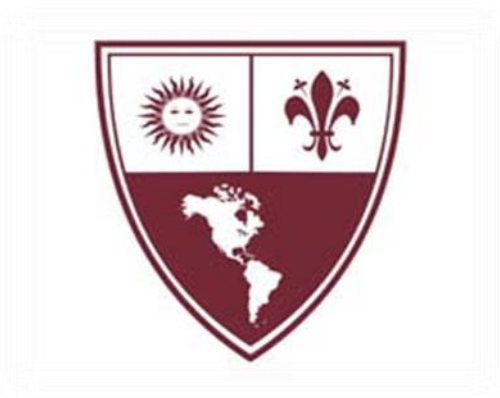




UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES
HUMANAS

TESIS DE GRADO

ESTRÉS POR PANDEMIA Y DEPRESIÓN EN DOCENTES Y
NO DOCENTES

TESISTA: Gabriel Picone

DIRECTORA: Lic. Carolina De Grandis

CO-DIRECTORA: Lic. Paula Caccia

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

Abril de 2021

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, Lic. Carolina De Grandis, y a mi co-directora, Lic. Paula Caccia, por su tiempo y por su dedicación profesional y apasionada.

A mi familia, por el apoyo incondicional durante los años de cursada.

A mis profesores de la Universidad Abierta Interamericana, de quienes no sólo adquirí conocimientos, sino también valores y excelencia profesional.

Por último, a mis compañeros, que me brindaron una excelente calidad humana y compromiso en esta maravillosa carrera.

Siempre estarán presentes.

Gracias.

RESUMEN

El objetivo del estudio es analizar la relación entre el estrés por pandemia y la depresión en docentes y no docentes de escuelas de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 138 personas, con una edad promedio de 39,50 años (DT= 10,826 años; Mediana= 40 años; Máx.= 66 años; Mín.= 19 años). El 73,9% de los sujetos son de género femenino y el 26,1% de género masculino. El 52,2% trabaja como docente. El 64% considera que la pandemia aumentó la cantidad de horas que trabaja, el 13,2% que disminuyó y el 22,8% no considera que las horas de trabajo hayan sido afectadas. Se administraron un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Depresión de Beck [BDI-II] (Beck et al., 2009; adaptación argentina: Brenlla y Rodríguez, 2009) y el Inventario SISCO del Estrés por Pandemia [ISEP] (Barraza Macías, 2020). Los resultados mostraron relaciones significativas y positivas entre la depresión y el estrés por pandemia. Aunque no se encontraron diferencias significativas según si trabaja como docente para la depresión y el estrés por pandemia, se hallaron relaciones y diferencias significativas con otras variables sociodemográficas.

Palabras clave: Estrés por pandemia, Depresión, Docentes, COVID-19.

ABSTRACT

The objective of the study is to analyze the relationship between pandemic stress and depression in school teachers and non teachers of the West Zone of the Greater Buenos Aires. The intention is to contrast the hypothesis that, the greater the depression, the greater the level of pandemic stress and vice versa, in teachers and non-teachers in the West Zone of the Greater Buenos Aires. It was taken a simple accidental non-probabilistic sample of 138 persons, with an average age of 39.50 years (SD = 10,826 years; Median = 40 years; Max. = 66 years; Min. = 19 years). 73.9% of the subjects are female and 26.1% male. 52.2% work as a teacher. 64% consider that the pandemic increased the number of hours they work, 13.2% that it decreased and 22.8% do not consider that working hours have been affected. They were administered a sociodemographic questionnaire, the Beck Depression Inventory [BDI-II] (Beck et al., 2009; Argentine adaptation: Brenlla & Rodríguez, 2009) and the SISCO Pandemic Stress Inventory [ISEP] (Barraza Macías, 2020). Although there were found no significant differences according to whether they work as a teacher for depression and pandemic stress, significant relationships and differences were found with other sociodemographic variables.

Keywords: Pandemic stress, Depression, Teachers, COVID-19.

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
INDICE GENERAL.....	4
ÍNDICE DE GRÁFICOS	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1. Introducción	10
1.2. Relevancia y justificación	12
1.2.1. Teórica.....	12
1.2.2. Práctica.....	13
1.2.3. Social.....	13
1.3. Objetivo general	13
1.4. Objetivos específicos	14
1.5. Hipótesis.....	14
2. ESTADO DEL ARTE.....	15
3. MARCO TEÓRICO.....	21
3.1. Estrés	21
3.2. Estrés por pandemia	27
3.3. La depresión y el modelo cognitivo	31
3.4. Los trastornos depresivos.....	35
3.5. La depresión en los docentes.....	40
3.6. La docencia en tiempos de pandemia.....	43

4. METODOLOGÍA	52
4.1. Diseño	52
4.2. Población.....	52
4.3. Muestra.....	53
4.4.1. Cuestionario sociodemográfico.....	54
4.4.2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	54
4.4.3. Inventario SISCO del Estrés por Pandemia (ISEP)	55
4.5. Procedimiento	55
5. RESULTADOS.....	57
5.1. Caracterización de la muestra	57
5.2. Caracterización de las variables	62
5.3. Análisis de la normalidad.....	63
5.4. Análisis de la relación entre variables.....	64
5.5. Análisis de las diferencias de grupo.....	68
6. DISCUSIÓN	74
7. REFERENCIAS.....	80
8. ANEXOS	97
8.1. Instrumento de recolección de datos	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Trabaja por turnos.....	57
Gráfico 2. Realiza horas extra.....	57
Gráfico 3. Trabaja como docente.....	58
Gráfico 4. Ámbito de trabajo.....	58
Gráfico 5. Tipo de relación laboral.....	59
Gráfico 6. Considera que el contexto de pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja.....	59
Gráfico 7. Nivel donde da clases.....	60
Gráfico 8. Sueldo sostén de familia.....	60
Gráfico 9. Tiene otro trabajo.....	61
Gráfico 10. Remuneración mensual.....	61
Gráfico 11. Pertenencia.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de las variables.....	62
Tabla 2. Normalidad de las variables a estudiar.....	63
Tabla 3. Correlación entre la dimensión cognitivo-afectiva y el estrés por pandemia.....	64
Tabla 4. Correlación entre la dimensión somática y el estrés por pandemia.....	65
Tabla 5. Correlación entre la Depresión global y el estrés por pandemia.....	65
Tabla 6. Correlación entre la Edad y la depresión.....	66
Tabla 7. Correlación entre la cantidad de hijos y las variables analizadas.....	66
Tabla 8. Correlación entre la cantidad de horas extra que realiza a la semana y las variables analizadas.....	67
Tabla 9. Correlación entre la remuneración mensual y las variables analizadas.....	67
Tabla 10. Correlación entre la antigüedad laboral y las variables analizadas.....	67
Tabla 11. Correlación entre el nivel de educación y las variables analizadas.....	68
Tabla 12. Diferencias de grupo según el género.....	69
Tabla 13. Diferencias de grupo según el estado civil.....	70
Tabla 14. Diferencias de grupo según si tiene hijos.....	70
Tabla 15. Diferencias de grupo según si realiza horas extra.....	71
Tabla 16. Diferencias de grupo según el ámbito de trabajo.....	71
Tabla 17. Diferencias de grupo según el nivel donde da clases.....	72
Tabla 18. Diferencias de grupo según si su sueldo es sostén de familia.....	72

Tabla 19. Diferencias de grupo según si realiza alguna actividad asociada con el bienestar.....	73
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama del American Institute of Stress.....	24
Figura 2. Síndrome General de Adaptación (S.A.G.).....	27
Figura 3. Modelo Cognitivo Beck (1967).....	33
Figura 4. Criterios diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor.....	38

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Introducción

El estrés fue una cuestión de interés y preocupación científica, ya que sus efectos afectan la salud física y mental, y el rendimiento laboral y académico. Genera intranquilidad y angustia, así como trastornos y desórdenes. La cuestión reside en los requisitos de la Modernidad, la cual pretende obtener resultados más allá de lo que puede generarse en la calidad de vida, y en la salud física y mental (Martínez y Díaz, 2007).

McEwen (2000) definió el estrés como una amenaza real o imaginaria a la integridad física o psicológica, lo que lleva a una respuesta funcional y/o comportamental.

Por otra parte, la depresión es una alteración del estado de ánimo de forma patológica, con una disminución del humor, lo que provoca tristeza, síntomas y signos vegetativos, afectivos, del pensamiento, conductuales y de los ritmos vitales, los cuales duran como mínimo dos semanas. Usualmente se expresa en el transcurso de la vida, surgiendo episodios y logrando un curso recurrente, habiendo una recuperación entre los mismos (Ministerio de Salud, 2006).

La depresión fomenta de forma significativa a la carga ocasionada por la enfermedad (Murray & López, 1996), siendo una de las razones que más provocan discapacidad. Se considera que repercute en 350 millones de individuos a nivel mundial, prevaleciendo entre el 3.3 y el 21.4% (Kessler et al., 2007). Se inicia en edades tempranas y disminuye significativamente el funcionamiento individual, es recurrente y genera costos económicos y sociales. Por ende, la depresión se haya en los primeros sitios en cuanto a las enfermedades discapacitantes, por lo que es un objetivo importante de atención a nivel mundial.

Actualmente, es consecuencia de la relación entre factores biológicos,

hereditarios y contextuales, los cuales entran en interacción con los atributos individuales. Por otro lado, su estudio necesita de diversas aproximaciones, siendo significativo analizar los avances de las neurociencias y la genética, las cuales brindaron sustento para reparar la separación mente-cuerpo. Esta supuso una barrera para reconocer la relación entre el cerebro, el pensamiento, los afectos y el comportamiento (Berenzon et al., 2013).

Por otro lado, la rapidez de propagación del COVID-19 generó consecuencias sin precedentes en la población de todos los países. Según el Director General de la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020a), se estaba extendiendo a todo el mundo, declarándose la pandemia. Esto generó que los gobiernos empleen medidas sanitarias de emergencia, el confinamiento y el aislamiento social para prevenir la propagación del virus.

Debido a la situación de pandemia, según el Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires [Suteba] (2020), desde el inicio del ASPO, los maestros tuvieron que reconfigurar un conocimiento pedagógico desde el espacio físico en la escuela hasta al espacio físico en el hogar. Se pasó del aula presencial a la virtual, en una transición que fue abrupta.

En las siguientes páginas, se describirá el estrés, sus características principales, así como el concepto de estrés por pandemia surgido a raíz de esta última. Luego, se analizarán las causas del estrés y los fenómenos intervinientes desde el paradigma del procesamiento de la información. No se debe dejar de lado la situación de pandemia de COVID-19, la cual generó transformaciones en la vida de las personas a raíz del confinamiento, así como en la manera de impartir clases, las cuales pasaron de ser presenciales a virtuales.

El objetivo del estudio es analizar la relación entre el estrés por pandemia y la depresión en docentes de escuelas de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. Para

cumplir con esto, se pretende contrastar las hipótesis de que el mayor nivel de depresión se relaciona con una mayor presencia de estrés por pandemia en los docentes de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

Debido al pronóstico de incremento del estrés, la ansiedad y la depresión debido al confinamiento (Brooks et al., 2020), este estudio se plantea una pregunta de investigación que intentará responder: ¿existen relaciones significativas entre el estrés por pandemia y la depresión en docentes de escuelas de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires?

1.2. Relevancia y justificación

1.2.1. Teórica

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad aportar datos que ayuden a conocer la asociación entre la depresión y el estrés ocasionado por la pandemia de COVID-19 en los docentes, abarcando variables que atañen al contexto educativo. A estas se suman la situación de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio, y la virtualidad de las clases. Esto generó nuevos fenómenos educativos que son interesantes para indagar.

Se pronostica que el estrés, la ansiedad y la depresión aumentarán con el confinamiento (Brooks et al., 2020), debido a que este genera problemas psicológicos como los ya mencionados (Cava et al., 2005). Además, los sujetos con enfermedades crónicas serían quienes presenten más síntomas psicológicos (Applegate & Ouslander, 2020). Esto se debe a que el COVID-19 se manifiesta en quienes padecen enfermedades preexistentes (Dong et al., 2020).

1.2.2. Práctica

Para hacer frente a esta cuestión, se espera que tanto directivos como docentes puedan llegar a consensuar prácticas que generen menos estrés, en un trabajo que se conoce de antemano como una profesión asistencial, por lo cual puede provocar sobrecarga laboral, entre otras consecuencias. La mejora del trabajo de los docentes se notaría en los efectos sobre ellos, más específicamente en las variables laborales, como el ausentismo y las licencias que toman los maestros, así como en la rotación entre los distintos establecimientos. También se deben tener en cuenta los efectos sobre la calidad educativa, considerando que se pasó del aula presencial a la virtual de forma abrupta por la pandemia (Suteba, 2020), lo que generó modificaciones en las rutinas y la hora de las clases (Gotardo, 2020).

1.2.3. Social

En adición, también se debe considerar que el Estado es garante de la educación como derecho, aunque también debe velar por los intereses de los docentes que trabajan en las escuelas. Esto evidencia que la preservación de la salud mental es fundamental, como el impacto sobre la calidad educativa. Por lo tanto, es fundamental la detección y erradicación, o en su efecto, la disminución de los estresores laborales para evitar la depresión en los docentes. Es vital la presencia del Estado para garantizar la continuidad pedagógica y para avanzar en un piso tecnológico, de conectividad y de formación (Suteba, 2020).

1.3. Objetivo general

- Analizar la relación entre el estrés por pandemia y la depresión en docentes y no docentes de escuelas de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

1.4. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la muestra. Entre las mismas, se pretende conocer el sexo, la edad, el estado civil, si es docente, la antigüedad laboral, entre otras.
- Describir el nivel de estrés por pandemia en los docentes y en los no docentes.
- Determinar el nivel de depresión que prevalece en ambos grupos.
- Asociar la depresión con el estrés por pandemia existente en los docentes y los no docentes de la zona oeste del Gran Buenos Aires.
- Comparar los niveles de depresión y estrés por pandemia según si es personal docente o no.

1.5. Hipótesis

H1: A mayor depresión, habría mayor nivel de estrés por pandemia y viceversa, en los docentes y no docentes de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.

H2: Los docentes mostrarán mayor nivel de depresión que el personal no docente.

H3: Los docentes evidenciarán un nivel de estrés por pandemia mayor que los no docentes.

2. ESTADO DEL ARTE

Luego de realizarse una búsqueda de literatura sobre el estrés por pandemia y la depresión, se encontraron estudios en población general y, principalmente, en personal de la salud. A continuación, se describen algunos estudios surgidos durante la pandemia:

Mendes Rodrigues et al. (2020) efectuaron un estudio que pretendía analizar la existencia de estrés y depresión en docentes de una escuela. El estudio fue analítico, empleándose una muestra de 163 maestros a quienes se les administró la Escala de estrés percibido-EEP y el Inventario de depresión de Beck-IDB. Los resultados mostraron que había niveles bajos de estrés en el 67% de los hombres y en el 63% de las mujeres, mientras que el 79,8% de las mujeres y el 64,8% de los hombres mostraron un nivel bajo de depresión. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de estrés y depresión según el género, habiendo relaciones directas entre las variables. Se concluyó que los maestros con niveles bajos de estrés y depresión deben recibir atención proveniente de los establecimientos educativos.

Otro estudio es el de Sieglin y Ramos Tovar (2007), quienes indicaron que, aunque la Organización Mundial de la Salud señaló el aumento de trastornos mentales en los trabajadores, el deterioro de la salud mental no fue asociado al entorno sociolaboral. Realizaron un artículo en los que describieron los trastornos de depresión y ansiedad en docentes primarios y secundarios de escuelas públicas mexicanas, y su vínculo con las características escolares. Se tomó una muestra de 171 docentes a quienes se les administró un cuestionario conformado por preguntas del *Geneva Appraisal Questionnaire*, algunos enunciados sobre la satisfacción laboral y síntomas psicósomáticos, y datos sociodemográficos. Los resultados mostraron que un tercio de los profesores con sintomatología relacionada con la depresión padecían alguna cuestión

de salud colectiva.

En suma, se puede mencionar el artículo de Godoy y Campoverde (2016), quienes analizaron la afectividad de los docentes en el salón de clase en Argentina, Colombia y Ecuador. Efectuaron una revisión bibliográfica para contribuir a la definición conceptual de la cuestión, con una visión latinoamericana. En los últimos años, educadores y psicólogos señalaron la importancia de la afectividad como un elemento fundamental en el proceso enseñanza-aprendizaje y para las relaciones entre maestros y alumnos. Asimismo, se tienen en cuenta criterios asociados a la afectividad como la motivación y la inteligencia interpersonal, para promover el autoconcepto en los alumnos y vencer la baja autoestima, la culpa y el autoritarismo.

Además, Ozamiz-Etxebarria et al. (2020) indicó que el virus SARS-CoV-2 llegó a España, declarándose el confinamiento de la población. En su trabajo, estudiaron los niveles de estrés, ansiedad y depresión y la sintomatología psicológica considerando la edad y el confinamiento de la población, en la Comunidad Autónoma Vasca. Se utilizó una muestra de 976 sujetos, a quienes se les administró la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés [DASS]. Los resultados mostraron que, a pesar de que los niveles de sintomatología fueron reducidos al inicio, los más joven y quienes padecían enfermedades crónicas tuvieron una sintomatología mayor. Asimismo, se incrementó la sintomatología desde que comenzó el confinamiento. Se pronosticó que la sintomatología se incrementaría con el transcurso del confinamiento. Por último, se señalaron intervenciones psicológicas para prevenir y tratar las consecuencias psicológicas de la pandemia.

En adición, en su estudio, Lozano-Vargas (2020) planteó que el personal de salud puede padecer problemas en la salud mental, como estrés, ansiedad, depresión, negación, ira, miedo e insomnio. En China, se encontró que la ansiedad en los trabajadores de la salud fue del 23,04%, siendo mayor en las mujeres y en las

enfermeras por sobre los médicos. Además, en población general de dicho país, hubo un 53,8% de impacto psicológico entre medio y severo y un 16,5% de síntomas depresivos. En cuanto que los síntomas ansiosos, prevalecieron en el 28,8% de los casos y el estrés en el 8,1% de los sujetos, entre moderados y severos.

El elevado impacto psicológico, el estrés, la ansiedad y la depresión se dio en mujeres, estudiantes, con síntomas físicos y una pobre percepción de la salud. La pandemia generó al desafío de velar por la salud mental de los trabajadores de la salud y de la población general. Para ello, la implementación de instrumentos breves de detección de patologías mentales sería útil para los desafíos de salud pública (Lozano-Vargas, 2020).

Monterrosa-Castro et al. (2020) efectuaron una investigación con el objetivo de analizar la existencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y temor al COVID-19 en médicos. El estudio fue transversal, analizando a 531 médicos colombianos que debieron realizar cuarentena obligatoria en marzo del 2020. Ellos debieron completar un formulario virtual con preguntas sobre COVID-19, así como la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y el FCV-19S (Fear of COVID-19).

Participaron 531 médicos con 30 años de edad media. Un tercio mostró estrés laboral leve, mientras que un 6% tenía estrés alto o severo. Se hallaron síntomas de ansiedad, mientras que el 37,1% mostró síntomas de miedo al COVID-19. De esta manera, se puede pensar que los factores psicosociales y psicosomáticos relacionados con el miedo son compartidos por la ansiedad y el estrés laboral. Se concluyó que el 70% de los sujetos mostró síntomas de ansiedad o estrés laboral, y el 40% evidenció síntomas de FCV-19S (Monterrosa-Castro et al., 2020).

En la misma línea, Muñoz-Fernández et al. (2020) también señaló que el coronavirus SARS-Cov-2 repercutía en el personal de la salud con las consecuencias emocionales que ocasionaba el enfrentarse a escenarios estresantes que desafiaban la

regulación emocional y la capacidad de adaptación de la salud mental óptimo. El objetivo fue describir las respuestas afectivas por el COVID-19, los elementos protectores y los factores de riesgo, la patología psiquiátrica y las diferentes intervenciones para apoyar las distintas respuestas. Se concluyó que, para los trabajadores de la salud, la pandemia de COVID-19 suponía un riesgo para la salud mental, necesitando de la valoración y la atención adecuada.

Además, Pedraz-Petrozzi et al. (2020) efectuaron la validación del Índice de Distrés Peri-Traumático asociado al COVID-19 para su utilización en Perú. El mismo fue traducido al castellano y adaptado por expertos. Luego, con 13 expertos, se analizó la validez de contenido y fiabilidad. De los 24 ítems, el ítem 7 mostró valores que no eran significativos para la validez de contenido. Los valores de fiabilidad tanto de la escala original como modificada se mantuvieron invariables. Se concluyó que el CPDI en castellano tenía validez de contenido y fiabilidad. Por último, la modificación realizada en la escala no transformó sus atributos por lo que se recomendó emplear la versión modificada para obtener una mejor valoración.

Ramírez-Ortiz et al. (2020) escribieron un artículo de reflexión con el objetivo de evidenciar las consecuencias en la salud mental como resultado del aislamiento social causado por la pandemia del COVID-19. La misma fue una emergencia internacional, con consecuencias sin precursores en el corriente siglo, generando un desafío para la salud mental. En epidemias previas, hubo muchas consecuencias psicosociales personales y comunitario durante los brotes. Las alteraciones psicológicas oscilaban entre síntomas aislados hasta trastornos que generaban un deterioro de la funcionalidad, como ansiedad, depresión y estrés postraumático. Por ende, las instituciones de salud mental debían desplegar estrategias para responder y brindar apoyo al personal de salud y a los afectados, para disminuir el impacto psicológico y los síntomas psiquiátricos.

Asimismo, Huarcaya-Victoria (2020) planteó que, aunque los datos científicos sobre el COVID-19 aumentan, se enfocaban en los elementos genéticos y epidemiológicos, así como en la salud pública, no considerando las consecuencias en la salud mental. Para resumir los datos, se efectuó una revisión narrativa de las consecuencias de la pandemia en la salud mental. Se reportó la existencia de ansiedad, depresión y estrés en población general. En adición, en el personal de salud se hallaron patologías de salud mental, sobre todo en mujeres, en enfermeras y en quienes tienen contacto directo con casos sospechosos o demostrados de COVID-19. Dentro de los esfuerzos para reducir la propagación del coronavirus, se debía atender el diagnóstico y el tratamiento de las dificultades en la salud mental. Esto empoderaría la contención y la eliminación del COVID-19.

En suma, Hernández Rodríguez (2020) planteó que la pandemia de COVID-19 provocó una crisis sin antecedentes, en las que los sujetos sentían que no tenían control. El objetivo del estudio fue describir las consecuencias del COVID-19 sobre la salud mental. Para ello, se efectuó una búsqueda bibliográfica sobre la cuestión, en distintos buscadores científicos: Pubmed y Google Académico. Se emplearon términos como salud mental, ansiedad, depresión, COVID-19, SARS-CoV-2, 2019nCoV.

Se analizaron artículos de revisión, de investigación y sitios web publicados en tanto en español, como en portugués e inglés. Se utilizaron 46 artículos, de los cuales, 25 fueron citados. Se concluyó que el COVID-19 afectaba en la salud mental de la población general, principalmente en los grupos vulnerables. La incertidumbre que esta enfermedad provocaba, más las consecuencias del aislamiento, el distanciamiento social y la cuarentena, empeoraron la salud mental, lo que también repercutió en el personal de la salud (Hernández Rodríguez, 2020).

Además, Dosil Santamaría et al. (2020) realizaron un estudio con el objetivo de analizar los factores que repercutían en la salud mental de los profesionales sanitarios

españoles. Se utilizó una muestra de 421 profesionales, quienes completaron un cuestionario *online*: el DASS-21 para medir la ansiedad, el estrés y la depresión, y la EAI para analizar las dificultades en conciliar el sueño. En adición, se describieron otras variables de la muestra que se asociarían a la sintomatología psicológica.

Los resultados mostraron que la pandemia de COVID-19 provocó síntomas de estrés, ansiedad, depresión y hasta insomnio, sobre todo en mujeres y en los sujetos de más edad. El estar en contacto con el virus o el temor en el trabajo provocaron más sintomatología. Se concluyó que, en este escenario, los profesionales se ubicaban en primera línea, exponiéndose a ciertos riesgos y estresores. Esto hizo que padezcan sintomatología psicológica. Se recomendó brindar asistencia psicológica para disminuir el impacto afectivo del COVID-19 y asegurar su salud mental y el cuidado que brindan (Dosil Santamaría et al., 2020).

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Estrés

Todos deben aprender a evitar y controlar el estrés, sino puede hacer peligrar la salud, por lo que se ponen en marcha conductas para evitarlo y afrontarlo, lo que llevaría a tener un estilo de vida más satisfactorio. Oblitas (2004) plantea que existen distintas visiones teóricas sobre el estrés. Las perspectivas fisiológicas y bioquímicas se enfocan en las respuestas orgánicas ante un suceso considerado amenazante.

Por otro lado, la visión psicosocial hace hincapié en elementos externos, como estímulos y sucesos causantes de estrés. Además, las perspectivas cognitivas afirman que el estrés se origina de la evaluación cognoscitiva del sujeto, considerando los elementos internos y los situacionales. Asimismo, las perspectivas integradoras plantean que el estrés debe ser considerado desde una visión más extensa, convergiendo e interactuando con distintas variables (Naranjo Pereira, 2009).

El estrés es una respuesta subjetiva hacia lo que sucede (Arellano, 2002), es el estado mental de tensión o excitación. Aunque Melgosa (1995) plantea que los cambios generados por el estrés hacen que se pueda comprender como respuestas fisiológicas y psicológicas que padece el organismo al ser sometido a distintas demandas. En relación a la tradición psicosocial del estrés, se hace hincapié en las respuestas psicológicas y en el comportamiento de los sujetos frente a los escenarios estresantes que deben enfrentar. Siguiendo esta teoría psicosocial, el sujeto se esfuerza para afrontar cognitivamente y conductualmente las demandas internas y externas de los sucesos estresantes.

Selye (1936) es considerado el pionero en estudiar la fisiología del estrés, generando aportes significativos. El estrés es una respuesta no específica, va más allá de los factores que la generaron, esta respuesta de estrés cuenta con una naturaleza

procedimental, alarma-resistencia-agotamiento. Además, el estrés crónico y la falta de mecanismos para paliar esta vivencia aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad.

Las primeras definiciones plantearon que el estrés era una respuesta biológica adaptativa del organismo, lo que generaba una activación de los recursos para responder a las amenazas del entorno. El estrés es considerado un estímulo externo que genera un resultado sobre el sujeto, el cual podrá ser o no estresante según la respuesta que genere (Zorrilla Hidalgo, 2017).

Hay diferentes elementos involucrados en el estrés, los cuales llevaron a las definiciones de un estado emocional negativo que provoca emociones negativas como enojo, ansiedad, depresión, tensión, frustración y nervios (Kyriacou, 1990), y respuestas fisiológicos y químicas. El estrés sería un proceso que involucra la percepción de desequilibrio entre las demandas del entorno y la respuesta que podría dar la persona (Martens, 1982).

Otros autores definen el estrés en base a las demandas y presiones laborales (Blase, 1986), o como un proceso de respuestas físicas, psicológicas, conductuales y afectivas que son generadas para responder a presiones que sobrepasan las estrategias de afrontamiento (Dunham, 1990).

Un estresor es un elemento que genera estrés en un sujeto, a pesar de que es una noción más compleja: al tener en cuenta la percepción del individuo en la vivencia del estrés, junto a los estresores más universales, se consideran los estresores subjetivos, la intensidad y las consecuencias que dependerán de los atributos del mismo, y de las estrategias de afrontamiento implementada. La noción de estrés puede ser vivenciada como un fenómeno del entorno, se lo puede observar como una respuesta de la persona. Además, se puede tener en cuenta que el estrés es un proceso donde existe una transacción entre la persona y el contexto. En este proceso, la persona percibe

amenazas, las cuales generarían respuestas físicas y/o psicológicas, lo que deteriora la salud psicoemocional (Zorrilla Hidalgo, 2017).

Según Folkman y Lazarus (1986), distintos sucesos vitales causan estrés, los que ocasionan un desequilibrio afectivo. El estrés aparece cuando el sujeto identifica un hecho como amenazante, mientras que su magnitud sobrepasa sus recursos de afrontamiento, lo que afecta su bienestar. Así, se efectúa una valoración cognitiva del hecho y del afrontamiento. En el primero, se analiza si el hecho puede afectar o beneficiar al individuo, y cómo afecta su autoestima. En el último, percibe lo que puede realizar para enfrentarlo y para evitar un daño o mejorar sus representaciones.

Para explicar el estrés, existen diversas teorías. Las “teorías basadas en la repuesta” consideran que el estrés se divide en eustrés y distrés. El primero es la respuesta positiva para adaptarse al escenario amenazante, mientras que el segundo es la transformación que llevará al fracaso, lo cual se expresa con sentimientos negativos (Guerrero, 1996). En este enfoque, la importancia de las nociones de estresor genera la reacción, la respuesta y el considerar al estrés como motivador o como demanda.

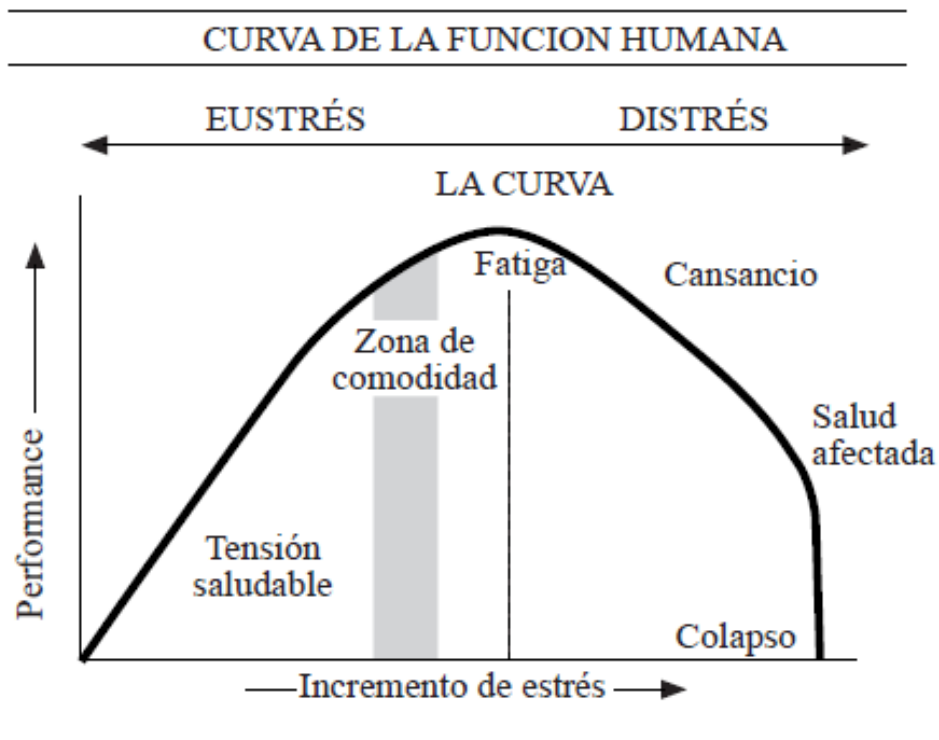
El eustrés es la respuesta armónica que sigue con los parámetros del sujeto, la energía de la respuesta frente a los estresores se consume de forma biológica y física. Por otro lado, el distrés es la respuesta negativa a los estresores biológicos, físicos o psicológicos, y no se consume el exceso de energía (Flores Canales, 2007).

Este último es el estrés, se debe combatir o prevenirse, ya que se relaciona a esfuerzos corporales, intelectuales o psíquicos extendidos en el tiempo, frustraciones y tensión insalvable (Paolasso, 1998).

De esta forma, los prefijos eu- y dis- hacen mención a las complicaciones, por lo que el estrés debe contar con un prefijo calificativo: el distrés al hacer mención a las consecuencias de la activación psicofisiológica, mientras que el eustrés alude a la activación para finalizar una situación compleja (Gutiérrez García, 2005).

Figura 1

Diagrama del American Institute of Stress



Adaptado de: Nixon, P:Practitioner, 1979

Además, se encuentra la “teoría basada en el estímulo” (Everly, 1978), que considera los estresores como psicosociales y biológicos. Los primeros corresponden a estímulos externos y radicarán en la interpretación cognitiva del individuo para que aparezca el estrés. Por otro lado, los estresores biológicos generan transformaciones bioquímicas en el organismo. Los primeros corresponden a estimulantes de consumo y elementos ambientales.

Por último, se encuentran las teorías “interaccionales o transaccionales”, las cuales consideran los estresores como demandas internas o externas que repercuten en el bienestar físico o psicológico (Lazarus & Cohen, 1977). Además, integran el concepto de estrés al “modelo de estrés y afrontamiento”. Un sujeto considerará si un hecho es una amenaza, si es positivo o negativo y controlable o no. Luego, una valoración posterior considerará lo que se puede efectuar para afrontarlo, las vivencias con las que se cuentan y si se llevará a cabo una estrategia elaborada.

A nivel mundial, el estrés es una de las razones que provoca ausentismo, ausencia de compromiso, insatisfacción laboral, depresión y ansiedad (García-Rivera et al., 2014; Reyes y Aguilar, 2015). Diversos autores (Castro Velandrez, 2008; González González, 2018; Zuñiga-Jara y Pizarro-León, 2018) plantean que el docente tiene una gran cantidad de estudiantes, además de la indisciplina, el no encontrarse interesados en aprender, la falta de apoyo parental, el abuso de poder de los directivos y la redacción de informes les provoca estrés, el cual puede afectar su desempeño.

Según González González (2018), el estrés que podría vivenciar el maestro se asocia a factores psicosociales, como la infraestructura, el equipo, los espacios y la tecnología. Todo esto repercute en su salud emocional, ya que no se encuentran diseñados o no fueron capacitados para emplear estos elementos. Asimismo, la docencia exige mucho, deben encontrarse en contacto con sujetos con distintas costumbres y cultura, debiendo adaptarse constante a estos escenarios cambiantes lo que les provoca estrés (Perez, 2018).

En síntesis, desde que Selye (1956) comenzó a estudiar el estrés, se dieron distintas definiciones de estrés, las cuales se podrían agrupar en tres grupos (Calvete y Villa, 1997; Fisher, 1986): como estímulo, como respuesta y el enfoque interactivo. El primero considera al estrés como un suceso ambiental, tratando de identificar las fuentes de presión que repercuten en los sujetos. Las respuestas fisiológicas, cognitivas y comportamentales serían las respuestas a la consecuencia del estrés (Dohrenwend & Dohrenwend, 1978, Dohrenwend et al., 1981; Holmes & Rahe, 1967). Estas explicaciones se enfocarían en la generación de listados de hechos estresantes y en analizar su incidencia en la salud física y psicológica.

Mientras que el segundo enfoque, fue iniciado por Selye (1956) al plantear el Síndrome General de Adaptación. Plantea los indicios de tensión y las respuestas

psicofisiológicas y comportamentales que delimitarían el estrés. De esta manera, sería la respuesta al afrontamiento de sucesos que requerían alguna clase de ajuste.

Los aportes de Selye al Síndrome General de Adaptación proceden de investigaciones de los años treinta con ratas. Luego de exponerlas a estímulos aversivos, concluye que aparecían modificaciones psicológicas, las cuales denominó como S.A.G. a estas respuestas, a pesar de que esta noción es respondida por otros autores (Folkman & Lázarus, 1980; Mason, 1968).

Como correlato de este síndrome, Selye (1974) caracteriza al estrés como la respuesta del organismo a una demanda. Sin embargo, Mason (1968) se enfoca en los estímulos estresores, indicando que la actividad emocional sería el primer mediador, y el agente que media sería el responsable de la actividad endocrina de la respuesta biológica. Plantea la Teoría Neuroendocrina del estrés descartando lo inespecífico de la respuesta al estrés, señalando que existe una respuesta determinada a distintas fuentes de estrés. Esto provoca el surgimiento de estudios sobre el estrés sustentados en el estresor.

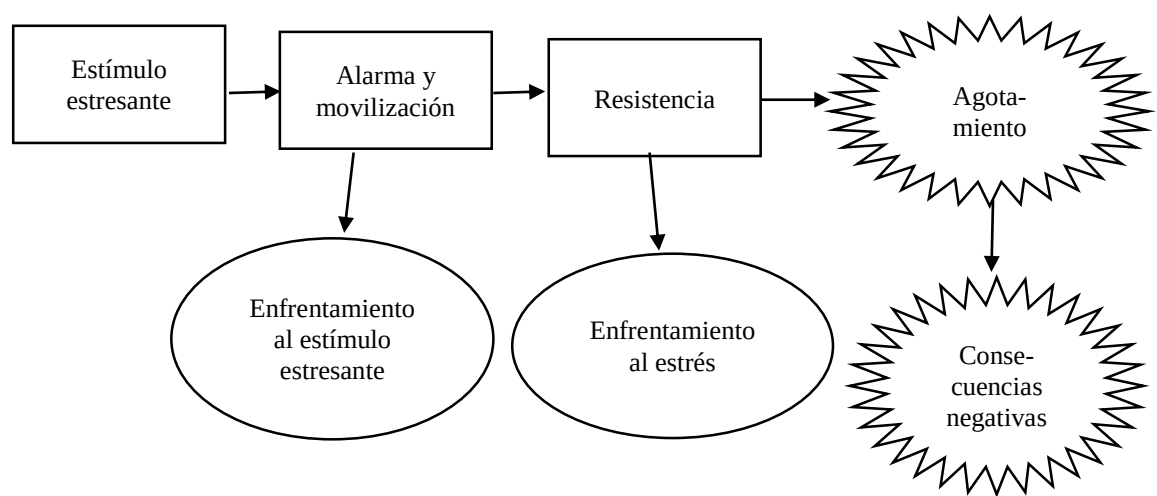
Al respecto, Ocaña Méndez (1998) plantea que el Síndrome General de Adaptación de Selye hace que las personas generen las mismas respuestas fisiológicas frente al estrés, más allá del estímulo que la provoca. Sería una consecuencia al estrés crónico, por lo que el organismo debe restablecer el equilibrio (Gómez González y Escobar, 2002).

El síndrome posee tres etapas: la Fase de alarma, en la que el organismo percibe el estresor, por lo que activa el sistema nervioso simpático, la corteza y las glándulas suprarrenales, las cuales segregan glucocorticoides y adrenalina, respectivamente. De esta forma, se hace frente con los recursos requeridos. Luego se encuentra la fase de resistencia o adaptación, en la que para enfrentar al estresor, se emplean los recursos energéticos y los sistemas y órganos para subsistir. El sistema inmunológico aumenta su

actividad. Por último, se encuentra la fase de desgaste, en la que hay una imposibilidad del organismo de enfrentar al agente estresor por el gran desgaste energético. Por ende, si el estresor sigue activo, aparecen distintas patologías e incluso la muerte. Tanto los sucesos positivos como negativos pueden ocasionar tensión emocional y estrés. Todo evento que genera una adaptación puede provocarlo (Ocaña Méndez, 1998).

Figura 2

Síndrome General de Adaptación (S.A.G.)



3.2. Estrés por pandemia

Actualmente, los sujetos se encuentran en distintos entornos organizacionales que le demandan efectuar diferentes actividades de acuerdo con el papel que tienen en la organización. Esas demandas pueden provocar estrés, debiendo ser primero interpretadas por los sujetos. Hay una valoración cognitiva, el sujeto analiza la demanda del ambiente organizacional en base a sus capacidades para poder o no realizarlo adecuadamente, y si el sujeto considera que no posee recursos para efectuarlo correctamente se genera estrés por la demanda, es decir, se transforma en un estresor (Lazarus, 2000)

La relación entre los estresores y la valoración cognitiva de las demandas que padece el sujeto lleva a que el escenario sea central en el estrés, generándose estrés

académico, laboral, familiar, por aculturación, quirúrgico, docente, por criar hijos con discapacidad, entre otros. El catalogar al estrés como de alguna clase depende del escenario en el que se encuentra el sujeto y le provoca demandas o exigencias (Barraza Macías, 2020).

Los estudios analizaron principalmente el estrés académico (Vega et al., 2019) y laboral (Martínez et al., 2019). Aunque en momentos en que la sociedad se encuentra vivenciando una pandemia que ocasionó distanciamiento social y la interrupción de actividades no esenciales, el sujeto padece demandas que pueden transformarse en estresores, lo que generaría estrés, por lo que se podría llamar estrés de pandemia.

Los sujetos que pueden padecer más estrés en una crisis son los adultos mayores y quienes tienen enfermedades crónicas; niños y adolescentes; sujetos involucrados en ayudar, como médicos y demás agentes de atención; e individuos con problemas mentales, inclusive consumo de sustancias (Centro de Control y Prevención de Enfermedades, 2020).

Existen elementos desencadenantes de estrés causados por el COVID-19, como el riesgo de encontrarse infectado e infectar a los demás; los síntomas de otras dolencias pueden confundirse con el coronavirus; los cuidadores pueden preocuparse con que sus hijos se encuentren solos; y el deterioro de la salud de los sujetos vulnerables (Comité Permanente entre Organismos, 2020).

Asimismo, los trabajadores de la salud pueden vivenciar otros factores de estrés, como la estigmatización por encontrarse en contacto con pacientes con COVID-19 y contagiar a las personas cercanas; medidas de bioseguridad; mayor demanda laboral; menor apoyo social por los horarios laborales; y poca energía para la autoasistencia básica (Comité Permanente entre Organismos, 2020).

A esto, los países pretendieron controlar la epidemia con la cuarentena, lo que genera otras complicaciones de salud. Luego de 3 días, se evidenciaron efectos

psicológicos negativos: desconcierto, enojo, extenuación, desapego, ansiedad, menor desempeño y problemas para trabajar, incluso estrés postraumático y depresión. Muchos síntomas se vinculan al miedo a la infección, la frustración, el cansancio, la falta de datos, las pérdidas económicas y el estigma (Comité Permanente entre Organismos, 2020; MEDSCAPE, 2020).

El distanciamiento social y las medidas de seguridad recomendadas por los gobiernos obligan a los sujetos a comportarse de cierta manera, distinto a lo que sucedía cotidianamente. Estas demandas y las que se originan de la relación cotidiana con las personas próximas y con las demás de manera virtual, generan ciertas demandas que pueden transformarse en estresores y causan el proceso de estrés, además del riesgo de contagio (Barraza Macías, 2020).

Frente a este escenario, el estrés de pandemia es un estado psicológico generado por un proceso de adaptación en el que el sujeto considera las demandas del ambiente ocasionadas por la pandemia como no manejables por sus recursos, para que sean tratadas efectivamente. Esto provoca el surgimiento de síntomas o respuestas que muestran el desequilibrio ocasionado por el estrés, frente a lo que el sujeto pretende desarrollar conductas habilitadas en la pandemia, para reducir o manejar el estrés (Barraza Macías, 2020).

Hasta mayo de 2020, una búsqueda en *COVID-19 Research Explorer* mostraba solo nueve estudios en *preprint* que analizaban el estrés, aunque ninguno analizaba el estrés psicológico, otros lo hacían de forma celular (Vihervaara, et al. 2020) y otros de forma fisiológica (Theoharides, 2020). Además de este buscador especializado, al realizarse otra búsqueda para identificar estudios enfocados en pacientes con COVID 19 evidenciaban síntomas de estrés postraumático relacionados con esta enfermedad (Bo et al. 2020). Además, pueden padecer ansiedad, depresión, soledad, ira, insomnio, además del estrés postraumático (Xiang et al., 2020).

En adición, analizando población general, otros estudios analizaron el estrés de los titulares, concluyendo que las personas consideraban que las noticias no oficiales sobre COVID-19 eran menos fiables, pretendiendo que el gobierno cubra las noticias no oficiales y publicara satos sobre COVID-19 (Dong & Zheng, 2020).

En cuanto al estrés psicológico, existe más sintomatología por el confinamiento, encontrándose que la población más joven y con enfermedades crónicas era quién más la presentaba (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). En esta clase de estrés, se encontraron investigaciones instrumentales reportándose la validación del Índice de Distrés Peritraumático relacionado a COVID-19 (CPDI) en Perú (Pedraz-Petrozzi et al., 2020).

Según el Boston Public Health Commission (2020), el brote de COVID-19 puede generar estrés. El miedo y la ansiedad por una enfermedad pueden desbordar y generar emociones fuertes. Estar saludable y ayudar a que la familia y los amigos lo estén ayuda a controlar el estrés, así como auxiliar a los demás fortalece la comunidad. Las consecuencias del estrés generados por una enfermedad infecciosa son miedo y preocupación por la salud, tanto propia como de los demás; modificaciones en el horario para dormir y comer; problemas para dormir o concentrarse y cuestiones de salud crónicas; mayor consumo de alcohol, tabaco y demás drogas.

Además, el Boston Public Health Commission (2020) afirma que los sujetos con problemas de salud mental preexistentes deben seguir su tratamiento y encontrarse atentos a sus síntomas o a si aparecen síntomas nuevos. Lo que ayuda es estar informado sobre los avances asociados al COVID-19, consultando fuentes de información confiables, y tomar pausas en las noticias y las redes sociales por unos días. Escuchar sobre la pandemia constantemente puede ocasionar angustia. Además, ayudan el cuidar el cuerpo, respirar profundamente, hacer ejercicios regularmente o meditar, mantener una dieta saludable y dormir lo suficiente. Se recomienda también concentrarse en los elementos positivos de la vida y en lo que se puede controlar,

relajarse y realizar actividades de ocio. Por último, conectarse con los demás, hablar sobre las preocupaciones y sentimientos en quienes se confía.

3.3. La depresión y el modelo cognitivo

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003) considera a la depresión como un trastorno del ánimo que genera una pérdida del interés y del disfrute. Repercute en la funcionalidad del sujeto y en sus esferas de actividad, generando cambios en el sueño, el apetito y la movilidad, reducción de la atención, concentración, decisión, falta de confianza en mí mismo, sentimientos de inferioridad, culpa, desesperanza y pensamientos de muerte, ideación, planificación y/o hechos suicidas.

La OMS (2001) indica que la depresión es la primera razón de perder años de salud por discapacidad, siendo el trastorno psiquiátrico que más prevalece en atención primaria. La teoría de la depresión de Beck es la que mejor explica de forma cognitiva la depresión (Lakdawalla et al., 2007). Se sustenta en la vulnerabilidad al estrés, lo que provoca esquemas de pensamiento distorsionado que llevan a ver de forma negativa la forma en que la persona percibe e interpreta los datos acerca de sí mismo, el ambiente y el futuro, ocasionando los síntomas depresivos. De esta forma, se originó el Inventario de Depresión de Beck, para revelar la presencia de síntomas depresivos y su severidad.

Por otro lado, el modelo cognitivo de la depresión se originó de las observaciones clínicas y de estudios experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Esta relación permitió el desarrollo del modelo y la terapia para tratarla (Beck, 1976). Se definen tres elementos que describen el sustrato psicológico de este trastorno: la tríada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

La tríada cognitiva son patrones cognitivos que llevan al paciente a pensarse de forma idiosincrática. El primer elemento se enfoca en la visión negativa de sí mismo, se

piensa enfermo y con poco valor. Considera que sus vivencias son desagradables y se deben a un problema físico o psicológico. Por esta forma de ver las cosas, el paciente considera que por estos defectos no tiene valor. Se critica a sí mismo debido a esta razón. Además, considera que no tiene características importantes para ser feliz (Beck et al., 2010).

El esquema ocupa un lugar central en esta teoría: quienes tienen un esquema de pensamiento depresivo, frente a un suceso negativo en la vida, tienen más posibilidad de procesar la información propia negativamente. El sujeto deprimido cuenta con un procesamiento emocional autorreferencial sesgado, al prestar atención a la información negativa y dejar de lado otra clase de información presente, sobre todo positiva (Beck, 1991; Sánchez y Vázquez, 2012).

Si durante un episodio depresivo se activan los esquemas, se tornan predominantes. Cree que las cosas son tan negativas como las percibe, concibiéndose como torpe o carente de valor. Es propenso al “autoboicot”, criticándose según los defectos adjudicados. Considera que el entorno conspira contra él, le genera obstáculos y lo frustra constantemente. Solo pretende vivir frustraciones y faltas perpetuas (Cora Friciello, 2018).

En cuanto a los sesgos cognitivos, los modelos cognitivos se amparan en los pensamientos desadaptativos, las metas son los distintos sesgos cognitivos que propician el surgimiento de episodios depresivos y los mantienen. Los sesgos de memoria fueron los más analizados en la depresión, aunque además se encuentran los sesgos atencionales, los cuales son más recientes (Cora Friciello, 2018).

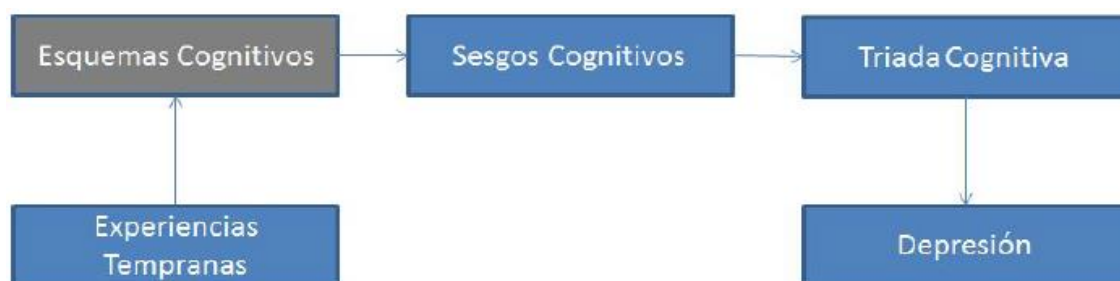
Como se mencionó, estos sesgos cognitivos fomentan el surgimiento de pensamientos negativos acerca de la propia persona, el entorno y el futuro. Los individuos deprimidos atribuyen sus vivencias negativas a un defecto psicológico o físico, considerando que el entorno demanda desmedidamente y les coloca obstáculos

para lograr sus objetivos; adelantándose a las dificultades y al padecimiento indefinido (Beck et al., 1979). Estos juicios negativos son denominados Tríada Cognitiva de la depresión, otro elemento nodal de esta teoría, al ser responsable de mantener e incrementar los síntomas depresivos (Beck, 1987).

El Modelo Cognitivo de la Depresión hace hincapié en el procesamiento de la información, considerando que esta última es la que permite entender los esquemas mentales y su adaptación motivacional, emocional y fisiológica. Beck (1967) plantea un modelo de orden cognitivo en el que los esquemas cognitivos son resultados de vivencias infantiles, y que frente al estrés se comportan como sesgos cognitivos, los cuales afectan sobre la Tríada cognitiva.

Figura 3

Modelo Cognitivo Beck (1967)



Los esquemas se refieren a la forma en que el depresivo considera sus experiencias negativamente. Considera que el mundo realiza demandas excesivas y/o le plantea obstáculos que no puede superar. Cree que sus interacciones con el ambiente se efectúan alrededor de la derrota o la frustración. Estas interpretaciones negativas se tornan evidentes cuando el paciente se enfrenta a distintos escenarios negativamente, más allá de que puedan realizarse interpretaciones diferentes (Beck et al., 2010).

El individuo depresivo puede ver que sus interpretaciones negativas se encuentran desviadas, haciéndolo reflexionar sobre demás explicaciones alternativas. Puede encontrarse tergiversando los eventos para que se adecúen a las conclusiones negativas de antemano. El tercer elemento es la visión negativa del futuro: el sujeto con depresión considera que sus problemáticas o padecimientos continuarán. Aguarda padecer penas, fracasos y privaciones. Si considera hacerse cargo de alguna labor en el futuro, tiene expectativas de fracaso (Beck et al., 2010).

Las verbalizaciones negativas del depresivo hacen que la emoción que prevalezca en su estado de ánimo sea la de tristeza. La expresión de los esquemas en pensamientos automáticos se logra por la activación de formas distorsionadas para procesar la información. El sujeto cuenta con una habilidad insuperable para procesar la información, es decir, mezclarla, convertirla, asociarla y llegar a planteamientos nuevos. Esta habilidad humana que generó beneficios puede volverse en su contra (Rivadeneira et al., 2013).

El modelo cognitivo considera a los signos y síntomas como provenientes de los patrones cognitivos negativos. Los síntomas motivacionales son resultado de las cogniciones negativas, de la fuerza de voluntad debilitada por el pesimismo y la desesperación. Los deseos suicidas son una expresión del deseo de escapar a las dificultades que no se puede tolerar o solucionar. El depresivo se cree una carga inútil y empieza a pensar que si estuviese muerto sería mejor. La dependencia se debe a que el sujeto cree que es inepto y como sobreestima las complicaciones, espera fracasar. Por ende, busca ayuda y seguridad en quienes cree que es competente. Además, los síntomas físicos, como la apatía y la poca energía, pueden ser resultado de la creencia de que el sujeto fracasará, mientras que la inhibición psicomotriz se debería a la visión negativa del futuro (Beck et al., 2010).

Los errores sistemáticos promueven la creencia en las ideas negativas, más allá

de que se pueda percibir lo contrario (Beck, 1967). La inferencia arbitraria es el adelantarse a la conclusión si evidencia que la sustenta o si se contrapone a la conclusión. La abstracción selectiva es enfocarse en un detalle descontextualizado, ignorando otros elementos, y conceptualizando la experiencia según dicho elemento. Además, la generalización excesiva es el proceso de crear una regla o conclusión en base a varios sucesos aislados. En suma, la maximización y la minimización son los errores al evaluar la magnitud de un hecho, generando una distorsión. La personalización es la tendencia a atribuirse a sí mismo sucesos externos cuando no hay una base para esa conexión, mientras que el pensamiento absolutista, dicotómico es el clasificar las experiencias siguiendo categorías contrarias.

3.4. Los trastornos depresivos

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición [DSM-5] (2014), los trastornos depresivos contienen al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Lo común en estos trastornos es la existencia de un ánimo triste, acompañado de transformaciones somáticas y cognitivas que perturban la funcionalidad de la persona. Lo que varía es la extensión y la etiología.

El trastorno clásico es el depresivo, el cual se observa en la presencia de episodios de un mínimo dos semanas, que generan modificaciones emocionales, en la cognición y las funciones neurovegetativas, habiendo remisiones interepisódicas. Por lo general, el trastorno es recurrente y se debe distinguir entre la tristeza normal y la que pertenece al episodio depresivo mayor. El duelo, aunque genera un gran padecimiento,

no lleva al episodio depresivo mayor. La depresión sucede en sujetos vulnerables a los trastornos depresivos, permitiéndose la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. El diagnóstico de depresión y el trastorno depresivo persistente tienen lugar cuando hay alteraciones de dos años como mínimo (DSM-5, 2014).

Los síntomas del trastorno depresivo mayor deberían ser generalmente diarios. Los síntomas iniciales son el insomnio y la fatiga, en caso de no reconocer demás síntomas se puede infra-diagnosticar. Puede que la tristeza sea negada, aunque se la podría reconocer mediante la entrevista. En los pacientes enfocados en una queja somática, se debería establecer si el malestar se relaciona con síntomas depresivos determinados. Se origina la fatiga y la alteración del sueño, siendo menores las psicomotoras, aunque hay más severidad, así como culpa delirante (DSM-5, 2014).

La valoración de los síntomas es complicada cuando tienen lugar en un paciente con un problema médico. Algunos criterios del episodio depresivo mayor son similares. Estos síntomas son parte del trastorno, debiendo tener cuidado con los síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa, problemas de concentración y pensamientos suicidas. El trastorno depresivo mayor se podría originar en cualquier edad, aunque lo hace principalmente en la pubertad, pudiendo hacerlo en la tercera edad (DSM-5, 2014).

El curso del trastorno depresivo mayor es inestable, puede haber remisiones, mientras que otras personas tienen pocos síntomas. La cronicidad se incrementa al haber trastornos subyacentes y se reduce el hecho de que el tratamiento llegue a una remisión completa. La recuperación comienza entre los tres meses y el año en la mayoría de los pacientes. El inicio afecta la recuperación a corto plazo, llegando a haber incluso una recuperación completa (DSM-5, 2014).

El riesgo de recurrencia se reduce con el tiempo mientras sigue la remisión. El riesgo es mayor en pacientes que tuvieron episodios graves y en quienes tuvieron episodios previamente. Los síntomas depresivos durante la remisión pronostican la

recurrencia del trastorno. Muchas enfermedades bipolares empiezan con episodios depresivos, mientras en algunos sujetos comienza en la adolescencia, pudiendo presentar rasgos psicóticos y en personas con antecedentes familiares de trastorno bipolar. El especificador "con rasgos mixtos" incrementa el hecho de que haya manía o hipomanía. El trastorno bipolar se puede transformar en esquizofrenia (DSM-5, 2014).

Más allá de la prevalencia de los trastornos depresivos hay diferencias entre los sexos. Además, no parece haber efectos en la edad sobre la respuesta al tratamiento en el trastorno depresivo mayor. No obstante, los síntomas como la hipersomnia y la hiperfagia pueden aparecer en personas jóvenes, y los melancólicos, en las personas mayores. Los intentos de suicidio se reducen en la adultez media y tardía pero no el riesgo de suicidio consumado. Las depresiones que comienzan más temprano se relacionan a alteraciones de la personalidad. El trastorno depresivo mayor no cambia con la edad. El tiempo promedio de recuperación es estable en periodos de tiempo extensos, y el entrar en episodio no se incrementa ni se reduce en el tiempo (DSM-5, 2014).

Además, el DSM-5 (2014) plantea los factores de riesgo y los pronósticos: los temperamentales, los cuales contienen la afectividad negativa como un factor de riesgo con niveles altos que predisponen a los episodios depresivos como resultado de los sucesos vitales estresante. Los situacionales se refieren a los sucesos de la infancia que son factores de riesgo del trastorno depresivo mayor. Los hechos vitales próximos al inicio a los episodios no son eficaces para el pronóstico ni para el tratamiento. Asimismo, los genéticos y fisiológicos afectan en el caso de familiares de pacientes con trastorno depresivo con más riesgo cuando hay un inicio temprano. La heredabilidad es del 40%, y los rasgos neuróticos se relacionan con la genética. Finalmente, los modificadores del curso en el que los trastornos no afectivos incrementan el riesgo de

depresión. La depresión mayor en el contexto de otro trastorno es más refractaria, aunque la mejora depende del tratamiento y de la enfermedad subyacente.

En las mujeres se da una mayor epidemiología del trastorno depresivo mayor, no habiendo diferencias entre los géneros en referencia a los síntomas, curso, tratamiento y secuelas. En éstas hay más probabilidad de intentos de suicidio, siendo el suicidio consumado menor. El que haya una conducta suicida sucede todo el tiempo mientras ocurren los episodios de depresión mayor. Lo que incrementa el riesgo de suicidio es ser varón, estar soltero, vivir solo y los sentimientos de desesperanza. La presencia del trastorno límite de la personalidad incrementa el riesgo de intentos de suicidio (DSM-5, 2014).

Diversas consecuencias del trastorno depresivo mayor se generan en los síntomas individuales. El deterioro puede ser ligero e incapacitar completamente, por lo que el sujeto deprimido no va a poder atender sus necesidades básicas de autocuidado. Los pacientes con trastorno depresivo mayor padecen más dolor, enfermedades físicas y una reducción del funcionamiento físico, social y personal (DSM-5, 2014).

Figura 4

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Depresión Mayor

Trastorno de depresión mayor

Criterios diagnósticos

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de
-

otras personas (p. ej.) se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., dueño, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

3.5. La depresión en los docentes

El pensar en la depresión como una variación psicopatológica hace que se observe al maestro que padece un escenario de estrés extendido o que padece síndrome de *burnout*. Esto es algo que queda avalado por los distintos estudios que brindan datos sobre la cuestión (Beer & Beer, 1992; Jurado et al., 1998; Schonfeld, 1992).

La depresión puede confundir, puede ser como síntoma, síndrome, entidad nosológica, estableciéndose particularidades y expresiones sintomatológicas y patológicas distintas. La depresión es la expresión más usual de los trastornos del estado de ánimo. El pensar la depresión, considerando lo que la genera, lleva a una diferenciación entre las subclases del trastorno: depresión endógena y reactiva (Del Pozo Armentia, 2000).

Los maestros son vulnerables al trastorno depresivo, por la sobrecarga laboral, lo que les provoca inseguridad e inestabilidad en el trabajo, así como deterioro de su imagen. Todo esto ocasiona eventos que afectan su trabajo, generando consecuencias en los estudiantes, quienes pasan inadvertidos, y en el estado emocional del docente (Contreras Romero et al., 2009).

La salud mental de los maestros es una cuestión significativa en la actualidad. Están más desprotegidos y se encuentran afectados por las políticas que van en contra de sus valores y de los principios de los establecimientos educativos (Sandoval & Unda, 2004).

De acuerdo con la Oficina Internacional del Trabajo [OIT] (1996), los docentes a nivel mundial padecen las dificultades provenientes del estrés y la depresión. Quienes poseen un trato con las personas padecen más frecuentemente trastornos depresivos. Muchos docentes evidencian cansancio, irritación o depresión, siendo uno de los grupos laborales con más riesgo de padecer estrés o la depresión (Chávez, 1998).

Los síntomas pertenecientes a un trastorno depresivo mayor o a una depresión endógena son inusuales en los maestros. Lo más usual será la depresión reactiva conformada por el trastorno afectivo generado por el malestar docente. Existe literatura que habla de la relevancia del trastorno depresivo en el docente, evidenciando la magnitud de la cuestión (Del Pozo Armentia, 2000).

Sin embargo, existen pocas investigaciones sobre la depresión en docentes. En un estudio con docentes de primaria españoles, se halló que un 25% tenía algún síntoma de depresión (Cordeiro et al., 2003). Otro estudio (ANPE, 2005), casi 73% de docentes españoles padece un elevado riesgo de sufrir ansiedad o depresión. Las razones principales son la implicancia afectiva de los maestros con los estudiantes, su desmotivación, la falta de reconocimiento social, las dificultades en la convivencia, la disciplina y la violencia escolar.

En Francia, Jaoul y Kovess (2000) encontraron que los docentes no mostraban mayor morbilidad psiquiátrica comparados con la población general, excepto en las mujeres de entre 50 y 65 años, quienes mostraron depresión por sobre las mujeres de la población general.

Además, los estudios indican que las mujeres pueden padecer enfermedades depresivas por sobre los hombres. Polaino (1985) indica que dos de tres internados por depresión son mujeres, principalmente casadas; esto lleva a considerar que se debe al ritmo de vida, el cual las torna propensas a enfermedades depresivas. La depresión en mujeres es mayor comparada con los hombres, los hechos como el embarazo, el aborto

y el posparto afecta a la mujer en lo emocional, así como trastornos afectivos (Bleichmar, 1999; Campo & Herrera, 1996; Dirección General de Programas de la Salud de la Mujer, 2004; Llewellyn et al., 1997; Martínez, 2002), lo que se observa en las docentes.

Schonfeld (1992) efectuó una investigación metodológica para analizar el nivel de estrés y de depresión en el docente. Allí se enuncian cuatro estudios en los que se analiza la asociación entre el estrés y el *burnout*, y los síntomas de depresión. Este autor hace hincapié en las escalas de estrés, las cuales muestran los síntomas depresivos, señalando que las características del *burnout* son síntomas característicos de estados depresivos.

El trastorno depresivo repercute en el docente, un trastorno mental repercutirá en el funcionamiento y desarrollo normal del sujeto que lo padece (Beer & Beer, 1992; Schonfeld, 1992; Chan et al., 1998). El maestro se vería afectado debiendo transformar su vida personal y profesional. Las secuelas de la alteración repercuten también el proceso de enseñanza-aprendizaje. Además, los efectos del trastorno entorpecen todos los niveles, debido a las características de la actividad profesional ejercida, afectando su accionar.

Por ende, la enfermedad tendrá sus efectos en los estudiantes. La gravedad de las consecuencias se ven afectadas por la edad de los estudiantes, las características de la escuela, el estilo educativo, la materia, la gravedad de la depresión, el tiempo que se encuentra afectado por el trastorno, y la personalidad del maestro y del alumno (Del Pozo Armentia, 2000).

3.6. La docencia en tiempos de pandemia

Debido a la pandemia, el distanciamiento físico y la cuarentena obligatoria generan consecuencias sobre la salud mental. El encierro incrementa la demanda de atención tanto de los niños como de los ancianos, lo que afecta principalmente a las mujeres (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020; Noticias ONU, 2020; OMS, 2020b; Wenham et al., 2020). Posiblemente las consecuencias psicológicas de la pandemia en la población general se deban a su cercanía y al contacto con sujetos afectados o con quienes velan por su bienestar.

De esta manera, el confinamiento genera la separación de familiares y amigos, provocando la reducción del apoyo social (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020; Martín, 1999), disminución de los suministros vitales e incremento por la preocupación por las finanzas; interrupción de las rutinas y surgimiento de problemas de salud relacionados con la mala nutrición o con el sedentarismo (OMS, 2020b; Taylor, 2019). El miedo o la ansiedad provocan compras para acumular, por el temor y las emociones negativas generadas por el ambiente reinante (Gallagher et al., 2017; Sheu & Kuo, 2020).

Las consecuencias psicológicas de la cuarentena (Brooks et al., 2020) son emociones como enojo, frustración e insomnio, incluso suicidio y síntomas postraumáticos, a pesar de que el distanciamiento físico y la cuarentena terminaran. La bibliografía muestra estados emocionales como estrés, ansiedad y depresión (Brooks et al., 2020; Cao et al., 2020; Lai et al., 2020; Martín, 1999; OMS, 2020b; Taylor, 2019; Urzúa et al., 2020). En escenarios de incertidumbre, la ansiedad y la depresión son generadas por la preocupación y el estrés (Dar et al., 2017).

Ambas condiciones se observan principalmente en las mujeres que en hombres (Lai et al. 2020; Noticias ONU, 2020; Rodríguez, 2020; Wenham et al., 2020), lo cual sucede en una tendencia mundial, en referencia a trastornos mentales (OPS & OMS,

2017).

La cuarentena como elemento para afrontar la pandemia de coronavirus genera consecuencias para la salud mental. Son difíciles de indicar, pero se encontrará mediado por factores como la duración de la cuarentena, el miedo a contagiarse, las características demográficas, las condiciones económicas o si se está de acuerdo con el confinamiento y se acepta (Brooks et al., 2020; Cao et al., 2020; OPS & OMS, 2017).

Mientras que la pandemia COVID-19 se expande, se deben atender las necesidades educativas de los estudiantes durante la crisis sanitaria global. De esta forma, los gobiernos suspendieron las actividades de clases presenciales, siguiendo las recomendaciones del sector salud para prevenir el contagio y la expansión del virus. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] (2020), 1.200 millones de alumnos estuvieron afectados por el cierre de escuelas y universidades.

En Argentina, la pandemia del COVID-19 hizo que el Gobierno nacional decreta el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio en el país entero, así como la suspensión de clases presenciales por tiempo indeterminado. Por ende, más de 10,5 millones de alumnos del nivel inicial, primario y secundario se quedaron sin clases presenciales (Brumana, 2020).

El desafío principal del sistema educativo por el cierre de las escuelas es que haya continuidad en los aprendizajes de los alumnos, pasando de un modelo presencial a uno virtual. Mediante el Consejo Federal de Educación, se tomó esta determinación por el COVID-19. De esta forma, el Ministerio de Educación Nacional lanzó el Programa Nacional “Seguimos educando”, con una plataforma web pedagógica, programación en televisión y radio, y entrega de cuadernos pedagógicos con actividades diarias para los estudiantes más vulnerables. El mismo se relaciona con las iniciativas de las autoridades educativas provinciales (Brumana, 2020).

Hubo distintas iniciativas, con diferentes formatos, generándose propuestas pedagógicas. El sostenimiento del vínculo pedagógico aumentó la extensión de la jornada laboral y transformó la organización la cual se tornó más compleja. Estas transformaciones en la jornada y el contenido supusieron un esfuerzo intelectual, afectivo y físico para los docentes. La continuidad pedagógica fue un esfuerzo que llevó a una sobrecarga laboral y administrativa por la solicitud de informes. El tiempo de trabajo frente a la pantalla se encontraba dedicado a la planificación (Suteba, 2020).

En la pandemia de COVID-19, se incrementó la velocidad en que se convirtieron las prácticas sociales que se efectuaban a través de las TICs. En la educación formal, el aislamiento social preventivo llevó a que el teletrabajo sea la estrategia para garantizar la cuestión pedagógica. Los medios de comunicación la consideran como “educación a distancia”, cuyos comienzos fueron previos a la existencia de medios de comunicación masivos y a las TICs. El adjetivo “a distancia” señala una sola de las características del aprendizaje electrónico, la única que tuvo lugar durante el aislamiento social, preventivo y obligatorio por ser no presencial. Las aulas virtuales son los lugares dónde se educa, un sitio virtual para que el alumno logre los aprendizajes mediante recursos formativos supervisados con un docente (Área y Adell, 2009). Estas vivencias se mantienen en la disposición de los sujetos que conforman la comunidad educativa.

Para los docentes, el teletrabajo provocó una gran carga laboral. Vivenciaron los desafíos de utilizar las nuevas tecnologías y las redes sociales en base a lo educativo, además de diseñar materiales de enseñanza que no requerían de su mediación, dentro del entorno familiar, a los alumnos sin recursos tecnológicos, elementos de aprendizaje y en situación de vulnerabilidad. Además, los maestros y profesionales de apoyo debieron acompañar a sus alumnos. Esto fue extenuante para quienes lo realizaban seriamente (Hirnas y Cisternas, 2020).

Por la pandemia, los docentes casi debieron comenzar desde cero, planificando

una forma de trabajo desde la virtualidad. Los maestros y los estudiantes tuvieron que hacer el esfuerzo de conservar su vínculo. Las rutinas y la hora de las clases sufrieron modificaciones. El tiempo escolar y el familiar se cruzaron, mientras que la pregunta por la enseñanza y el aprendizaje se tornó más importante que nunca: maestros que se resistían a las tecnologías debieron amigarse o tornarse “compañeros de trabajo” (Gotardo, 2020).

Son los sujetos quienes deciden sobre los sentidos de los espacios de formación y sobre como circulan los conocimientos. Cuando comienza la enseñanza en ámbitos tecnológicos, se constituye con una estrategia institucional para disminuir el malestar ocasionado por las brechas ensanchadas por la tecnología. Las aulas virtuales son soportes del teletrabajo docente, donde se puede enseñar de forma omnipresente. No son nuevos ni únicos los lugares donde se enseña y se aprende virtualmente, aunque son institucionales (De Luca, 2020).

La reorganización laboral involucró la propuesta pedagógica planeada para que haya una buena relación maestro-alumno, por lo que la prevalencia de la presencialidad se transformó para adaptarse a la mediación de diferentes dispositivos. Se crearon propuestas en plataformas virtuales, Facebook, WhatsApp y hasta mensajes de texto. Además, se generaron propuestas en papel creadas por Escuelas y con cuadernillos del Ministerio de Educación Nacional y la DGCyE, para entregarles a los estudiantes sin internet (Suteba, 2020).

La comunidad educativa fue virtual, se emplearon aplicaciones disponibles, sobre todo de manera gratuita como Zoom, Google Classroom, Skype, WhatsApp, Facebook, entre otras (Cáceres-Piñaloza, 2020, Gotardo, 2020). De esta forma, se generaron configuraciones heterogéneas como las que indicaba Duschatzky. Los escenarios y las subjetividades novedosas para la situación llegaron a la escena. Aunque también tuvieron lugar las prácticas, por ejemplo, como evaluar, alertando y

preguntando si realmente se puede evaluar lo virtual y sin nota numérica (Gotardo, 2020).

Las funcionalidades permitieron la comunicación educativa y el cumplimiento de los objetivos planteados. Los docentes tenían poca experiencia en cuanto a la enseñanza virtual (Almazán Gómez, 2020), no contaban con capacitaciones o formación en la enseñanza a distancia o en la utilización de aplicaciones digitales (Mailizar et al., 2020).

Las aulas virtuales permitieron la continuidad pedagógica en todos los niveles. Allí, los maestros comenzaron a llenar los huecos con pocos recursos, con poca intervención estudiantil, aunque con esfuerzo. De todas formas, las desigualdades, la ansiedad, la angustia, la ausencia de recursos, la no comprensión y los recursos nuevos, la eliminación de los límites temporales, entre otros elementos, se hicieron notar (Finocchiaro, 2020). En relación con el rol del maestro, Cimadevilla (2020) afirmó que una de las debilidades en la experiencia fue la improvisación. La formación es para no improvisar y no ser aleatorios.

La modificación entre docentes y alumnos evidenció las necesidades existentes de las escuelas, relación a la infraestructura y de los recursos humanos (Ceballos, 2020). Al generarse la enseñanza virtual, el docente necesitaba una mejor utilización de las plataformas tecnológicas y sociales, comparado con los entornos en los que los alumnos requerían el apoyo presencial (Bao, 2020).

Durante la suspensión de las clases presenciales, los docentes debieron conservar la continuidad de la labor pedagógica y apoyar a los alumnos confinados en sus casas, según las autoridades sanitarias del país. El papel de los maestros no era solo pedagógico, transformándose en la figura que brindaba herramientas para la contención afectiva de los alumnos (Villafuerte Holguín et al., 2020). Los docentes no se encontraban preparados para esto, igualmente debieron recorrer este escenario, incluso

de forma autodidacta (Failache, 2020), ya que la respuesta institucional se demoró. Debido a estas demandas, se empezó a notar el cansancio producto del escenario causado por la pandemia por Coronavirus (Ramos-Huenteo et al., 2020).

Tanto la tecnología como la conectividad son obstáculos para una cantidad importante de maestros y alumnos, se necesita de un esfuerzo económico mayor para ambos. Es importante la presencia del Estado para que haya una continuidad pedagógica en este ámbito de excepcionalidad, para avanzar en un piso tecnológico, de conectividad y de formación (Suteba, 2020).

En el caso de Buenos Aires, la labor docente tiene lugar actualmente en ambientes virtuales, aunque la jornada laboral requiere de horas de presencialidad en el establecimiento escolar, para organizar y distribuir bolsones de alimentos y cuadernillos pedagógicos. En ámbitos rurales, de islas y de vulnerabilidad, la entrega fue casa por casa. Además, esas horas se empleaban por los directivos para la resolución de documentación, la relación con las familias y para los trámites administrativos. La labor de los docentes llevó a la generación de vínculos entre estudiantes y familias con el Estado. La organización institucional contaba muchas dificultades, necesitando la intervención y el acompañamiento del sistema educativo (Suteba, 2020).

Quedó en evidencia que es posible evaluar considerando el proceso, los recorridos y lo pedagógico. En otras palabras, evaluar lo que se puede hacer, con lo que posee, considerando los tiempos y las realidades. Aunque en el discurso de innovar, en la práctica se realiza lo mismo, quizás porque era lo mejor o daba resultado, o porque no había otra posibilidad. Los maestros tuvieron que aceptar la realidad social, dialogando con la propia función. No fue aceptar como deber ser, sino lo que se resignificó, el ensayo y el error tuvieron lugar en la enseñanza y al aprendizaje. El comienzo ocurrió desde esta errancia (Gotardo, 2020).

La escuela nunca estuvo vacía, solo físicamente, aunque los vínculos se

mantuvieron intactos. La escuela daba cuenta del desvanecimiento, encontrándose en pie siempre, por lo que conservó su función y se mantuvo irremplazable, como el rol del maestro. La pandemia evidenció la necesidad de cambio, los cuales eran requeridos desde antes: la enseñanza, los recursos y las miradas. Aunque éste asusta y conserva en la zona de confort (Gotardo, 2020).

El Instituto de Investigaciones y Estadísticas Asociación Gremial del Magisterio de Entre Ríos (2020) realizó un informe sobre el trabajo docente en cuarentena, para analizar los procesos de enseñanza virtual y como afectaron a los docentes. Los medios de comunicación no presencial fueron los servicios de mensajería, como WhatsApp (87%), el correo electrónico (51%), las redes sociales, como Facebook (27%). y las videoconferencias, como Zoom (14%), y la radio (1%), sobre todo en ámbitos rurales o isleños. La mayoría se encontraba realizando actividades de repaso (82%) o desarrollando contenidos (78%), la evaluación en proceso (26%) y la calificación (3%). Se emplearon imágenes y videos (89% y 83%), páginas web (53%) y el software educativo (12%).

Además, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE] (2020) afirma que la mayor parte de las respuestas pretenden promover los desafíos en el manejo de la infraestructura tecnológica, como la ausencia de apoyo de los padres y la falta de voluntad por parte de los maestros para adaptarse a los cambios por la crisis.

En cuanto al rol docente, se genera la oportunidad de repensar las prácticas y generar un trabajo que brinde sentido a la vida de los alumnos. La actualidad lleva a documentar, generar hipótesis y probar cosas nuevas. Aunque alguno sepa menos de las nuevas tecnologías, otro maneja mejor las metodologías activas participativas y cuenta con un mejor entendimiento del proceso de aprendizaje. Así, se pueden diseñar

aprendizaje por proyectos, si se cuenta con una perspectiva diversificadora, se puede poner a disposición los conocimientos del grupo docente (Hirmas y Cisternas, 2020).

Según Calderón y Ceccarini (2020), los maestros encaran con una “caja de herramientas” el proceso de enseñanza, como si fuera solo la única manera de acceder al conocimiento, acabando con las utilidades, a pesar de lo improbable de ese escenario en la vida cotidiana. Traspasan saberes sin considerar la utilidad que podría tener para el otro. Un adulto debe hallar un manual con el paso a paso, algo que los jóvenes parecen no cuestionar. Comienzan en su “zona de confort”, sin pretender dejarla, por lo que emplean por mucho tiempo los mismos apuntes y evaluaciones, lo que lleva a la dilatación de la interacción con el entorno y la tecnología. Ni los maestros, los estudiantes y la escuela son lo que eran a comienzos del ciclo lectivo 2020, ni siquiera cuando abran sus puertas. La pandemia generó un camino para que los líderes educativos puedan transformar las escuelas en una sociedad que es diferente.

Por otro lado, Picón et al. (2020) encontró que el 44% de los docentes encuestados señaló que la preparación previa para las clases virtuales era adecuada y el 36% regular. El 56% tomó cursos de capacitación sobre sobre TICs aplicadas a la educación, indicando el 49 % que fue útil para las clases a distancia. En la planificación, la mayoría adecuaba el plan a la virtualidad. El estado emocional era de confianza, estrés, ansiedad, sorpresa y temor, por las clases con una modalidad virtual.

La mayoría consideró que las dificultades en las clases virtuales era el colapso de la plataforma y la conectividad, comunicándose con los estudiantes por mensajes de texto y redes sociales. Un 40 % indicó que el apoyo de los padres fue regularmente activo. De esta forma, se evidencia que el rol docente es fundamental para el desarrollo del aprendizaje en un ambiente virtual empleando las TICs o la infraestructura tecnológica: el maestro es fundamental para dirigir el aprendizaje. Aunque debe haber una labor colaborativa y de acompañamiento en el aprendizaje profesional, sobre todo

en las competencias tecnológicas, para generar un aprendizaje eficaz, el procesamiento de la información y la generación del saber (Picón et al., 2020).

Los docentes y demás trabajadores de la escuela deben conocer como es la situación de los alumnos y conservar de forma actualizada esos datos, comparándolo con los datos económico, social y de salud para responder desde una visión humana. Según los medios tecnológicos, se pueden combinar soportes, mechando elementos sincrónicos y acrónicos y conservando espacios para lo común y lo particular. Si no se cuenta con accesibilidad a internet o con una computadora, o si es muy requerida, se puede pensar en otros medios. Si sólo se posee el celular, la conexión es débil o los datos que se pueden usar son pocos, se deben pensar otros recursos (Hirmas y Cisternas, 2020).

Por otra parte, se debe tornar accesible el aprendizaje de los alumnos teniendo en cuenta sus condiciones. No se puede remitir una guía que no pueden resolver y no prestarles atención. El aprender necesita de lo afectivo, por lo que se debe considerar como se transmite el entusiasmo, la motivación y el interés. Tan importante como la actividad, son los soportes que se brindan para ejecutarla. Estas situaciones conforman los desafíos que deben enfrentar los maestros (Hirmas y Cisternas, 2020).

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

El tipo de investigación realizado es no experimental, ya que se efectúa sin manipular intencionadamente las variables. Sólo se observan los fenómenos en su entorno natural para luego analizarlos. Además, es de tipo descriptivo, debido a que se indagan las características y particularidades de un fenómeno o grupo, describiendo lo que se estudia. Asimismo, es correlacional, porque se asocian dos o más variables mediante un patrón previsible en cierta población en un entorno determinado, estudiando la correlación sustentada en hipótesis (Hernández Sampieri et al., 2006).

Además, el diseño empleado es transversal, debido a que se emplea la recolección de información y la descripción de las variables en un solo momento en el tiempo. Estos diseños pueden utilizarse en grupos diferentes de personas (Hernández Sampieri et al., 2006).

Por último, el enfoque es cuantitativo, ya que se emplea la recolección de datos para comprobar las hipótesis, según una valoración numérica y se recurre al análisis estadístico para generar patrones conductuales y comprobar teorías. Los datos numéricos se analizan empleando procedimientos estadísticos (Hernández Sampieri et al., 2006).

4.2. Población

La población responde a docentes en actividad.

Criterios de inclusión:

- Tengan entre 18 y 70 años.
- Residan en la Zona Oeste del Gran Buenos Aires.
- Se encuentren trabajando como docentes (sólo la mitad de la muestra).

- Desarrollen sus funciones en escuelas de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires (sólo la mitad de la muestra).
- Quieran participar del estudio en cuestión.

Criterios de exclusión:

- Sean docentes jubilados.
- Trabajen por fuera del área geográfica establecida.
- Se encuentren gozando de licencia laboral.

4.3. Muestra

Se tomó una muestra no probabilística accidental simple de 138 personas, con una edad promedio de 39,50 años (DT= 10,826 años; Mediana= 40 años; Máx.= 66 años; Mín.= 19 años). El 73,9% de los sujetos son de género femenino y el 26,1% de género masculino. En cuanto al estado civil, el 42,8% de los individuos se encuentran solteros, el 23,2% convive o cuenta con pareja de hecho, el 20,3% está casado, el 9,4% separado y el 4,3% divorciado. El 50,7% de las personas tiene hijos.

El 76,8% de los docentes trabaja por turnos y el 34,8% de los sujetos realiza horas extra. El 52,2% de los individuos trabaja como docente. De esta proporción, el 43,5% trabaja en el ámbito privado, el 33,3% en el ámbito público y el 23,2% en ambos ámbitos. El 79,7% de los sujetos es titular/trabaja de forma estable, el 14,5% lo hace de forma temporaria/provisional, el 1,4% interina/suplente y el 4,3% tiene otra relación laboral. El 35,3% de los docentes imparte clases en el nivel primario, el 19,6% en el nivel secundario, el 23,5% en el nivel universitario y el 21,6% en otro nivel.

El 16,7% de los docentes tiene otro trabajo, mientras que el 57,2% de las personas mantiene a su familia con su sueldo. De este grupo, el 44% cuenta con único sueldo, el 31,9% es el primer sueldo, el 19,8% el segundo sueldo y el 4,4% otro. El 2,2% gana hasta \$10.000, el 7,2% de \$11.000 a \$20.000, el 16,7% de \$21.000 a \$30.000, el

24,6% de \$31.000 a \$40.000, el 28,3% de \$41.000 a \$50.000, y el 21% más de \$51.000. Además, el 10,9% pertenece a una asociación profesional, el 20,3% a un gremio, el 66,7% a no tiene pertenencia a ninguna entidad y el 2,2% pertenece a otra asociación.

El 6,5% tiene secundario completo, el 32,6% terciario completo, el 21% universitario incompleto y el 39,9% universitario completo. El 64% de las personas considera que la pandemia aumentó la cantidad de horas que trabaja, el 13,2% cree que disminuyó y el 22,8% no considera que se hayan afectado las horas de trabajo. El 69,6% realiza alguna actividad asociada con su bienestar y el 9,1% toma alguna medicación psiquiátrica prescrita.

4.4. Instrumentos

4.4.1. Cuestionario sociodemográfico

Indaga cuestiones asociadas a las características personales y laborales de los docentes: edad, género, estado civil, si tiene hijos, zona de residencia, trabaja como docente, cantidad de horas que trabaja semanalmente, trabaja por turnos, realiza horas extra, remuneración mensual, años de trabajo en la docencia, ámbito de trabajo, tipo de relación laboral, pertenencia, si considera que la pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja, nivel donde da clases, tiene otro trabajo además de la docencia, si el sueldo es sostén de familia, nivel de educación, si toma alguna medicación psiquiátrica prescrita, y si realiza alguna actividad que asocia al bienestar.

4.4.2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

El BDI-II (Beck et al., 2009; adaptación argentina: Brenlla y Rodríguez, 2009) cuenta con 21 ítems, los cuales poseen una escala de cuatro puntos que varía entre 0 y 3. Si existen opciones múltiples se escoge la más elevada. La puntuación máxima es de 63.

En el caso de los ítems Cambios en los hábitos de sueño y Cambios en el apetito (ítems 16 y 18), los mismos cuentan con siete opciones de respuestas que distinguen entre el aumento y la reducción de la conducta. El Alfa de Cronbach total es de 0.86 en población general.

En la versión argentina, existen dos factores, una Dimensión Cognitivo-Afectiva compuesta por 13 ítems: *Tristeza, Pesimismo, Fracaso, Pérdida de placer, Sentimientos de culpa, Sentimientos de castigo, Disconformidad con uno mismo, Autocrítica, Pensamientos o deseos suicidas, Llanto, Pérdida de interés, Desvalorización y Cambios en el apetito*. Además, existe una Dimensión Somática conformada por los siguientes 8 ítems: *Agitación, Indecisión, Pérdida de energía, Cambios en los hábitos de sueño, Irritabilidad, Dificultad de concentración, Cansancio o fatiga y Pérdida de interés en el sexo* (Brenlla y Rodríguez, 2009).

4.4.3. Inventario SISCO del Estrés por Pandemia (ISEP)

El Inventario SISCO (Barraza Macías, 2020) se basa en el modelo sistémico cognitivo del estrés (Barraza, 2006). Consta de 15 ítems con una escala tipo Likert de seis opciones de respuesta que van desde 0- Nada a 5- Mucho. Su Alfa de Cronbach es de 0.90, sus ítems cuentan con una homogeneidad elevada y una única dirección. Posee una estructura trifactorial: estresores (ítems 1 al 5), síntomas (ítems 6 al 10) y estrategias de afrontamiento (ítems 11 al 15). La escala es autoadministrada, se puede responder de forma grupal o individual en 10 minutos.

4.5. Procedimiento

Debido a la pandemia de COVID-19, el Poder Ejecutivo Nacional dictaminó el Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO). De esta manera, las escuelas

permanecen sin alumnos, aunque en algunas de ellas se efectúan labores sociales, por lo que los docentes continúan asistiendo. De todas formas, el ASPO llevó a que la única manera de recabar una muestra con el tamaño suficiente para los fines de este estudio sea de forma virtual. De esta manera, se elaboró un cuestionario virtual, el cual fue compartido por redes sociales a docentes de distintos establecimientos educativos de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. Luego, se recopiló la información y se la traspasó a una base de datos en el programa SPSS 26.0. Aquí se realizó el análisis estadístico de los datos.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterización de la muestra

Gráfico 1

Trabaja por turnos



El 76,8% de los docentes trabaja por turnos (n= 106) y el 23,2% no trabaja por turnos (n= 32).

Gráfico 2

Realiza horas extra



El 34,8% de los sujetos realiza horas extra (n= 48) y el 65,2% no las hace (n= 90).

Gráfico 3

Trabajo como docente



El 52,2% de los individuos trabaja como docente (n= 72) y el 47,8% trabaja en otro rubro (n= 66).

Gráfico 4

Ámbito de trabajo



El 43,5% trabaja en el ámbito privado (n= 60), el 33,3% en el ámbito público (n= 46) y el 23,2% en ambos ámbitos (n= 32).

Gráfico 5

Tipo de relación laboral



El 79,7% de los sujetos es titular/trabaja de forma estable (n= 110), el 14,5% trabaja de forma temporaria/provisional (n= 20), el 1,4% de manera interina/suplente (n= 2) y el 4,3% tiene otra relación laboral (n= 6).

Gráfico 6

Tiene otro trabajo



El 16,7% de los docentes tiene otro trabajo (n= 10) mientras que el 83,3% de ellos no tiene otro trabajo (n= 50).

Gráfico 7

Considera que el contexto de pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja



El 64% de las personas considera que la pandemia aumentó la cantidad de horas que trabaja (n= 73), el 13,2% cree que disminuyó (n= 15) y el 22,8% no considera que se hayan afectado las horas de trabajo (n= 26).

Gráfico 8

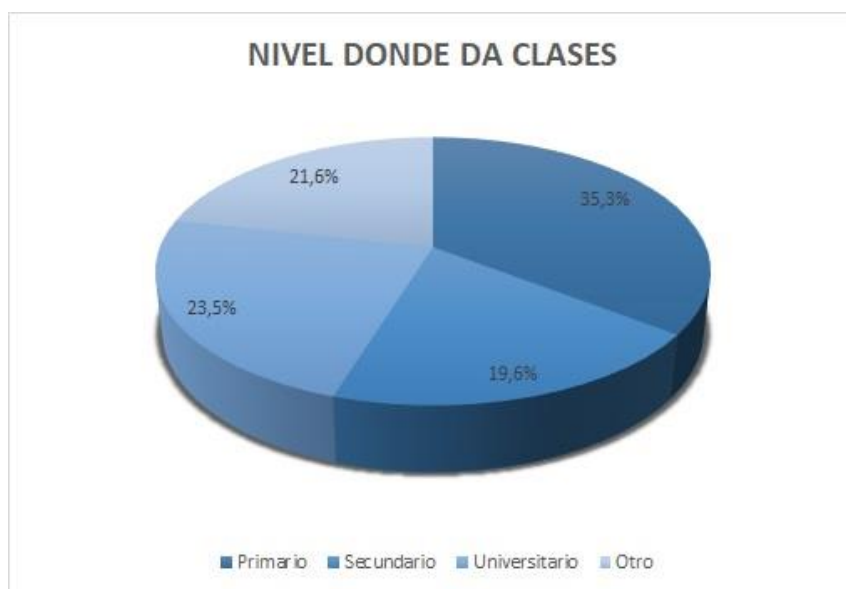
Sueldo sostén de familia



El 57,2% de las personas mantiene a su familia con su sueldo (n= 79) y el 42,8% no mantiene a su familia (n= 59).

Gráfico 9

Nivel donde da clases



El 35,3% de los docentes da clases en el nivel primario (n= 18), el 19,6% en el nivel secundario (n= 10), el 23,5% en el nivel universitario (n= 12) y el 21,6% en otro nivel (n= 11).

Gráfico 10

Remuneración mensual



El 2,2% gana hasta \$10.000 (n= 3), el 7,2% de \$11.000 a \$20.000 (n= 10), el 16,7% de \$21.000 a \$30.000 (n= 23), el 24,6% de \$31.000 a \$40.000 (n= 34), el 28,3% de \$41.000 a \$50.000 (n= 39), y el 21% más de \$51.000 (n= 29).

Gráfico 11

Pertenencia



El 10,9% pertenece a una asociación profesional (n= 15), el 20,3% a un gremio (n= 28), el 66,7% a no tiene pertenencia a ninguna entidad (n= 92) y el 2,2% pertenece a otra asociación (n= 3).

5.2. Caracterización de las variables

Tabla 1

Caracterización de las variables

Variable	N	M	Md	DT	Min.	Max.
Dimensión cognitivo-afectiva	138	8,17	8	6,506	0	28

Dimensión somática	138	8,70	8	5,715	0	20
Depresión	138	16,88	18	11,374	1	43
Estresores	138	16,82	17	6,022	5	25
Síntomas	138	13,33	13,50	5,193	5	23
Estrategias de enfrentamiento	138	19,21	20	4,314	9	25
Estrés por pandemia global	138	49,37	49	10,373	29	71

Los análisis descriptivos mostraron valores promedio para la depresión de 16,88 y para el estrés por pandemia global de 49,37. Por otro lado, los desvíos medios fueron de 11.374 y 10,373 para la depresión y el estrés por pandemia respectivamente.

5.3. Análisis de la normalidad

Se analizó la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2

Normalidad de las variables a estudiar

Variable	Estadístico	gl	P
Dimensión cognitivo-afectiva	,123	114	,000
Dimensión somática	,145	114	,000
Depresión	,130	114	,000
Estresores	,108	114	,002
Síntomas	,123	114	,000
Estrategias de enfrentamiento	,134	114	,000
Estrés por pandemia global	,079	114	,076

Los resultados arrojaron que las variables estudiadas poseen una distribución anormal, a excepción del Estrés por pandemia global. Al presentar la mayoría de las variables analizadas una distribución anormal, se optó por utilizar estadísticos no paramétricos.

5.4. Análisis de la relación entre variables

Se encontraron relaciones significativas entre la depresión y sus dimensiones cognitivo-afectiva y somática, y el estrés por pandemia y sus dimensiones estresores, síntomas y estrategias de afrontamiento. Además, se hallaron relaciones significativas entre la edad, y la depresión y sus dimensiones. Por otro lado, también se encontraron relaciones significativas entre la cantidad de hijos, la cantidad de horas extra que realiza a la semana, la remuneración mensual, la antigüedad laboral, el nivel de educación y el estrés por pandemia, la depresión y sus dimensiones.

Tabla 3

Correlación entre la dimensión cognitivo-afectiva y el estrés por pandemia

Variable	Rho	P
Estresores	,362	,000
Síntomas	,759	,000
Estrategias de afrontamiento	-,153	,104
Estrés por pandemia global	,523	,000

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas entre la dimensión cognitivo-afectiva y el estrés por pandemia y sus dimensiones. En todos los casos, las relaciones fueron positivas, excepto para las estrategias de afrontamiento, donde fueron negativas. Al aumentar la dimensión cognitivo-afectiva, aumentan los

estresores, los síntomas, el estrés global, se reducen las estrategias de afrontamiento y viceversa.

Tabla 4

Correlación entre la dimensión somática y el estrés por pandemia

Variable	Rho	P
Estresores	,396	,000
Síntomas	,844	,000
Estrategias de afrontamiento	-,361	,000
Estrés por pandemia global	,513	,000

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados evidenciaron la existencia de relaciones significativas entre la dimensión somática y el estrés por pandemia y sus dimensiones. En todos los casos, las relaciones fueron positivas, excepto para las estrategias de afrontamiento, donde fueron negativas. Al aumentar la dimensión somática, aumentan los estresores, los síntomas, el estrés global, se reducen las estrategias de afrontamiento y viceversa.

Tabla 5

Correlación entre la Depresión global y el estrés por pandemia

Variable	Rho	P
Estresores	,416	,000
Síntomas	,839	,000
Estrategias de afrontamiento	-,250	,007
Estrés por pandemia global	,554	,000

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas entre la depresión global y el estrés por pandemia y sus dimensiones. En todos los casos, las relaciones fueron positivas, excepto para las estrategias de afrontamiento, donde fueron negativas. Al aumentar la

depresión, aumentan los estresores, los síntomas, el estrés global, se reducen las estrategias de afrontamiento y viceversa.

Tabla 6

Correlación entre la Edad y la depresión

Variable	Rho	P
Dimensión cognitivo-afectiva	-,177	,038
Dimensión somática	-,196	,022
Depresión global	-,185	,030

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la edad y la depresión y sus dimensiones. Al aumentar la edad, se reducen la depresión y sus dimensiones, y viceversa.

Tabla 7

Correlación entre la cantidad de hijos y las variables analizadas

Variable	Rho	P
Dimensión cognitivo-afectiva	-,319	,008
Estrategias de afrontamiento	-,349	,011
Estrés por pandemia global	-,355	,010

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la cantidad de hijos y el estrés por pandemia, su dimensión estrategia de afrontamiento y la dimensión cognitivo-afectiva de la depresión. Al aumentar la cantidad de hijos, se reducen el estrés por pandemia, las estrategias de afrontamiento, la dimensión cognitivo-afectiva, y viceversa.

Tabla 8*Correlación entre la cantidad de horas extra que realiza a la semana y las variables analizadas*

Variable	Rho	P
Síntomas	,321	,049
Estrés por pandemia global	,324	,047

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y positivas entre la cantidad de horas extra que realiza a la semana, y el estrés por pandemia y su dimensión síntomas. A mayor cantidad de horas trabajadas, aumentan el estrés por pandemia y los síntomas.

Tabla 9*Correlación entre la remuneración mensual y las variables analizadas*

Variable	Rho	P
Dimensión cognitivo-afectiva	-,190	,026
Síntomas	-,185	,049

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Se encontraron relaciones significativas y negativas entre la remuneración mensual y la dimensión cognitivo-afectiva y los síntomas. A mayor remuneración, existe menor nivel de dicha dimensión de la depresión y del estrés por pandemia, y viceversa.

Tabla 10*Correlación entre la antigüedad laboral y las variables analizadas*

Variable	Rho	P
Dimensión cognitivo-afectiva	-,298	,002
Dimensión somática	-,218	,022
Depresión global	-,302	,001
Estrategias de afrontamiento	,295	,002

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Existen relaciones significativas entre la antigüedad laboral y la depresión y sus dimensiones, y las estrategias de afrontamiento. Para esta última fueron positivas, mientras que para las primeras fueron negativas. A mayor antigüedad laboral, habría más estrategias de afrontamiento, menos nivel de depresión, de sus dimensiones y viceversa.

Tabla 11

Correlación entre el nivel de educación y las variables analizadas

Variable	Rho	P
Dimensión somática	-,218	,010
Depresión global	-,179	,036
Estresores	-,322	,000
Síntomas	-,229	,014
Estrategias de afrontamiento	,220	,019
Estrés por pandemia global	-,220	,019

Nota. Coeficiente utilizado: Rho de Spearman

Los resultados mostraron relaciones significativas y negativas entre el nivel de educación, y la depresión, el estrés por pandemia y algunas de sus respectivas dimensiones. En el caso de las estrategias de afrontamiento, las relaciones fueron positivas. Un mayor nivel educativo se asocia a una mayor cantidad de estrategias de afrontamiento, menor nivel de depresión global, de su dimensión somática, estrés por pandemia, estresores, síntomas, y viceversa.

5.5. Análisis de las diferencias de grupo

Los análisis mostraron diferencias significativas según las variables género, estado civil, si tiene hijos, si realiza horas extra, el ámbito de trabajo, si su sueldo es sostén de familia, y si realiza alguna actividad asociada con el bienestar, para el estrés

por pandemia, la depresión y/o sus dimensiones. Además, se encontraron diferencias de grupo según el nivel donde da clases para las dimensiones cognitivo-afectiva y somática de la depresión.

No se encontraron diferencias significativas según si trabaja como docente, pertenencia, si considera que el contexto de pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja, y la ubicación del sueldo, para el estrés por pandemia, la depresión y sus dimensiones.

Tabla 12

Diferencias de grupo según el género

Variable	Rango		U	Z	P
	Femenino (n=102)	Masculino (n=36)			
Dimensión somática	77,35	47,26	1035,5	-3,896	,000
Depresión global	75,18	53,42	1257	-2,812	,005
Estresores	63,53	43,31	877,5	-3,002	,003
Síntomas	68,08	32,60	513,5	-5,260	,000
Estrategias de afrontamiento	53,27	67,46	1021,5	,2,109	,035
Estrés por pandemia global	64,12	41,93	830,5	-3,285	,001

Nota: U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias significativas según el género, para la dimensión somática, la depresión global, las dimensiones del estrés por pandemia y su nivel global. Las personas de género femenino mostraron un nivel superior de estrés por pandemia, depresión y de las dimensiones mencionadas (excepto en las estrategias de afrontamiento) comparadas con los sujetos de género masculino.

Tabla 13*Diferencias de grupo según el estado civil*

Variable	Rango		U	Z	P
	Sin pareja	Con pareja			
	(n=78)	(n=60)			
Dimensión cognitivo-afectiva	78,26	58,12	1657	-2,941	,003
Dimensión somática	75,78	61,33	1850	-2,112	,035
Depresión global	77,67	58,88	1702,5	-,2742	,006
Estrés por pandemia global	65,19	48,33	1135	-2,718	,007

Nota: U de Mann-Whitney

Los resultados mostraron diferencias grupales en los niveles globales de estrés por pandemia, depresión y sus dimensiones cognitivo-afectiva y somática. En todos los casos, las personas sin pareja se mostraron más deprimidas y estresadas que las personas con pareja.

Tabla 14*Diferencias de grupo según si tiene hijos*

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí	No			
	(n=68)	(n=70)			
Dimensión cognitivo-afectiva	75,63	81,04	1572,5	-3,448	,001
Dimensión somática	60,52	78,22	1769,5	-2,610	,009
Depresión global	59,26	79,44	1684	-2,968	,003
Estrategias de afrontamiento	50,29	63,55	1237	-2,146	,032
Estrés por pandemia global	49,63	64,10	1203	-2,331	,020

Nota: U de Mann-Whitney

Se hallaron diferencias significativas según si tiene hijos, para la depresión global y sus dimensiones cognitivo-afectiva y somática, el estrés por pandemia global y

su dimensión estrategias de afrontamiento. En todos los casos, las personas sin hijos se mostraron más deprimidas y estresadas que los sujetos con hijos.

Tabla 15

Diferencias de grupo según si realiza horas extra

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí	No			
	(n=48)	(n=90)			
Dimensión somática	79,58	64,12	1676	-2,172	,030
Estrategias de afrontamiento	39,08	66,71	744	-4,232	,000

Nota: U de Mann-Whitney

Los resultados mostraron diferencias de grupos según si realiza horas extra, para para la dimensión estrategias de afrontamiento y somática. Quienes trabajan horas extra evidenciaron un mayor nivel de dimensión somática y menos estrategias de afrontamiento que quienes no las realizan.

Tabla 16

Diferencias de grupo según el ámbito de trabajo

Variable	Rango			H	gl	P
	Privado	Público	Ambos			
	(n=60)	(n=46)	(n=32)			
Depresión global	78,29	58,53	68,78	6,392	2	,041
Estrategias de afrontamiento	66,06	52,94	48,40	6,346	2	,042

Nota: H de Kruskal-Wallis

Se encontraron diferencias de grupos según el ámbito de trabajo, para para la dimensión estrategias de afrontamiento y la depresión global. Los docentes del ámbito privado se mostraron más deprimidos y con más estrategias de afrontamiento, mientras que los docentes del ámbito público fueron quienes mostraron menor depresión, y

quienes trabajan en ambos ámbitos fueron quienes mostraron menos estrategias de afrontamiento.

Tabla 17

Diferencias de grupo según el nivel donde da clases

Variable	Rango				H	gl	P
	Primario	Secundario	Universitario	Otro			
	(n=18)	(n=10)	(n=12)	(n= 11)			
Dimensión cognitivo-afectiva	31,56	32,10	19,50	18,45	9,434	3	,024
Dimensión somática	28,61	31,10	15,50	28,55	8,126	3	,043

Nota: H de Kruskal-Wallis

Existen diferencias grupales según el nivel donde da clases, para las dimensiones cognitivo-afectiva y somática de la depresión. Los docentes del nivel secundario se mostraron con mayor nivel de dichas dimensiones, mientras que quienes trabajan en otros ámbitos y en el nivel universitario fueron quienes evidenciaron menores niveles de dichas dimensiones.

Tabla 18

Diferencias de grupo según si su sueldo es sostén de familia

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí	No			
	(n=79)	(n=59)			
Síntomas	64,31	49,66	1201	-2,368	,018
Estrés por pandemia global	65	48,87	1159	-2,603	,009

Nota: U de Mann-Whitney

Los resultados mostraron diferencias significativas según si el sueldo es sostén de familia, para la dimensión Síntomas y el estrés por pandemia global. Quienes sostienen a su familia con su sueldo se mostraron más estresados y con más síntomas que quienes no deben sostener a su familia.

Tabla 19*Diferencias de grupo según si realiza alguna actividad asociada con el bienestar*

Variable	Rango		U	Z	P
	Sí	No			
	(n=96)	(n=42)			
Dimensión cognitivo-afectiva	60,89	89,19	1189	-3,836	,000
Dimensión somática	56,10	100,12	730	-5,973	,000
Depresión global	57,35	97,27	849,5	-5,406	,000
Estresores	48,12	74,85	786	-,4139	,000
Síntomas	46,83	77,24	690,5	-4,703	,000
Estrategias de afrontamiento	62,38	48,48	1119	-2,156	,031
Estrés por pandemia	49,68	71,96	901,5	-3,441	,001

Nota: U de Mann-Whitney

Se encontraron diferencias significativas según si realiza alguna actividad asociada al bienestar, para la depresión, el estrés por pandemia y sus dimensiones. Quienes no realizan ninguna actividad mostraron mayor depresión y estrés, y un mayor nivel de sus respectivas dimensiones (excepto en las estrategias de afrontamiento), comparados con quienes sí realizan alguna actividad asociada al bienestar.

6. DISCUSIÓN

Para brindar un cierre a la presente investigación, se cotejarán los resultados obtenidos con las hipótesis planteadas a inicios de este estudio. Los resultados serán analizados a la luz de la literatura citada a lo largo de la investigación. Luego se describirán tanto las limitaciones como las fortalezas del trabajo, previamente, se brindará alguna implicancia práctica que podrían tener los resultados obtenidos. Finalmente, se dará un cierre del trabajo proponiendo líneas de investigación a futuro.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el estrés por pandemia y la depresión en docentes y no docentes de escuelas de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires. Los resultados mostraron la existencia de relaciones significativas entre la depresión y el estrés por pandemia, y sus respectivas dimensiones. En todos los casos, las relaciones fueron positivas, excepto para las estrategias de afrontamiento, donde las relaciones con la depresión y sus dimensiones fueron negativas. De esta manera, la hipótesis que señala que, a mayor depresión, habría mayor nivel de estrés por pandemia y viceversa, en los docentes y no docentes de la Zona Oeste del Gran Buenos Aires, se corrobora.

Este estudio confirma hallazgos como el de Mendes Rodrigues et al. (2020), quienes encontraron relaciones directas entre el estrés y la depresión. Incluso, hay diferentes elementos involucrados en el estrés, los cuales llevaron a las definiciones de un estado emocional negativo que provoca emociones negativas, como la depresión (Kyriacou, 1990). A nivel mundial, el estrés es una de las razones que provoca depresión (García-Rivera et al., 2014; Reyes y Aguilar, 2015). Según la OIT (1996), a nivel mundial, los docentes padecen las dificultades provenientes del estrés y la depresión, siendo uno de los grupos laborales con más riesgo de vivenciar estrés o depresión (Chávez, 1998).

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de docentes y de sujetos con otras ocupaciones, para la depresión y el estrés por pandemia. De esta manera, las hipótesis de que los docentes mostrarán mayor nivel de depresión y de estrés por pandemia mayor que los no docentes, se refutan. Puede que el que no haya diferencias significativas se deba a que tanto docentes como personas de otras profesiones padecieron directa o indirectamente los efectos de la pandemia, y aunque no todas las profesiones puedan efectuarse virtualmente, las personas vivenciaron las consecuencias en otros ámbitos de su vida.

En adición, cabe destacar la gran cantidad de correlaciones y diferencias significativas encontradas entre la depresión y el estrés por pandemia, y las distintas variables sociodemográficas.

Al aumentar la edad, se reducen la depresión, sus dimensiones y viceversa. Al respecto, se puede señalar que la depresión se inicia en edades tempranas y disminuye significativamente el funcionamiento individual (Kessler et al., 2007), por lo que este estudio replica estos hallazgos.

Al aumentar la cantidad de hijos, se reducen el estrés por pandemia, las estrategias de afrontamiento, la dimensión cognitivo-afectiva, y viceversa. De esta forma, el tener hijos se configuraría como un factor protector frente al estrés ocasionado por la pandemia, aunque también sería responsable de prevenir los síntomas emocionales de la depresión.

Algo similar sucedería con la remuneración, la cual al incrementarse reduciría el nivel de la dimensión cognitivo-afectiva de la depresión y los síntomas del estrés por pandemia; y la antigüedad laboral, que al aumentar fomentaría las estrategias de afrontamiento y menos síntomas de la depresión. De esta manera, podría considerarse a la remuneración otro como un factor protector frente a las dimensiones de los constructos analizados.

A mayor cantidad de horas trabajadas, aumenta el estrés por pandemia y los síntomas. Sería esperable este resultado, ya que podría encontrarse una correlación entre el estrés en circunstancias previas a la pandemia, de “normalidad”, y el trabajar más horas.

Tal vez un elemento particularmente protector sería el nivel educativo, el cual se asocia a una mayor cantidad de estrategias de afrontamiento, un menor nivel de depresión global, de su dimensión somática, de estrés por pandemia, y sus dimensiones estresores, síntomas, y viceversa. Esta variable en particular sería una gran promotora de la salud, previniendo los efectos estresores de la pandemia y la depresión, tal vez al darle más herramientas a las personas para que puedan afrontar las dificultades.

Además, las personas de género femenino mostraron un nivel superior de estrés por pandemia, de depresión y de las dimensiones mencionadas (excepto en las estrategias de afrontamiento) por sobre los sujetos de género masculino. Diversos estudios (Lozano-Vargas, 2020; Mendes Rodrigues et al., 2020) mostraron la existencia de diferencias significativas en los niveles de estrés y depresión según el género, sucediendo principalmente en las mujeres.

Estudios como el de Santamaría et al. (2020) y Huarcaya-Victoria (2020) encontraron patologías de salud mental sobre todo en mujeres. La pandemia de COVID-19 provocó síntomas de estrés, ansiedad, depresión y hasta insomnio, principalmente en mujeres. El encierro incrementa la demanda de atención, lo que afecta principalmente a este género (CEPAL, 2020; Noticias ONU, 2020; OMS, 2020b; Wenham et al., 2020).

Incluso en condiciones de normalidad, el DSM-5 (2014) indica que, en las mujeres se da una mayor epidemiología del trastorno depresivo mayor. Las mujeres pueden padecer enfermedades depresivas por sobre los hombres, debiéndose al ritmo de vida, tornándolas propensas a enfermedades depresivas (Polaino, 1985). La depresión en mujeres es mayor que en hombres (Lai et al. 2020; Noticias ONU, 2020; Rodríguez,

2020; Wenham et al., 2020). El embarazo, el aborto y el posparto, así como los trastornos afectivos afectan a la mujer (Bleichmar, 1999; Campo & Herrera, 1996; Dirección General de Programas de la Salud de la Mujer, 2004; Llewellyn et al., 1997; Martínez, 2002).

Por otro lado, las personas sin pareja se mostraron más deprimidas y estresadas que las personas con pareja. Esto contradeciría el estudio de Polaino (1985), quien encontró que dos tercios de las personas internadas por depresión son mujeres, principalmente casadas.

Las personas sin hijos se mostraron más deprimidas y estresadas que los sujetos con hijos. Si se tiene en cuenta el hallazgo anterior, se podría considerar el hecho de que estar en soledad podría ser un factor generador de estrés y depresión contrariamente a lo que se podría considerar: que la pareja y los hijos podrían suponer una “carga” para el sujeto, por ende, generaría más estrés.

Quienes trabajan horas extra mostraron tener más nivel de la dimensión somática y menos estrategias de afrontamiento que quienes no las realizan. Esto demostraría que las horas extra trabajadas incrementarían los efectos que la depresión tendría en el cuerpo, mientras dejaría a la persona con menos recursos para afrontar el estrés generado por la pandemia.

Los docentes del ámbito privado se mostraron más deprimidos y con más estrategias de afrontamiento comparados con los docentes del ámbito público y de ambos entornos. Incluso aunque las condiciones de la escuela pública podrían ser más precarias que las de la escuela privada, los docentes privados fueron los más estresados. Esto explicaría que mostraran tener más estrategias de afrontamiento que sus pares del ámbito público.

Los docentes del nivel secundario se mostraron con mayor nivel de dimensiones cognitivo-afectiva y somática de la depresión. Tal vez esto se asociaría con las

características y la dificultad que muchas veces supone trabajar con adolescentes, quienes se rebelarían contra la autoridad, siendo un grupo de niños más “manejable” que uno de adolescentes.

Quienes tienen un sueldo que es sostén de familia se mostraron más estresados y con más síntomas que quienes no deben sostener a su familia. Esto también podría suponer algo esperado, ya que contarían con la responsabilidad de mantener económicamente a su familia, lo que supondría más estrés.

Finalmente, quienes no realizan ninguna actividad fueron las personas con más depresión y estrés, y con mayor nivel de sus respectivas dimensiones (excepto en las estrategias de afrontamiento), comparados con quienes sí realizan alguna actividad asociada al bienestar. En esta ocasión, quedaría en evidencia el rol protector que tienen las actividades de esparcimiento para prevenir las problemáticas de salud mental, como la depresión y el estrés.

De esta forma, se pueden apreciar la gran cantidad de factores que podrían afectar los constructos analizados en este estudio. En el mismo, se deja en evidencia que tanto docentes como no docentes habrían padecido las consecuencias del estrés por pandemia y la depresión en “situación” de pandemia. Quizás se podrían concluir que, aunque los docentes fueron una de las profesiones que pasaron a la virtualidad, las demás, incluso en presencialidad, habrían padecido los efectos de la pandemia y los cambios originados en la posterior “nueva normalidad”. Esto habría generado efectos en todas las personas, sean docentes o no.

Como fortaleza de este estudio, se puede mencionar el hecho de estudiar un constructo que, aunque no sería “novedoso”, estaría adaptado a una situación nueva y disruptiva, incluso estresante: la pandemia de COVID-19. Además, se realiza un aporte a la literatura local sobre los efectos de la depresión en este contexto tan particular. Asimismo, se analiza como las consecuencias de la pandemia afectan a los docentes en

una situación en la que debieron adaptarse a la virtualidad.

Como limitación, se encontraría lo relativamente novedoso de la pandemia, por lo que aun no se conocen los efectos a largo plazo sobre las consecuencias de la pandemia y la cuarentena en la salud mental de las personas. Quizás los hallazgos podrían limitarse al contexto de cuarentena y de clases virtuales, desconociéndose aun como continuará afectando a las personas en el futuro.

Finalmente, se recomendaría continuar estudiando las consecuencias de la pandemia en las personas en general, y particularmente en los docentes en la “nueva normalidad”, con una modalidad semipresencial y con protocolos. Sería interesante establecer los efectos del retorno a clases en el contexto post-pandemia. Además, futuros estudios deberían continuar determinando que variables sociodemográficas podrían ser las que más afecten a los docentes en este nuevo contexto. Por último, sería una buena idea realizar un estudio longitudinal para determinar cómo repercutiría la pandemia en la salud mental de las personas a mediano y largo plazo.

7. REFERENCIAS

- Almazán Gómez, A. (2020). "Covid-19: ¿Punto Sin Retorno de la Digitalización de la Educación?," *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9, 9–11
- American Institute of Stress (s.f.). Stress, Definition of Stress, Stressor, What is Stress? Eustress? <http://www.stress.org/topic-definition-stress.htm?AIS=a5bdb21b7469be835a2f7b00f48b67aa>.
- ANPE (2005). La ansiedad y la depresión amenazan a los profesores madrileños. *Comunidad Escolar. Periódico Digital de Información Educativa*, 23(770).
- Applegate, W. B. & Ouslander, J. G. (2020). COVID-19 presents high risk to older persons. *J Am Geriatr Soc*. doi: 10.1111/jgs.16426
- Área, M. y Adell, J. (2009). eLearning: Enseñar y aprender en espacios virtuales. En J. De Pablos (Coord.): *Tecnología Educativa. La formación del profesorado en la era de Internet* (pp. 391-424). Aljibe.
- Arellano, N. (2002). *Estrés*. http://www.quadernsddigitals.net/datos-web/emeroteca/nr_507/a-7061/7061.html
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ªed.). Editorial Médica Panamericana.
- Bao, W. (2020). COVID -19 and online teaching in higher education: A case study of Peking University. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(2), 113–115 doi: 10.1002/hbe2.191.
- Barraza Macías, A. (2020). *El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana*. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C.
- Barraza, A. (2006). Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 110-129.

- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Years Retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.368>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. John Wiley y Sons.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (19º ed.). Editorial Descleé de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R., y Brown, G. (2009). *Inventario de depresión de Beck: BDI-II*. Paidós.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beer, J. & Beer, J. (1992). Burnout and stress, depression and self-esteem of teachers. *Psychological reports*, 71(3), 1331-1336 <https://doi.org/10.2466/PRO.71.8.1331-1336>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., y Cruz, C. (2009). Diferencia de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32, 155-163.

- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Publica Mex*, 55(1), 74-80.
- DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342013000100011>
- Blase, J. J. (1986). A qualitative analysis of sources of teacher stress: Consequences for performance. *American Educational Research Journal*, 23(1), 13–40.
- <https://doi.org/10.3102/00028312023001013>
- Bleichmar, E. (1999). La depresión en la mujer. *Temas de Hoy*, 23-26.
- Boston Public Health Commission (2020). Como enfrentar al estrés debido al COVID-19. <https://www.bphc.org/whatwedo/infectiousdiseases/Infectious-Diseases-A-toZ/Documents/Coping%20Stress%20due%20to%20COVID19-SPANISH.pdf>
- Brenlla, M. E. y Rodríguez, C. M. (2009). Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). En A. Beck, R. Steer & G. Brown, *Inventario de depresión de Beck: BDI-II* (pp. 11-38). Paidós.
- Brooks, S., Webster, R., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg N., & Rubin, G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.
- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brumana, L. (2020). Presentación. En A. Castro, *Serie: los equipos de conducción frente al COVID-19: claves para acompañar y orientar a los docentes, las familias y los estudiantes en contextos de emergencia. Acompañar la tarea del equipo docente, las familias y los y las estudiantes en casa*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Cáceres-Piñaloza, K. F. (2020). “Educación virtual: Creando espacios afectivos, de convivencia y aprendizaje en tiempos de COVID-19,” *CienciAmérica*, 9(2), 38
- doi: 10.33210/ca.v9i2.284.

- Calderón, M. I. y Ceccarini, M. F. (2020). Trabajo docente en contextos de virtualidad.
https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/14811/5.-trabajo-docente-en-contextos-de-virtualidad-p.-39-48.pdf
- Calvete, E. y Villa, A. (1997). *Programa “Deusto 14-16”: II. Evaluación e intervención en el estrés docente*. Mensajero.
- Calvillo Cortés, A. B. (2010). *Luz y emociones. Estudio sobre la influencia de la iluminación urbana en las emociones; tomando como base el diseño emocional* [Tesis de doctorado, Universitat Politècnica de Catalunya].
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/6138/TABCC1de1.pdf;jsessionid=4C5F28B10EB5313873FAC69845FFF332?sequence=1>
- Campo, F. y Herrera F. K. (1996). *Climaterio y depresión. Salud mental*. Trillas.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287(112934). doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934
- Castro Velandrez, P. P. (2008). *El estrés docente en los profesores de escuela pública* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/1100>
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., & Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nurs*, 22, 398-406. DOI: 10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x
- Ceballos, N. (2020). El efecto del aislamiento social por el Covid-19 en la conciencia emocional y en la comprensión lectora. Estudio sobre la incidencia en alumnos con trastornos de aprendizaje y menor acceso a las nuevas tecnologías. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 1–13

- Centers for Disease Control and Prevention (2020). Mental Health and Coping During COVID-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prepare/managing-stress-anxiety.html>
- Chan, D. W. & Hui, E. K. P. (1998). Stress support and psychological symptoms among guidance and non guidance secondary school teachers in Hong Kong. *Sehoci Psychology International*, 19(2), 169-178.
<https://doi.org/10.1177/0143034398192005>
- Chávez, E. (1998). *Trastornos depresivos*. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.
- Cimadevilla, G. (2020). *Interrogantes en tiempos de educación virtual. Question/Cuestión, Informe Especial Incidentes III*. Instituto de Investigaciones en Comunicación, Universidad Nacional de La Plata.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe*.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45335-la-pandemia-covid-19-profundiza-la-crisis-cuidadosamerica-latina-caribe>
- Comité Permanente entre Organismos (2020). Nota informativa sobre la atención de la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de COVID-19, Versión 1.2.
<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/briefing-note-about>
- Contreras Romero, G. J., Veytia López, M., y Huitrón Bravo, G. (2009). Detección del trastorno depresivo en profesores universitarios. *Psicología y Salud*, 19(1), 133-139 <https://doi.org/10.25009/pys.v19i1.653>
- Cora Friciello, A. (2018). *Artículo de revisión: “La depresión: un acercamiento desde el modelo cognitivo de Beck”* [Tesis de grado, Universidad de la República Uruguay].
<https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/ar>

titulo_revision_la_depresion_un_acercamiento_desde_el_modelo_cognitivo_de_beck.pdf

- Cordeiro, J. A., Guillén, C. I., y Gala, F. J. (2003). Prevalencia del síndrome de burnout en los maestros. Resultados de una investigación preliminar. *Psicología.Com*, 7, 1.
- Dar, K., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.017>
- De Luca, M. P. (2020). *Las aulas virtuales en la formación docente como estrategia de continuidad pedagógica en tiempos de pandemia. Usos y paradojas*. Fundación Análisis Carolina. Serie Formación Virtual. Publicación 33/2020.
- Del Pozo Armentia, A. (2000). Repercusiones de la depresión de los docentes en el ámbito escolar. *Revista Complutense de Educación*, 11(1), 85-103
- Dirección General de Programas de Salud de la Mujer (2004). *Servicios de salud mental*. <http://www.proyectopv.org/1-verdad/nidovacio.htm>
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (1981). Life stress and illness: formulation of issues. En B. S. Dohrenwend & B. S. Dohrenwend (Eds.), *Stressful life events and their context*. Rutgers University Press.
- Dohrenwend, B. S., Krasnoff, L., Askenay, A. R., & Dohrenwend, B. P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: the PERI Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 205-229. <https://doi.org/10.2307/2136536>
- Dong, M., & Zheng, J. (2020). Letter to the editor: Headline stress disorder caused by Netnews during the outbreak of COVID-19, *Health Expect*, 23(2): 259–260 doi: 10.1111/hex.13055

- Dong, X. C., Li, J. M., Bai, J. Y., Liu, Z. Q., Zhou, P. H., Gao, L., Li, X. Y., & Zhang, Y. (2020). Epidemiological characteristics of confirmed COVID-19 cases in Tianjin. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 41, 638-42. doi: 10.3760/cma.j.cn112338-20200221-00146.
- Dosil Santamaría, M., Ozamiz-Etxebarria, N., Redondo Rodríguez, I., Jaureguizar Alboniga-Mayor, J., y Picaza Gorrotzategi, M. (2020). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment* doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004
- Dunham, J. (1990). Personal, interpersonal and organizational re-sources for coping with stress. En M. Cole & S. Walker (Eds.), *Teaching and stress* (pp. 118-134). Open University Press.
- Eckman, P. (1977). Biological and Cultural contributions to body and facial movement. En I. Blacking (Ed.): *The anthropology of the body*. Academic Press.
- Everly G. S. (1978). *A clinical guide to treatment of the human stress response*. Plenum press.
- Failache, E. (2020). La educación en tiempos de pandemia. Y el día después. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(9).
- Finocchiaro, F. (2020). *La importancia del principio de orden material para la gestión de aulas virtuales en contexto de pandemia*. ADENAG Virtual - Jornadas #1 “Aprendizaje innovación y cambio en las organizaciones”.
- Fisher, S. (1986). *Stress and Strategy*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Flores Canales, V. H. (2007). *Estrés laboral* [Tesis de grado, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].
<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/1750/Estr%C3%A9s%20laboral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal and Health and Social Behavior*, 21, 219-239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Cómo los adolescentes pueden proteger su salud mental durante el coronavirus (COVID-19). 6 estrategias para adolescentes que enfrentan una nueva normalidad (temporal)*. <https://uni.cf/2THylH1>
- Gallagher, C., Watt, M., Weaver, A., & Murphy, K. (2017). "I fear, therefore, I shop!" exploring anxiety sensitivity in relation to compulsive buying. *Personality and Individual Differences*, 104, 37-42. DOI: 10.1016/j.paid.2016.07.023
- García-Rivera, B., Maldonado-Radillo, S., y Ramírez, M. (2014); Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica*, 11(1), 65-73. doi: <https://doi.org/10.18774/448x.2014.11.128>
- Godoy, M. E. y Campoverde, B. J. (2016). Análisis comparativo sobre la afectividad como motivadora del proceso enseñanza-aprendizaje. Casos: Argentina, Colombia y Ecuador. *Sophia*, 12(2), 217-231. <http://dx.doi.org/10.18634/sophiaj.12v.2i.227>
- Goleman, D. (1997). *Inteligencia emocional*. Ed. Kairos.
- Gómez González, B. y Escobar, A. (2002). Neuroanatomía del estrés. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 3(5), 273-282.
- González González, C. A. (2018). *Estrés laboral en docentes de la primera infancia* [Tesis de grado, Corporación Universitaria Minuto de Dios]. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/handle/10656/6388/TPED_GonzalezGonzalezCharleneAndrea_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Gotardo, R. (2020). El rol docente en épocas de pandemia. Trabajar desde la errancia y haciendo posible lo imposible. <https://www.fcedu.uner.edu.ar/wp-content/uploads/2020/07/pensar-el-rol-docente-en-la-pandemia.-RIT A-GOTARDO.pdf>
- Guerrero, E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. (Asociación para la investigación y el desarrollo educativo en Extremadura).
<http://www.aidex.es/estres/articuloseloisa/eloisa2.htm>
- Gutiérrez García, J. M. (2005). Eustrés, el antídoto (I). *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, 19, 8-10
- Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4º ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Hirnas, C. y Cisternas, T. (2020). *Resignificando la escuela en el contexto de pandemia*. Organización de Estados Iberoamericanos y Redfforma.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychomatic research*, 11, 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 37(2), 327-34. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Iglesias, J., Loechez, A., y Serrano, J. (1989). Expresión facial y reconocimiento de emociones en lactantes. *Infancia y Aprendizaje*, 12(48), 93-113 DOI: 10.1080/02103702.1989.10822251
- Instituto de Investigaciones y Estadísticas. Asociación Gremial del Magisterio de Entre Ríos (2020). Condiciones de trabajo docente en el contexto del aislamiento

social, preventivo y obligatorio dispuesto por el gobierno nacional.

<https://agmer.org.ar/index/wp-content/uploads/2020/05/Resultados-de-la-encuesta-sobre-condiciones-de-trabajo-docente-en-cuarentena-IIE-AGMER-2020.pdf>

Jaoul, D. y Kovess, D. (2000). El burnout en los docentes. *IntraMed*.

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Giorolamo, G., Guzman, S., Gureje, O., Haro, J. M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Stein, D. J., Adley Tsang, C. H., Aguilar-Gaxiola, S., ... Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.

Kyriacou, C. P. (1990). The molecular ethology of the period gene in *Drosophila*. *Behav. Genet.* 20, 191--211. FlyBase ID. FBrf0051188

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3). DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 1-24. DOI: 10.1007/s10567-006-0013-1

Lazarus, R. S. & Cohen, J. B. (1977) *Environmental stress*. New York.

Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao. España: Desclée de Brouwer.

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

- Llewellyn, M., Stowe, N., & Nemeroff, B. (1997). Depression during pregnancy and the puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 26-32.
- Lozano-Vargas, A. (2020). Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr*, 83(1), 51-56 <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
- Mailizar, A., Almanthari, S., Maulina, S., & Bruce, S. (2020). Secondary school mathematics teachers' views on e-learning implementation barriers during the COVID-19 pandemic: The case of Indonesia. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 16(7) doi: 10.29333/EJMSTE/8240.
- Martens, R. (1982). *Imagery in sport*. Paper presented at the conference on Medical and Scientific Aspects of Elitism in Sport. Brisbane, Australia.
- Martín, C. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Icaria Editorial.
- Martínez, E. y Díaz, D. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 10(2).
- Martínez, H., Rodríguez, L. A., y Cobeña, K. G. (2019). Estrés laboral en los docentes psicosociales prevalentes. *Revista Cognosis. Revista de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación*, 4(1), 83-98. doi: 10.33936/cognosis.v4i1.1822
- Martínez, V. (2002). Psicología para padres y profesionistas. *Psicopedagogía.Com*.
- Mason J. W. (1968), Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 30, 565-808.
- McEwen, B. S. T. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189. DOI: 10.1016/S0006-8993(00)02950-4
- MEDSCAPE. Impacto de la COVID-19 en la salud mental (2020). https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905131#vp_1

- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés! Safeliz.*
- Mendes Rodrigues, L. T., Campelo Lago, E., Aparecida Pinheiro Landim Almeida, C., Pires Ribeiro, I., y Vasconcelos Mesquita, G. (2020). Estrés y depresión en docentes de una institución pública de Enseñanza. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería. Enfermería Global*, 57, 209-220 DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.19.1.383201>
- Ministerio de Salud de Chile (2006). *Guía Clínica. Serie Guías Clínicas MINSAL N° XX.* Autor.
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., y Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. doi: 10.29375/01237047.3890
- Muñoz-Fernández, S. I., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., y Esquivel-Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex.*, 41(1), 127-136.
- Murray, C. J. L. & López, A. D. (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Harvard University Press, World Health Organization and The World Bank.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190 DOI: 10.15517/revedu.v33i2.511
- Noticias ONU. (2020, 27 de marzo). El coronavirus golpea tres veces a la mujeres: por la salud, por la violencia doméstica y por cuidar de los otros. *Noticias ONU.* <https://news.un.org/es/story/2020/03/1471872>

- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. International Thompson Editores.
- Ocaña Méndez, M. C. (1998). Síndrome de Adaptación General. La naturaleza de los estímulos estresantes. *Escuela Abierta*, 2, 41-50
- Oficina Internacional del Trabajo. (1996). *La prevención del estrés en el trabajo*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2020). Coalición Mundial para la Educación COVID-19.
<https://es.unesco.org/covid19/globaleducationcoalition>
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. Médica- Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2020a). Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19.
<https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Organización Mundial de la Salud (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://www.who.int/publications-detail/mental-healthand-psychosocial-considerations-during-the-covid-19-outbreak>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. Organización Panamericana de la Salud.

- Organization for Economic Co-operation and Development (2020). A framework to guide an education response to the COVID-19 Pandemic of 2020
https://www.hm.ee/sites/default/files/framework_guide_v1_002_harward.pdf
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad. Saúde Pública*, 36(4), 1-10 doi: 10.1590/0102-311X00054020
- Paolasso, A. (1998). *Estrés – Distrés*.
- Pedraz-Petrozzi, B., Arévalo-Flores, M., Krüger-Malpartida, H., y Anculle-Arauco, V. (2020). Traducción, adaptación y validación por expertos del Índice de Distrés Peri-traumático relacionado a la enfermedad por coronavirus 2019 (CPDI) para su uso en el Perú (Preimpresión / Versión 1).
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/165>
- Pérez, J. (2018). *Evaluación de factores de riesgo psicosocial y estrés laboral de los docentes de la facultad de ingeniería y arquitectura de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto, 2017* [Tesis de Maestría, Universidad Peruana Unión].
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1438/Jackson_tesis_Maestro_2018.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Picón, G. A., González de Caballero, G. K., y Paredes Sánchez, J. N. (2020). Desempeño y formación docente en competencias digitales en clases no presenciales durante la pandemia COVID-19. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/778/1075/1115>
- Polaino, A. (1985). *La depresión*. Martínez Roca.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID 19 en la

- salud mental asociadas al aislamiento social. *Scielo Preprints*, 1-21 DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303
- Ramos-Huenteo, V., García-Vásquez, H., Olea-González, C., Lobos-Peña, K., y Sáez-Delgado, F. (2020). Percepción profesor respecto al trabajo pedagógico durante la COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2). <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.325>
- Rivadeneira, C., Dahab, J., y Minici, A. (2013). El modelo cognitivo de la depresión. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, 22, 1-6
- Rodríguez, C. (2020). Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. *JONNPR*, 5(6), 1-6. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3662>
- Sánchez, A. y Vázquez, C. (2012). Sesgos de Atención Selectiva como Factor de Mantenimiento y Vulnerabilidad a la Depresión: Una Revisión Crítica. *Terapia Psicológica*, 30(3), 103-117. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300010>
- Sandoval, J. y Unda, S. (2004). *Síndrome de desgaste profesional en profesores de bachillerato del Estado de México*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schonfeld, I. S. (1992). Assessing stress in Teachers: depressive symptoms scales and neutral self-report work work environment. En Murphy, L. R. *Stress and well-being at work* (pp. 271). APA.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw Hill.
- Selye, H. (1974). The evolution of the stress concept. *American Scientist*, 61, 692-699. DOI:[https://doi.org/10.1016/0002-9149\(70\)90796-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(70)90796-4)
- Selye, H. A. (1936). Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138(32). <https://doi.org/10.1038/138032a0>
- Sheu, J, & Kuo, H. (2020). Dual speculative hoarding: A wholesaler-retailer channel behavioral phenomenon behind potential natural hazard threats. *International*

Journal of Disaster Risk Reduction, 44, 1014-30

<https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2019.101430>

Sieglin, V. y Ramos Tovar, M. E. (2007). Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. *Revista Mexicana de Sociología*, 69, 518-550

<http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2007.003.6104>

Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires (2020).

Educación y trabajo docente en tiempos de pandemia.

[https://www.suteba.org.ar/download/educacin-y-trabajo-docente-en-tiem pos-de-pandemia-84636.pdf](https://www.suteba.org.ar/download/educacin-y-trabajo-docente-en-tiem-pos-de-pandemia-84636.pdf)

Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Theoharides, T. C. (2020). Stress, inflammation, and autoimmunity: the 3 modern erinyes. *Clinical Therapeutics*, [https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(20\)30188-0/pdf](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(20)30188-0/pdf)

Urzúa, A., Vera-Villaruel, P., Caqueo-Úrizar, A., y Polanco-Carrasco, R. (2020). La Psicología en la prevención y manejo del COVID-19. *Aportes desde la evidencia inicial. Terapia Psicológica*, 38(1), 103-118.

Vega, M. C., Rodríguez, B., y Arenal, T. (2019). Estresores académicos percibidos por estudiantes del grado de enfermería en una universidad española. *Revista Enfermería Castilla y León*, 11(1), 16-21.

Vihervaara, A., Mahat, D. B., Himanen, S. V., Blom, M., Lis, J. T., y Sistonen, L.

(2020). Stress-induced transcriptional memory accelerates promoter-proximal pause-release and decelerates termination over mitotic divisions. 576959; doi:10.1101/576959

- Villafuerte Holguín, J.S., Bello Piguave, J. E., Pantaleón Cevallos, Y. y Bermello Vidal, J. O. (2020). Rol De Los Profesores Ante La Crisis Del Covid-19, Una Mirada Desde El Enfoque Humano. *REFCalE*, 8(1), 134–150.
- Wade, T. J., Cairney, J., & Pvalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(2), 190-198. <https://doi.org/10.1097/00004583-200202000-00013>
- Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848 DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30526-2
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet. Psychiatry*, 7(3), 228–229. doi:10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
- Zorrilla Hidalgo, A. M. (2017). *Estrés en la profesión docente: estudio de su relación con posibles variables laborales y de contexto* [Tesis inédita de doctorado, Universidad de Sevilla].
<https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/65269/tesisV5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zuñiga-Jara, S. y Pizarro-León, V. (2018). Mediciones de estrés laboral en docentes de un colegio público regional chileno. *Información Tecnológica*, 29(1), 171-180. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-07642018000100171>

8. ANEXOS

8.1. Instrumento de recolección de datos

Tesis de grado "Estrés por pandemia y Depresión en docentes"

Mi nombre es Gabriel Picone, soy estudiante de 5º año de la carrera de psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Lo invito a colaborar en mi tesis de grado, en la que se estudia el estrés por pandemia y la depresión en docentes. Se le solicitará completar un protocolo digital, lo cual le demorará aproximadamente 20 minutos. Su participación es voluntaria. La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos, se mantendrá la confidencialidad en todo momento. Los resultados de la investigación serán utilizados sólo para fines académicos. No se le brindará devolución alguna de los mismos y podrá retirarse en cualquier momento del estudio. Ante cualquier duda puede contactarse con Gabriel Picone a la siguiente dirección de e-mail: picone.gabriel@gmail.com

No hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ninguna pregunta y responder todo el cuestionario. Muchas gracias por su participación.

Acepto participar voluntariamente de la investigación:

☐ 1. Si

☐ 2. No

E-mail: _____

P.1) Datos sociodemográficos:

a. Edad: _____ años.

b. Género:

☐ 1. Masculino

☐ 2. Femenino

☐ 3. Otro

Especifique: _____

c. Estado civil:

☐ 1. Soltero/a

☐ 2. Convive/pareja de hecho

☐ 3. Casado/a

☐ 4. Separado/a

☐ 5. Divorciado/a

☐ 6. Viudo/a

d. ¿Tiene hijos?

☐ 1. Si ☐ 2. No

d.1. Si contestó Sí en la pregunta anterior, indique la cantidad de hijos: _____

e. Zona de residencia:

1. Ciudad de Buenos Aires ☐ Indicar barrio _____

2. Gran Buenos Aires ☐ Indicar localidad _____

f. ¿Trabaja como docente? 1. Sí ☐ 2. No ☐

f.1. Si respondió NO, indique su ocupación: _____

f.2. Cantidad de horas que trabaja semanalmente: _____

g. ¿Trabaja por turnos? 1. Sí ☐ 2. No ☐

g.1. ¿Realiza horas extras? 1. Sí ☐ 2. No ☐

g.2. Si respondió Sí en la pregunta anterior, ¿cuántas a la semana? _____

h. Remuneración que recibe por su trabajo mensualmente:

☐ 1. Hasta \$10000

☐ 2. De \$11000 a \$20000

☐ 3. De \$21000 a \$30000

☐ 4. De \$310000 a \$40000

☐ 5. De \$41000 a \$50000

☐ 6. Más de \$51000

i. ¿Cuántos años hace que trabaja? (EN CASO DE SER DOCENTE, INDIQUE LA CANTIDAD DE AÑOS QUE TRABAJA COMO DOCENTE): _____

j. Ámbito de trabajo:

☐ 1. Privado

☐ 2. Público

☐ 3. Ambos

j.1. Tipo de relación laboral:

☐ 1. Titular/Estable

☐ 2. Temporario/Provisional

☐ 3. Pasante/Aprendiz

☐ 4. Interino/Suplente

☐ 5. Otra Especifique: _____

j.2. Pertenece a:

☐ 1. Asociación Profesional

☐ 2. Gremio

☐ 3. Ninguna

☐ 4. Otra Indique: _____

j.3. ¿Considera que el contexto de pandemia afectó la cantidad de horas que trabaja?

☐ 1. Sí, aumentó

☐ 2. Sí, disminuyó

☐ 3. No

Si no es docente, continúe en la pregunta "Su sueldo, ¿es sostén de familia?"

k. Nivel donde da clases: ☐ 1. Primario

☐ 2. Secundario

☐ 3. Terciario

☐ 4. Universitario

☐ 5. Otro Indique: _____

k.1. ¿Tiene algún otro trabajo además de la docencia? 1. Sí ☐ 2. No ☐

k.2. Si contestó Sí, indique cual: _____

k.3. ¿Qué fue lo que más le costó realizar como docente en contexto de pandemia?

k.4. ¿Qué considera que fue lo que más le costó a los alumnos?

l. Su sueldo, ¿Es sostén de familia?

1. Sí ☐ 2. No ☐

l.1. Si respondió Sí:

- ☐ 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: _____

m. ¿Cuál es su máximo nivel de educación alcanzado?

- ☐ 1. Primario incompleto
- ☐ 2. Primario completo
- ☐ 3. Secundario incompleto
- ☐ 4. Secundario completo
- ☐ 5. Terciario incompleto
- ☐ 6. Terciario completo
- ☐ 7. Universitario incompleto
- ☐ 8. Universitario completo

m.1. Si tiene estudios terciarios o universitarios completos, indique el título que le fue otorgado:

n. ¿Toma actualmente alguna medicación psiquiátrica prescrita?

☐ 1. Si ☐ 2. No

n.1. Si respondió Sí en la pregunta anterior, indique cuál/es: _____

o. ¿Realiza alguna actividad que asocia a su bienestar? ☐ 1. Si ☐ 2. No

o.1. Si contestó Sí, indique cuál: _____

P.2.) Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (Cambios en el apetito).

1- Tristeza	
0- No me siento triste.	
1- Me siento triste gran parte del tiempo.	
2- Me siento triste todo el tiempo.	
3- Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	
2- Pesimismo	
0- No estoy desalentado respecto de mi futuro.	
1- Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.	
2- No espero que las cosas funcionen para mí.	
3- Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.	
3- Fracaso	
0- No me siento un fracasado.	
1- He fracasado más que de lo que hubiera debido.	
2- Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.	
3- Siento que como persona soy un fracaso total.	

4- Pérdida de placer	
0- Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.	
1- No disfruto de las cosas tanto como solía hacerlo.	
2- Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.	
3- No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	
5- Sentimiento de culpa	
0- No me siento particularmente culpable.	
1- Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber.	
2- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.	
3- Me siento culpable todo el tiempo.	
6- Sentimientos de Castigo	
0- No siento que este siendo castigado.	
1- Siento que tal vez pueda ser castigado.	
2- Espero ser castigado.	
3- Siento que estoy siendo castigado.	
7- Disconformidad con uno mismo.	
0- Siento acerca de mí lo mismo que siempre.	
1- He perdido la confianza en mí mismo.	
2- Estoy decepcionado conmigo mismo.	
3- No me gusto a mí mismo.	
8- Autocrítica	
0- No me critico ni me culpo más de lo habitual.	
1- Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	
2- Me critico a mí mismo por todos mis errores.	

3- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	
9- Pensamientos o deseos suicidas	
0- No tengo ningún pensamiento de matarme.	
1- He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	
2- Querría matarme.	
3- Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	
10- Llanto	
0- No lloro más de lo que solía hacerlo.	
1- Lloro más de lo que solía hacerlo.	
2- Lloro por cualquier pequeñez.	
3- Siento ganas de llorar pero no puedo.	
11- Agitación	
0- No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	
1- Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	
2- Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	
3- Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	
12- Pérdida de interés	
0- No he perdido el interés en otras actividades o personas.	
1- Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	
2- He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	
3- Me es difícil interesarme por algo.	
13- Indecisión	
0- Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	
1- Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	

2- Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	
3- Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	
14- Desvalorización	
0- No siento que yo no sea valioso.	
1- No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	
2- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	
3- Siento que no valgo nada.	
15- Pérdida de energía	
0- Tengo tanta energía como siempre.	
1- Tengo menos energía que la que solía tener.	
2- No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	
3- No tengo energía suficiente para hacer nada.	
16- Cambios en los hábitos de sueño	
0- No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	
1a- Duermo un poco más que lo habitual.	
1b- Duermo un poco menos que lo habitual.	
2a- Duermo mucho más que lo habitual.	
2b-. Duermo mucho menos que lo habitual.	
3a- Duermo la mayor parte del día.	
3b- Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	
17- Irritabilidad	
0- No estoy más irritable que lo habitual.	
1- Estoy más irritable que lo habitual.	
2- Estoy mucho más irritable que lo habitual.	
3- Estoy irritable todo el tiempo.	

18- Cambios en el apetito	
0- No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	
1a- Mi apetito es un poco menor que lo habitual.	
1b- Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.	
2a- Mi apetito es mucho menor que antes.	
2b- Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.	
3a- No tengo apetito en absoluto.	
3b- Quiero comer todo el tiempo.	
19- Dificultad de concentración	
0- Puedo concentrarme tan bien como siempre.	
1- No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	
2- Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	
3- Encuentro que no puedo concentrarme en nada.	
20- Cansancio o fatiga	
0- No estoy más cansado que lo habitual.	
1- Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.	
2- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	
3- Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	
21- Pérdida de interés en el sexo	
0- No he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo.	
1- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	
2- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.	
3- He perdido completamente el interés en el sexo.	

P.3) Sección estresores

A continuación, se presentan una serie de aspectos que, en mayor o menor medida, suelen estresar a las personas en este periodo de cuarentena o jornada de distanciamiento social. Responda señalando qué tanto lo estresa cada uno de esos aspectos tomando en consideración la siguiente escala de valores:

¿Qué tanto lo estresa?:

	Nunca					Mucho
1.- Que algún miembro de la familia se contagie y no sea atendido adecuadamente.	0	1	2	3	4	5
2.- Que nuestro sistema de salud colapse.	0	1	2	3	4	5
3.- Desarrollar los síntomas y tener que visitar el hospital.	0	1	2	3	4	5
4.- Que los hospitales no tengan los recursos para atender a los enfermos.	0	1	2	3	4	5
5.- El saber que no hay exactamente un medicamento o vacuna que lo cure.	0	1	2	3	4	5

Sección síntomas (reacciones)

P.4) A continuación, se presentan una serie de reacciones que, en mayor o menor medida, suelen presentarse en algunas personas cuando están estresadas. Responda señalando qué tanto se te presenta cada una de estas reacciones cuando está estresado, tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

¿Qué tanto se le presentan las siguientes reacciones cuando está estresado?:

	Nunca					Mucho
6.- Angustia	0	1	2	3	4	5
7.- Incertidumbre	0	1	2	3	4	5
8.- Falta de sueño	0	1	2	3	4	5
9.- Tristeza	0	1	2	3	4	5
10.- Ansiedad	0	1	2	3	4	5

Sección estrategias de afrontamiento

P.5) A continuación, se presentan una serie de acciones que, en mayor o menor medida, suelen utilizar algunas personas para enfrentar su estrés. Responda qué tanto utiliza cada una de estas acciones para enfrentar su estrés tomando en consideración la misma escala de valores del apartado anterior.

¿Qué tanto utiliza cada una de estas acciones para enfrentar su estrés?:

	Nunca					Mucho
11.- Seguir las recomendaciones de la autoridad de salud.	0	1	2	3	4	5
12.- Lavarse continuamente las manos.	0	1	2	3	4	5

	Nunca					Mucho
13.- Tener el menos contacto posible con las personas.	0	1	2	3	4	5
14.- Realizar actividades laborales en línea.	0	1	2	3	4	5
15.- Informarme en fuentes confiables.	0	1	2	3	4	5

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!