad, frustración, ira y alegría e identificaron los periodos en los que predomina alguna de estas

emociones. Argumentaron que cuando comienzan a compartir experiencias emocionales con sus alumnos, puede establecerse un vínculo profesor-alumno que transciende la experiencia inmediata y el contexto escolar, modificando favorablemente la forma de trabajar con ellos. Por otro lado, atribuyen a sus compañeros docentes y psicólogo de la institución, la función de contenerlos ante la vivencia de emociones negativas.

1.2.2 Estrés percibido y variables sociodemográficas implicadas en profesionales de la salud/educación

Cozzo y Reich (2016) plantean que diversos estudios indican que los profesionales asistenciales conforman un grupo de riesgo, al encontrarse expuestos a estresores que pertenecen a las tareas que efectúan, lo que genera efectos en los niveles de bienestar y en la calidad de vida relacionada con la salud. Tomando en cuenta dichas consideraciones, los autores analizaron el Estrés Percibido y la Calidad de Vida en 56 profesionales sanitarios asistenciales uruguayos, los cuales fueron enfermeros, fisioterapeutas y médicos. A todos ellos se les administró la Escala de Estrés Percibido y el Cuestionario de Salud MOS-SF-12v2.

Los datos arrojados reflejan un nivel general de Estrés Percibido moderado, sin encontrarse relaciones significativas en función de las variables sociodemográficas y laborales. Por lo tanto, en este estudio no se ha podido identificar al grupo más vulnerable, ni factores de riesgo o protección para el Estrés. Se concluyó que se debían implementar programas psicoeducativos que atendieran a las necesidades psicosociales y de salud mental en este grupo poco abordado en la bibliografía.

Cardozo (2017), por su parte, se propuso estudiar la presencia de estrés en el profesorado según las variables sociodemográficas sexo y contexto laboral. El tipo de diseño fue no experimental, descriptivo y trasversal. Se tomó una muestra no probabilística a 65 profesores que proceden de escuelas privadas y públicas y quienes cursaban el programa de licenciatura en Ciencias de la Educación [BIENIO] de la Universidad Salesiana de Bolivia. Se administró un instrumento estandarizado que comprende un cuestionario de síntomas, manifestaciones psico-sociales y físicas del estrés, elaborado y validado por el director y coordinador del programa DEUSTO. Los resultados permiten evidenciar que son las profesoras (mujeres) quienes presentan un nivel superior en síntomas asociados al estrés, a diferencia de los varones; por otra parte, en relación a la comparación de la presencia de estrés en profesores de primaria y secundaria, se evidencia que las personas que se desempeñan en el ciclo primario son las que presentan mayores niveles de estrés. Finalmente, en cuanto a la presencia de síntomas asociados al estrés en profesores de escuelas públicas y privadas, los datos indican que los docentes que se desempeñan en escuelas privadas, expresan mayor presencia de manifestaciones físicas y psicosociales de estrés.

En un estudio posterior, Tacca Huamán y Tacca Huamán (2019) realizaron una investigación cuyo objetivo principal fue conocer la relación entre los factores de riesgo psicosociales y el estrés percibido en docentes universitarios. El enfoque de dicho trabajo fue cuantitativo, el diseño fue correlacional y transversal y la muestra empleada fue de 117 docentes universitarios de Lima, Perú. Los resultados mostraron que el estrés percibido se relaciona positivamente con las exigencias psicológicas, trabajo activo, compensaciones y doble presencia del docente; sin embargo, se encontró una

relación inversa entre el estrés y el apoyo social recibido. Los datos indican que los docentes contratados presentan mayor nivel de estrés y que los principales síntomas experimentados son el cansancio, no poder dormir, dolores de cabeza, poca concentración y cambios en el apetito. No se encontraron diferencias relevantes en cuanto a la edad y sexo.

Continuando con las investigaciones sobre la temática, Niño-Higuera et al. (2019) efectuaron una investigación con el objetivo de analizar la relación entre el estrés percibido y las variables sociodemográficas implicadas, tales como edad, estado civil, grado académico, años de experiencia y jerarquía laboral, así como también las estrategias de afrontamiento empleadas por una muestra de 15 enfermeros que trabajaban en un hospital de la ciudad de Mexico. Los participantes de la investigación respondieron la Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986). Los resultados evidenciaron un elevado nivel de estrés percibido y una alta percepción de desamparo y pérdida de control, y poca percepción de autoeficacia o control de las circunstancias. Se concluyó que se debían desarrollar intervenciones para la adquisición de habilidades de afrontamiento en enfermeros, para que mejoren sus patrones conductuales y aumenten su autoeficacia.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas consideradas en esta investigación (edad, estado civil, grado académico, años de experiencia, jerarquía laboral, etc) no se pudieron evidenciar vínculos o diferencias significativas con ninguna de ellas.

En el mismo año que el antecedente precedente, Díaz y Martínez-Besteiro (2019) realizaron una investigación cuyo objetivo fue analizar los niveles de estrés en un grupo de 16 docentes con alumnos con trastorno del

espectro autista. El tipo de diseño fue cuantitativo y transversal. Los resultados mostraron que los docentes que enseñan a niños con TEA tienen un nivel de estrés mayor que los docentes que trabajan con niños sin necesidades específicas de apoyo educativo. Además se observaron diferencias significativas en las variables de ansiedad, creencias y presiones. Se concluyó que trabajar con niños con TEA puede aumentar las probabilidades de padecer ansiedad, sentir presiones a lo largo del día escolar, facilitando la aparición de estrés.

Continuando con las investigaciones que analizan el estrés en docentes, Alvites y Cleofe (2019), efectuaron un estudio con el objetivo de analizar el estrés docente y los factores psicosociales en profesionales de Latinoamérica, Norteamérica y Europa. El tipo de diseño de dicho estudio fue de enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal. Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por 81 docentes de diferentes países, del nivel de educación básica y universitaria. Se administró la Escala Docente ED-6 y el Cuestionario de Factores Psicosociales en el Trabajo Académico [FPSIS]. Los resultados permitieron evidenciar que existe una fuerte relación significativa entre el estrés y las condiciones del lugar de trabajo, carga de trabajo, contenido y características de la tarea, estudios académicos, interacción social y aspectos organizacionales; así como también se pudo constatar que existe una amplia relación entre el estrés y los factores psicosociales en general, prevaleciendo en su mayoría el nivel de estrés por ansiedad, depresión y creencias desadaptativas que se correlacionan con estos últimos.

Un año después, Rossi y Gago Galvagno (2020) se propusieron como objetivo analizar el nivel de estrés de los docentes de escuelas secundarias

públicas y privadas ubicadas en el Gran Buenos Aires, Argentina. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo y comparativo entre grupos. Se tomó una muestra no probabilística intencional simple conformada por 100 docentes mujeres de colegios públicos y privados con una edad promedio de 42,11 años (DS= 9,60). Se administró la Escala de Estrés Docente [ED-6] y un cuestionario sociodemográfico ad-hoc. A pesar de que los niveles de estrés general fueron altos, se encontraron mayores niveles de estrés en los docentes de escuelas privadas que en aquellos de escuelas públicas. Además, se encontraron relaciones y diferencias significativas entre el estrés docente y otras variables sociodemográficas. En tal sentido, se halló que, paradójicamente, a medida que la cantidad de horas aumentaban, las variables relacionadas al estrés disminuían. En cuanto a la remuneración, cuanto mayor era la misma, las presiones y la depresión disminuían.

Finalmente, Vidal Larijo (2021), por su parte, analizó el estrés percibido y el síndrome de burnout en docentes de dos instituciones educativas primarias de Puno, Perú. A tal fin, su trabajo siguió un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y descriptivo correlacional. Se trabajó con una muestra conformada por 84 docentes de ambos sexos. Los resultados mostraron que existe relación directa moderada y muy significativa entre el estrés percibido y el síndrome de burnout así como también entre las dimensiones que conforman ambos constructos, sin hallarse variaciones entre hombres y mujeres.

1.2.3 Niveles de ansiedad y variables sociodemográficas implicadas en profesionales de la salud/educación

Solórzano Solares (2015) se propuso en su investigación determinar el nivel de ansiedad que existe en docentes de primaria que se desempeñan en

una institución privada de Guatemala, para lo cual utilizó un enfoque cuantitativo no experimental. El instrumento administrado fue el Inventario de Respuestas de Ansiedad [ISRA] por medio del cual se evaluó a 25 docentes de dicha zona capitalina. Se evidenció que el 60% de los docentes de sexo femenino presentaban un nivel de ansiedad severo o extremo. Asimismo, los niveles de respuestas de ansiedad fueron elevados; sin embargo la autora destaca que existe alto grado de respuestas de ansiedad en lo que atañe a su componente cognitivo, lo cual influye en la seguridad personal de cada docente, y conlleva cierto temor a ser evaluadas negativamente, generando inestabilidad emocional y falta de realización personal.

En otra investigación afín, Carrillo Salazar y Choquesillo (2016) buscaron determinar y describir la relación existente entre la Inteligencia Emocional y el grado de Ansiedad Rasgo-Estado. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo, no experimental de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 166 estudiantes con edades entre 16 y 26 años pertenecientes a una Institución Educativa Superior de Lima, de los cuales el 95% pertenecía al sexo femenino. Se les administró el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On y el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado. Los resultados demostraron que existe una relación significativa entre las variables estudiadas, en Inteligencia Emocional se encontró que el 81% de los participantes presentaban un nivel adecuado y en Ansiedad Estado- Rasgo se halló que alrededor del 81% muestran un nivel bajo.

Pedroso e Izquierdo (2021) confeccionaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en profesionales de la salud que trabaja con pacientes con COVID-19. El estudio utilizado fue descriptivo, transversal y la muestra estuvo constituida por 61 profesionales de

ambos sexos, pertenecientes al Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente, en el estado de Pinar del Rio, Cuba. Se administró un instrumento confeccionado para el estudio. Los datos indican que de los síntomas asociados con la ansiedad, prevaleció el nerviosismo en el sexo masculino con un 57%, en cuanto a la depresión, el principal síntoma fue fatiga, siendo el 62,5 % del sexo femenino quienes reportaron vivenciar mayor cansancio como síntoma asociado a la depresión. Finalmente, el 90% de los participantes manifestaron que su principal miedo era que el paciente fallezca.

En línea con el trabajo anterior, Ortega et al. (2021) se propusieron realizar una investigación con el objetivo de determinar y analizar el miedo, la ansiedad y la depresión en profesionales de la salud en tiempos de COVID-19. Se utilizó un estudio cuantitativo descriptivo, correlacional, transversal, no experimental. La muestra estuvo conformada por 152 profesionales de la salud que se desempeñaban en el Hospital Teófilo Dávila en Ecuador, constituida por 89,5% mujeres y 10,5% hombres, a quienes se les administraron los instrumentos para el miedo FCV-19S, Ansiedad Estado-Rasgo [STAI], y Depresión Estado-Rasgo [IDER]. Los datos indican que el género masculino presenta un mayor miedo que el femenino; además se pudo observar que los profesionales del sector público presentaron un nivel de miedo mayor al de los sectores privados, lo que cual podría deberse a que el sector público tiene mayor aglomeración de personas y menos equipos de seguridad. En lo referido al estado civil, se pudo constatar que fueron los solteros los que presentaron mayores niveles de miedo. Por otra parte, la edad de mayor sensibilidad al miedo fue la comprendida de 31 a 30 años. Para cada variable sociodemográfica, los mayores porcentajes de ansiedad, correspondieron al

sexo femenino, aquellos entre las edades de 31-39 años, los que residen en el área urbana, los trabajadores públicos y los sujetos casados.

1.3. Pregunta

¿Cómo es la relación entre el estrés percibido y la ansiedad en personal de educación especial que trabajan con niños con TEA?

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

La información recopilada en esta investigación puede servir para suplir el vacío de conocimiento sobre los efectos del trabajo profesional con niños con TEA en el personal que se desempeña con ellos. Además, se podrá conocer la relación entre el estrés percibido y la ansiedad en este grupo poco estudiado, ya que la mayoría de las investigaciones hace hincapié en las vivencias de los padres de niños con TEA y no así en los profesionales que trabajan con ellos.

1.4.2. Práctica

La información generada en este estudio podría resultar de utilidad para promover la disminución del estrés percibido y de la ansiedad en los profesionales que trabajan con niños con TEA. Se conoce que la labor con esta población puede ser sumamente estresante, por lo que ayudar a reducir el estrés y la ansiedad en los trabajadores también serviría para mejorar la calidad de los servicios brindados por dichos profesionales a esta población.

1.4.3. Social

Los hallazgos de este estudio podrían llevar a la implementación de políticas de Estado de parte de los organismos que regulan la educación especial, para así poder mejorar las prestaciones educativas y el ambiente de trabajo, disminuyendo el ausentismo y la rotación laboral en este sector.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

- Analizar la relación entre el estrés percibido y la ansiedad en el personal de una escuela especial que trabaja con niños con trastornos del espectro autista [TEA].

1.5.2. Objetivos específicos

- Describir la muestra de acuerdo a sus características sociodemográficas.
- Determinar el nivel de estrés percibido de los trabajadores que se desempeñan con niños con TEA.
- Describir el nivel de ansiedad de los sujetos que trabajan en escuela especial.
- Analizar el estrés percibido según variables sociodemográficas tales como género, edad, dispositivo, jerarquía laboral, antigüedad en la institución, cantidad de horas semanales trabajadas y realización de actividades asociadas al bienestar.
- Analizar los niveles de ansiedad según las variables sociodemográficas descriptas en el objetivo anterior.

1.6. Hipótesis

1.6.1 Hipótesis principal

H1: Existe una relación directa entre Estrés Percibido y Ansiedad en profesionales que trabajan con niños con TEA, es decir, en la medida que aumenta la percepción de estrés de un sujeto, éste experimentará un mayor nivel de ansiedad.

1.6.2 Hipótesis secundarias

H2: No se encuentran diferencias significativas en Estrés Percibido y Ansiedad entre hombres y mujeres.

H3: En la medida que aumenta la edad de un sujeto, se incrementa su nivel de satisfacción con la tarea y por consiguiente disminuyen sus niveles de Estrés Percibido y Ansiedad.

H4: No se hallan variaciones significativas en los niveles de Estrés Percibido y Ansiedad según dispositivo de trabajo, jerarquía laboral y antigüedad en la institución.

H5: Existe una asociación inversa entre la cantidad de horas semanales y los niveles de Ansiedad y Estrés que experimenta un trabajador.

H6: Los sujetos que realizan actividades asociadas a su bienestar presentan menores niveles de Estrés y Ansiedad que quienes no realizan dicho tipo de actividades.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. El estrés

El estrés fue objeto de atención e interés científico por el impacto de esta variable en la salud y en el funcionamiento individual. Éste se relaciona a problemas de salud físicos y psicológicos: repercute en el sistema inmune, en el surgimiento de problemas somáticos como úlceras o inflamación rectal y disminuye los anticuerpos, entre otros. A su vez, existe evidencia que señala una relación entre el estrés y el trastorno de ansiedad generalizada, los ataques de pánico, la depresión y los problemas interpersonales (Levenstein, et al., 1993).

Tal como se desprende de lo antedicho, el estrés es un constructo muy indagado por la psicología por los efectos que posee en el comportamiento y en la salud. Éste es una condición que vivencian las personas cuando se encuentran excesivamente ocupadas o bajo presión, lo que puede generar distintos efectos: es positivo cuando el estrés es bajo y es negativo cuando es muy elevado, y sus respuestas se expresan de manera fisiológica y psicológica (Cohen & Williamson, 1991; Hassig et al., 1996; Lazarus & Launier, 1978).

Existen distintas definiciones de estrés: Cohen y Williamson (1991) lo definen como un estado de inconformidad generado por cuestiones internas y externas que generan malestar físico o psicológico en la persona (Cohen et al., 1983). En concordancia con dicha definición, Sarason et al. (1978) sostienen que es la apreciación negativa que realiza el sujeto de los hechos, lo que provoca una mayor tensión psicológica y síntomas físicos de estrés, mientras que Thoits (1986) añade que son los hechos estresantes negativos aquellos que afectan de manera directa la identidad y el autoconcepto, generando una disminución de la autoestima.

Los eventos estresantes son generados por el ambiente en el que vive la persona, ciertas variables sociodemográficas implicadas y por las diversas actividades que efectúa el sujeto, repercutiendo el estatus socioeconómico y el género (Pearlin et al., 1981). Asimismo, Cohen (1980) y Cohen y Williamson (1988) señalan que los sujetos con más cantidad de obligaciones evidencian un mayor nivel de estrés por la sobrecarga de las labores a efectuar, comparados con quienes tienen menos ocupaciones.

Selye (1960) fue el médico que dirigió los estudios pioneros sobre los efectos del estrés a nivel físico, definiéndolo como el estado que se expresa por un síndrome consistente en cambios inespecíficos generados en un sistema biológico, pero sin causa. Es una respuesta inespecífica por parte del organismo a una demanda y constituye un proceso psicofisiológico que tiene repercusiones en lo biológico. Es inespecífica, ya que sucede de manera similar frente a distintos estímulos. El estímulo percibido puede ser agradable o no. Las necesidades de ajuste para la supervivencia movilizan los recursos físicos y mentales a través de la respuesta general, es decir, el estrés. El mismo no constituye una demanda ambiental, sino las respuestas orgánicas y de procesos a esa demanda (Fernández Martínez, 2009).

Según Fernández Martínez (2009), el Síndrome General de Adaptación [SGA] es la manera en que un organismo se moviliza para enfrentar un estresor en una demanda que provoca la respuesta de estrés. Ésta puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional. Para afrontar un incremento de las demandas, el organismo emplea una respuesta estereotipada, la cual lleva a la activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo en un proceso constituido por tres fases:

(1) Fase de alarma: el individuo afronta el hecho estresante, lo que genera un estado de alerta y lo ubica en situación de ataque o huida para retornar al equilibrio interno. Esto ocurre de forma paulatina y en dos etapas: choque y contrachoque. En la primera, las respuestas fisiológicas se originan para indicar al sujeto que debe estar en guardia, es decir, es la respuesta inicial frente al hecho perjudicial cuyos principales síntomas son la taquicardia y la presión sanguínea, mientras que, en la segunda etapa, la de contrachoque, sucede una movilización de las defensas, los signos son opuestos a los de la fase previa, habiendo hiperactividad de la corteza suprarrenal, generando una respuesta adaptativa en el corto plazo.

(2) Fase de resistencia: si el estímulo continúa, las respuestas de la etapa anterior también lo hacen, pero la intensidad se reduce y la persona pretende restablecer el equilibrio, alejándose o adaptándose al estresor. En esta etapa, se desvanecen la mayoría de las modificaciones fisiológicas y bioquímicas de la fase de alarma. El resultado de una resistencia al estrés que se extiende en el tiempo es la aparición de enfermedades como las úlceras, colitis, el asma, entre otras. A su vez, dicha resistencia genera cambios en el sistema inmunológico, los cuales permiten el surgimiento de infecciones. Al reducirse y agotarse la capacidad de respuesta, el organismo ingresa en la siguiente fase.

(3) Fase de agotamiento: en esta fase la persona intentará emplear los medios que posee para combatir los estímulos estresantes. Si el organismo no puede adaptarse y el estresor se extiende en el tiempo, se generará el agotamiento y surgirán los síntomas de la fase de alarma, por lo que la vida estará amenazada.

Figura 1

Síndrome General de Adaptación (Selye, 1982)



El modelo de Selye es intuitivo, pero fue criticado por la inespecificidad, debido a que hay evidencias de que los estresores pueden generar patrones de respuestas o modificaciones en el funcionamiento neurofisiológico. Además, se brinda poca importancia a las cuestiones psicológicas, ya que la evaluación de los eventos que hace el sujeto es fundamental en la respuesta del estrés (Lazarus & Folkman, 1986).

Aunque existen muchas publicaciones alrededor del estrés, hay diversas controversias alrededor de la definición conceptual, sus dimensiones y los métodos para analizar esta variable. Karatza et al. (2014) señalaron la existencia de tres acercamientos al estudio del estrés: (1) una aproximación ambiental relacionada con las condiciones externas que generan estrés; (2) una de tipo psicológica, enfocada en la percepción de estrés y sus efectos en las emociones negativas; y (3) una aproximación biológica relacionada con el estudio de los indicadores fisiológicos del estrés.

Estos abordajes pretenden conceptualizar al estrés como un estado en el que la homeostasis del organismo es alterada como resultado de una percepción real o percibida (Chrousos, 2009).

No obstante, si bien existen otros acercamientos al estudio del estrés, como el propuesto por Sandín (1999), su enfoque es similar al de Karatza et al. (2014) en tanto y en cuanto toma en cuenta las dimensiones ambientales, psicológicas y biológicas al momento de considerar el fenómeno. En este sentido, el autor plantea, desde un punto de vista biológico, que el estrés es una respuesta del sujeto dada por la activación simpática y la liberación de catecolaminas o cortisol. En este aspecto, vale decir, el estrés actuaría como una variable dependiente. Por otro lado, si se toma en consideración la perspectiva ambiental, el estrés puede ser considerado como un fenómeno del ambiente externo, como la estimulación, el ruido, las discusiones. En este caso el estrés es una variable independiente, mientras que, desde una perspectiva psicológica y social, este fenómeno puede ser enmarcado como emergente de una interacción entre la persona y el entorno (Sandín, 1999).

Por otra parte, se encuentra la teoría transaccional propuesta por Lazarus y Folkman (1984), la cual considera al estrés no como un hecho externo que el sujeto padece, sino que se define como una relación entre la persona y su ambiente, considerándolo como amenazante o desbordante en cuanto a los recursos que se poseen, lo que hace peligrar su bienestar. La valoración cognitiva del evento que la persona realiza es un elemento central para explicar el estrés, puesto que la evaluación constituye un proceso universal a través del cual los sujetos aprecian el significado de lo que sucede en relación a su bienestar personal.

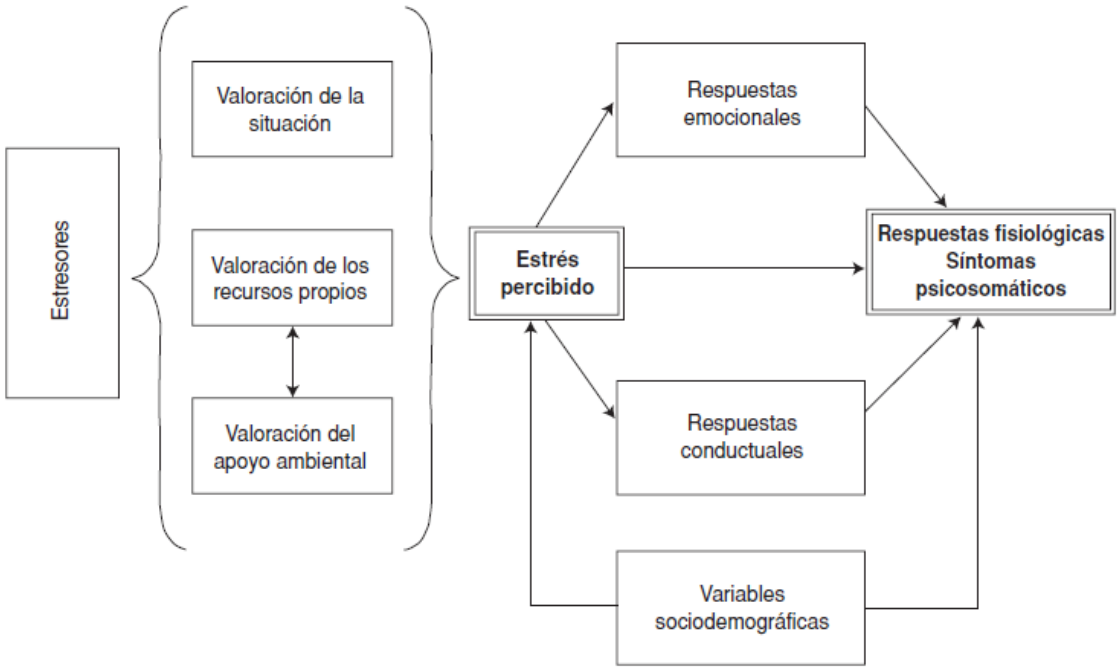
Esta teoría diferencia tres clases de evaluación: (1) primaria, la cual se genera en cada transacción con una demanda externa o interna, lo que puede generar cuatro modalidades: amenaza, daño, desafío y beneficio. En el caso de esta última no hay respuestas de estrés; (2) secundaria, que incumbe al

análisis de los recursos que se tienen para afrontar el suceso; y (3) reevaluación, la cual supone una retroalimentación que permite efectuar correcciones sobre valoraciones previas.

Según Olmedo et al. (2001), los aportes de Lazarus y Folkman son inevitables en el estudio del estrés, por lo que autores posteriores como Lieb et al. (2002) plantearon un modelo explicativo de los síntomas psicosomáticos que se sustentan en la teoría transaccional y en el modelo procesual del estrés. El mismo hace hincapié en los síntomas y plantea la presencia de estresores, los cuales se manifiestan o no según la apreciación que realiza el sujeto de sí mismo, del apoyo social percibido y de la valoración de la situación. A su vez, este modelo expresa que las variables sociodemográficas están asociadas a la percepción de estrés y a los síntomas psicosomáticos (González & Landero, 2006).

Figura 2

Modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicosomáticos



2.2. El estrés percibido

El estrés es una cuestión global, se genera en hogares, familias y organizaciones. En el entorno laboral, repercute en los profesionales que poseen un contacto directo con los individuos, por ejemplo, enfermeros, médicos y psicólogos, combinando variables físicas, psicológicas y sociales (Gil-Monte, 2003; Stordeur et al., 2001).

El estrés percibido es una de las variables que generó interés en los últimos años, sobre todo por la relación con las variables salugénicas. En la mayoría de los casos, el estrés percibido es el resultado de un afrontamiento desadaptativo que genera un bloqueo en la función de la corteza prefrontal, provocando la pérdida del control superior en el comportamiento (Arnsten, 2009).

Oblitas (2017) afirma que el estrés percibido o psicológico resulta de la vinculación entre la persona, el entorno y la valoración de la percepción de una amenaza que hace que el bienestar peligre.

En este sentido, cuando se experimenta dicho estado, existe una sobreactivación biológica, hay mayores esfuerzos cognitivos y conductuales que se efectúan para dominar, soportar o disminuir los elementos negativos que son vivenciados como displacenteros o amenazantes (Torreblanca, 2019).

Como ya se mencionó con antelación, desde la teoría transaccional, el estrés percibido es la respuesta originada por el desequilibrio entre las demandas situacionales y los recursos para enfrentarlas (León & Fornés, 2015).

Leka et al. (2004) hallaron que extensos periodos de estrés se relacionan con ansiedad, depresión, irritación, extenuación, el no relajarse, concentrarse, y dificultades para dormir, para pensar y decidir. A su vez, el

estrés que involucra la labor profesional puede afectar el disfrute en el trabajo y el compromiso, provocar que aumente el ausentismo, la rotación del personal, los accidentes laborales y las quejas de los beneficiarios del servicio.

Según Cohen et al. (1983), el estrés percibido puede ser considerado una variable que se suscita en base a sucesos estresores, metas, afrontamiento y rasgos de personalidad. Por otro lado, Remor (2006) afirma que el estrés percibido responde al nivel en el que un sujeto cree que su vida es incontrolable o agotadora.

Las distintas expresiones del estrés hacen que la mayoría de los individuos perciban conscientemente sus respuestas automáticas frente a los estresores, por lo que se puede hablar de estrés percibido.

El estrés es lo que sucede cuando una persona percibe que las demandas situacionales exceden su habilidad de adaptación, mientras que el estrés percibido (psicológico) tiene lugar cuando suceden eventos situacionales que se juzgan, debiendo enfrentarse o ejecutar respuestas individuales frente a estos hechos, lo que evidencia la sobrecarga y el efecto negativo que el hecho genera (Cohen et al., 2007).

Sin embargo, además del estrés y el estrés percibido, también es necesario dar cuenta del estrés laboral, el cual explica los acontecimientos que suceden frente a un evento estresante, diferenciando cuatro procesos básicos: el evento, el hecho percibido, la respuesta escogida y la conducta. El proceso desencadenado frente al suceso y al hecho percibido se denomina apreciación; aquel que ocurre entre este último y la elección de respuesta se denomina decisión. Por otra parte, entre la elección de la respuesta y el comportamiento se ubica el proceso de ejecución y aquel que ocurre entre el proceso

conductual y el hecho se denomina cambio de resultado (Muñoz & Muñoz, 2010),

Finalmente, cabe decir, que los problemas que provienen del estrés se clasifican en tres conjuntos: (1) sobre las enfermedades gastrointestinales y cardiovasculares; (2) sobre las modificaciones en la salud mental, como la irritación, la ansiedad, la depresión y la baja autoestima; y (3) las alteraciones conductuales, como la reducción del rendimiento, el abuso de drogas, el absentismo y los accidentes laborales (García, 2006).

2.3. La ansiedad

Desde inicios del siglo XX, en la bibliografía psicológica, hubo interés por la ansiedad por considerarla una respuesta afectiva paradigmática que ayudó a la investigación básica alrededor de las emociones. Estos estudios tuvieron dos dificultades principales: la ambigüedad en el concepto de ansiedad y las problemáticas metodológicas en su abordaje. Esto llevó a que las corrientes psicológicas abordaran la ansiedad, y sus similitudes y diferencias con diversos constructos, debido a la confusión con conceptos como la angustia, el estrés, el miedo, la tensión, el *arousal*, entre otros, lo cual fue abordado por distintas investigaciones (Ansorena et 1983; Bermúdez y Luna, 1980; Borkovek et al., 1977; Casado, 1994; Cattell, 1973; Lazarus, 1966; Miguel-Tobal, 1985).

No obstante, hoy en día estos constructos se continúan empleando de forma intercambiable. La diferencia entre ansiedad y angustia es un ejemplo evidente, en ocasiones eran utilizados como sinónimos o como vocablos con diferente significado. López-Ibor (1969) efectúa una diferenciación entre ansiedad y angustia: en la primera prevalecen los síntomas físicos, las respuestas del organismo es la paralización, el sobrecogimiento y la claridad con la que el sujeto aborda el fenómeno se mitiga. En la angustia prevalecen

los síntomas psíquicos, el ahogo y el peligro, hay sobresalto y se busca soluciones para afrontar la amenaza. Además, el fenómeno es percibido con más nitidez.

La ansiedad es parte de la existencia humana, los sujetos vivencian un nivel moderado de esta, ya que es una respuesta adaptativa. La ansiedad es una cuestión relevante para la Psicología, su inscripción es tardía, debido a que sucedió en 1920. El Diccionario de la Real Academia Española afirma que el vocablo ansiedad procede del latín *anxietas*, el cual describe un estado de agitación o inquietud, siendo una de las sensaciones usuales, es displacentera y se expresa en la tensión emocional y de un correlato corporal (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

Por su parte, Johnson y Melamed (1979) plantean que la ansiedad se distingue del miedo, debido a que la primera provoca una respuesta más difusa, aparece sin causa y como aprensión para el sujeto. Lo distintivo de la ansiedad es lo anticipatorio, posee la habilidad de prever o evidenciar un peligro o amenaza para el sujeto, brindándole un valor significativo (Sandín y Chorot, 1995). A su vez, posee la función de facilitar la respuesta del sujeto, siendo un mecanismo biológico con el objetivo de lograr la protección y la preservación frente a posibles daños en la persona (Miguel-Tobal, 1996). Por otro lado, si la ansiedad sobrepasa la normalidad en relación a la intensidad, la frecuencia o la extensión temporal, o si se asocia a estímulos no amenazantes, ocasiona expresiones patológicas en el sujeto a nivel afectivo o funcional (Vila, 1984)

Según Gómez Ayala (2012), la ansiedad es una vivencia tácita, cuyo objetivo es mejorar el rendimiento individual, aunque también puede ser una de las vivencias generadoras de sufrimiento psicológico. Cerca del 25% de la

población padecerá algún trastorno de ansiedad en la vida, en la mujer la prevalencia es del doble comparada con el hombre. Los sujetos vivencian ansiedad en algún momento de la vida cotidiana en escenarios de incertidumbre. La cuestión problemática tiene lugar cuando la ansiedad se origina frente a un peligro irreal, o cuando es intensa y se extiende temporalmente de forma desmedida en relación a lo que la originó.

El origen del estrés es la existencia de un elemento estresante, mientras que la ansiedad es el estrés que continúa luego de que el elemento estresante se desvaneció. Los atributos de la ansiedad patológica son la profundidad y la duración, el deterioro orgánico, la reducción del rendimiento en la actividad, los síntomas corporales, la percepción de la misma como un sentimiento vital, y la disminución en la libertad. Los trastornos de ansiedad no son enfermedades reservadas, constituyen síndromes clínicos que pueden superponerse o aparecer con otros cuadros psiquiátricos o con enfermedades médicas. Los trastornos de ansiedad se organizan alrededor de la sintomatología que prevalece: agorafobia, fobia social y simples, trastorno de ansiedad generalizada, de pánico, por estrés postraumático, obsesiones y compulsiones (Gómez Ayala, 2012).

La ansiedad es una emoción que tiene lugar frente a eventos ambiguos, anticipándose una amenaza mayor, la cual prepara al sujeto para responder generando respuestas cognitivas, fisiológicas y comportamentales (Cano-Vindel et al., 2013; Hernández-Sánchez et al., 2007; Pérez Díaz et al., 2007; Téllez Lapeira et al., 2007, Ylla Segura, s.f.). El miedo se acompaña de cambios fisiológicos que preparan para la defensa o la huida: aumento de la frecuencia cardiaca, la respiración, la presión arterial, la tensión muscular y el

incremento de la actividad simpática. Estas respuestas son normales frente a eventos estresantes (Ebert et al., 2008).

En diversas situaciones, la ansiedad no lleva a una mejor adaptación, ya que tienen lugar falsas alarmas frente a posibles amenazas o se tienden a percibir amenazas sobredimensionadas, las cuales generan una elevada ansiedad (Cano-Vindel et al., 2013). Esta se vuelve patológica cuando es desmedida en relación al hecho que la genera y demasiado prolongada (Hernández-Sánchez et al., 2007; Pérez Díaz et al., 2007; Téllez Lapeira et al., 2007).

Según Hernández-Sánchez et al. (2007), la ansiedad involucra tres sistemas de respuesta:

- *Subjetivo-cognitivo:* es la vivencia interna, la percepción y la evaluación subjetiva de los estímulos.
- *Fisiológico-somático:* es la activación del sistema nervioso autónomo.
- *Motor-conductual:* es la respuesta de escape y evitación.

Figura 3

Diferencia entre ansiedad normal y patológica

Ansiedad Fisiológica	***Ansiedad Patológica***
Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria	Puede bloquear una respuesta adecuada a la vida diaria
Reactiva a una circunstancia ambiental	Desproporcionada al desencadenante
Función adaptativa	Función desadaptativa
Mejora nuestro rendimiento	Empeora el rendimiento
Es más leve	Es más grave
Menor componente somático	Mayor componente somático
No genera demanda de atención psiquiátrica	Genera demanda de atención psiquiátrica

Spielberger (1966, 1972, 1989) señala que, para definir la ansiedad adecuadamente, se debe distinguir entre la ansiedad como afecto y la ansiedad como rasgo de personalidad, por lo tanto, planteó la Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattell & Scheier, 1961).

Según Spielberger (1972), la ansiedad-estado es un estado afectivo inmediato que puede variar en el tiempo, combinando sentimientos de tensión, escrúpulo y nerviosismo, preocupaciones y cambios fisiológicos, teniendo lugar una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Por otro lado, la ansiedad-rasgo se refiere a las diferencias individuales en la ansiedad que son estables, siendo una disposición o rasgo. No se expresa en la conducta, debiendo ser inferida por la frecuencia con la que una persona percibe los incrementos en la ansiedad. Existe una propensión ansiosa en cuanto a su tendencia a percibir los eventos como amenazadoras y a aumentar su ansiedad estado.

Los sujetos con más ansiedad rasgo poseen una ansiedad estado más alta, ya que perciben más eventos como amenazadores. Por ende, las personas con ansiedad rasgo elevada responden con un incremento de la ansiedad estado en las relaciones interpersonales que amenacen la autoestima. Las diferencias en la ansiedad rasgo evidencian desemejanzas en cuanto a la ansiedad estado, lo que depende del nivel en que el evento es considerado amenazante o peligroso, lo que condiciona las vivencias previas (Spielberger, 1972).

El hecho de que la noción de rasgo evidencie una peculiaridad personal estable lleva a responder de cierta forma frente a diferentes sucesos, y que la idea de *estado* se refiera a una condición personal vacilante, que lleva a considerar que “ser ansioso” no equivale a “estar ansioso”. En el primer caso se habla de una “personalidad ansiosa” y en el segundo de “afectación

ansiosa” (Martínez Otero-Pérez, 2014).

Las personas con un elevado nivel de ansiedad-rasgo poseen una percepción mayor en el rango de eventos amenazantes y se encuentran predispuestos a padecer ansiedad-estado con más frecuencia y más intensidad. Los niveles elevados de ansiedad-estado son molestos, por lo que si no se puede evitar el estrés que los ocasiona, se implementarán mecanismos de afrontamiento para enfrentarse al hecho amenazante. Si el sujeto padece ansiedad-estado, puede comenzar un proceso defensivo para disminuir el estado afectivo irritante. Los mecanismos de defensa afectan el proceso psicofisiológico, por lo que cambia la percepción o apreciación del hecho. Al tener éxito los mecanismos de defensa, los sucesos serán vistos como menos amenazantes y habrá una disminución de la ansiedad. Las personas con elevados niveles de ansiedad rasgo perciben los hechos como más amenazantes comparados con quienes presentan niveles inferiores de ansiedad-rasgo (Mellalieu & Hanton, 2009; Mellalieu et al., 2009; Pons, 1994; Wadey & Hanton, 2008).

La interacción entre ambas clases de ansiedad explica que la ansiedad-estado difiera entre personas, incluso frente a la misma situación, o que el mismo individuo padezca ansiedad en un cierto evento y no en otro. En cuanto a la ansiedad-rasgo, varia poco, por lo que las diferencias de ansiedad-estado entre personas deberían ser estables. Por último, Hackfort y Spielberger (1989) postulan que la ansiedad-rasgo alta se genera por un incremento de la ansiedad-estado.

2.4. El trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se clasifica en los trastornos de ansiedad en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5º edición [DSM-5] (2014). Sus expresiones clínicas principales son la anticipación aprensiva y los conflictos relacionados con el control de la preocupación. Uno de sus síntomas es la dificultad para concentrarse o permanecer con la mente en blanco.

Los pacientes con TAG expresan quejas cognitivas y ausencia de confianza en relación con el rendimiento cognitivo, el cual interfiere en la funcionalidad ocupacional. En su estudio, Aasvik et al. (2015) encontró que, en pacientes de baja laboral por enfermedad, había una correlación significativa entre la ansiedad y las quejas de memoria. Además, un metaanálisis sobre la disfunción de la metacognición en pacientes con trastornos de ansiedad (Sun et al., 2017) evidencia una reducción de la confianza en las funciones cognitivas y más autoconciencia en relación con estas.

El estudio de los síntomas cognitivos en personas que padecen TAG es vital por los efectos sobre la adaptación funcional del individuo, considerando el carácter persistente y crónico de los síntomas en el TAG (DSM-5, 2014).

Figura 4

Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios diagnósticos **300.02 (F41.1)**

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante mas días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y menos algunos síntomas han estado presentes durante mas días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Facilidad para fatigarse.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueno (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueno inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej. hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el

trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante)

Según el DSM-5 (2014), lo principal del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es la ansiedad y la preocupación desmedida sobre sucesos o actividades. La intensidad, la persistencia o la frecuencia con que tiene lugar, así como la preocupación exagerada en relación a la probabilidad o a las consecuencias del evento anticipado. Es difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos asociados interfiere en la atención y las tareas a realizar. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada se alarman diariamente por los eventos rutinarios de la vida, como las responsabilidades laborales, la salud y las finanzas, las desgracias o por eventos menos relevantes.

Los niños con TAG se preocupan por su competencia o por la calidad de su desempeño. En el curso del trastorno, el centro de las preocupaciones puede ir de un objeto o un evento a otro. Varias cuestiones diferencian el TAG de la ansiedad no patológica: las preocupaciones relacionadas con el TAG son exageradas e interfieren significativamente en el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones cotidianas no son excesivas, se consideran manejables y pueden posponerse si se originan asuntos urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones del TAG son profundas y angustiosas, duran más y se generan sin desencadenantes (DSM-5, 2014).

Al ser mayor la variedad de sucesos vitales que generan preocupación, es posible que un síntoma cumpla los criterios del TAG. Las preocupaciones

cotidianas se relacionan menos frecuentemente a síntomas físicos. Hay un malestar subjetivo por la preocupación constante y por el deterioro de áreas sociales o laborales, o de otros ámbitos de funcionamiento. La ansiedad y la preocupación se encuentran acompañados de tres síntomas: inquietud, excitación o nerviosismo, fatiga, problemas para concentrarse o tener la mente en blanco, irritación, tensión muscular y problemas del sueño, aunque los niños solo necesitan de un síntoma adicional (DSM-5, 2014).

Además de la tensión muscular, puede haber temblores, contracciones nerviosas, molestias musculares o dolor, incluso síntomas somáticos y sobresalto. La hiperactividad vegetativa prevalece menos comparada con otros trastornos de ansiedad, pero puede haber otras afecciones que con frecuencia acompañan al trastorno de ansiedad generalizada. Muchos individuos mencionan haber padecido ansiedad y nerviosismo toda su vida. La edad promedio de inicio es de 30 años, aunque se extiende por un amplio rango. La edad promedio es más tardía comparada con otros trastornos de ansiedad. La preocupación y ansiedad excesiva pueden originarse en edades tempranas, expresándose en un temperamento ansioso. Los síntomas son crónicos y oscilantes a lo largo de la vida, fluctuando entre formas sindrómicas y subsindrómicas. La remisión completa es muy reducida (DSM-5, 2014).

La expresión clínica del TAG es constante a lo largo de la vida. La principal diferencia por edades se relaciona con el contenido que genera preocupación. Los niños y adolescentes lo hacen por la escuela y el rendimiento deportivo, y los adultos por el bienestar familiar o de su salud física. Por ende, el contenido de la preocupación del sujeto es apropiado para la edad. Los adultos jóvenes vivencian síntomas más graves que los adultos mayores. El inicio más precoz de los síntomas se relaciona con la comorbilidad

y un mayor deterioro. La aparición de una enfermedad física crónica es una cuestión de preocupación excesiva en la tercera edad: preocuparse por la seguridad y por las caídas limitan sus actividades. En quienes poseen deterioro cognitivo precoz podría generarse preocupación excesiva, por ejemplo, por el paradero de las cosas (DSM-5, 2014).

La preocupación excesiva afecta la capacidad de la persona para hacer las cosas veloz y eficientemente. La preocupación consume tiempo y energía, y los síntomas asociados afectan al deterioro. La preocupación excesiva puede afectar la capacidad de fomentar la confianza en los hijos. El TAG se asocia a una discapacidad significativa y a angustia más allá de los trastornos comórbidos. Los adultos no institucionalizados poseen una discapacidad entre moderada y grave. En Estados Unidos, el TAG genera una pérdida de 110 millones de dólares al año por incapacidad (DSM-5, 2014).

2.5. El trastorno del espectro autista

Según el DSM-5 (2014), las características del trastorno del espectro autista (TEA) son el deterioro en la comunicación reciproca y la interacción social, y los patrones conductuales, intereses o actividades repetitivas. Los síntomas se encuentran presentes desde la primera infancia y afectan el funcionamiento diario. El momento en que el deterioro funcional es evidente depende del sujeto y de su ambiente. Las características diagnosticas principales son notorias en la etapa de desarrollo, aunque la intervención y las ayudas pueden encubrir las dificultades. Las manifestaciones del trastorno difieren según la gravedad del autismo, el desarrollo y la edad cronológica, es por esto que se emplea el término *espectro.* El TEA incluye trastornos denominados autismo de la primera infancia, infantil, de Kanner, de alto funcionamiento, autismo atípico, trastorno generalizado del desarrollo no

especificado, trastorno desintegrativo infantil y trastorno de Asperger.

Los deterioros de la comunicación y la interacción social son generalizados. Las deficiencias verbales y no verbales en la comunicación social se expresan diferente según la edad, el nivel educativo, las capacidades lingüísticas, la historia del tratamiento y las ayudas. Las deficiencias lingüísticas difieren oscilan entre la ausencia del habla y la poca comprensión de los demás, la ecolalia o el lenguaje literal. A pesar de que se encuentren intactas las capacidades formales del lenguaje, existe un deterioro en la comunicación social reciproca. Las deficiencias en la capacidad para interactuar con los demás, y compartir pensamientos y sentimientos, son evidentes en niños pequeños con el trastorno. No comienzan la interacción social y no comparten emociones, habiendo poca imitación en la conducta de los demás. El lenguaje en ocasiones es unilateral, no posee reciprocidad social y se emplea para pedir más que para compartir sentimientos o conversar (DSM-5, 2014).

En los adultos sin discapacidad intelectual o retrasos de lenguaje, las deficiencias de la reciprocidad social y afectiva son más notorias que los problemas para procesar y responder a las señales complejas. Los adultos con estrategias de compensación para ciertas dificultades sociales poseen problemas en contextos novedosos o sin ayuda, y padecen por el esfuerzo y la ansiedad de calcular lo que es intuitivo para la mayoría. Además, existe un deterioro intelectual y/o del lenguaje, incluidos quienes poseen una inteligencia normal o elevada. La diferencia entre las capacidades intelectuales y funcionales adaptativas es evidente. Hay deficiencias motoras, una manera extraña de caminar, torpeza, entre otros. Puede haber autolesiones y existen comportamientos disruptivos en niños y adolescentes con TEA (DSM-5, 2014).

Figura 5

Trastorno del espectro autista

Criterios diagnósticos	**299 (F84.0)**

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos con textos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos, hasta el fracaso en iniciar responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada, pasando por anomalías del contacto visual y 'del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (les ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños,

dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej. fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).

4. Hiper- o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos (véase la Tabla 2).

C. Los síntomas deben de estar presentes en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).

D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

e. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del autista con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo,

NOTA: los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se cara el diagnostico de trastorno del espectro autista. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro autista, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección medicada o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada).

f -Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del neurodesarrollo, mental o del comportamiento asociado(s)).

Con catatonia (véanse los criterios de catatonia asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 119-120). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonia asociada a trastorno del espectro autista para indicar la presencia de la catatonia concurrente).

Los sujetos con TEA poseen una tendencia a la ansiedad y la depresión. Algunos muestran conductas similares a la catatonia, aunque no llegan la magnitud observada en un episodio catatónico. No obstante, estos sujetos evidencian un deterioro importante en los síntomas motores y un episodio catatónico completo con síntomas que incluyen mutismo, muecas y flexibilidad cérea. Los primeros síntomas implican un retraso del desarrollo del lenguaje, ausencia de interés social o interacciones inusitadas, patrones de juego y de comunicación extraños. Durante el segundo año, las conductas repetitivas y la ausencia de juego se vuelven notorias. Incluso puede ser difícil diferenciar las conductas restringidas y repetitivas del TEA en los niños de edad preescolar (DSM-5, 2014).

A pesar de los avances que tuvieron lugar en las neurociencias y en genética, aun no existe un modelo sobre la etiología y fisiopatología de los TEA, a pesar de que, en distintas investigaciones, se encontraron alteraciones

neurobiológicas y genéticas en la que intervienen factores epigenéticos y ambientales. Debido a que constituyen trastornos crónicos, hubo iniciativas no sustentadas en métodos científicamente comprobados que plantearon efectos positivos (Bonilla y Chaskel, 2016).

El TEA posee muchas variaciones en gravedad y en síntomas, inclusive puede no ser reconocido, principalmente en niños levemente afectados o al haber problemas físicos. Las manifestaciones clínicas y su nivel de severidad hacen que el enfoque en el niño con autismo sea individual, esto se debe a que la severidad de los síntomas muestra variaciones interindividuales. Se deben reconocer las señales de alarma, principalmente en las etapas iniciales, cuando los padres se sienten intranquilos sobre su hijo, por lo que buscan un diagnóstico. La presencia de estos signos de alarma evidenciaría la necesidad de efectuar estudios específicos y de realizar derivaciones a centros de atención, psiquiatría infantil, neuropediatría y demás especialistas (Bonilla y Chaskel, 2016).

Figura 6: *Signos de alarma para iniciar el estudio de un posible trastorno del espectro autista*

No se observan sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses
No responde a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses
No balbucea a los 12 meses
No hace o no responde a los gestos sociales (señalar, mostrar, decir adiós con la mano, entre otros) a partir de los 12 meses
No dice palabras sencillas a partir de los 16 meses
No hace frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses
Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad

A pesar de que no hay genes específicos, se conoce que el TEA es una enfermedad poligénica con un elevado índice de heredabilidad. Se relaciona con genes que recopilan proteínas que trasmiten señales entre sistemas celulares que se relacionan con multiplicación, motilidad y diferenciación, con el aumento de conexiones y con la supervivencia celular. El TEA se define por anormalidades conductuales, en el lenguaje y la cognición, relacionadas a retraso mental en un 70% y a epilepsia en un 30%, sin que haya otra razón de disfunción cerebral. Esto indica que existe un trastorno funcional indefinido en la corteza de asociación en relación a las cortezas primarias sensorial y motora y a la sustancia blanca (Quijada, 2008).

El TEA no es degenerativo y el aprendizaje descompensado continúa toda la vida. Los síntomas son más marcados en la infancia temprana y en los primeros años escolares, mejorando el desarrollo típico en la infanda tardía. Una pequeña parte se deteriora a nivel conductual en la adolescencia. Solo una minoría de ellos vive y trabaja de forma independiente en la época adulta: quienes lo hacen poseen más capacidades lingüísticas e intelectuales. Sin embargo, quienes poseen menos deterioro pueden funcionar independientemente, aunque continúan siendo ingenuos y vulnerables, con dificultades para organizar las exigencias sin ayuda, y con tendencia a la ansiedad y a la depresión. Muchos adultos emplean estrategias de compensación y afrontamiento para esconder sus dificultades. Se sabe muy poco sobre el TEA en edades avanzadas (DSM-5, 2014).

Si la observación clínica indica que se cumplen los criterios, se puede diagnosticar TEA, aunque no haya pruebas de una buena capacidad social y de comunicación en la infancia. Por ejemplo, si un sujeto posee amistades reciprocas y buenas habilidades comunicativas se descartaría el diagnostico,

pero la ausencia de información no constituye un motivo para desecharlo. Las expresiones de deterioro social y de la comunicación, y las conductas restringidas y repetitivas que definen el TEA son notorias durante el desarrollo. En momentos posteriores de la vida, la intervención, la compensación y los apoyos pueden suplir estas dificultades en ciertos ámbitos. No obstante, los síntomas son suficientes para generar deterioro en el funcionamiento social o laboral (DSM-5, 2014).

En los niños pequeños con TEA, la ausencia de habilidades sociales y de comunicación puede obstaculizar el aprendizaje, sobre todo por la interacción social con los compañeros. La insistencia en las rutinas y el rechazo a los cambios y las sensibilidades sensoriales pueden afectar el comer y el dormir, dificultando los cuidados. Las capacidades adaptativas se encuentran por debajo del coeficiente intelectual promedio, las dificultades para planificar y enfrentarse a los cambios repercuten en los logros académicos, afectando también a los alumnos con inteligencia mayor a la media. Durante la adultez, existen dificultades para lograr la independencia debido a la rigidez y al aceptar novedades. Muchos sujetos con TEA cuentan con un funcionamiento psicosocial bajo en la adultez, al vivir solos y en el trabajo. Aunque los efectos funcionales en la edad adultez mayor se desconocen, el aislamiento social y los problemas comunicativos probablemente generen problemas en la salud (DSM-5, 2014).

Figura 7

Niveles de gravedad del trastorno del espectro autista

Nivel de gravedad	**Comunicación social**	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal, causan alteraciones graves del funcionamiento, un inicio muy limitado de interacciones sociales y una respuesta mínima a la apertura social de las otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles, que raramente inicia una interacción y que, cuando lo hace, utiliza estrategias inhabituales para cumplir solamente con lo necesario, y que únicamente responde a las aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/ dificultad para cambiar el foco de la acción.
Grado 2 "'Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables en las aptitudes de comunicación social, verbal y no verbal; problemas sociales obvios incluso con ayuda *in situ*; inicio limitado de interacciones sociales, y respuestas reducidas o anormales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad del comportamiento, la dificultad para hacer frente a los cambios y los otros comportamientos restringidos/repetitivos resultan con frecuencia evidentes para el observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de la acción.

Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda *in situ,* las deficiencias de la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de las otras personas. Puede parecer' que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece la comunicación, pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente no tienen éxito.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

2.6. Los profesionales que trabajan con discapacidad

No hay muchas investigaciones sobre el estado de salud y la calidad de vida de los profesionales que trabajan con estudiantes con discapacidades. Los estudios y las intervenciones se orientan hacia la salud física y mental de docentes de escuelas comunes o con problemáticas psicosociales (Corvalán, 2005; Escalona, 2006; Matud et al., 2002; Moriana & Cabrera, 2004; Oramas et al., 2007; Rodríguez et al., 2007).

No obstante, algunas investigaciones mostraron la existencia de niveles elevados de estrés y cansancio emocional en docentes que trabajan con estudiantes de educación especial, principalmente con discapacidad intelectual

o trastornos psiquiátricos (Bergadá et al., 2005; Franco et al., 2009; Paula, 2005; Muñoz & Lucero, 2009; Tisiotti et al., 2007). Sin embargo, no existen estudios sobre la calidad de vida laboral de quienes trabajan con estudiantes con discapacidades múltiples.

Según el estudio de Bergadá et al. (2005), el 79% de los docentes evidenciaba estrés laboral, habiendo más estrés al trabajar con estudiantes que mostraban discapacidades psíquicas y que no tenían apoyo familiar. A su vez, los profesionales no respondían de forma adecuada a las demandas de los estudiantes por la falta de recursos materiales y de capacitación.

Por su parte, Muñoz y Lucero (2009) encontraron que el 26% de los profesionales que trabajaban con alumnos con discapacidad mostraban un elevado riesgo de que se originaran cuadros de ansiedad o de depresión, y el 42% evidenció un riesgo moderado. Asimismo, el 23% de los profesionales mostró estresores vitales altos y el 27% estresores moderados. A menor edad de los profesionales, había más estrés psicosocial y problemas de salud física (Lyra et al., 2009). Es importante señalar que, en América Latina, la población docente es principalmente femenina si se la compara con Estados Unidos y Europa (Matud et al., 2002; Vaillant, 2007).

La salud física y mental de los educadores constituye una cuestión de salud pública que afecta la calidad educativa de la sociedad y los aprendizajes de los estudiantes, pero también repercute en el personal de educación especial, el cual es poco reconocido y estimado. Sus exigencias sobrepasan sus estrategias de afrontamiento al estrés y/o *burnout*, lo cual es difícil de detectar en sujetos que lo padecen, aunque les juega en contra en el trabajo en el que se han capacitado (Peralta Gutiérrez, 2019).

El personal de educación especial debe efectuar un esfuerzo adicional por el hecho de trabajar con estudiantes con discapacidad. El enfoque de trabajo sobrepasa el *curriculum*, debiendo adaptarse a las necesidades educativas de sus alumnos con aprendizajes más limitados, la inconformidad y la ausencia de apoyo de las familias, y las relaciones con compañeros y directivos, siendo los motivos que pueden provocar *burnout* (Quinteros Tenesaca & Rodas Álvarez, 2016)

No todos los sujetos expuestos a eventos estresantes personales o laborales padecen estrés y/o *burnout*, ya que existen diferencias individuales al afrontarlos. Esta vulnerabilidad al estrés y/o al *burnout* no depende solamente del hecho estresante, sino de cuestiones personales como el afrontamiento (Rosales Fernández, 2014).

2.7. La Escuela de Educación Especial “San Martin de Porres”

La misión de la institución es promover el aumento de la calidad de vida de los individuos con TEA y sus familias, mejorando la autonomía y la autodeterminación, y lograr la inclusión educativa y social a través de un sistema de servicios de calidad y según sus necesidades. Su visión es ser reconocida como una organización que brinda servicios de calidad, implementando prácticas basadas en la evidencia, en las cuales los derechos y las planificaciones centradas en el sujeto sean lo principal. Los valores son la calidad, el compromiso ético, el trabajo de excelencia y en equipo, la responsabilidad social, la individualización, la formación continua, los espacios innovadores, la especialización y las TICS (San Martín de Porres, s.f.).

La sede que fue considerada en este estudio fue la Sede Casanova. Ubicado en la zona Oeste del Gran Buenos Aires, posee un Centro Educativo Terapéutico con Integración [CET], de Categoría “A” según el Servicio Nacional

de Rehabilitación. Allí se brinda un contexto adecuado para que los individuos del espectro autista logren adquirir saberes y aprendizajes mediante enfoques, metodologías y técnicas terapéuticas. Según la normativa del Ministerio de Salud de la Nación (2006 como se citó en San Martín de Porres, s.f.), estos métodos pueden incorporar recursos provenientes del campo terapéutico, promoviendo y facilitando la integración a la escolaridad de los niños que se encuentren en condiciones de integrarse a una escuela común o especial. Los jóvenes y adultos son estimulados a insertarse en ámbitos sociales según sus necesidades y posibilidades.

La formación educativo-terapéutica promueve la integración de individuos con TEA. Las propuestas educativas comienzan con niños de tempranas edades, pero también tienden a jóvenes y adultos, dictándose todo el año en ciclos lectivos con actividades adaptadas en período estival (San Martín de Porres, s.f.).

La sede de Isidro Casanova brinda un abordaje interdisciplinario siguiendo las siguientes profesiones:

Psicología

Psicopedagogía

Kinesiología

Fonoaudiología

Médico psiquiatra

Psicopedagogía

Psicomotricidad

Terapia Ocupacional

Asistente social

Musicoterapia

De cada individuo ingresante, se efectúa un Proyecto Educativo Individual [P.E.I.], el cual puede ser operacionalizado a través de la asistencia a jornada simple o doble en el CET. Además, se puede articular con dispositivos de Centro de Transición a la Vida Adulta o Escuela de Educación Especial, incluso se puede articular con escuelas de nivel. Los métodos y procedimientos implementados por la institución se sustentan de forma ética y científica en las Guías de las Buenas Prácticas para el abordaje de las Problemáticas del Espectro Autista. Esta metodología lleva a la actualización constante del conocimiento científico del área, y a brindar una mejor educación (San Martín de Porres, s.f.).

Las nuevas tecnológicas mejoran la accesibilidad, la independencia, el acceso a la educación y el aprendizaje, sobre todo la participación, la comunicación, la información, la movilidad y la adaptación al entorno. La implementación de distintos recursos tecnológicos repercute favorablemente en el desarrollo de los niños y jóvenes con TEA, por lo que las aulas se encuentran equipadas con una pantalla interactiva, mediante la cual el profesional da clases y permite al estudiante interactuar con esta (San Martín de Porres, s.f.).

La infraestructura de la institución permite contar con espacios innovadores que se adaptan a las necesidades de los niños y jóvenes con TEA, garantizando su bienestar, promoviendo la creatividad y la innovación, y mejorando la productividad de las prestaciones. Existe un salón de usos múltiples (SUM), camas elásticas, plazas, sendas saludables, gimnasios y piletas climatizadas (San Martín de Porres, s.f.).

Además, el proyecto de inclusión es vital para brindarles posibilidades de aprendizaje a los niños. Se trabaja de manera conjunta con la escuela común y

con un equipo de profesionales capacitados para lograr un trabajo que termine con las barreras, haciendo hincapié en la diversidad. A su vez, hay orientación y asesoramiento a las familias, supervisión y coordinación de los profesionales de apoyo a la inclusión (San Martín de Porres, s.f.):

- Área educación física.
- Área médica: enfermería y nutrición.
- Área trabajo social.
- Instalaciones: SUM- piletas- gimnasios- sendas saludables.
- Talleres deportivos.
- Área de Artes Plásticas.
- Área de baile: expresión corporal.
- Área música: grupos musicales, rock, tango, *folcklore*.
- Viajes y excursiones programadas.

A su vez, la capacitación posee un rol primordial para lograr las tareas y proyectos, ya que es el proceso a través del cual los profesionales obtienen los saberes necesarios, adquieren herramientas, habilidades y actitudes para interactuar en el ámbito laboral y cumplir con el trabajo. La capacitación y la formación de los profesionales y de sus familias son el eje principal de la tarea cotidiana. A lo largo de los distintos ciclos lectivos, se brindan capacitaciones a cargo de profesionales con trayectorias en la educación y la salud (San Martín de Porres, s.f.).

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño

El tipo de investigación fue no experimental, de alcance correlacional-descriptivo, de enfoque cuantitativo y temporalidad trasversal.

3.2. Participantes

La muestra estuvo conformada por 39 profesionales de la salud que trabajaban en una escuela especial cuyas edades estaban comprendidas entre los 24 y 50 años (M= 30 años; DT= 5,013 años), a quienes se accedió a través de un muestreo no probabilístico accidental simple. Entre los datos descriptivos más relevantes de la muestra, ha de mencionarse que el 74,4% pertenecía al género femenino y el 25,6% al género masculino.

En cuanto al nivel donde se desempeñaban dichos profesionales, vale decir que el 25,6% lo hacía en el Centro Educativo Terapéutico, el 66,7% en la Escuela de Educación Especial, el 2,6% en el Centro de Transición a la Vida Adulta y el 5,1% en el Kinder.

En lo concerniente al puesto de trabajo, el 10,3% ocupaba el puesto de auxiliar, el 12,8% el rol de orientador, el 46,2% cargos docentes y el 30,8% tenía otro puesto.

Asimismo, otros datos a tomar en consideración acerca de los participantes fueron que el 43,6% contaba con otro trabajo por fuera de la escuela especial y el 59% de los sujetos realizaba alguna actividad asociada con el bienestar.

Finalmente, en lo que al nivel educativo de los participantes refiere, el 12,8% poseía un nivel terciario incompleto, el 15,4% terciario completo, el

35,9% universitario incompleto, el 23,1% universitario completo, el 5,1% posgrado incompleto y el 7,7% posgrado completo.

Los criterios de inclusión empleados para la selección de la muestra fueron los siguientes: (1) residir en Capital Federal o Gran Buenos Aires, (2) ser estudiante, profesional recibido o docente de una carrera del ámbito de la salud o la educación y (3) haber trabajado en la escuela especial un mínimo de 3 meses.

Por otra parte, se excluyeron: (1) aquellos profesionales que no brindaron su consentimiento informado, (2) quienes se encontraban bajo licencia psiquiátrica y (3) quienes no trabajaban en el ámbito educativo al momento de realizarse la investigación.

3.3. Instrumentos

En primera instancia, se administró un cuestionario el cual identificaba las características demográficas y laborales de las personas que se desempeñaban en la escuela especial de referencia. Dicho cuestionario indagaba variables tales como género, nivel educativo, jerarquía laboral, dispositivo de trabajo, tiempo de trabajo en la institución y realización de actividades asociadas al bienestar, entre otras.

Por otra parte, se utilizó la escala de Estrés Percibido [EEP-10] (Cohen et al., 1983; adaptación chilena: Calderón Caravajal et al., 2017), el cual es un instrumento de autoinforme que evalúa el estrés percibido en el último mes. Posee 10 ítems los que se puntúan a partir de una escala Likert de 5 puntos que oscila entre 0 = nunca y 4 = muy a menudo. Esta versión posee dos dimensiones:

- *Desamparo*: ítems 1, 2, 3, 6, 9 y 10. Es un estado psicológico que tiene lugar cuando los hechos escapan del control y se percibe que no se los puede transformar.
- *Autoeficacia Percibida:* ítems 4, 5, 7 y 8. Es la percepción de las capacidades para organizar y llevar a cabo conductas para hacer surgir los resultados deseados.

La primera de dichas dimensiones agrupa los ítems de manera directa mientras que la segunda reúne los ítems presentados de manera inversa. Finalmente, cabe mencionar que la escala evidencia niveles de fiabilidad aceptables (α = 0.79).

En lo que respecta al último de los instrumentos administrados, éste fue el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo [STAI] (Spielberger et al., 1983; adaptación argentina: Leibovich de Figueroa, 1991). Es una escala que analiza cómo se siente la persona en el momento de la prueba y habitualmente. Posee dos series de afirmaciones con una escala tipo Likert que oscila entre 1 = Nada y 4 = Mucho y 1 = Casi nunca y 4 = Casi siempre, para las series de ítems que evalúan la Ansiedad Estado y Rasgo respectivamente. La escala cuenta con 40 ítems, de los cuales el 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 y 39 puntúan de forma inversa. La escala tiene en cuenta dos dimensiones:

- *Ansiedad Estado*: ítems 1 al 20. Analiza la intensidad de los sentimientos de ansiedad al momento de responder (α = 0.90).
- *Ansiedad Rasgo*: ítems 21 al 40. Valora como el sujeto se siente generalmente, señalando la frecuencia con la que vivencia sentimientos asociados a la ansiedad (α= 0.73).

3.4. Procedimiento

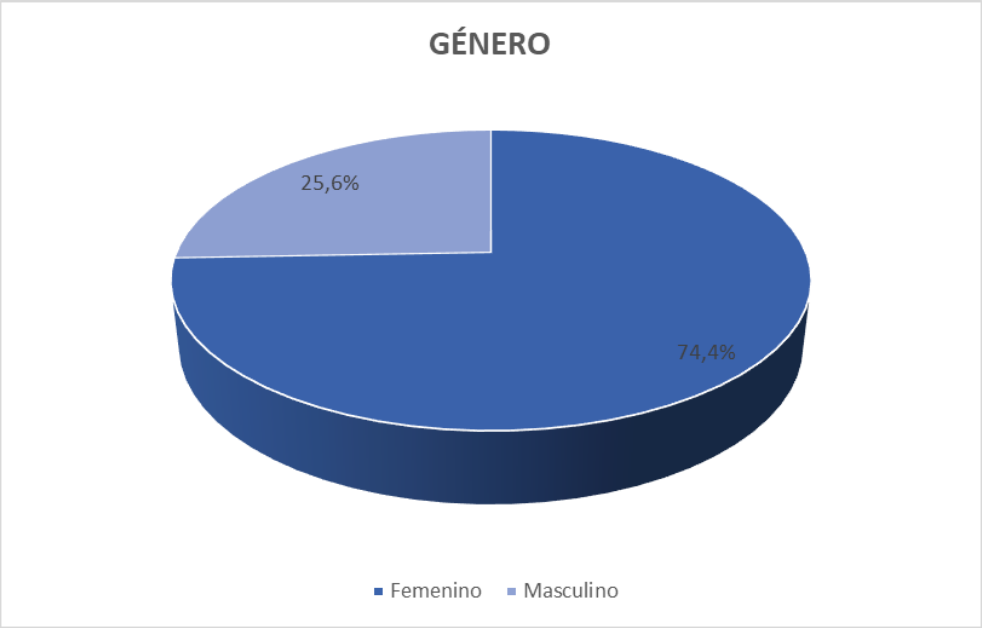
El acceso a la Escuela Especial San Martin de Porres, ubicada en la Zona Oeste del Gran Buenos Aires, se vio facilitado debido a que la investigadora se desempeña allí cumpliendo funciones docentes. Los cuestionarios fueron compartidos en su totalidad de manera virtual, mediante una plataforma de formularios digitales. Los mismos estaban precedidos por un consentimiento informado en el cual se aclaraba que la participación era voluntaria y anónima y los datos recabados sólo serían utilizados con fines académico-científicos. A su vez, se dejó el mail de la investigadora a disposición por cualquier consulta que pudiese devenir. Luego de ser contestados, las respuestas se guardaron en una base de datos.

Posteriormente, se volcó la información obtenida al *software* estadístico SPSS 26.0 para someterla a análisis estadístico descriptivo e inferencial.

4. RESULTADOS

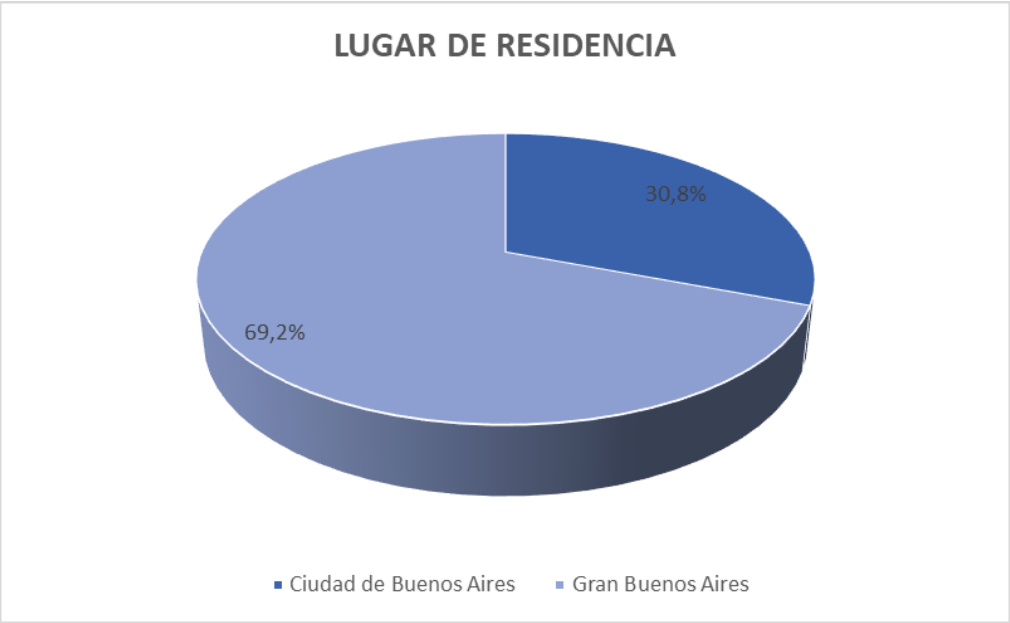
4.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1: *Distribución de la variable Género*



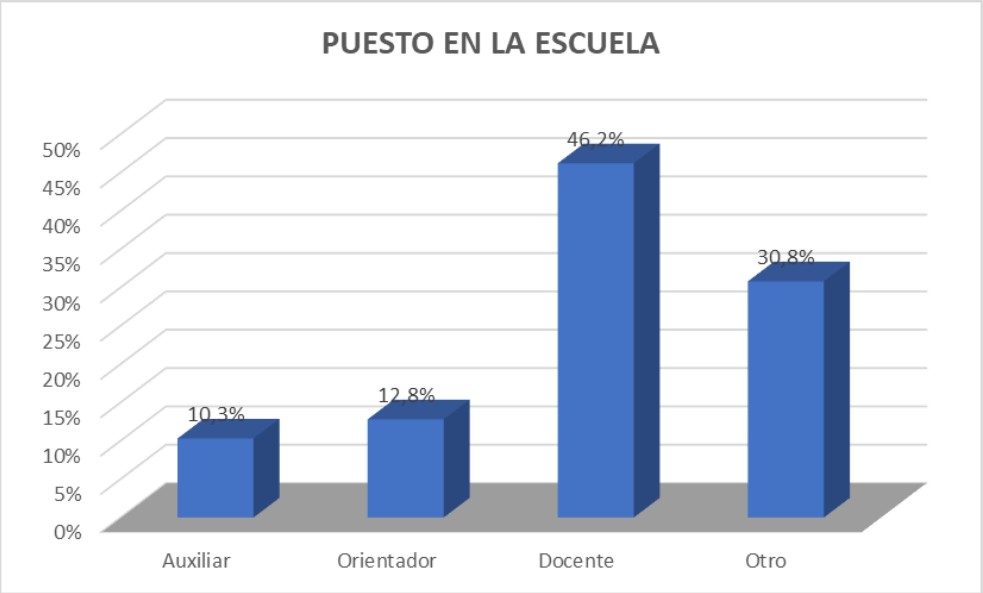
El 74,4% de los sujetos pertenece al género femenino y el 25,6% al género masculino.

Gráfico 2: *Distribución de la variable Lugar de Residencia*



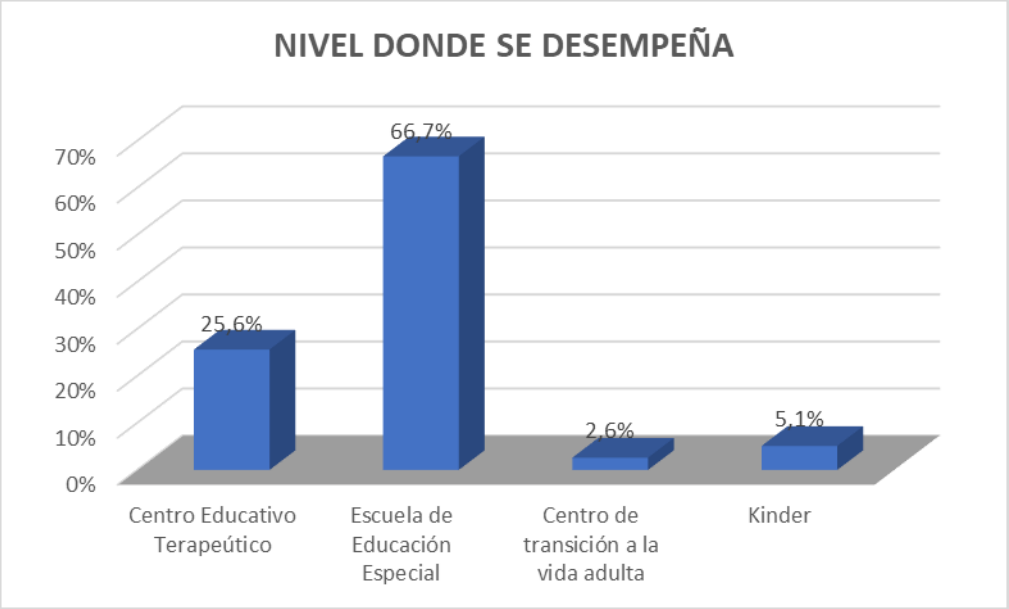
El 30,8% vive en la Ciudad de Buenos Aires y el 69,2% en el Gran Buenos Aires.

Gráfico 3: *Distribución de la variable Jerarquía Laboral*



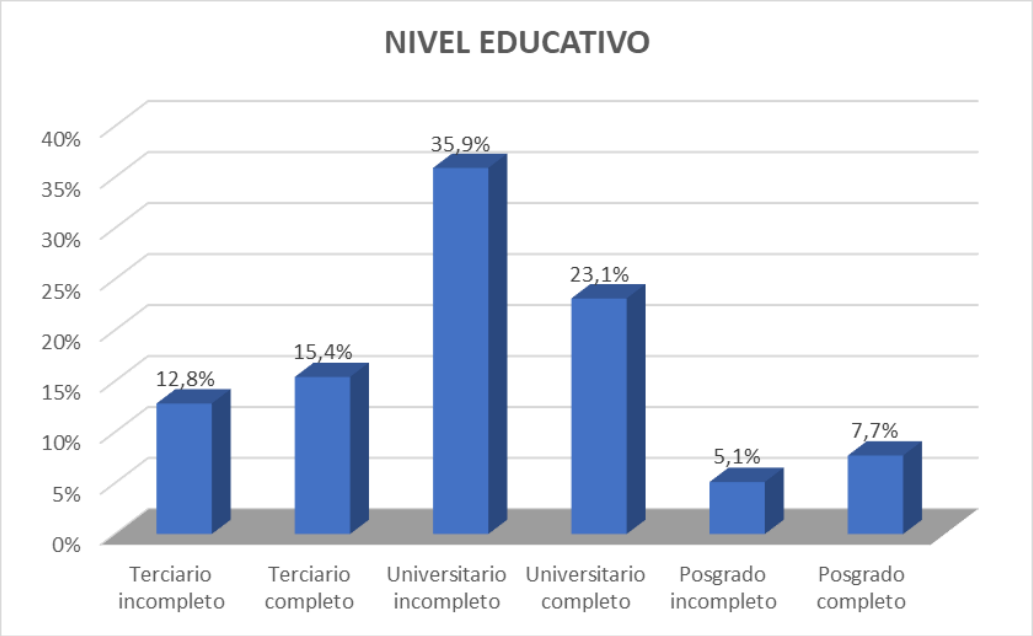
El 10,3% ocupa el puesto de auxiliar, el 12,8% el rol de orientador, el 46,2% es docente y el 30,8% tiene otro puesto.

Gráfico 4: *Distribución de la variable Dispositivo de Trabajo*



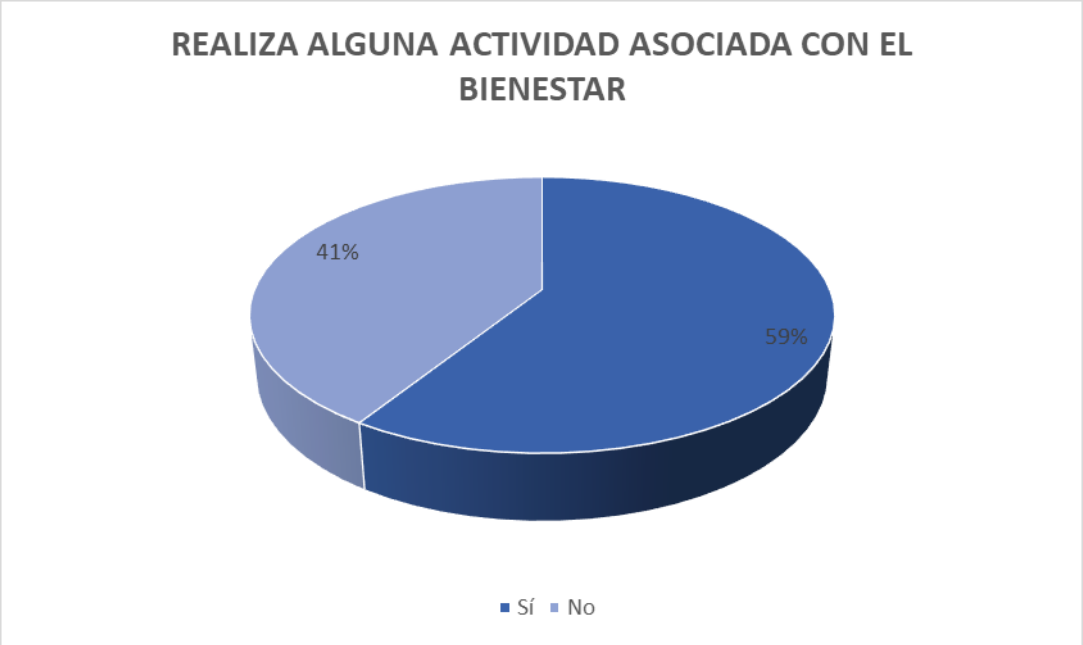
En cuanto al dispositivo de trabajo donde se desempeña el profesional, el 25,6% lo hace en el CET, el 66,7% en la Escuela de Educación Especial, el 2,6% en el Centro de transición a la vida adulta y el 5,1% en el *Kinder*.

Gráfico 5: *Distribución de la variable Nivel Educativo del profesional*



El 12,8% posee un nivel terciario incompleto, el 15,4% terciario completo, el 35,9% universitario incompleto, el 23,1% universitario completo, el 5,1% posgrado incompleto y el 7,7% posgrado completo.

Gráfico 6: Distribución de la variable *Realización de Actividad Asociada con el Bienestar*



El 59% de los sujetos realiza alguna actividad asociada con el bienestar mientras que el 41% no lo hace.

4.2. Caracterización de las variables

Tabla 1

Caracterización de las variables

Variable	N	M	Me	DT	Min.	Max.
Desamparo	39	13,94	14	4,639	1	24
Autoeficacia	39	9,64	10	2,158	4	14
Estrés Percibido	39	20,31	21	5,69	3	30
Ansiedad Estado	39	41,08	41	10,05	24	68
Ansiedad Rasgo	39	47,38	47	10,57	25	74

Tabla 2

Descripción de los niveles de Estrés Percibido y Ansiedad en los sujetos de la muestra

Percentiles	Estrés Percibido	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
25	17	33	41
50	21	41	47
75	24	45	55

Tabla 3

Niveles de Estrés Percibido, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en los sujetos de la muestra

Niveles de EP – AE y AR	Frecuencia Estrés Percibido	Porcentaje Estrés Percibido	Frecuencia Ansiedad Estado	Porcentaje Ansiedad Estado	Frecuencia Ansiedad Rasgo	Porcentaje Ansiedad Rasgo
Bajos	8	20,5%	8	20,5%	9	23,1%
Moderados	24	61,5%	22	56,4%	21	53,8%
Altos	7	18%	9	23,1%	9	23,1%

En los sujetos encuestados, se observa un predominio de puntuaciones moderadas (término medio) en los constructos analizados: Estrés Percibido, Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

4.3. Análisis de la normalidad

Se analizó la normalidad de las variables mediante la prueba de Shapiro-Wilk y se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4

Prueba de normalidad

Variable	Gl	p
Desamparo	39	0,737
Autoeficacia	39	0,328
Ansiedad estado	39	0,287
Ansiedad rasgo	39	0,906
Edad	39	0,001
Cantidad de horas semanales trabajadas	39	0,001
Antigüedad laboral	39	0,001

Prueba utilizada: Shapiro Wilk

Como se puede observar, los constructos analizados poseen una distribución normal, mientras que las variables sociodemográficas no siguen dicho patrón.

4.4. Análisis de la relación entre variables

Tabla 5

Análisis de la relación entre Estrés Percibido (y sus dimensiones) con Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

Variables	1	2	3	4	5
1.Desamparo	X	0,287	0,949**	0,551**	0,660**
2.Autoeficacia	0,287	X	0,537**	0,282	0,494**
3.Estrés Percibido	0,949**	0,537**	X	0,566**	0,708**
4.Ansiedad Estado	0,551**	0,282	0,566**	X	0,487**
5.Ansiedad Rasgo	0,660**	0,494**	0,708**	0,487**	X

Prueba utilizada: R de Pearson; siendo **p<0,01 y *p<0,05.

Estrés Percibido y Desamparo se vincularon positivamente con ambos tipos de Ansiedad mientras que Autoeficacia sólo lo hizo con Ansiedad Rasgo.

Tabla 6

Análisis de la relación entre Estrés Percibido (y sus dimensiones) con las variables sociodemográficas Edad, Antigüedad laboral en la institución y Cantidad de hs. semanales trabajadas.

Variables	1	2	3	4	5	6
1.Desamparo	X	0,287	0,949**	-0,040	-0,085	0,057
2.Autoeficacia	0,287	X	0,537**	-0,031	0,134	0,444**
3.Estrés Percibido	0,949**	0,537**	X	-0,082	-0,064	0,133
4.Edad	-0,040	-0,031	-0,082	X	0,398*	-0,092
5.Antiguedad	-0,085	0,134	-0,064	0,398*	X	0,148
6. Cantidad de hs. semanales trabajadas	0,057	0,444**	0,173	-0,092	0,148	X

Prueba utilizada: Rho de Spearman; siendo **p<0,01 y *p<0,05.

Como puede observarse a partir de la tabla precedente, sólo se halló una relación significativa directa entre la cantidad de horas semanales que trabaja un profesional en la escuela y la Autoeficacia.

Tabla 7

Análisis de la relación entre Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo con las variables sociodemográficas Edad, Antigüedad laboral y Cantidad de horas. semanales trabajadas.

Variables	1	2	3	4	5
1.Ansiedad Estado	X	0,487**	0,000	0,702	0,397
2.Ansiedad Rasgo	0,487**	X	-0,081	0,073	0,170
3.Edad	0,000	-0,081	X	0,398*	-0,092
4.Antiguedad	0,702	0,073	0,398*	X	0,148
5. Cantidad de hs. semanales trabajadas	0,397	0,170	-0,092	0,148	X

Prueba utilizada: Rho de Spearman; siendo **p<0,01 y *p<0,05.

La Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo no correlacionan con las variables sociodemográficas estudiadas: Edad, Antigüedad en la institución y Cantidad de horas semanales trabajadas.

4.5. Análisis de las diferencias de grupo

Tabla 8

Análisis de las diferencias de grupo según género

Variables	Medias		t	gl	p
	Femenino	Masculino			
Desamparo	14,37	12,70	0,987	37	0,330
Autoeficacia	6	7,40	-1,822	37	0,077
Estrés Percibido	20,37	20,10	0,132	37	0,896
Ansiedad Estado	41,79	39	0,753	37	0,456
Ansiedad Rasgo	47,58	46,80	0,200	37	0,842

Prueba utilizada*:* T de Student

No existen variaciones significativas en Estrés Percibido y sus dimensiones, así como tampoco en Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo entre hombres y mujeres.

Tabla 9

Análisis de las diferencias de grupo según dispositivo de trabajo

Variables	Medias		t	gl	p
	CET	EEE			
Desamparo	13,10	14,15	-0,584	34	0,563
Autoeficacia	5,40	6,57	-1,625	34	0,113
Estrés Percibido	18,50	20,73	-1,050	34	0,301
Ansiedad Estado	38,70	41,61	-0,760	34	0,452
Ansiedad Rasgo	42	48,80	-1,775	34	0,085

Prueba utilizada*:* T de Student; CET= Centro Educativo Terapéutico, EEE= Escuela de Educación Especial

No existen diferencias estadísticamente comprobables en Estrés Percibido y sus dimensiones con respecto al dispositivo de trabajo. Esto mismo sucede con Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

Tabla 10

Análisis de las diferencias de grupo según jerarquía laboral

Variables	Medias		f	gl	p
	Entre grupos	Dentro de grupos			
Desamparo	30,05	19,92	1,509	6 - 32	0,207
Autoeficacia	2,62	5,03	0,520	6 - 32	0,789
Estrés Percibido	31,14	32,73	0,951	6 - 32	0,473
Ansiedad Estado	40,85	112,30	0,364	6 - 32	0,896
Ansiedad Rasgo	180,77	98,83	1,829	6 - 32	0,125

Prueba utilizada*:* F de Anova

No existen diferencias significativas en las variables estudiadas según la jerarquía laboral del profesional.

Tabla 11

Análisis de las diferencias de grupo según actividad asociada al bienestar

Variables	Medias		t	gl	p
	Sí	No			
Desamparo	13,82	14,12	-0,195	37	0,846
Autoeficacia	7	5,76	2,35	37	0,024
Estrés Percibido	20,82	19,56	0,676	37	0,503
Ansiedad Estado	41,56	40,37	0,360	37	0,721
Ansiedad Rasgo	46,17	49,12	-0,854	37	0,398

Prueba utilizada*:* T de Student

La Autoeficacia resultó ser superior en quienes realizan alguna actividad asociada al bienestar con respecto a los que no.

5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este último apartado de la investigación, se analizarán los resultados obtenidos en relación con las hipótesis planteadas al comienzo de este trabajo. Posteriormente, se explicarán los resultados en base a la bibliografía citada en el marco teórico. Inmediatamente después se describirá alguna implicancia práctica en base a los hallazgos obtenidos, para pasar a mencionarse las limitaciones y las fortalezas del estudio realizado. Finalmente, se brindará un cierre del trabajo planteando líneas futuras de investigación.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el estrés percibido y la ansiedad en el personal de una escuela especial que trabaja con niños con trastornos del espectro autista [TEA]. Los resultados de la investigación demostraron la presencia de relaciones significativas entre la Ansiedad Rasgo y la Ansiedad Estado y las dimensiones Desamparo y Autoeficacia del Estrés Percibido. En el caso de Estrés Percibido y Desamparo, la relación con la Ansiedad Rasgo y la Ansiedad Estado fue directamente proporcional en ambos casos, mientras que la Autoeficacia se vinculó de igual manera, pero sólo lo hizo con Ansiedad Rasgo.

Los resultados aquí encontrados están en consonancia con los planteos de Hoehn-Saric et al. (2004) quienes hallaron evidencias que señalan una relación entre el estrés y el trastorno de ansiedad generalizada, mientras que Leka et al. (2004) refieren que extensos periodos de estrés se relacionan con la ansiedad. Asimismo, se encuentran los aportes de García (2006) quien puntualiza que dentro de los problemas ocasionados por el estrés se encuentran ciertas alteraciones en la salud mental, entre ellas, la ansiedad.

En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas, si bien fueron escasos los hallazgos en torno a ellas, se encontró que, a mayor cantidad de

horas de trabajo, hay un mayor nivel de Autoeficacia en el personal de la escuela y viceversa. Esto bien podría ser explicado a partir de los planteos de Rossi y Gago Galvagno quienes encontraron que en la medida que aumentaban las horas de trabajo, disminuían los niveles de estrés. Si bien dichos autores no se explayaron más en ese aspecto, la idea subyacente coincide con esta investigación puesto que resulta coherente pensar que, con el devenir del tiempo, un trabajador adquiera destrezas que le permitan desarrollar con mayor autoeficacia su tarea y, por consiguiente, disminuyan sus niveles de estrés y ansiedad ante la misma. Las demandas ambientales, en dichos casos, no resultan perturbadoras para ellos sino que son retos de la profesión ante los cuales el sujeto se percibe autocompetente.

A su vez, se halló que las personas que realizan alguna actividad asociada a su bienestar mostraron un mayor nivel de Autoeficacia comparadas con quienes no realizan ninguna actividad. Esto entra en consonancia con los postulados de Calderón Caravajal quien argumenta que una actividad asociada al bienestar aumenta la percepción de las capacidades para organizar y llevar a cabo conductas para hacer surgir los resultados deseados (Calderón Caravajal et al., 2017). Todo ello pudo ser corroborado también por Gallego et al. (2016) quienes encontraron que los sujetos que realizaban Taichí, Mindfulness y yoga (actividades asociadas al bienestar para ellos) mermaron significativamente la ansiedad y el estrés, contribuyendo a la reducción del malestar psicológico.

Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas entre la edad y el tiempo de trabajo en la institución en lo que respecta a los diferentes tipos de ansiedad y estrés.

Además, tampoco se encontraron diferencias significativas en cuanto al estrés y la ansiedad según el género, el puesto y el dispositivo de trabajo.

A simple vista, llama la atención la cantidad de variables que no mostraron relaciones ni diferencias significativas con los constructos analizados, los cuales en algunos casos resulta difícil teorizar puesto que no existen muchos estudios sobre la salud y la calidad de vida de los profesionales que trabajan con estudiantes con discapacidades. Las intervenciones existentes analizan la salud de docentes de escuelas comunes o con problemáticas psicosociales (Corvalán, 2005; Escalona, 2006; Matud et al., 2002; Moriana & Cabrera, 2004; Oramas et al., 2007; Rodríguez et al., 2007).

Sin embargo, algunas investigaciones evidenciaron la existencia de niveles altos de estrés y cansancio emocional en docentes que trabajan con estudiantes de educación especial con discapacidad intelectual o trastornos psiquiátricos (Bergadá et al., 2005; Franco et al., 2009; Paula, 2005; Muñoz & Lucero, 2009; Tisiotti et al., 2007).

En relación a los hallazgos de este estudio, Lyra et al. (2009) encontraron que, a menor edad de los profesionales, había más estrés psicosocial y problemas de salud física. Esto no se replicó en esta investigación, quizás debido al hecho de que todos los profesionales eran adultos jóvenes con edades bastantes homogéneas entre sí. En cuanto al género, no se encontraron diferencias significativas posiblemente por el hecho de que el estrés y la ansiedad son principalmente elementos tributarios de la labor que debe desempeñar el trabajador y no tanto así de factores biológicos y culturales.

Tal como ya se mencionó, el personal de educación especial debe llevar a cabo un esfuerzo adicional por trabajar con estudiantes con discapacidad. El trabajo sobrepasa el *curriculum*, debiendo amoldarse a las necesidades educativas de sus alumnos con aprendizajes más limitados, la inconformidad,

la falta de apoyo de las familias, y las relaciones con compañeros y directivos (Quinteros Tenesaca & Rodas Álvarez, 2016).

Cabe destacar que no todos los sujetos expuestos a eventos estresantes laborales padecen estrés y/o *burnout*, ya que existen diferencias individuales al afrontarlos. Esta vulnerabilidad no depende solo del hecho estresante, sino de cuestiones personales como el afrontamiento (Rosales Fernández, 2014).

En síntesis, el trabajar con una población con autismo requiere de mucha vocación, ya que es una labor demandante. Esto genera que el personal de la escuela deba efectuar un esfuerzo mayor para desempeñarse correctamente. Por lo tanto, es vital conocer las características laborales que podrían promover el estrés y la ansiedad, debido a que éstas pueden favorecer o entorpecer su labor. Es fundamental que el personal de la escuela pueda tener un desempeño adecuado, mientras se preserva su salud mental en aras de brindar un servicio acorde a las necesidades de la población en cuestión.

Como fortaleza, como ya se mencionó, no existen muchos antecedentes de investigación que analicen la situación de los sujetos que trabajan con poblaciones con discapacidad o trastornos psiquiátricos. Es por esto que este estudio sienta un precedente en el ámbito local sobre los trabajadores de la salud que se ocupan de la discapacidad y los efectos de esta labor sobre sí mismos. Esto lleva a que sea vital ampliar los conocimientos para fomentar la salud mental de estos profesionales.

Como limitación, se puede indicar el tamaño pequeño de la muestra, sin embargo, el objetivo era analizar la situación del personal de la Escuela Especial San Martin de Porres, por lo que se pudo cumplir con ello. Asimismo, como ya se mencionó, la bibliografía es escasa, volviendo muy difícil comparar los resultados obtenidos en este estudio con los hallazgos de otras

publicaciones en relación a la misma población.

A modo de cierre, se puede indicar que se debe continuar analizando la bibliografía existente sobre los efectos del trabajo en una escuela especial, con una población de niños y adolescentes con TEA, en los diferentes profesionales que allí trabajan. Además, se recomienda comparar los niveles de ansiedad y estrés en docentes de escuelas comunes y de escuelas especiales, para establecer si las mismas variables laborales tienen similares efectos en ambos grupos. A su vez, se recomienda analizar una nueva muestra de profesionales de la salud que trabajen en otras instituciones con población con TEA, para determinar si existen diferencias o similitud en cuanto a los sujetos receptores de sus servicios.

6. REFERENCIAS

Aasvik, J. K., Woodhouse, A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C., Stiles, T. C., & Landrø, N. I. (2015). Subjective memory complaints among patients on sick leave are associated with symptoms of fatigue and anxiety. *Frontiers in Psychology, 6*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01338

Al-Sowygh, Z. H. (2013). Academic distress, perceived stress and coping strategies among dental students in Saudi Arabia. *The Saudi Dental Journal, 25*, 97–105. http://dx.doi.org/10.1016/j.sdentj.2013.05.002

Ansorena, A., Cobo, J., & Romero, I. (1983). El constructo de ansiedad en psicología. *Estudios de Psicología, 16,* 31-45. DOI:10.1080/02109395.1983.10821366.

Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signaling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience, 10*, 410-422. doi: 10.1038/nrn2648.

Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5º ed.). Editorial Médica Panamericana.

Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia.* Martínez Roca.

Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral*. International Thomson Editores S.A.

Bergadá, M., Neudeck, V., Parquet, C., Tisiotti, P., y Dos Santos, L. (2005). La salud mental de los educadores: el síndrome de *burnout* en profesionales de una escuela diferencial de la ciudad de Corrientes. *Comunicaciones científicas y tecnológicas, 1,* 1-4

Bermúdez, J. y Luna, M. D. (1980). Ansiedad. En J. L. Fernández Trespalacios (Ed.), *Psicología general II* (pp. 195-213). UNED.

Bonilla, M. F. & Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. *CCAP, 15*(1), 19-29. https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-autonoma-de-zacatecas/psicologia-evolutiva-y-del-desarrollo/trastorno-del-espectro-autista/7366907

Borkevek, T. D., Weerts, T. C., & Berstein, D. A. (1977). Assessment of anxiety. In A. R. Ciminero, K. S. Calhon & H. E. Adams (Eds.), *Handbook of Behavioral Assesment* (pp. 353-403). John Wiley.

Brito-Ortíz, J. F., Nava-Gómez, M. E., y Juárez-García, A. (2019). Escala de estrés percibido en estudiantes de odontología, enfermería y psicología: validez de constructo. *Revista ConCiencia EPG, 4*(2), 42-54. https://doi.org/10.32654/CONCIENCIAEPG.4-2.4

Bulbena, A. (1986). Psicopatología de la psicomotricidad. En J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236-255). Salvat.

Calderón Caravajal, C., Gómez, N., López, F., Otárola, N., y Briceño, M. (2017). Estructura factorial de la Escala de Estrés Percibido (PSS) en una muestra de trabajadores chilenos. *Salud & Sociedad, 8*(3), 218-226. DOI: 10.22199/S07187475.2017.0003.00002

Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). The psychometric performance of the Perceived Stress Scale-10 on medical students from Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina, 62*(3), 407-413. http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.43735.

Cano-Vindel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., y Wood, C. M. (2013). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *Información Psicológica, 102*(4-27).

Cardona-Arias, J. A., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S., Gómez-Martínez, J., y Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 11*(1), 79-89. DOI:10.15332/s1794-9998.2015.0001.05

Casado, M. I. (1994). *Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. https://eprints.ucm.es/id/eprint/2997/1/T18977.pdf

Catell, R. B. (1973). *Personality and mood by questionnaire.* Jossey-Brass.

Cattell, R. B. & Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald Press.

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

Cohen, S. & Williamson, G. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin, 109*(1), 5-24. https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.1.5

Cohen, S. (1980). After effects of stress on human performance and social behavior: A review of research and theory. *Psychological Bulletin, 88*(1), 82-108. https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.1.82

Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. En S. Spacapam & S. Oskamp (Eds.): *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (pp. 31-67). Sage.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. (2007). Psychological stress and disease. *The Jama Network, 298*(14), 1685-1687. doi:10.1001/jama.298.14.1685

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*, 385-396. https://doi.org/10.2307/2136404

Cohen, S., Kessler, R., & Underwood, L. (1997). *Measuring A Guide For Health And Social Scientists Stress.* Oxford University Press.

Corvalán, M. (2005). La realidad escolar cotidiana y la salud mental de los profesores. *Revista Enfoques Educacionales*, *7*(1), 69-79.

Cozzo, G. y Reich, M. (2016). Estrés percibido y calidad de vida relacionada con la salud en personal sanitario asistencial. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 8*, 1-15. doi: 10.5872/psiencia/8.1.21

Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology, 5*, 374-381. doi:10.1038/nrendo.2009.106

Díaz Kuaik, I. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica UST, 16(1), 42-50. doi: 10.18774/0719-448x.2019.16.1.393

Ebert, M., Loosen, P., & Nurcombe, B. (2008). *Current Diagnosis and treatment: Psychiatry* (2º Ed.). McGrawHill Companies.

Escalona, E. (2006). Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación. *Revista Cubana de Salud Pública, 32*(1), 1-19.

Fernández Martínez, M. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional* [Tesis de doctorado, Universidad de León]. https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence

Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Reviews of Psychology, 55*, 745-774. doi: 10.1146/annurev. psych.55.090902.141456

Franco, C., Mañas, I., y Justo, E. (2009). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa mindfulness. *Revista Educación Inclusiva*, *2*(3), 11-22

García, M. J. G. (2006). *Manejo del estrés. Innovación y Cualificación*. Innovación y Cualificación S.L.

Gil-Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse en el trabajo en profesionales de enfermería. *Revista da Facultad da Educacao da UFC, INTER-ACAO, 1*(1), 19-33.

Gómez Ayala, A. E. (2012). Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia Profesional, 26*(6), 32-39

(Goncalves et al., 2015). *Diferencias entre hombres y mujeres en la evaluación de la ansiedad en población Argentina.* VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI. Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de *Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

González, M. T. y Landero, R. (2006). Síntomas psicosomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad Estrés,12*(1), 45–61.

Guerra Santiesteban, J. R., Gutiérrez Cruz, Zavala Plaza, M., Singre Álvarez, J., Goosdenovich Campoverde, D., y Romero FrómetaII, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 36*(2), 169-177.

Hackfort, D. & Spielberger, C. D. (Eds.). (1989). *Anxiety in Sports*. *An International Perspective*. Hemisphere.

Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938

Hassig, A., Liang, W. X., & Stampfl, K. (1996). Stress-induced suppression of cellular immune reactions. A contribution on the neuroendocrine control of the immune system. *Medical Hypothesis, 46*, 551-555. doi: 10.1016/s0306-9877(96)90130-9.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4º ed.). McGraw Hill.

Hernández Sánchez, M. M., Horga de la Parte, J. F., y Navarro Cremades, F. (2007). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria. www.san.gva.es

Hervás Zúñiga, A., Balmaña, N., y Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral, 21*(2), 92-108

Hobfoll, S. E. (2001). The Influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology, 50*, 337-370. https://doi.org/10.1111/1464-0597.00062

Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R., FunderBurk, F., & Kowalski, P. (2004). Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorderand panic disorder. An ambulatory monitor study. *Archives of General Psychiatry, 61*(9), 913-921. doi:10.1001/archpsyc.61.9.913

Johnson, S. & Melamed, B. G. (1979). The Assessment and treatment of children´s fears. In B. Lahey & Kazdin, *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 108-139). Plenum Press.

Karatza, E., Kourou, D., Galanakis, M., Varvogli, L., & Darviri, C. (2014). Validation of the greek version of perceived stress questionnaire: Psychometric properties and factor structure in a population-based survey. *Psychology, 5,* 1268-1284. http://dx.doi.org/10.4236/psych. 2014.510139

Kwag, K. H., Martin, P., Russell, D., Franke, W., & Kohut, M. (2011). The impact of perceived stress, social support, and home-based physical activity on mental health among older adults. *International Journal of Aging and Human Development, 72*, 137-154. doi: 10.2190/AG.72.2.c.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. Springer.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.

Lazarus, R. S. & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. En L. A. Pervin & M. Lewis (Eds.): *Perspectives in interactional psychology*. Plenum Press.

Lazarus, S. & Folkman, R. S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Martínez Roca.

Leibovich de Figueroa, N. B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. B. Leibovich de Figueroa, y M. Aszkenazi (Eds.): *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Psicoteca Editorial.

Leka, S., Griffiths, A., y Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

León, M. y Fornés, J. (2015). Estrés psicológico y problemática musculoesquelética. Revisión sistemática. *Enfermería global*, *38*(9), 276-300.

Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomaticresearch*, *37* (1), 19-32. doi: 10.1016/0022-3999(93)90120-5.

Lieb, R., Zimmermann, P., Friss, R., Hofler, M., Tholen, S., & Wittchen, H. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry, 17*(6), 321–31. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00686-7.

Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical Psychology Review, 30,* 582-593. doi: 10.1016/j.cpr. 2010.04.010.

López-Ibor, J. J. (1969). *La angustia vital.* Paz Montalvo.

Lorentz, M. (2006). Stress and psychoneuroimmunology revised: Using mind-body intervention to reduce stress. *Alternative Journal of Nursing, 11*, 1-11.

Lyra, G., Assis, S., Njaine, K., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). A relação entre professores com sofrimento psíquico de crianças escolares com problemas de comportamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*(2), 435-444. DOI:10.1590/S1413-81232009000200012

Martínez-Otero Pérez, V. (2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación".

ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete, 29(2), 63-78

Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of concept of non-specificity in stress theory. *Journal of Psychiatric Research, 8*, 323-333. doi: 10.1016/0022-3956(71)90028-8.

Matud, M. P., García, M., y Matud, M. J. (2002). Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *2*(3), 451-465.

Mellalieu, S. D. & Hanton, S. (2009). *A competitive anxiety review: Recent directions in sport psychology research*. Nova Science.

Mellalieu, S. D., Neil, R., Hanton, S., & Fletcher, D. (2009). Competition stress in sport performers: Stressors experienced in the competition environment. *Journal of Sports Sciences, 27,* 729-744. doi: 10.1080/02640410902889834.

Miguel-Tobal, J. J. (1985). *Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad: Elaboración de un instrumento de medida (ISRA).* Ed. UCM.

Moral, De R. J. & Cazares De L. F. (2014). Validación de la escala de estrés percibido (PSS14) en la población de dentistas colegiados de Monterrey. *Ansiedad y estrés, 20*(2-3), 193-209

Moriana, E. y Cabrera, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *Journal Clinical Health Psychology, 4*(3), 597-621.

Muñoz, F. M. y Muñoz, A. M. C. (2010). *Escuela y Psicopatología*. Fundación Universitaria San Pablo.

Muñoz, M. y Lucero, B. (2009). Evaluación de la salud mental en profesionales de escuelas especiales de Talca, Chile. *Psicología Conductual*, *17*(2), 381-399.

Nieto Barthaburu, M. P. y Jozami Nasiff, M. (2015). Estrés percibido en estudiantes universitarios. Resultados preliminares. *Revista Trazos Universitarios.*

Niño-Higuera, R. I., Bravo-Paz, X. Y., Ordaz-Carrillo, M. I., Santillan-Torres, C., y Gallardo- Contreras, M. R. (2019). Estrés percibido y estrategias de afrontamiento en el equipo de enfermería: implicaciones para su

formación. *Revista de Psicología y Educación, 14*(2), 157-166, https://doi.org/10.23923/rpye2019.02.180

Núñez Prats, A. y García Mas, A. (2017). Relación entre el rendimiento y la ansiedad en el deporte: una revisión sistemática. *Retos, 32*, 172-177

Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage learning Editores.

Olmedo, E., Ibáñez, I., y Hernández, L. (2001). Validación estructural del *Ways of coping questionnaire* de Lazarus y Folkman: un análisis factorial restrictivo. *Ansiedad Estrés, 7*(1), 15–28.

Oramas, A., Almirall, P., y Fernández, I. (2007). Estrés laboral y el síndrome de burnout en docentes venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, *15*(2), 71-87.

Paula, I. (2005). Estudio de casos sobre el distrés laboral en profesionales de la educación especial. *Mapfre Medicina*, *16*(1), 36-51.

Pearlin, L. I., Morton, A. L., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T. (1981). The stress processes. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 337-356. https://doi.org/10.2307/2136676

Pedrero-Pérez, E. J., Ruiz-Sánchez de León, J. M., Lozoya-Delgado, P., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., y Puerta-García, C. (2015). La "Escala de Estrés Percibido": estudio psicométrico sin restricciones en población no clínica y adictos a sustancias en tratamiento. *Psicología Conductual, 23*(2), 305-324

Peralta Gutiérrez, L. P. (2019). *Relación entre los estilos de estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de burnout, en el personal docente y auxiliar de educación que trabajan con estudiantes con discapacidad y multidiscapacidad severa del programa de escuelas especiales Caritas, Región Arequipa, 2018.* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10593/EDMpegulp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pérez Díaz, R. (2007). Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. *Geroinfo, 2*(1).

Phillips, A. C., Burns, V. E., Carroll, D., Ring, C., & Drayson, M. (2005). The association between life events, social support, and antibody status following thymus-dependent and thymus-independent vaccinations in

healthy young adults. *Brain, behavior, and immunity*, *19*(4), 325-333. doi: 10.1016/j.bbi.2004.10.004.

Pons, D. (1994). *Un estudio sobre la relación entre ansiedad y rendimiento en jugadores de golf* [Tesis doctoral sin publicar, Universitat de Valencia].

Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Revista Chilena de Pediatría, 79*(1), 86-91

Quintero, A., Yasnó, D. A., Riveros, O. L., Castillo, J., y Borráez, B. A. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía, 32*, 115-120. DOI:10.30944/20117582.15

Quinteros Tenesaca J. y Rodas Álvarez M., (2016) F*recuencia del síndrome de burnout en educadores de centros especiales. Cuenca, 2016.*

Remor, E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9,* 86-93. DOI:10.1017/S1138741600006004

Rod, N. H., Grønbaek, M., Schnohr, P., Prescott, E., & Kristensen, T. S. (2009). Perceived stress as a risk factor for changes in health behavior and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal of Internal Medicine, 266*, 467-475. doi: 10.1111/j.1365-2796.2009.02124.x

Rodríguez, L., Oramas, A., y Rodríguez, E. (2007). Estrés en docentes de educación básica: estudio de caso en Guanajuato, México. S*alud de los Trabajadores*, *15*(1), 5-16.

Rosales Fernández R. (2014) *Estrés y salud*. Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

San Martin de Porres (s.f.). Espacios Innovadores. https://www.porres.edu.ar/espacios-innovadores/

San Martín de Porres (s.f.). Misión. https://www.porres.edu.ar/ideario/

San Martin de Porres (s.f.). Pantallas y juegos interactivos. porres.edu.ar/pantallas-y-juegos-interactivos/

San Martín de Porres (s.f.). Sede Casanova. https://www.porres.edu.ar/sede-casanova/

San Martín de Porres (s.f.). Servicio de inclusión. https://www.porres.edu.ar/sede-palermo/servicio-de-inclusion-palermo/

Sandín B. (1999). *Estrés psicosocial*. Klinik.

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.): *Manual de psicopatología* (pp. 3–52). McGraw-Hill.

Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.): *Manual de psicopatologia* (pp.53-80). McGraw-Hill.

Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 932-946. https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.5.932

Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Cía. Gral. Fabril.

Selye, H. (1982). History and present of the status of the stress concept. En L. Golberger & S. Breznitz (Eds.): *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*. Free Press.

Sierra, Juan Carlos, Ortega, Virgilio, & Zubeidat, Ihab. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade, 3*(1), 10-59.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.): *Anxiety and Behavior* (pp. 3-22). Academic Press.

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. D. Spielberger (Ed.): *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). Academic Press.

Spielberger, C. D. (1989). *Anxiety in sports: An international perspective*. Hemisphere Publishing Corporation.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.

Stordeur, S., D'Hoore, W., & Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing, 35*(4), 533–542. doi: https://doi.org/10.1046/ j.1365-2648.2001.01885.x

Sun, X., Zhu, C., & So, S. H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry, 45*, 139-153. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.05.029.

Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I., y Dasso, M. (2007). Análisis de la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental, 24*(1-2), 109-119.

Téllez Lapeira, J. M., López-Torres Hidalgo, J., Boix Gras, C., Villena Ferrer, A., Párraga Martínez, I., y Morena Rayo, S. (2007). Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 2*(2), 76-83

Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(4), 416-423. https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.416

Tisiotti, P., Parquet, C., y Neudeck, V. (2007). Prevalencia y dimensiones del burnout en profesionales de una escuela diferencial de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, 172*, 4-7.

Torreblanca, O. (2019). El estrés. Las estrategias. *Revista ¿Cómo ves?*

Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillo, I., Arenas-Montaño, G., y Rodríguez-Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin Preeclamsia. *Enfermería Universitaria, 12*(3), 122-133. http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001

Vaillant, D. (2007). Mejorando la formación y el desarrollo profesional docente en Latinoamérica. *Revista Pensamiento Educativo*, *41*(2), 207-222. DOI: http://dx.doi.org/10.7764/PEL

Vila, J. (1984). Técnicas de reducción de ansiedad. En J. Mayor y F. J. Labrador (Eds.): *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229- 264). Alhambra.

Wadey, R. & Hanton, S. (2008). Basic psychological skills usage and competitive anxiety responses: perceived underlying mechanisms. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, *79*, 363-373. doi: 10.1080/02701367.2008.10599500.

Wood, C. M., Cano-Vindel, A., & Salguero, J. M. (en prensa). A diathesis-stress model of panic disorder in the general population: the mediator role of physiological anxiety and physical concerns. *Anxiety, Stress & Coping*.

Ylla Segura, L. (s.f.). Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. *ASMR Revista Internacional*.

7. ANEXOS

7.1. Instrumento para la recolección de datos

Tesis de grado “Estrés percibido y ansiedad en personal de una escuela especial”

Mi nombre es Gimena Pezzali, soy estudiante de 5º año de la carrera de psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Te invito a colaborar en mi tesis de grado, en la que se estudia el estrés percibido y la ansiedad en el personal de una escuela especial. Se te solicitará completar un protocolo digital, lo cual te demorará aproximadamente 10 minutos.

Tu participación es voluntaria. La información que brindes es anónima y tus datos no serán difundidos, se mantendrá la confidencialidad en todo momento.

Los resultados de la investigación serán empleados sólo para fines académicos. No se te brindará devolución alguna de los mismos y podés retirarte en cualquier momento del estudio. Ante cualquier duda podés contactarte conmigo a la siguiente dirección de e-mail: giimepezzali@hotmail.com

No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor no omitas ninguna pregunta y respondé todo el cuestionario. Muchas gracias por tu participación.

Acepto participar voluntariamente de la investigación:

1. Sí ☐
2. No ☐

E-mail: ……

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Marcá la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta *el último mes.*

Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia estuviste afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia te sentiste incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia te sentiste nervioso/a o estresado/a?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia estuviste seguro/a sobre tu capacidad para manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia sentiste que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia sentiste que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia pudiste controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
8. ¿Con que frecuencia sentiste que tenías todo bajo control?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia estuviste enfadado/a porque las cosas que te ocurrieron estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia sentiste que las	0	1	2	3	4

Durante el último mes:	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
dificultades se acumulan tanto que no podés superarlas?					

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

P.2. Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Leé cada frase y señalá cómo te sentís ahora mismo, o sea en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No utilices mucho tiempo para cada frase, pero tratá de dar la respuesta que mejor describa tus sentimientos ahora.

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado/a.	1	2	3	4
2. Me siento seguro/a.	1	2	3	4
3. Estoy tenso/a.	1	2	3	4
4. Me siento disgustado/a.	1	2	3	4
5. Me siento a “mis anchas”.	1	2	3	4
6. Me siento alterado/a.	1	2	3	4
7. En este momento estoy preocupado por algún posible problema.	1	2	3	4
8. Me siento satisfecho/a.	1	2	3	4
9. Me siento asustado/a.	1	2	3	4
10. Me siento cómodo/a.	1	2	3	4
11. Tengo confianza en mí mismo/a.	1	2	3	4

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
12. Me siento nervioso/a.	1	2	3	4
13. Me siento agitado/a.	1	2	3	4
14. Me siento indeciso/a.	1	2	3	4
16. Me siento a gusto.	1	2	3	4
17. Estoy preocupado/a.	1	2	3	4
18. Me siento aturdido/a.	1	2	3	4
19. Me siento equilibrado/a.	1	2	3	4
20. Me siento bien.	1	2	3	4

P.3. Abajo aparecen algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Leé cada frase y señalá cómo te sentís generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No utilices mucho tiempo para cada frase, pero tratá de dar la respuesta que mejor describa cómo te sentís generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Me siento bien.	1	2	3	4
22. Me siento nervioso/a.	1	2	3	4
23. Me siento “a gusto” conmigo mismo/a.	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.	1	2	3	4
25. Siento que fallo.	1	2	3	4
26. Me siento descansado/a.	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y calmada.	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan y no puedo superarlas.	1	2	3	4

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
30. Soy feliz.	1	2	3	4
31. Tengo malos pensamientos.	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo.	1	2	3	4
33. Me siento seguro/a.	1	2	3	4
34. Puedo decidirme rápidamente.	1	2	3	4
35. Me siento fuera de lugar.	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho/a.	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.	1	2	3	4
38. Los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza.	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.	1	2	3	4
40. Cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nervioso/a y tenso/a.	1	2	3	4

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

a. Edad: _____ años.

b. Género: ☐ 1. Femenino ☐ 2. Masculino ☐ 3. Otro: _____

c. Estado civil:

☐ 1. Soltero/a

☐ 2. Convive/Pareja de hecho

☐ 3. Casado/a

☐ 4. Separado/a

☐ 5. Divorciado/a

☐ 6. Viudo/a

d. Lugar de residencia:

1. Ciudad de Buenos Aires ☐ Indicar barrio_____

2. Gran Buenos Aires ☐ Indicar localidad_____

e. ¿Tenés hijos? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

e.1. Si respondiste <u>Sí</u>, indicá la cantidad de hijos: ___

f. ¿Tenés otro trabajo además de la escuela especial? 1. Sí ☐ 2. No ☐

f.1. Si respondiste Sí, indicá el tipo de trabajo:

☐ 1. En relación de dependencia

☐ 2. De manera independiente

☐ 3. Ambas

f.2. Cantidad de horas que trabajás semanalmente en la escuela: _____

f.3. Tiempo que trabaja en la institución

☐ 1. Menos de 1 año

☐ 2. Entre 1 y 3 años

☐ 3. Entre 3 y 5 años

☐ 4. Más de 5 años

g. ¿Puesto que ocupás en la escuela?

☐ 1. Auxiliar

☐ 2. Orientador

☐ 3. Docente

☐ 4. Coordinador

☐ 5. Gabinete

☐ 6. Dirección

☐ 7. Otro Especifique_____

h. ¿Trabajás por turnos? 1. Sí ☐ 2. No ☐

i. ¿Realizás horas extra? 1. Sí ☐ 2. No ☐

h. Remuneración mensual por tu trabajo:

☐ 1. Hasta $30.000

☐ 2. De $31.000 a $50.000

☐ 3. De $51.000 a $70.000

☐ 4. Más de $71.000

i. Nivel donde se desempeña:

☐ 1. Centro Educativo Terapéutico

☐ 2. Escuela de Educación Especial

☐ 3. Centro de transición a la vida adulta

☐ 4. Kinder

j. Tu sueldo, ¿Es sostén de familia? 1. Sí ☐ 2. No ☐

j.1 Si respondiste <u>Sí</u>:

☐ 1. Único sueldo (no comparte sostén con nadie)

☐ 2. Primer sueldo (comparte pero su sueldo es la mayor entrada)

☐ 3. Segundo sueldo (comparte pero su sueldo no es la mayor entrada)

☐ 4. Otro (Indique): _____

k. Nivel de educación:

☐ 1. Terciario incompleto

☐ 2. Terciario completo

☐ 3. Universitario incompleto

☐ 4. Universitario completo

☐ 5. Posgrado incompleto

☐ 6. Posgrado completo

k.1. En caso de que posea <u>estudios terciarios o universitarios completos</u> indique el título que te fue otorgado: _____

l. ¿Realizás alguna actividad asociada a tu bienestar? ☐ 1. Si ☐ 2. No

l.1. Si contestaste <u>Sí</u>, indicá cuál: _____

¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN!