# I. INTRODUCCIÓN

## 1. Descripción General

En la actualidad, el mundo en el que habitamos se vive más de prisa, con constantes cambios y en donde el estrés ha aumentado considerablemente, trayendo esto consigo el que las personas se sientan desorientadas y en determinado momento puedan llegar a desarrollar diversas enfermedades tanto físicas como psicológicas. Asimismo se ha podido observar que el afrontar el estrés de una manera inadecuada, puede traer consecuencias devastadoras. En los años 70's Alvin Toffler hacía referencia a las consecuencias del estrés en su libro "El Shock del Futuro", hablando de cómo en un algún momento no tan lejano las personas sufrirían una brusca colisión, refiriéndose al shock del futuro como "un fenómeno del tiempo, un producto del ritmo enormemente acelerado del cambio en la sociedad, lo cual traía consigo una desorientación vertiginosa por la llegada prematura del mismo y se consideraba la enfermedad más grave del mañana (Toffler, A. 1970).

En este libro, al igual, se mencionaba cómo, a menos que se tomaran medidas inteligentes para combatir esta enfermedad, millones de seres humanos se sentirían cada vez más desorientados progresivamente y serían incapaces de actuar de un modo racional dentro de su medio, lo cual podía comenzar a observarse tras las manifestaciones de angustia, neurosis colectiva, irracionalidad y violencia en la gente.

En la actualidad se pude observar cómo dentro de las empresas e instituciones, se dan cambios constantes y se avanza a un ritmo muy rápido, lo cual trae consigo el que los trabajadores se enfrenten a situaciones que en ocasiones les son difíciles de manejar y esto trae consigo el que el empleado se sienta tensionado y presionado ante los acontecimientos que se le presentan. Asimismo, se pude observar cómo la cantidad de trabajo muchas veces supera la capacidad de los empleados, lo cual genera una sobrecarga y se vuelve una fuente de estrés importante en la persona.

Estudios recientes han encontrado que el estrés es una de las principales preocupaciones en el ámbito académico, así como una de las principales causas por las cuales los maestros enferman constantemente y abandonan la profesión. Un artículo publicado en el 2005 por el “Irish Times” indica que el 37% de los profesores señalaban al estrés y la ansiedad como la principal causa por la cual se ausentaban de clases, así como un 82% no había recibido un entrenamiento para el manejo del estrés, ni conocía sus consecuencias (Downes, 2005).

Asimismo, en Septiembre del 2006 se llevó a cabo un estudio en China a nivel nacional, el cual pretendía encontrar los principales conflictos ante los cuales se enfrentaban los maestros. En dicha investigación se pudo ver que los maestros estaban preocupados por su salud, ya que su condición física había disminuido

considerablemente, debido a la carga de trabajo que se les asignaba (Kexian y Hao, 2006).

Por otra parte, al igual que el estrés, la depresión ha aumentado entre adultos y adolescentes. En el 2000 la Organización de Salud Mundial “World Health Organization”, señaló que la depresión es la causa principal de ausencia al trabajo, lo cual trae consigo un fuerte impacto económico y de productividad en el ámbito laboral (Shields, 2006). Asimismo, se ha podido observar un alto índice de depresión en la profesión docente, una investigación realizada en Canadá en el 2004 muestra que una gran parte de los maestros sufrían depresión, lo cual ocasionaba que presentaran problemas de salud física y mental (Harvey, 2004).

Considerando lo anterior, el objetivo general de esta investigación, es analizar la relación que existe entre el grado de estrés y manifestaciones de depresión, en los maestros de una Institución Educativa de nivel medio.

## 2. Estrés

### 2.1 Definición de Estrés

Los orígenes y la etimología de la palabra estrés se remontan al latín *stringere*, el cual significa oprimir, apretar, tensión o provocación de la tensión. Asimismo en francés el término se refiere a estrechar, a un sentimiento de abandono o soledad o de impotencia (González y González, 2005).

En 1966, Lazarus sugirió el término estrés como un término utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal (Lazarus y Folkman, 1986). Sin embargo, el término estrés fue introducido por el médico fisiólogo Hans Seyle en el año de 1976, definido como "aquella respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda, sea cual sea, física, psicológica o emocional, sin importar si ésta es buena o mala (Bensabat, 1987), refiriéndose a las reacciones ante estímulos tanto psíquicos como físicos, involucrando procesos normales de adaptación o *eustress*, así como anormales o *distress* (Monat y Lazarus, 1991).

Otra definición se refiere al estrés como cualquier exigencia que produce un estado de tensión o amenaza y que exige un cambio de adaptación (Morris, 1992). Por otro lado, para Lazarus y Folkman (1986), el estrés es una relación particular entre el individuo y el entorno, siendo, éste último, evaluado por el sujeto como amenazante y por lo tanto peligroso para su bienestar. Así mismo, enfatizan dos procesos básicos relacionados con las manifestaciones de estrés, las cuales son la evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento.

En sí, la palabra "estrés" ha sido utilizada en diversos escritos a lo largo del tiempo, los cuales han sido tanto literarios como científicos. En ocasiones, este término ha sido definido como una característica que depende exclusivamente del entorno que rodea al sujeto, diferenciando las circunstancias que producen

mayor tensión de aquellas que resultan más relajantes y tranquilizadoras. En este sentido, se distinguen aquellos trabajos que resultan estresantes, de situaciones insoportables, de acontecimientos catastróficos, entre otros. Por otro lado, hay definiciones que tienen que ver con la reacción que tiene un individuo sometido a acontecimientos amenazantes, dentro de las cuales se habla de los cambios tanto psicológicos como fisiológicos y conductuales que sufre el individuo (Oceano, s/a).

## 2.2 Tipos de Estresores

Selye define estresor como aquél agente o demanda que produce la respuesta del estrés. Los factores estresantes no sólo son eventos físicos sino también psicológicos (Citado en Monat y Lazarus, 1991). Para Coon, un estresor es una condición o acontecimiento en el ambiente que desafía o amenaza a una persona (Coon, 1998).

La exposición a estresores puede afectar a las personas de innumerables maneras. Estos efectos pueden ser tanto físicos como psicológicos y sociales, y pueden ser sutiles o dramáticos, y ocurrir inmediatamente o manifestarse dentro del transcurso de la vida (Barnett, Biener y Baruch, 1987).

Existe una propuesta hecha por el “Psychosocial Assets and Modifiers of Stress” (Lazarus y Folkman, 1986), la cual menciona 4 tipos diferentes de estresantes, entre los cuales se encuentran:

*Estresantes agudos*, los cuales se caracterizan por suceder en un momento limitado de tiempo, por ejemplo saltar de un paracaídas.

*Secuencias estresantes*, las cuales, como su nombre lo dice, son una serie de acontecimientos que ocurren durante un periodo de tiempo prolongado, como puede ser el fallecimiento de alguien cercano.

*Estresantes crónicos intermitentes*, que son aquellos eventos que pueden ocurrir una vez al día, a la semana, o al mes, como son, por ejemplo, los problemas sexuales, y *Estresantes crónicos*, tales como la incapacidad permanente, riñas entre padres, entre otros, y que son dados por un acontecimiento que persiste durante un lapso grande de tiempo (Lazarus y Folkman, 1986).

Por otra parte existe otra clasificación de eventos estresantes o estresores, los cuales se dividen en Biogénicos y Psicológicos. Los biogénicos son aquellos estímulos o situaciones que son estresores por la capacidad que poseen de producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos en el organismo, los que disparan la respuesta de estrés, independientemente de la interpretación cognitiva que se haga de la situación (Puertas, 2002).

Por otra parte el estrés psicológico se define como un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta del organismo con consecuencias adversas resultantes (Cordova y Vega, 1990). Este tipo de estrés es subjetivo, ya que es una reacción que varía en intensidad de persona a persona, aunque éstas sean expuestas ante el mismo evento ambiental (Appley y Trumbull, 1967).

## 2.3 Estrés a Largo Plazo

En el organismo humano se desarrolla una triada de procesos de adaptación sucesivos como respuesta a estímulos de estrés a largo plazo (Huber, 1986), en el cual juegan un papel importante la relación entre el cerebro, el estrés y el sistema endócrinoinmunológico. Selye atribuyó la respuesta de estrés a la activación del *sistema de la hipófisis anterior-corteza adrenal*. Llegó a la conclusión de que los estímulos estresantes que actúan sobre los circuitos neurales estimulan la liberación de la hormona adrenocorticotrópica desde la hipófisis anterior, la cual a su vez provoca la liberación de glucocirticoides por la corteza adrenal, los cuales producen muchos de los efectos de la respuesta de estrés (Pinel, 2001).

Asimismo, se ha podido observar cómo el estrés y la depresión han sido asociados con el empeoramiento de la función inmune y el aumento de la susceptibilidad del paciente hacia las enfermedades infecciosas y el cáncer (Ucha, 2003).

Hans Selye sugirió dividir el estrés en dos tipos, "*Distress*" o "*Estrés dañino*" y "*Eustress*" o "*Estrés positivo*". Por *estrés dañino* podemos entender aquél que resulta perjudicial para la salud de la persona, el cual se ve caracterizado por reacciones de enojo y agresión. Por otra parte, el *estrés positivo* es el que tiene un efecto positivo en el sujeto, se ve asociado a la empatía y es benéfico para la comunidad ya que resulta adaptativo. Al igual, éste puede ser un gran motivante para las personas y se menciona que es benéfico para la salud (Citado en Lazarus, 1999).

El estrés negativo tiene la característica de tensar y desgastar a la persona, lo cual puede sumirla en un estado de depresión (González y González, 2005). Éste es acompañado por un sentimiento de extrema ansiedad y baja apreciación personal, el cual, de ser experimentado por periodos muy largos de tiempo, es posible que cause enfermedades tales como úlceras, asma, artritis, alergias o incluso ataques al corazón (Kossen, 1995).

Por otro lado, Crespo y Labrador (2003) han podido asociar ciertas patologías a la reacción de estrés. Se ha mencionado que el estrés puede afectar a problemas físicos, como pueden ser trastornos gástricos, cardiovasculares, asma, dolores físicos, e incluso se ha relacionado con la aparición de trastornos psicofisiológicos, y con muchas de las enfermedades de acumulación lenta. Al igual, puede afectar a otros problemas psicopatológicos, contribuyendo a su

aparición o influyendo en su evolución, por ejemplo, se ve relacionado con el consumo de alcohol, drogas, con trastornos de ansiedad, depresión, problemas de relación social o familiar, entre otros.

Y por último, éste puede propiciar la aparición de trastornos que pueden considerarse la expresión de una mala adaptación a situaciones estresantes graves o continuas. Éstos son trastornos que aparecen en relación directa con algún acontecimiento estresante, de tal modo que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno, siendo posible establecer una clara relación entre estresor y trastorno. Aquí se incluyen trastornos de estrés postraumático, trastornos adaptativos o ciertos síndromes asociados a la forma de vida.

Por otra parte, Amberg propuso una teoría, en la cual establece diferentes grados de estrés (Citado en Peña, 1999):

El Grado 1, se refiere a una etapa agradable, la cual debe considerarse como una alarma, ya que es donde se empieza a consumir energía. Este es el tipo de estrés leve que aumenta la actividad del sujeto y la capacidad de decisión.

El Grado 2, es aquel donde comienzan a producirse síntomas desagradables, como trastornos digestivos, fatiga, tensión muscular, entre otras.

El Grado 3, es aquél donde se acentúa la fatiga y en el cual hay un aumento de problemas intestinales y trastornos del sueño.

En el Grado 4, el sujeto muestra disgusto ante las actividades que anteriormente le eran placenteras. Hay un aumento de sentimientos pesimistas y se presentan problemas para concentrarse, así como trastornos del sueño más severos.

El Grado 5, se caracteriza por una dificultad para llevar a cabo tareas sencillas y por sentimientos de temor y preocupación.

Por último, el Grado 6, es aquel en el cual se presentan síntomas graves como son problemas cardíacos, temblores, sensaciones de pánico, tensión muscular y sensaciones de hormigueo.

Por otro lado, el endocrinólogo canadiense, Hans Selye (Citado en Monat y Lazarus, 1991), estableció el llamado Síndrome General de Adaptación (SGA), el cual explica los cambios psicofisiológicos generados por el estrés. De acuerdo con este modelo, una persona expuesta a condiciones estresantes, responde con una activación fisiológica general, la cual varía a lo largo de tres fases: La primera fase es conocida como la *fase de alarma*, la cual ocurre inmediatamente después de que el individuo percibe la amenaza. Dentro de esta fase, el sujeto se pone en guardia y experimenta un aumento del ritmo cardíaco y de la tensón

muscular, con el fin de luchar contra el peligro que prevé. Durante esta etapa, la glándula pituitaria secreta una hormona que causa que las glándulas suprarrenales aumenten su producción de adrenalina y noradrenalina. Mientras se secretan estas hormonas dentro del torrente sanguíneo, se aceleran algunos procesos corporales mientras otros se hacen lentos, lo cual hace que los recursos del cuerpo se apliquen donde sean necesarios (Coon, 1998).

Si este acontecimiento persiste por un determinado tiempo, se entra a la *fase de resistencia*, ya que el sujeto no puede mantener el esfuerzo de la primera etapa por mucho tiempo. Esta fase implica una activación menor, la cual se puede sostener por un periodo de tiempo más largo. El sujeto puede mostrarse irritable, puede presentar insomnio, alteraciones en el aparato digestivo y dificultades de concentración (Oceano, s/a).

Por último, se presenta la *fase de agotamiento*, la cual ocurre cuando el organismo ya no posee recursos y se pierde su activación. El sujeto normalmente abandona la lucha, por lo cual se presentan síntomas depresivos, fatiga, abatimiento, enfermedades psicosomáticas, infecciones, así como, incluso, enfermedades físicas graves. Si esta reacción es excesiva, las consecuencias pueden ser muy devastadoras, e incluso se puede llegar a la muerte (Coon, 1998).

Con esto, se puede concluir que la capacidad de un individuo para soportar el estrés tiene un límite y que el estrés prolongado provoca cansancio y tensión a nivel fisiológico y mental, lo cual aumenta el riesgo de contraer ciertas enfermedades. Es por esto que el estrés debe de ser considerado como una amenaza para la salud.

## 2.4 Estrés y Afrontamiento

Existen personas que cuando se encuentran sometidas a presiones o situaciones estresantes, suelen sufrir enfermedades crónicas mientras que otras parecen no sufrir ninguna consecuencia. Este impacto que tiene el estrés sobre los individuos puede variar dependiendo de su carácter y su manera de afrontar las cosas (González y González, 2005).

Cohen y Lazarus definen el afrontamiento como “los esfuerzos tanto intrapsíquicos como orientados hacia la acción, para manejar las demandas ambientales e internas, y los conflictos entre ambas, que son valoradas como excesivas para los recursos de la persona” (Citado en Buendía, 1998).

Al igual, según Plancherel y Bolognini , el afrontamiento se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que capacitan a la persona para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (Citado en González, Montoya, Casullo y Bernabéu, 2002).

La intensidad de la respuesta de estrés no sólo depende del estímulo estresante, sino de la actitud que adopte el sujeto para afrontar el estrés, por ejemplo, en un estudio con mujeres que esperaban para operarse de un posible cáncer de pecho, los niveles de estrés eran mayores en quienes pensaban en su problema constantemente. Por otra parte, quienes se habían autoconvencido de que posiblemente no tenían cáncer y que era contraproducente preocuparse por ello, experimentaron menos estrés (Pinel, 2001).

En la cognición que se lleva a cabo al tratar de controlar una situación determinada, juegan un papel importante los mecanismos psicológicos de defensa que modifican la actitud psicológica del individuo para neutralizar los efectos amenazadores de su percepción del entorno. Estos son diversos y dependiendo de la situación experimentada, son varios los mecanismos que un mismo sujeto puede usar (Valdés, M y Flores, 1985).

Como parte de los estudios de las diferentes estrategias utilizadas para afrontar el estrés, se ha podido observar que en general existen dos funciones que permiten clasificarlas. La primera es el *afrontamiento dirigido al problema*, que incluye estrategias que tienen como propósito el cambiar la situación que provoca el estrés. Ésta tiene como propósito modificar las condiciones ambientales, ya sea abandonando el lugar o haciendo una modificación en la forma de comportamiento (Coon, 1998).

El otro tipo de estrategias es aquél *dirigido a las emociones*, el cual trata de controlar y reducir las emociones desagradables que se presentan como consecuencia del estrés. Estas estrategias no resuelven el problema pero sí hacen sentir mejor a la persona en momentos de amenaza. Un ejemplo de esto es cuando la persona piensa que la situación podría ser aún peor, o simplemente cuando trata de reflexionar sobre el problema presente (Coon, 1998).

En ocasiones, los dos tipos de afrontamiento se ayudan entre sí, sin embargo también es posible que los dos tipos de afrontamiento choquen entre ellos. En general, el afrontamiento orientado al problema tiende a ser útil sobre todo cuando se está enfrentando un estresor controlable, es decir, una situación en la que realmente se puede hacer algo. Por otra parte, los esfuerzos que se encuentran enfocados a las emociones son más adecuados para manejar estresores que no puede controlar el sujeto (Coon, 1998).

Por otra parte, otra de las estrategias propuestas para el afrontamiento son las de *aproximación* y las de *evitación*. Un individuo estresado puede intentar activamente alterar o eliminar el estresor (*aproximación*) o evitar totalmente el problema estresante (*evitación*). El afrontamiento de aproximación incluye estrategias tales como comparaciones optimistas, esfuerzos para estar bajo control y resolución de problemas. Mientras que el afrontamiento de evitación incluye estrategias tales como la negación y el retraimiento (Buendía, 1999).

Por otro lado, el apoyo social, o más bien, la percepción de tener apoyo social parece ser eficaz hasta el extremo de estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento y de hacer menos necesaria la utilización de otros mecanismos de defensa (Valdés y Flores, 1985).

Por apoyo social se puede entender todos aquellos mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales pueden proteger a un individuo de la patología inducida por el estrés. Según Cohen y McKay (Citado en Buendía, 1999), la hipótesis de la amortiguación de los efectos del estrés por el apoyo social, reconoce dos tipos de mecanismos: 1) el apoyo social psicológico, el cual se refiere a la provisión de la información o afectividad; y 2) apoyo social no psicológico o tangible, el cual se refiere a la provisión de ayuda material.

## 2.5 Estrés Laboral

La situación laboral juega un papel importante dentro de la vida de las personas y la satisfacción o la frustración de los sujetos dentro del ámbito laboral es un elemento sumamente importante en la salud de los empleados (Wolf y Finestone, 1986).

Cherniss y Lazarus (Citado en Vandenberghe y Huberman, 1999) sugieren que el estrés laboral puede tener consecuencias positivas o negativas. Una

cierta cantidad de estrés es necesaria para motivar el desempeño laboral, sin embargo, demasiado estrés puede ser perjudicial.

El estrés laboral ha sido un foco especial de atención entre sociólogos y psicólogos. Entre los estresores más importantes se encuentran la sobrecarga de trabajo; la rapidez en el mismo; la exposición a condiciones de trabajo peligrosas o a ambientes pobremente diseñados; desacuerdos interpersonales con supervisores, empleados, colegas o clientela; discriminación basada en la raza o el género; y frustraciones relacionadas con la capacidad de realizar un determinado trabajo (Aldwin, 1994), lo cual a su vez afecta al correcto funcionamiento de la organización ya que el empleado comienza a trabajar de manera ineficiente (Rice, 1992).

Por otra parte, el empleado no únicamente se enfrenta a estos cambios repentinos, sino que además se agrega el hecho de poder ser despojado del puesto que se ocupa si no se está bien capacitado, la marginación de las personas que no están preparadas y actualizadas, y la ignorancia de aquél que no pudo prepararse adecuadamente, aunado al hecho de tener que mantener un puesto debido al factor económico (González y González, 2005). Todo esto trae como consecuencia que el estrés tenga un fuerte impacto en la salud del trabajador y en la organización en general, afectando la productividad, el desempeño laboral, y aumentando las renuncias y el dinero invertido en gastos

médicos debido a enfermedades recurrentes de sus empleados (Jepson y Forrest, 2006).

Los estresores pueden tomar varias formas en el trabajo. Frew en 1977 (Citado en Ivancevich y Matteson, 1985), identifica ocho fuentes principales en este tipo de estrés: el contrato psicológico no escrito, el cual se refiere a las expectativas que el sujeto espera obtener de su trabajo; los estresores inherentes a la profesión y al desarrollo profesional; el impacto negativo que ejercen en la familia las exigencias del trabajo; el trauma del cambio; la obsolescencia organizacional; el estrés originado por intentos de sobreponerse a las exigencias del trabajo; el afrontamiento de las expectativas de los jefes; y la ideología de la organización.

Otras de las fuentes estresoras dentro del trabajo están comprendidas en cuatro categorías intraorganizacionales, de las cuales, tres de ellas se relacionan con el nivel o la fuente inicial del estresor; estresores individuales, grupales y organizacionales. Es por esta razón que la sobrecarga propia del rol puede constituir un nivel individual de fuente de estrés; el conflicto dentro de un grupo puede ser un estresor a nivel grupal; aspectos del clima laboral o de la manera en que se designan los puestos, pueden ser consideradas fuentes de estrés a nivel organizacional. Finalmente el ambiente físico en que se desempeña un trabajo puede originar estrés, como el ruido excesivo o la insuficiencia de iluminación (Ivancevich y Matteson, 1985).

La presión es otro elemento del estrés, en especial del estrés laboral. La presión ocurre cuando deben acelerarse las actividades, cuando deben cumplirse plazos límite, cuando se agrega trabajo extra en forma inesperada o cuando una persona debe trabajar cerca de su capacidad máxima durante periodos largos (Coon, 1998).

Por otro lado, se puede observar que en la mayor parte de los trabajos, el empleado no se encuentra bajo situaciones de gran estrés, sino que son pocos los trabajos que involucran niveles altos de estrés como es en el caso de bomberos, policías, militares, directivos, médicos y profesores, entre otros (Bass y Barret, 1974). Aún de esta manera se ha encontrado que los trabajos repetitivos pueden ser una gran fuente de estrés y de mala salud debido a que no se tienen interrupciones dentro del mismo, sino que se repiten una y otra vez, lo cual llega a agotar psicológicamente al trabajador (Glendon y Mckenna, 1995). Todo esto puede traer consigo grandes consecuencias entre las cuales se encuentra el Síndrome de Agotamiento Profesional mejor conocido como “Burnout”, el cual se caracteriza por agotamiento emocional, sentimientos de inadecuación profesional, pérdida de la autoestima profesional, percepción de falta de satisfacción en el trabajo, conflictos interpersonales y diversas alteraciones físicas y comportamentales (Vandenberghe, R. 1999).

## 2.6 Estrés en Maestros

Todo trabajo posee un nivel de estrés determinado, sin embargo, el ser maestro trae consigo una carga de estrés emocional y mental muy alta. Una de las preocupaciones principales de los maestros es el sentirse poco preparados y el saber que son responsables de la educación de sus estudiantes en diversos aspectos, y así como puede ser una profesión muy gratificante, a la vez trae la presión de tener alumnos que provienen de hogares inestables combinada con la necesidad de brindarles apoyo, trayendo esto consigo una fuerte carga emocional, estrés, ansiedad e incluso depresión (Crute, 2007).

En 1977 Hunter observó que el ser maestro era una de las 3 ocupaciones más estresantes y en 1991, en la revista *Men's Health*, se mencionaba que los maestros de nivel medio poseían niveles de estrés mayores a los de médicos, bomberos e incluso controladores de tráfico aéreo (Citado en Gold y Roth, 1993).

Se ha podido observar, a través de diversos estudios, cómo el Síndrome de Agotamiento Profesional, también conocido como "Burnout", afecta a maestros de instituciones educativas de todo el mundo, lo cual trae consigo un impacto negativo en la enseñanza y en la sociedad (Yu, 2005). Este síndrome, tiene como consecuencias el que los maestros presenten falta de satisfacción con su trabajo, fatiga, frustración, alteraciones del sueño, aumento de consumo de cigarro y alcohol y se vuelven propensos a presentar enfermedades. Asimismo,

puede traer consigo despersonalización, es decir, los maestros desarrollan sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia estudiantes, padres de familia, amigos y familiares (Harman y Gordon, 2000).

Asimismo, diversas investigaciones han encontrado que en países del Este y el Oeste, entre 60% y 70% de los maestros muestran síntomas de estrés severo y un 30% muestra síntomas distintivos del Síndrome de Agotamiento Profesional (Vandenberghe y Huberman, 1999). En un estudio realizado en maestros de Irlanda, se pudo observar cómo más de la mitad de los maestros de secundaria se retiraban debido a que sufrían depresión o enfermedades relacionadas al estrés (Millar, 2004).

En otra investigación realizada en el 2007 por el “United Kingdom Times”, se encontró que la mitad de los maestros consideraban dejar la docencia debido a la carga de estrés que tenían. Éstos señalaban como una fuente de estrés la falta de respeto por parte de los estudiantes y las constantes demandas y quejas por parte de los padres de los alumnos (The United Kingdom Times, 2007). Asimismo, en otro estudio se pudo observar que el 60% del estrés percibido por los maestros provenía del trabajo, así como mencionaron como principales estresantes el contar con poco tiempo libre, percibir sueldos bajos, mucha carga de trabajo, no contar con el apoyo económico para investigación, entre otras (Brix y Cruise, 1994).

Los maestros que se encuentran bajo demasiado estrés, muestran síntomas como son el sentirse emocional y físicamente exhaustos, irritables, ansiosos, enojados, tristes, e incluso todo esto puede llevar a que presenten problemas psicosomáticos como son insomnio, úlceras, dolores de cabeza, hipertensión, entre otros, además de traer consecuencias como pueden ser conflictos sociales y familiares (Farber, 1991).

Sin embargo, a pesar de que el estrés laboral puede involucrar demandas físicas, psicológicas y sociales, las cuales sin los recursos adecuados para su correcto afrontamiento pueden tener consecuencias devastadoras, la mayoría de los investigadores en el tema, están de acuerdo en que el desempleo por sí mismo es generalmente más estresante que el estrés laboral (Aldwin, 1994).

## 3. Depresión

### 3.1 Definición

La depresión se remonta a épocas muy antiguas, se tienen noticias de ella en el 1,600 a.C. cuando los antiguos egipcios creían en remedios vegetales y en danzas y música para combatir la melancolía (Aros, 2005).

La historia conceptual de la enfermedad depresiva tiene su primera formulación con Hipócrates en los años 460-370 a.C. El punto de vista hipocrático sobre la depresión no es específico, sino que abarca una concepción muy amplia de las enfermedades mentales. Hipócrates aislaba tres formas

fundamentales de locura: la manía, la frenitis y la melancolía, la cual se caracterizaba por la aversión a la comida, irritabilidad, cansancio y somnolencia, haciendo énfasis en la sintomatología somática (Polaino-Lorente, 1985).

Asimismo, para curar la depresión tanto en Grecia como en Roma, se empleaban extractos herbales de amapola y mandrágora, alimentos como ganchas de cebada y leche de burra, gimnasia, masajes y baños. E incluso los médicos árabes de los siglos IX y X emplearon la diversión y sustancias como el alcohol, la cafeína, el opio y el hachís para combatirla (Aros, 2005).

La frecuencia elevada de los síndromes depresivos parece depender en gran parte de la cultura y el ambiente en que se manifiestan. Que la cantidad de personas con depresión ha ido decididamente en aumento en los últimos veinte años es una conclusión que surge de una serie de estadísticas médicas. Pero al mismo tiempo, se puede observar que sus síntomas tienden a cambiar, inclinándose hacia una somatización más pronunciada (Kielholz, 1983).

Asimismo, la vulnerabilidad para desarrollar depresión se agrava actualmente por las presiones tecnológicas, por la despersonalización del trabajo y por la mayor tendencia a emplear el tiempo libre para huir de las realidades de la vida moderna (Kielholz, 1983).

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, en 1974 se estimaba que entre cuatro y ocho millones de personas sufrían de depresión en EE.UU. Si a los costes de tratamiento se suma el valor del trabajo perdido se calcula que estas alteraciones equivalen a 4 billones de dólares por año (Citado Polaino-Lorente, 1985).

La depresión representa el área más importante de los trastornos afectivos ya que constituye uno de los principales problemas de salud mental y ésta puede traer consigo importantes repercusiones personales, sociales y asistenciales. De acuerdo con Beck (1976), la depresión puede ser considerada como un trastorno del pensamiento, más que como un trastorno afectivo, ya que los pensamientos son los que generan la conducta depresiva debido a que son rígidos, inflexibles, negativos, irracionales, demandantes y obsesivos, además de que las personas hacen una sobregeneralización de las situaciones negativas que se les presentan.

Por otro lado, Hamilton (1985) define depresión, como “hundimiento o abatimiento”. La característica principal de ésta, consiste en una profunda perturbación de naturaleza orgánica, la cual puede manifestarse a través de un descenso de la actividad vital, expresado a través de alteraciones en el funcionamiento cognitivo, afectivo y fisiológico.

Asimismo, la depresión es considerada una experiencia universal, de la misma manera que las emociones de tristeza y pena constituyen una etapa intrínseca de la condición humana. La gente por lo general identifica los términos *depresión* y *tristeza* como si fueran sinónimos, pensando que un paciente deprimido no es otra cosa más que una persona triste, cuya tristeza no tiene ninguna razón de ser (Polaino-Lorente, 1985). Sin embargo, la depresión se puede distinguir de la tristeza por su intensidad, duración, irracionalidad y por los efectos que tiene en la vida de la persona que la sufre (Mendels, 1982).

### 3.2 Depresión Clínica Moderada

Este tipo de depresión se caracteriza por un descenso de rendimiento en las actividades realizadas en la escuela, trabajo u hogar (Fernández, 1988). La persona con este tipo de depresión tiene la sensación de que la vida no vale la pena de ser vivida y tiene por momentos ideas suicidas, aunque éstas por lo general son pasajeras y no llegan a concretarse (Arieti y Bemporad, 1990).

Cuando la depresión no es muy severa, el sentimiento de infelicidad puede fluctuar durante el día con altas y bajas y aún retirarse por momentos ante estímulos circunstanciales como por ejemplo un evento favorable (Calderón, 1984).

La ausencia de motivación para llevar a cabo incluso las tareas más simples suele ser uno de los síntomas principales de los sujetos que padecen este tipo

de depresión. El individuo sabe aquello que tiene que hacer, pero carece del deseo o estímulo interno para hacerlo. En gran parte de los casos, el sujeto permanece inmóvil ya que cree que es incapaz de llevar a cabo la actividad o piensa que no recibirá ningún tipo de satisfacción al hacerlo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005).

Asimismo, se puede observar que la persona con este tipo de depresión retarda sus actividades planificadas y tiene problemas para concentrarse y trabajar adecuadamente; se muestra pesimista ante la mayoría de las situaciones que se le presentan, así como este sentimiento se ve acompañado de sentimientos de desvalorización, soledad y autocrítica (Arieti y Bemporad, 1990).

En general, los trastornos depresivos siguen un curso predominantemente cíclico durante el que pueden producirse mejorías y empeoramientos, sea cual sea el tratamiento que se lleve acabo. En particular, las afecciones depresivas que son menos graves responden a la terapéutica de apoyo, ya sea de índole psicológica o farmacológica (Kielholz, 1983).

Si la depresión no se diagnostica a tiempo y se trata de la manera más conveniente, puede causar daños graves, los cuales en ocasiones pueden resultar irreversibles, como es el caso del papel social del paciente, el cual a la larga llega a desaparecer. Es por esto que se debe considerar la situación del

sujeto en su familia y en su puesto de trabajo en relación con el desarrollo de la depresión desde que empieza hasta que cede. Esto no sólo es necesario por la influencia que pueda ejercer en el decurso de la enfermedad el entorno o el modelo cultural en que vive el sujeto con depresión, sino también para averiguar en qué medida la enfermedad avanza y pone en peligro su integración en la sociedad y en la unidad familiar (Kielholz, 1983).

Por último, cabe mencionar que el reconocimiento del cuadro depresivo no es fácil, ya que en un buen número de casos sus síntomas no se identifican como una baja del estado afectivo del enfermo, y por lo general pasan inadvertidos para muchos médicos, permitiendo que el enfermo continúe con sus molestias por un periodo de tiempo muy largo (Calderón, 1984).

### 3.3 Trastorno Depresivo Mayor

Aunque la depresión normalmente no es considerada una enfermedad grave, en ocasiones suele causar grandes sufrimientos a la persona que la padece (Calderón, 1984).

Expertos internacionales consideran que de cien a doscientos millones de personas en México padecían de depresión, cifra que va en aumento conforme pasan los años. Esto puede ser debido a la influencia que la moderna tecnología ha tenido sobre el mundo en que vivimos, determinando profundos cambios

ambientales y sociales, que el ser humano no ha podido superar, pese a su gran capacidad de adaptación psicobiológica (Calderón, 1984).

Por otro lado, estudios realizados en Europa y Estados Unidos, indican que en la población adulta, aproximadamente del 18 al 23% de las mujeres y del 8 al 11% de los hombres, tienen o han tenido en algún momento un episodio depresivo mayor. Se estima que el 6% de las mujeres y el 3% de los hombres han experimentado un episodio depresivo lo suficientemente grave como para requerir de hospitalización (Polaino-Lorente, 1985).

Según el DSMIV “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (1999), el trastorno depresivo mayor se caracteriza por presentarse por un periodo de al menos 2 semanas, en el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés y placer en una gran parte de las actividades que se realizan. Asimismo, el sujeto debe experimentar al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de peso o apetito, del sueño y de la actividad psicomotora; sentimientos de culpa o de infravaloración; dificultades para pensar, concentrarse o tomar decisiones; falta de energía; y pensamientos recurrentes de muerte, ideación, planes o intentos suicidas.

Las alteraciones del pensamiento que se presentan en el Episodio Depresivo Mayor, son muy variadas, yendo desde la inhibición y la lentificación, hasta la

perseveración obsesiva, el empobrecimiento, la rigidez y/o cuadros delirantes de culpa, ruina, paranoia, entre otras (Polaino-Lorente, 1985).

Asimismo, a menudo la toma de decisiones constituye un problema para los sujetos que tienen depresión. El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son la causa de la baja de su estado de ánimo, por lo cual cree que si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá, lo cual no trae consigo ninguna mejoría en el sujeto (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005).

El retardo psicomotor es un signo típico de la depresión. En la forma más leve, el paciente camina lentamente, la cara es inexpresiva o muestra una expresión fija y melancólica. El sujeto muestra un retardo al responder cuando se le pregunta algo, así como la voz cálida y monótona en su entonación. Cuando el retardo psicomotor es más severo, el paciente se queda inmóvil, retorciéndose las manos con la cabeza inclinada y es difícil persuadirlo a que diga una o dos palabras (Paykel, 1985). La disminución de los impulsos sexuales y alimentarios es otra característica que es importante mencionar. El descenso de peso y la inhibición de la libido se han dado también como caracterizaciones de la depresión (Polaino-Lorente, 1985).

Por otro lado, los problemas de memoria y la dificultad para concentrarse suelen estar interrelacionados. El paciente es incapaz de recordar la información

ya que no tiene la capacidad de concentrarse en el material que debe aprender, por lo cual suele estar preocupado por otros temas distintos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005).

Cuando el desencadenamiento de la enfermedad es repentino, los síntomas que experimenta la persona pueden desarrollarse aprisa hasta alcanzar su mayor intensidad en el plazo de una o dos semanas, pero la tasa de crecimiento es normalmente dos a tres veces más lenta. Con frecuencia, los sujetos con depresión buscan tratamiento transcurridos unos tres o cinco meses, lo cual se debe, no a que sus síntomas continúen agravándose sino, a que en ese momento se dan cuenta de que no podrán soportarlos por más tiempo. Cuando la evolución de la enfermedad es más lenta, en ocasiones los pacientes tienen dificultad para recordar el comienzo de su enfermedad, lo cual se debe a que para muchos de ellos la fase aguda fue precedida por un periodo de síntomas leves cuya duración puede haber sido de años. Durante este período los síntomas han variado considerablemente en intensidad, de modo que la fase actual no parece ser al principio distinta de uno de los anteriores accesos. El periodo anterior al ataque agudo puede considerarse como uno en el que sus síntomas son normalmente de tipo depresivo, a veces dominados por los de ansiedad (Paykel, 1985).

Los efectos del Episodio Depresivo Mayor son devastadores tanto para los sujetos que lo sufren como para la sociedad en general, ya que este trastorno

contribuye al abandono del trabajo, de la carrera , puede llevar a que la persona abuse de sustancias, e incluso el 15% de las personas que la padecen terminan con el suicidio. Se calcula que el Trastorno Depresivo Mayor afecta a nivel mundial aproximadamente al 10% de la población masculina y al 25% de las mujeres, y se estima que para el año 2020 sea considerada la segunda causa de muerte en el mundo (Thayer y Bruce, 2006).

### 3.4 Causas

Si se considera al ser humano como una unidad biopsicosocial, en la etiología de la depresión también se debe tomar en cuenta una serie de factores que pueden determinarla (Calderón 1984). La depresión es un estado psicobiológico complejo. En cada paciente puede existir una serie de factores causales, los cuales pueden ser de intensidad variable. Mientras que ciertos tipos de trastornos afectivos tienen en gran parte un orígen genético, con preponderancia a los factores biológicos, en la mayoría de los casos, los episodios precipitantes tienen un papel causal de gran importancia (Kielholz, 1983).

Las causas de la depresión son múltiples y muy complejas, por lo que existen diversas explicaciones acerca de las posibles causas de esta enfermedad. De acuerdo a esto, existen dos posturas sobre la etiología de la depresión, siendo una de ellas la que afirma que ésta es una enfermedad de origen biológico, mientras que otros consideran que su origen tiene una base psicológica (Fisher y Farnia, 1979).

La depresión endógena es una depresión que se caracteriza por ser genética, propia de la personalidad y en general con una fuerte sobrecarga familiar depresiva, donde el arquetipo del cuadro clínico se caracteriza por la *melancolía*, entendiendo por tal un cuadro depresivo intenso y suficientemente completo (Fernández, 1988). El origen es predominantemente constitucional, siendo determinante el factor hereditario y el bioquímico cerebral (Cardona, 1984).

Por otra parte, en la depresión situacional o reactiva se incluyen aquellas depresiones determinadas primordialmente por circunstancias psicosociales conflictivas o traumatizantes. Su agente determinante primordial no consiste en una vivencia aguda y aislada, una especie de emoción traumática, sino una situación prolongada, entendiendo por situación, “el modelo esencial de la relación existente entre la persona y su ambiente, es decir, el corte transversal de la interacción entre el yo y su mundo” (Fernández, 1988). Los afectados de depresión reactiva suelen estar no sólo tristes y desesperados contra sí mismos, sino también agraviados contra los semejantes, contra el medio y el destino (Cardona, 1984).

Muchos estudios indican que la primera aparición de la depresión viene precedida con mucha frecuencia de algún acontecimiento vital que resulta desencadenante. Dado que la persona debe de hacer todos los esfuerzos posibles por curar la depresión cuando se manifiesta por primera vez, es muy

importante prestarle atención a tales hechos vitales, así como a los factores sociales que puedan romper el equilibro entre el individuo y su ambiente, provocando con ello indicios premonitorios de una depresión inminente (Kielholz, 1983).

La depresión representa una enfermedad de tipo social debido a diversos aspectos. La intervención etiológica frecuente de los factores sociales y la repercusión comunitaria de la depresión como fuente de malestar y agresividad, constituyen los elementos sociales más universales de la depresión (Fernández, 1988).

Otra teoría de los aspectos que causan depresión, es la de las causas ecológicas, la cual menciona cómo el hombre ha ido modificando su hábitat sometiendo de manera gradual a la naturaleza en la búsqueda continua de sus propias satisfacciones. Se dice que como el ser humano tiene sus propios mecanismos de defensa, logró mantenerse durante siglos en equilibrio, lo cual le permitió una vida tranquila y saludable. No obstante, durante los últimos cien años la humanidad alcanzó un grado de desarrollo científico y tecnológico que superó de manera inigualable lo logrado en miles de años. Este desarrollo proporcionó mayor bienestar al hombre, pero también tuvo consecuencias negativas, ya que el hombre moderno está sujeto a una serie de choques y cambios que le producen tensión, angustia e inseguridad (Calderón, 1984).

Asimismo, la mayoría de los estudios acerca de la depresión constatan que los pacientes deprimidos experimentan más acontecimientos vitales estresantes en los meses que preceden a la aparición de los síntomas, que la población en general y que otros enfermos psiquiátricos no deprimidos. También se consideran causas de la depresión factores externos tales como el divorcio, el estrés laboral, el desempleo, entre otros (Brommelhoff, Conway, Merikangas y Levy, 2004).

Sin embargo, la depresión no únicamente se ve afectada por el entorno social, los avances en genética han permitido establecer que los familiares de sujetos con depresión son más propensos a padecerla que el resto de la población. Los estudios bioquímicos han establecido hipótesis relacionadas con desequilibrios en neurotransmisores tales como la dopamina, noradrenalina y serotonina. Además, muchas enfermedades, medicamentos y drogas como el alcohol y la cocaína pueden producir depresión, indistinguible del trastorno psiquiátrico primario (Oceano, s/a).

Que el estrés conduzca a la depresión puede depender de la predisposición genética del sujeto, ya que como se sabe, muchos individuos, aún estando expuestos a situaciones extremas, no llegan a desarrollar depresión, así como por otra parte se pueden observar a sujetos que se deprimen cuando están sometidos a relativamente poco estrés. Al igual se debe de tomar en cuenta el efecto producido por ciertas enfermedades, ya que desde hace mucho tiempo es

conocido que ciertas afecciones, como por ejemplo la enfermedad de Cushing, muchas veces predisponen a ciertas personas a caer en episodios depresivos (Ucha, 2003).

## 4. Planteamiento del Problema

La Comisión Presidencial de Salud Mental de Estados Unidos afirma que aproximadamente el 25% de los ciudadanos sufren las consecuencias del estrés excesivo y que la mayoría de las muertes ocurren por enfermedades físicas o mentales relacionadas con el estrés, tales como el alcoholismo, depresión, suicidio, entre otras (Citado en Lazarus, 1999).

Por otra parte, diversas investigaciones realizadas parecen confirmar que la depresión se encuentra estrechamente relacionada con el estrés. Uno de los primeros trabajos que ofrecieron resultados reveladores, los cuales impulsaron a la investigación epidemiológica posterior sobre la depresión, es el trabajo de Brown sobre la depresión en la mujer, realizado en 1978, donde se revelaba que el 98% de los episodios de depresión están precedidos de un estresor psicosocial importante que precipita la depresión (Buendía, 1998).

Al igual, se ha observado que uno de los síntomas característicos del estrés es la fatiga, que a diferencia del cansancio es acumulativa y es difícil de eliminar, así como se ve acompañada de síntomas depresivos y estados de ansiedad (Peña, 1999).

Por otro lado, el estrés es un problema que ha aumentado entre maestros, los cuales debido a esto muchas veces llegan a abandonar la enseñanza. El maestro se encuentra con dificultades como son constantes críticas, clases atestadas de alumnos, enfermedades, carencia de trabajo, de dinero y de reforzamientos emocionales, condiciones pobres de trabajo, faltas de respeto, falta de apoyo social, salarios bajos, entre otras condiciones negativas. Todo esto trae consigo que muchos maestros se sientan enojados, desmotivados y desamparados, lo cual conduce a que muchos caigan en una depresión acompañada de sentimientos de culpa y enojo reprimido (Citado en Gold y Roth, 1993).

Durante los años de 1974 y 1983, se llevó a cabo un estudio basado en la observación de 1552 maestros con el fin de encontrar las principales causas por las cuales se ausentaban de clase. Durante el estudio se pudo ver que los tipos de trastorno que eran más comunes se debían a colapsos nerviosos, los cuales eran resultado de una depresión. Al igual, se encontró que el estrés jugaba un papel importante en la aparición de problemas psicológicos en la mayoría de los casos y que de aquellos que llegaron a desarrollar este tipo de problemas, el 64% tuvo que retirarse de la enseñanza (Cole y Walter, 1989).

De la misma manera, en una investigación realizada por Asti en el 2005, en el cual se encuestaron a 270 maestros de nivel medio, se encontró que 37% de los

maestros mencionaron que el estrés y la ansiedad eran las principales razones por las cuales faltaban al trabajo, y que el 82% no había recibido un entrenamiento o información para aprender a manejar el estrés de manera adecuada (Downes, 2005).

Por otra parte, se ha observado que el agotamiento profesional está estrechamente relacionado con la depresión. De hecho, Meier menciona que la depresión ha sido denominada como un síntoma característico y como la última fase del síndrome de agotamiento profesional (Citado en Ferber, 1991). Se ha visto, también, que las enfermedades más comunes entre maestros se encuentran en gran parte determinadas por trastornos neuróticos y psicosomáticos, en los cuales el estrés y el agotamiento juega un papel importante (Vandenberghe y Huberman, 1999).

Por lo expuesto anteriormente se desprenden las siguientes preguntas: ¿Los maestros mexicanos experimentan un alto nivel de estrés?, ¿Se encontrarán manifestaciones de depresión moderada en los maestros?, ¿Existe relación entre el nivel de estrés experimentado y las manifestaciones de depresión?

Tomando en cuenta las preguntas anteriores se desprenden los siguientes objetivos:

## Objetivo General

Analizar la relación que existe entre el nivel de estrés y las manifestaciones de depresión en maestros de nivel medio de dos instituciones educativas.

## Objetivos Específicos

Conocer el nivel de estrés que experimentan los maestros de nivel medio de una Institución Educativa.

Conocer si los maestros de nivel medio de instituciones educativas privadas presentan manifestaciones de depresión.

Analizar si existe una correlación positiva entre el estrés experimentado y las manifestaciones de depresión.

## Hipótesis

A partir de los objetivos anteriormente mencionados, se proponen las siguientes hipótesis:

H1. Hi: Los maestros de nivel medio poseen un alto nivel de estrés laboral.

Ho: Los maestros de nivel medio no poseen un nivel de estrés laboral elevado.

H2. Hi: Los maestros de nivel medio presentan manifestaciones de depresión.

Ho: Los maestros de nivel medio no presentan manifestaciones de depresión.

H3. Hi: Existe una correlación positiva entre el nivel de estrés experimentado por los maestros y las manifestaciones de depresión.

Ho: No existe correlación entre el nivel de estrés experimentado por los maestros y las manifestaciones de depresión.