

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y

Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



**CARACTERÍSTICAS DE LA DISCAPACIDAD DE LOS ESTUDIANTES Y LOS
ESTADOS EMOCIONALES NEGATIVOS DE LOS DOCENTES**

Tesis presentada por la Bachiller:

Monroy Soto, Maryori Stefani

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Asesora:

Dra. Rivera Flores, Gladys Wilma

Arequipa- Perú

2020

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ESTRÉS EN DOCENTES Y LOS NIVELES
DE DISCAPACIDAD DE LOS ESTUDIANTES"

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR la BACHILLER

MARYORI STEFANI MONROY SOTO

Del Dictamen:

Favorable.

Observaciones:

Modificación del título, deliendo quedar:
Características de la discapacidad de los estudiantes y los estados
emocionales negativos de los docentes

Arequipa, 23 de Diciembre del 2019


MGTER. FLOR VILCHES VELÁSQUEZ


DRA. GLADYS RIVERA FLORES

DEDICATORIA

A la Vida, a Dios y a todos los seres superiores espirituales y científicos que se unen y hacen posible esta oportunidad.

A mi familia en especial a mi mama querida por ser tan valiente, inteligente, fuerte, por apoyarme y darme aliento hasta el final y a mi padre pues es el ejemplo de que si te esfuerzas y eres perseverante tendrás tu recompensa y a mi hermano que a pesar de la distancia lo aprecio mucho y agradezco su compañía en los momentos juntos. Mucho amor para ustedes.

A my honey por aparecer así de repente y sin saberlo fue y es la persona que más me ha apoyado en las buenas pero sobre todo en las situaciones más difíciles de todo este proceso, muchas gracias por tu esfuerzo, paciencia y amor

A mis dos amiguitas pues fueron ellas con las que compartí gratamente esta etapa universitaria, viviendo momentos difíciles pero también muy felices , agradeciendo su linda compañía pues al parecer la vida se encarga de juntar a personas que pasan por mismas situaciones para saber, aprender a comprenderse y amarse así tal cual somos.

Y por último pero no menos importante quiero dedicar este fruto del esfuerzo, dedicación y paciencia a mi misma por haber superado las expectativas y haber cumplido una de las metas más importante de esta etapa.

AGRADECIMIENTOS

Personalmente quiero agradecer de todo corazón a muchas personas entre ellas algunas muy especiales para mí, quienes fueron parte de este proceso, y cuando me refiero a proceso no solo me refiero a la realización de esta Investigación, si no al hecho de poder llegar a Culminar una de las metas más importante de mi Carrera, ser Licenciada en Psicología, lo cual implica no solo tener el título si no está realizada como profesional, apta para seguir difundiendo la carrera y ayudando personas y sé que hay muchos más escalones por subir pero en este momento quiero aprovechar este espacio para agradecer;

A mi Familia, enamorado y amigos, a las Doctoras Gladys y Flor quienes con paciencia y comprensión logramos la culminación de este gran objetivo y al Doctor Taype quien fue parte de la creación de este estudio y a todos a los Doctores y docentes de Instituciones públicas, quienes fueron participe de esta valiente, trascendente y valiosa meta, que estaba idealizada desde hace mucho tiempo, Muchas Gracias por estar ahí en todo este proceso de creación, observación, modificación, indagación, perseverancia y valentía. Les agradezco infinitamente todo el apoyo, tiempo y dedicación tanto moral, físico, económico y espiritual, pues sin todo eso no hubiera sido posible. Finalmente expresarles mi inmenso amor y cariño a todos ustedes, pero sobre todo a los que a pesar de que puede haber malos momentos siguieron ahí incondicionalmente dando aliento hasta el final.

Y como no agradecer a Los Centros de Educación Básica Especial quienes fueron parte importante de esta investigación sobre todo al CEBE “Nueva Esperanza” y “Asociación Unámonos” quienes me permitieron con mucho apoyo hacer efecto la aplicación y no solo eso sino que abrieron las puertas de sus centros para poder integrarme y ser parte de ellos para conocer la ardua labor que realizan.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue determinar la relación entre las características de la discapacidad de estudiantes y los estados emocionales negativos (Depresión, Ansiedad y Estrés) de los docentes de los Centros de Educación Básica Especial (CEBE) del Cercado de Arequipa. El estudio es de tipo descriptivo correlacional, la muestra es no probabilística, intencional, estuvo conformada por 55 docentes de los CEBES. Se utilizó el cuestionario de Indagación de datos para los docentes para recolectar información sobre la discapacidad de estos en relación con su nivel de discapacidad, cantidad de tipos de discapacidad en el aula y la cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula y la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) para medir la depresión, ansiedad y estrés de los docentes. Los resultados indican que se encontró relación entre las características de la discapacidad de estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes, en esta relación se encontró específicamente que la cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula tiene relación con la Depresión y Ansiedad. Sin embargo, no se encontró relación con los niveles de discapacidad, cantidad de tipos de discapacidad de los estudiantes con los estados emocionales negativos de los docentes.

Palabras Clave: Discapacidad, Estados emocionales negativos, Estrés, Ansiedad, Depresión.

Abstract

The objective of this research was to determine the relationship between characteristics of students disability and negative emotional states of teachers at Special Basic Education Centers (CEBE) of Cercado - Arequipa . The study follows a descriptive correlational design. The sample consisted of 55 teachers from CEBES. The Depression, Anxiety and Stress (DASS-21) scale was used to measure teacher depression, anxiety and stress and the Student Data Inquiry Questionnaire to collect information on students' disability in relation to their level of disability, the number of students with disabilities that teachers have in charge and the number of types of disabilities in the classroom. The results indicate that a relationship was found between the characteristics of the students' disability and the negative emotional states of the teachers, this relationship has been found specifically in the number of students with disabilities in the classroom and the Depression and Anxiety. However, was not found a relationship with the levels of disability or with the number of types of students' disabilities.

Keywords: Disability, Negative emotional states, Depression, Anxiety, Stress.

Introducción

El principal objetivo de esta investigación es identificar la relación entre las Características de la discapacidad de estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes de Centros de Educación Básica Especial de la ciudad de Arequipa; “Polivalente”, “Santa Lucía”, “Nueva esperanza” y “Asociación Unámonos”.

Debido a que los docentes que están a cargo de estudiantes que padecen de una discapacidad afrontan grandes retos día a día; este acontecimiento de estar al cuidado de una persona con estas condiciones, requiere de un proceso de adaptación, pues se producen varios cambios individuales ligados a sus nuevas funciones como docentes de educación especial; las relaciones y roles entre estos cambian, haciendo que se desencadenen una serie de conflictos relacionados a sus posibilidades de adaptación, siendo vulnerables al desequilibrio tanto físico, moral y cognitivo (Núñez, 2003; Figueroa, 2011).

Esta presión a la que se ven sometidos los docentes desde diversos frentes, deriva en la actualidad en la aparición creciente de patologías tanto de carácter físico como psicológico, de tal modo, que cada vez la comunidad educativa tiende a prestar mayor atención y preocupación por un problema que afecta tanto a la salud del profesorado, como a la calidad de la enseñanza (Sugai y Horner, 2001; Troman, 2000; Woods y Carlyle, 2002).

En este sentido señalan que cuando el estrés intenso se mantiene a lo largo del tiempo, suelen aparecer en los docentes sentimientos negativos, actitud de cinismo, falta de implicación con los estudiantes, absentismo laboral, ansiedad, depresión, irritabilidad, descenso en la autoestima, insomnio, hipertensión, úlceras, etc (Ponce, Bulnes, Aliaga, Atalaya y Huertas, 2005).

Según la Organización Mundial de la Salud estima que el 15% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, de los cuales 95 millones son niños y jóvenes.

La prevalencia de la discapacidad ha aumentado, así como la preocupación y necesidad de intervenir desde el entorno familiar, educativo y social para mejorar la calidad vida y favorecer una sociedad inclusiva con acceso a servicios de salud, educación, empleo, transporte y derechos humanos (OMS, 2011). Por otro lado, se ha podido ver otros estudios que han identificado la problemática psicológica que cursan los cuidadores de personas con discapacidad, principalmente trastornos de ansiedad y depresión, presentes durante el proceso de atención de salud de sus hijos (Fernández-Alcántara et al. 2013).

Investigaciones de una revista internacional indica que los docentes de educación especial presentan menor bienestar psicológico y en gran parte ellos desarrollan una serie de episodios depresivos y grandes tensiones, constituyendo algo constante en su vida, asociado con condiciones de vulnerabilidad (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora& Lozano, 2005).

Frazen (1996, citado por Adeyini, 2010) encontró que las discapacidades en un determinado nivel son una variable que afectan el desempeño de docentes de educación especial, lo cual implica que la severidad de la discapacidad de los estudiantes puede crear tensión, desequilibrio emocional y psicológico en los docentes de educación especial y que mientras más leve sea el nivel de discapacidad, mejor será el desempeño de los docentes enseñando.

Aunque el tema sobre el malestar psicológico que sufre el profesorado en sus diferentes componentes de estrés, ansiedad y depresión, se ha ido estudiando de una forma bastante amplia y extensa, es interesante y además llama la atención que sea el ámbito de la

educación especial donde menos investigaciones se hayan realizado sobre esta temática, debido a que en este campo que es la educación básica especial donde los problemas de estrés, ansiedad y depresión en los docentes, suceden con mayor proporción en comparación con otras ramas o especialidades educativas. En este sentido Polaino establece que en los docentes de educación especial, las seis manifestaciones emocionales mas frecuentes que se producen son: frustración, cansancio mental, preocupaciones excesivas, ansiedad, depresión y sentimientos de apresuramiento y urgencia (Polaino, 1985).

Entonces, habiendo observado los diferentes resultados de estudios e investigaciones realizadas. Podemos concluir que existe una variedad de razones por la cual es fundamental realizar esta investigación. En el Perú, en el Departamento de Arequipa. Ya que si bien sabemos existen investigaciones similares a esta, no hay una de la que se hable en nuestro contexto cultural que es uno totalmente diferente, lo cual puede crear y describir resultados distintos. Que puedan contribuir con información valiosa que con lleve a formar las herramientas adecuadas para incentivar a la concepción, reflexión y confrontación de estos estados emocionales negativos, tanto en los mismos docentes como en todas las personas que conforman el entorno educativo, con el fin de una mayor comprensión, tolerancia, apoyo, empatía, bienestar y sobre todo que puedan manejar estas situaciones de una manera mucho más eficaz logrando así que la depresión, ansiedad y el estrés disminuya. Pudiendo así beneficiar a los miles de docentes que padecen de diferentes dificultades y necesitan el apoyo de todos nosotros.

Índice

| | |
|---|------------|
| Dedicatoria..... | iii |
| Agradecimientos..... | iv |
| Resumen..... | v |
| Abstract..... | vi |
| Introducción..... | vii |
| Capítulo I..... | 1 |
| Marco Teórico..... | 1 |
| Interrogante..... | 2 |
| Variables Y Definición Operacional..... | 2 |
| Objetivos..... | 2 |
| Antecedentes De Teórico-Investigativos..... | 3 |
| Hipótesis..... | 33 |
| Capítulo II..... | 34 |
| Diseño Metodológico..... | 34 |
| Tipo O Diseño De Investigación..... | 35 |
| Técnicas E Instrumentos..... | 35 |
| Población Y Muestra..... | 38 |
| Estrategia De Recolección De Datos..... | 39 |
| Criterios De Procesamiento De Información..... | 40 |
| Capitulo III..... | 41 |
| Resultados..... | 41 |
| Discusión..... | 57 |
| Conclusiones..... | 60 |
| Sugerencias..... | 62 |
| Limitaciones..... | 63 |
| Referencias..... | 64 |
| Anexos..... | 71 |



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Interrogante

¿Se asociarán las características de la discapacidad de estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes de Centros de Educación Básica Especial?

Variables y definición operacional

V1 Características de la discapacidad

Característica se define como dicho de una cualidad: que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes (RAE,2019). Siguiendo esta definición, para efectos de esta investigación consideramos incluir como características de la discapacidad los siguientes términos: Niveles de discapacidad, Cantidad de tipos discapacidad en el aula y la cantidad de estudiantes.

V2 Estados emocionales negativos

De acuerdo con Lovibond y Lovibond (1995) señalan a los estados emocionales negativos como la depresión, ansiedad y estrés; teniendo en cuenta que cada uno de estos tienen diferentes niveles; Normal, Leve, Moderado y Severo, siendo considerados en la escala DASS-21, la cual se utilizó para efectos de la investigación.

Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre las características de la discapacidad de estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes de Centros Educativos Básicos Especiales.

Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de depresión, ansiedad y estrés que predominan en los docentes de los Centros de Educación Básica Especial.
- Identificar los niveles de discapacidad, cantidad de tipos de discapacidad y la cantidad de estudiantes con discapacidad que predominan en los Centros de Educación Básica Especial.
- Identificar la relación entre los niveles de discapacidad de los estudiantes en el aula y los estados emocionales negativos de los docentes
- Establecer la relación entre la cantidad de tipos de discapacidad de los estudiantes en el aula y los estados emocionales negativos de los docentes.
- Establecer la relación entre la cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula y los estados emocionales negativos de los docentes.

Antecedentes de Teórico-Investigativos

Depresión

Lovibond & Lovibond (1995) conceptualizaron la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, auto depreciación e inutilidad). Descriptivamente, este síndrome es caracterizado principalmente por una pérdida de la autoestima y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para la persona.

La depresión es un trastorno que se caracteriza por la presencia de una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas (Carrobbles,2011; Vazquez y Sanz,2008, citado por Vazquez,Otero, Blanco, Torres, 2015)

Los trastornos afectivos poco a poco van cobrando protagonismo a medida que pasa el tiempo y los estilos de vida en las personas cambian, a tal punto que hoy en día las grandes organizaciones van dando mayor importancia al estudio y tratamiento de los mismos, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) define a la depresión como “Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (OMS, 2017). Por otro lado, la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS, 2017), nos brinda una definición más extensa y enfocada desde un punto de vista clínico, en la cual la mencionan como un trastorno afectivo del humor en el que “el paciente sufre de un estado de ánimo bajo, reducción de la energía y disminución de la actividad. La capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse está reducida y es frecuente un cansancio importante incluso tras un esfuerzo mínimo. El sueño suele estar alterado y el apetito disminuido. La autoestima y la confianza en uno mismo casi siempre están reducidas e, incluso en formas leves, a menudo están presentes ideas de culpa o inutilidad, asimismo señala que puede acompañarse de los síntomas somáticos, como son: pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar, despertar precoz varias horas antes de la hora habitual, agitación, pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de la libido” (OMS, 2017) Basándonos en las definiciones previas, podemos considerar que un sujeto se encuentra bajo un episodio depresivo cuando evidencia cambios en su nivel de actividad y presenta varios síntomas de tipo anímico, somático o psíquico, los cuales en muchas oportunidades interfieren en el desarrollo de sus actividades normales del día a día.

La depresión es clasificada por la cantidad y severidad de los síntomas que presenta el sujeto evaluado en tres categorías: leve, moderada y grave. Estas clasificaciones se determinan por criterios generales (presentes en todas sus tipologías) y síntomas

específicos, de los cuales pueden encontrarse dos o más de ellos de manera simultánea en el paciente (OMS, 2017).

Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) la depresión es una enfermedad recurrente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años”.

Por otro lado, mencionan que “La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La depresión afecta más a la mujer que al hombre. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio” (OMS, 2017).

En tal sentido, durante el transcurso de los años se han elaborado una serie de tratamientos con la finalidad de enfrentar esta enfermedad, dados sus efectos en la salud de los pacientes. Sin embargo, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de las personas que sufren esta enfermedad en el mundo y, en algunos países más del 90% de dichas personas, no reciben ningún tipo de tratamiento. Son diversas las razones que intentan justificar este problema, sin embargo, debemos considerar que muchos estados no facilitan el acceso a profesionales que puedan diagnosticar de manera correcta la enfermedad, asimismo, muchas personas no cuentan con recursos para acceder a este tipo de profesionales, finalmente, también puede tomarse en cuenta que existen ideas incorrectas y desconocimiento de las enfermedades mentales y su posible tratamiento.

No debe perderse de vista que según un estudio realizado a solicitud de la Organización Mundial de la Salud y publicado en la revista The Lancet Psychiatry, el retorno de la

inversión en la ampliación del tratamiento de la depresión y la ansiedad es de 4 a 1, mejorando ostensiblemente la salud y capacidad de trabajo de las personas (OMS, 2017).

Factores

Factores de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, existen factores que a la depresión, tales como sociales, psicológicos y biológicos. Así, por ejemplo, señala la OMS, el que una persona sufra situaciones complejas y adversas, como una pérdida del empleo, el fallecimiento de una persona cercana, entre otros, genera una mayor posibilidad de sufrir depresión. Adicionalmente, una persona depresiva puede también generar mayor estrés y ser disfuncional, con lo cual se afecta su vida y, como consecuencia de todo ello, la depresión también se agudiza. La misma organización considera que existe correlación entre la depresión y el estado físico de la persona, por ello, el hecho de ser un enfermo cardiovascular puede generar depresión y, del otro lado, una persona depresiva puede provocar problemas cardiovasculares (OMS, 2017).

Niveles de depresión

De acuerdo a Strange (1992) existen tres niveles de depresión:

Depresión leve

La depresión leve se caracteriza porque los síntomas que presenta son la tristeza, cierta apatía, falta de autoestima, cansancio, falta de interés y desilusión, pero de una forma suave que no afecta a nuestra vida cotidiana o a nuestras actividades diarias. La persona con depresión leve puede seguir haciendo las mismas cosas a nivel social, familiar y laboral, aunque la constante sea la tristeza y la desgana.

Depresión moderada

La depresión moderada solo conoce unos pocos, pero su intensidad va ganando fuerza respecto a la depresión leve de forma que ya se empieza a paralizar un tanto la vida diaria

de la persona enferma. Esta depresión va destruyendo la fortaleza y la seguridad y restando fuerzas e ilusiones hasta afectar a las actividades sociales, familiares y laborales.

Depresión severa

La depresión severa o grave no es que sea la más grave de las tres, se trata de una depresión donde la cantidad de síntomas es mayor y sus consecuencias negativas se hacen más que evidentes. Se caracteriza por una pérdida total de interés por la vida, por pensamientos recurrentes de suicidio y por la desaparición de las fuerzas físicas. Estamos ante una parálisis vital en toda regla

Ansiedad

La ansiedad a través del tiempo ha sido definida de distintas maneras y así mismo se han realizado diversos experimentos con el fin de explicar y definir con mayor precisión a dicho trastorno. Da Silva, Costa y Barbosa (2008) afirman que la ansiedad es un fenómeno universal, experimentado por todas las personas numerosas veces a lo largo de su vida, a su vez, sirve como una señal de alerta que nos avisa ante peligros inminentes; ayudándonos así a tomar las medidas necesarias contra las posibles amenazas, gracias a la activación del sistema nervioso autónomo.

Es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas. Se puede considerar también como una expectación aprensiva (Gutierrez y Portillo, 2013).

Navas y Vargas (2012) refieren que la ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, pues anticipa una posible amenaza y prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales (p. 498).

Así mismo también se refiere que la ansiedad dificulta a la persona su desempeño en el entorno social, haciendo que surgen falsas alarmas de amenazas inexistentes, en otras ocasiones puede percibir amenazas magnificadas de forma reiterada provocando así niveles excesivos de ansiedad.

Polaino-Lorente (1985) en Madrid realizó el estudio “La ansiedad y el estrés de los profesores de educación especial” el cual expresa que la gran mayoría de profesores de educación especial presentan niveles moderados de ansiedad y estrés, debido a las malas condiciones de trabajo, la magnitud de estudiantes que existen en las aulas, falta de homologación de estudiantes, falta de reconocimiento social, económico, pobre comprensión de parte de la administración de los centros educativos especiales, entre otros factores que ocasionan tanto los niveles elevados de ansiedad y estrés pero también ciertas manifestaciones emocionales como: frustración, cansancio mental preocupaciones excesivas, depresión y ansiedad.

Según Serrano, Rojas y Ruggero (2013) La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez. Las patologías más usuales encuentran su tasa más elevada entre los 20 y los 30 años (p. 51).

Chisaguano (2014) realizó un estudio titulado “Dependencias de los niños con necesidades educativas especiales y la ansiedad de los cuidadores de la fundación de niños especiales”, en Ecuador, tiene como objetivo determinar las sobre dependencias de los niños con necesidades educativas especiales en las actividades de la vida diaria y la influencia de la ansiedad de los cuidadores de la Fundación San Miguel del cantón Salcedo. Este trabajo se realizó con los cuidadores de los niños y niñas especiales de la Fundación San Miguel del cantón Salcedo, donde el número de cuidadores fueron 32 número total de asistentes a la fundación. Mediante esta investigación se comprobó que las

dependencias de los niños con necesidades educativas especiales influye directamente en la ansiedad de los cuidadores, se observó que los niños con necesidades educativas especiales obtuvieron puntuación alta en la dependencia de las actividades de la vida diaria, de esta manera los cuidadores que asisten a los niños y niñas con altos grados de dependencia presentan altos grados de ansiedad, en el que se presencia que el 63% de los cuidadores ha presentado ansiedad en consecuente a la asistencia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales que tienen altos grados de dependencia en las actividades.

Epidemiología

La aparición de sintomatología ansiosa relacionada con patologías orgánicas es un hecho muy frecuente, dependiendo sin embargo su incidencia de cada patología en especial; se detallan a continuación, aspectos interesantes (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

Según el (DSM- IV citado por El Grupo multidisciplinario de trabajo ,1997) Existe una significativa variabilidad en la prevalencia de los trastornos de la ansiedad, con diferencias notables entre muestras de la población general. Por ejemplo, recientemente, en E.E.U.U. de Norteamérica, la tasa de prevalencia anual de trastornos de la ansiedad en la población general es del 12,6%; los más frecuentes son la "fobia social" (tasa de prevalencia entre 3 y 13%) y la "fobia específica" (con tasa de prevalencia global que oscila entre 10 y 11%). La tasa de prevalencia del trastorno de angustia es de 1,3% en la población y la tasa de prevalencia global del trastorno de ansiedad generalizada es de aproximadamente del 5%.

Se estima que la prevalencia anual del trastorno obsesivo - compulsivo es del 2,1%. Todos los trastornos de la ansiedad (con la posible excepción del obsesivo-compulsivo) se encuentran con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (por ejemplo, el trastorno de angustia se diagnostica dos veces más en mujeres que en hombres). Aunque la

mayoría de los trastornos de la ansiedad (por ejemplo: angustia y obsesión - compulsión) se inician habitualmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, algunas veces comienzan durante la infancia; por definición, desde luego, la ansiedad "por separación" se inicia en etapas infanto – juveniles (Kirmayer, Young y Hayton,1995).

Enfoques Teóricos de la Ansiedad

a. Teoría Psicodinámica: Según Freud (como se citó en Céspedes, 2015, p.30), que elabora esta teoría en 1917, refiere a la ansiedad como el concepto de angustia, que vendría a ser un proceso biológico no satisfecho, así mismo esta precede de la lucha del sujeto entre el “súper yo” y sus instintos prohibidos o mejor conocidos como “ello”, donde los instintos inaceptables para el individuo provocan el estado de ansiedad.

b. Teoría Comportamental: Céspedes (2015), refiere que esta teoría está basada en la comprensión de métodos de adquisición y mantenimiento de conductas, es así que las conductas aprendidas en algún punto de nuestras vidas se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando una afinidad que se mantendrá a futuro, es por ello que según esta teoría, la ansiedad es producto del aprendizaje erróneo de aquellos que la padecen, pues asocian estímulos en un inicio neutros con acontecimiento traumáticos que resultan amenazantes, por lo mismo cada que hay contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza.

Refiere a la ansiedad como una respuesta emocional ante estímulos externos, así como también ante estímulos internos del sujeto como ideas, imágenes, entre otros elementos cognitivos; siendo está considerada como el resultado de las cogniciones. El individuo con ansiedad interpreta la realidad como amenazante, sin embargo en otros casos la situación percibida puede no constituir de una amenaza real; donde dicha interpretación suele venir acompañada de una sensación subjetiva de “inseguridad, nerviosismo, angustia,

irritabilidad, hipervigilancia, inquietud, preocupaciones, miedo, agobio, sobreestimación del grado de peligro, pánico, atención selectiva a lo amenazante, interpretación catastrófica de los sucesos, infravaloración de la capacidad de afrontamiento, disfunción de la capacidad de memoria y entre otros” (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003, p. 15-30).

c. Teoría Biológica: Considera a la ansiedad una reacción psicológica y biológica; que es acompañada de modificaciones como: el reflejo de la estimulación del Sistema Nervioso Central, siendo esto consecuente con los estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. La activación se traduce como síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo teniendo el aumento del tono simpático y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que dan los síntomas de la ansiedad. Por otro lado, los síntomas en estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducirán en síntomas psicológicos de ansiedad (Virues, 2005).

Tipos De Ansiedad

a. Ansiedad Estado o ansiedad aguda: Es una emoción temporal pues dependerá de un acontecimiento concreto e identificable. La respuesta de ansiedad estado tiende a ser modificable a lo largo del tiempo. Existirán ocasiones en que este tipo de ansiedad se eleva o posee una alta intensidad, en ese caso se denomina como ansiedad aguda. Spielberg (como se citó en Céspedes, 2015, p.34)

b. Ansiedad Rasgo: En este caso la ansiedad está relativamente estable a pesar de encontrarse en niveles altos, característico en individuos que presentan una tendencia a percibir las muchas situaciones como amenazadoras; así mismo características o tendencia temperamental a responder todo el tiempo de igual manera, situaciones estresantes o no. Una persona ansiosa todo el tiempo, posee una actitud de aprensión, y ha conformado toda una estructura más o menos estable de vida en función al rasgo de ansiedad, denominada

como ansiedad crónica. Estos individuos son más propensos a desarrollar un trastorno ansioso; teniendo mayor vulnerabilidad al estrés, considerando un gran número de situaciones como peligrosas, Spielberg (como se citó en Céspedes, 2015, p.34) (Navas y Vargas, 2008, p. 498-500) refieren que la ansiedad implica al menos tres sistemas de respuestas:

a) Subjetivo-cognitivo: experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.

b) Fisiológico-Somático: Activación del sistema nervioso autónomo.

c) Motor-Conductual: Escape y Evitación.

Así mismo haciendo referencia a la etiología de la ansiedad hacen énfasis en múltiples factores entre ellos los biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. A su vez, dentro de esta etiología multifactorial se mencionan la presencia de factores de riesgo y factores protectores (Navas y Vargas, 2012).

Factores

De acuerdo con Navas y Vargas (2012) los factores de la ansiedad pueden ser:

a) Factores Biológicos: son de importancia para la predisposición, es decir que la vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad.

b) Factores Psicosociales: entre ellos encontramos a los estresores psicosociales como las relaciones interpersonales, situación laboral, y posición socioeconómica, entre otros.

Además de ello refieren que el tipo de educación recibida en la infancia puede predisponer un trastorno de ansiedad en la edad adulta.

c) Factores Traumáticos: Hace referencia a experiencias de traumas fuera del rango de la experiencia humana normal como por ejemplo accidentes graves, desastres, asaltos,

violaciones, torturas, secuestros, entre otros, los cuales suelen provocar daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (Navas y Vargas, 2012).

d) Factores Psicodinámicos: La ansiedad se manifiesta como una respuesta individual a un peligro intrínseco en condición de impulso instintivo prohibido y que el individuo pueda considerar que escape a su control (Navas y Vargas, 2012)

e) Factores Cognitivos y Conductuales: La ansiedad se manifiesta debido a una exageración de los estímulos amenazantes y una poca valoración del potencial personal, así mismo se pueden aprender y/o imitar respuestas e incluso conductas ansiosas de los demás, debido a estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización (Navas y Vargas, 2012).

Según Serrano, Rojas y Ruggero (2013) La incidencia de los trastornos de ansiedad es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez. Las patologías más usuales encuentran su tasa más elevada entre los 20 y los 30 años (p. 51).

Niveles de ansiedad

De acuerdo a Ruiz y Lago (2005) los niveles de ansiedad son los siguientes:

Ansiedad Leve: La persona está en estado de alerta y percibe más que cuando está ansiosa. La conciencia, la atención y la capacidad asociativa son muy elevadas. Se perciben ciertos cambios de conducta, que son superados fácilmente. La intensidad es mínima.

Ansiedad Moderada: Se estrecha el campo perceptivo, pero el sujeto aún puede prestar atención si así lo desea. Puede resolver sus problemas de forma bastante normal. Hay incertidumbre, aprehensión y nerviosismo. Se incrementa la actividad, pero su conocimiento perceptual disminuye, el sujeto no se da cuenta de lo que sucede a su alrededor.

Ansiedad Severa: El máximo nivel de ansiedad, se estrecha la capacidad de observación hasta solo advertir el objeto de la ansiedad. El campo perceptivo se estrecha considerablemente y la persona se interesa por detalles dispersos. Predomina una inatención selectiva esto en la ansiedad moderada y severa. Asimismo, la personalidad tiende a disociarse a fin de escapar de su situación. La actividad mental es elevada, impidiendo que el sujeto pueda discernir y su intensidad es tan alta que puede tornarse en pánico, en donde sus pensamientos y el habla se tornan incoherentes. Sin ansiedad: Es un estado de alerta en el que vivimos amenazados ante un posible peligro y como no hay nada a lo cual temer, comenzamos a tener miedo al miedo, a nuestras propias sensaciones corporales, a las relaciones con los demás, a la vulnerabilidad que sentimos.

Estrés.

La palabra estrés deriva del griego stringere, que significa provocar tensión y se utilizó por primera vez en el siglo XIV en inglés, como “stress” empleada por Cannon y el mentor el profesor Selye, quien, solicitó que no se tradujera este término. Sin embargo, actualmente se prefiere mencionar en la forma castellana estrés, y en consecuencia referirse a situaciones estresantes al mencionar las condiciones capaces de provocarlo (Bobes, 2012).

El Estrés es la relación particular entre una persona y su ambiente exterior que es evaluada por la misma como una imposición o exigencia o como algo que excede sus recursos, poniendo en peligro su bienestar (Lazarus, 1984).

Es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuro-endocrino-emocional ante un estímulo percibido como amenazante (estresor) para nuestra integridad o bienestar. Si bien el concepto de estrés es conocido desde hace mucho tiempo,

quienes realmente inició las concepciones de este término fueron Selye y Cannon en 1929 cuando describieron la reacción en animales de lucha – huida como respuestas ante situaciones de amenaza y se refirió a esta respuesta como dependiente de la estimulación simpática adrenal.

Etiología de Estrés.

El estrés en el ser humano es la respuesta heredada o innata y también podemos decir que es un comportamiento grabado en nuestros genes que nos permite a todos nosotros alertarnos del peligro y reaccionar ante él y eso explicaría su aporte a la sobrevivencia de la especie (Vargas, 1998).

Fisiopatología de Estrés.

(Hans, Selye, 1936. Citado por Nogareda, 1992) argumentó el síndrome general de adaptación es producido por los estresores ambientales como el calor, el dolor y el peligro, en el que el cuerpo responde en tres fases; alarma, que activa la respuesta de “ataque o huido” del sistema nervioso autónomo; puede vencer la capacidad del cuerpo para resistir y como resultado pueden aparecer la fatiga y la enfermedad. Fase de adaptación produce que el organismo, a través de las vías metabólicas múltiples, intenta equilibrar su homeostasis ante la permanencia del agente estresante. Este requiere un gran esfuerzo metabólico. y finalmente la Fase de descompensación: Si el agente estresante se cronifica puede haber un agotamiento de la capacidad de mantener la homeostasis y el organismo “se derrumba” Bobes (2012); Marchant (2005).

Fases de aceptación.

Podemos clasificar el estrés en tres fases sobre el organismo.

a. Fase de Alarma

Estímulo del Sistema Nervioso Simpático (SNS) y liberación de Adrenalina (A) y Noradrenalina (NA) por la médula adrenal (rápido aumento de catecolaminas) EJE CORTICOTROPO: El cortisol tarda unos 30 minutos en aumentar (lento aumento de corticoesteroides) Los signos de esta fase son:

Piloerección, aumento de la termogénesis, aumento del ritmo cardiaco, vasoconstricción en el sistema digestivo, hipoglucemia a través de glucogenolisis, sudoración, aumento de la presión arterial, milisais, aumento del calibre de los bronquios, hipertriglicidemia por lipólisis. A los 30/60 minutos del estímulo, se activa el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), lo que se traduce en un aumento de la secreción de cortisol, que prepara el organismo para mantener una respuesta más sostenida al estrés si el estímulo aún persiste. También se segrega la hormona deshidroepiandrosterona (DHEA) cuya misión consiste en contrarrestar los efectos catabólicos del cortisol. Del equilibrio entre la secreción del cortisol y la hormona DHEA depende la integridad de la salud del individuo o su paso a una situación de enfermedad. Con la edad existe un aumento fisiológico del ratio cortisol y de la hormona DHEA, lo que explica que el estrés en edades avanzadas tenga más efectos intensos sobre el sistema inmune que en personas jóvenes. El glucagón y la hormona del crecimiento (GH) también se liberan con el estrés agudo y pueden ser marcadores de esta fase. El sistema renina-angiotensina-aldosterona también participa en la respuesta al estrés. La inervación del Sistema Nervioso Simpático con el riñón da lugar a la secreción de renina. La renina actúa como un encima que convierte el angiotensinógeno secretado por el hígado en angiotensina I que, mediante la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) se convierte en angiotensina II que aumenta la resistencia vascular periférica, es decir produce una vaso constricción. A este proceso se suma la secreción de aldosterona, que produce una retención de sodio y un aumento del volumen plasmático; todo ello se traduce

clínicamente en una subida de la tensión sanguínea y en un aumento de la frecuencia cardíaca. Este es el mecanismo por el que el estrés aumenta la tensión arterial y produce taquicardia (Naranjo,2009).

b.- Fase de Adaptación:

El organismo, a través de vías metabólicas múltiples, intenta equilibrar su homeostasis ante la permanencia del agente estresante. Esto requiere un gran esfuerzo metabólico.

Principalmente se manifiesta por un aumento de secreción de la hormona deshidroepiandrosterona (DHEA) de otras hormonas anabolizantes. Acciones de la DHEA: Tiene efectos anabólicos lo que en cierta forma contrarresta los efectos catabólicos del cortisol. Estimula el sistema inmune. Protege de la osteoporosis. Mejora la memoria. Reduce la inflamación. Tiene efecto anabólico. Favorece la lipólisis. Relación del estrés con el aumento de prolactina: Hay un efecto antagónico entre la dopamina y la prolactina. En el estrés suele haber un descenso de la dopamina, lo que conlleva a un aumento de la secreción de prolactina. Se ha demostrado la relación estrés/hiperprolactinemia. La hiperprolactinemia clásicamente se ha asociado solo a la lactación. Se sabe que el aumento de prolactina produce: Dolor de cabeza, ansiedad, hostilidad pérdida de libido en ambos sexos. Trastornos del ciclo e infertilidad en mujeres. Disfunción eréctil (Naranjo, 2009).

c.- Fase de Descompensación

Si el agente estresante se cronifica puede haber un agotamiento de la capacidad de mantener la homeostasis y el organismo “se derrumba”. En una primera etapa se agota la capacidad para aumentar la secreción de DHEA, las manifestaciones clínicas del estrés se agravan, y en etapas muy avanzadas se resiente también la capacidad de síntesis adrenal de cortisol y se entra en una fase con una sintomatología de fatiga crónica. Por lo tanto, valores altos de la prolactinemia sin una explicación directa (prolactinoma o lactancia)

pueden hacer sospechar la existencia de una situación de estrés (Naranjo, 2009). Aunque la estimulación de la hormona de crecimiento es positiva a causa de su fuerte acción anabólica, el estrés continuado se asocia a una inhibición de la misma secundaria a la acción del factor liberador de corticotropina (CRF) sobre la somatostatina y también se puede llegar a normalizar la prolactina debido a la inhibición de la expresión del ácido ribonucleico mensajero (mRNA) de la prolactina. El efecto catabólico del cortisol se manifiesta también favoreciendo la pérdida de masa ósea a través de su activación de los osteoclastos, es decir, el estrés crónico provoca una aceleración de la osteoporosis. Situación diferencial en el estrés crónico Los mecanismos que hemos descrito se producen cuando el agente estresante es permanente y se entra en la fase del estrés crónico, que es la situación clínica en la que se manifestarán las patologías complejas (Naranjo, 2009).

Causas de estrés en la personalidad

Cualquier situación que la persona perciba como una demanda o una amenaza o que exija un rápido cambio es productora de estrés. No obstante, debe recordarse que no todas las situaciones ni todos los factores estresantes son negativos. Por ejemplo, obtener un buen resultado en una prueba académica o ser ascendido en el trabajo pueden causar estrés de una forma positiva. Además, dependiendo de la forma en que se perciban los diversos factores estresantes, se producen distintos impactos en las personas. En general, puede decirse que existen dos grandes fuentes fundamentales del estrés. En primer lugar, están los agentes estresantes que provienen de circunstancias externas como del ambiente, de la familia, del trabajo, del estudio, etc (Gelder. Lopez y Andreasen, 2003).

En segundo lugar, se encuentra el estrés producido por la persona misma, es decir, por sus propias características de personalidad y por su forma particular de enfrentar y solucionar los problemas. Por otra parte, los factores de estrés no siempre son conocidos, y puede que

sean desconocidos, subestimados, inconscientes y descubiertos solamente después de un diálogo o un análisis. Las angustias, las fobias y las obsesiones son causas de estrés. Su origen es con frecuencia inconsciente y va unido a antiguos traumatismos físicos o psicoafectivos. Los trastornos mentales, las depresiones y la neurosis son a la vez una fuente de estrés y el resultado de situaciones causantes de este, las cuales pueden ser conscientes o generalmente inconscientes y se remontan hasta la infancia (Bensabat, 1987).

En cuanto a las causas del estrés, Melgosa (1995) hace referencia a experiencias traumáticas, las molestias cotidianas, el ambiente físico y social, las elecciones conflictivas y algunas circunstancias estresantes típicas que se presentan a lo largo de la vida. Las experiencias traumáticas, tanto si provienen de catástrofes naturales como terremotos o huracanes, así como si son provocadas por humanos, tales como accidentes o agresiones, aportan una cantidad considerable de estrés durante y después del acontecimiento. Las personas víctimas de experiencias traumáticas pasan por un periodo de estrés que sigue tres pasos: el primero es una ausencia de respuesta, la persona parece ida, como ajena a lo ocurrido; el segundo paso se evidencia por la incapacidad para iniciar una tarea por simple que sea; en el tercer paso, finalmente, la persona entra en una etapa de ansiedad y aprehensión en la que revive las escenas mediante fantasías o pesadillas (Naranjo, 2009). Algunas veces puede sufrir un agudo sentimiento de culpabilidad, sobre todo en aquellos casos en que otras personas han perdido la vida. Asimismo, las molestias cotidianas tales como perder el autobús o llegar tarde a una cita crean tensión. Si estas situaciones se presentan con mucha frecuencia y la persona permite que la afecten, se puede llegar a niveles de estrés muy altos, como si este fuera producto de un evento estresante de gran magnitud. También el ambiente físico que rodea a las personas contribuye a generar, en mayor o menor grado estrés; por ejemplo, el exceso de ruido y la escasez de espacio vital.

Polychroni, Kotroni y Stamatios (2009) Realizaron un estudio titulado " Trabajar con estudiantes con necesidades educativas especiales en Grecia: Este estudio investigó los factores estresantes específicos relacionados con el trabajo que afectan a los docentes con necesidades educativas especiales en Grecia y las estrategias de afrontamiento aplicadas por ellos. 158 Ciento cincuenta y ocho maestros de educación especial participaron en el estudio, reclutados de Atenas (n = 113) y otras áreas urbanizadas de Grecia (n = 45). Se realizaron entrevistas piloto para generar una escala para medir fuentes específicas de estrés en los maestros griegos de educación especial. La (s) escala (s) resultante (s), junto con la subescala de Afrontamiento del Indicador de Estrés Ocupacional se administraron a la muestra, y también se obtuvieron varios factores sociodemográficos mediante el uso de un cuestionario biográfico detallado. Los resultados identificaron cinco factores estresantes clave, que se centraron principalmente en los dominios de las condiciones de trabajo, la carga de trabajo y los problemas de organización, que parecen tener un impacto en los maestros de los estudiantes con necesidades educativas especiales en Grecia.

Clasificación de Estrés.

El estrés es una respuesta a un estímulo estresante este estímulo tiene la característica básica de percibirse como amenazante. En este punto debemos hacer notar que el sentido de amenaza es dado ya sea de modo interno o externo; por ejemplo: el riesgo de ser atropellados será percibido por la mayoría de las personas como una amenaza para su vida (amenaza externa) . Sin embargo, un ascenso laboral puede ser visto como un logro que proporciona satisfacción o genera estrés (amenaza interna) (Cruz y Vargas, 1998).

Y para poder clasificar esta respuesta y por fines didácticos utilizaremos la clasificación de Cotton (1990) quien los clasifica en estresores : físicos, psicológicos y psicosociales.

1. Estrésores físicos: condiciones que nos afectan primordialmente en nuestro cuerpo tales como los cambios extremos de temperatura, la contaminación ambiental, un choque eléctrico o el ejercicio prolongado.

2. Estrésores psicológicos: Aquellas amenazas que son atribuibles a la relación interna de la persona, pensamientos, sentimiento y preocupaciones acerca de amenazas percibidas.

Cotton destaca cómo estos estrésores son más subjetivos dado que la amenaza involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso.

3. Estrésores psicosociales: Proviene de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o exceso de contacto (como ocurre en condiciones de hacinamiento).

Niveles de estrés

a. Estrés agudo

El estrés agudo es más común, se da por las exigencias y presiones que nos ponemos nosotros mismos, también se da por los problemas que se nos acaban de presentar las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano; por las posibles soluciones a cada problema. El estrés agudo es bueno cuando se nos presenta en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. Exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía psicológica, dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas.

De acuerdo a Kaplan y Sadock (2010) la mayoría de las personas reconocen los síntomas de estrés agudo como una lista de lo que ha ido mal en sus vidas.

- El accidente automovilístico que abolló el parachoques
- La pérdida de un contrato importante
- Un plazo de entrega que deben cumplir
- Los problemas ocasionales de su hijo en la escuela, etc.

Ya que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo.

Los síntomas más comunes son de estrés a largo plazo son:

Agonía emocional una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés.

Problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensos, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarramiento muscular y problemas en tendones y ligamentos.

Problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable.

Sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

b.-Estrés agudo episódico

El estrés agudo es común y en ocasiones podríamos decir que pasa por desapercibido, el estrés agudo episódico es perjudicial para las personas y en la mayor parte de las ocasiones, cuando nos encontramos con un nivel alto, puede requerir ayuda médica.

Ambos tipos de estrés (agudo y agudo episódico), son semejantes, la diferencia entre ellos es que el estrés agudo episódico afecta a una persona de manera recurrente. El estrés agudo episódico afecta a aquellas personas que llevan una vida desordenada, que siempre están con apuro. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Quienes padecen estrés agudo

episódico por lo general tienen mal carácter, son irritables, ansiosos, tensos, e incluso pueden volverse hostiles, además sus relaciones interpersonales se deterioran con rapidez, ya sea con sus amigos, familia o compañeros de trabajo (Goldman, 2001). Las personas con estrés agudo episódico tienen un "impulso de competencia excesivo, agresividad, impaciencia y un sentido agobiador de la urgencia". Además, existe una forma de hostilidad sin razón aparente. Se los puede llamar los "doña o don angustias" ven el desastre a la vuelta de la esquina y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación.

Según Kaplan y Sadock (2010). Los síntomas del estrés agudo episódico son:

- agitación prolongada
- Dolores de cabeza intensos y persistentes
- Migrañas
- Hipertensión
- Dolor en el pecho
- Enfermedad cardíaca.

A menudo, el estilo de vida y los rasgos de personalidad están tan arraigados y son habituales en estas personas que no ven nada malo en la forma cómo conducen sus vidas. Culpan a otras personas y hechos externos de sus males. Con frecuencia, ven su estilo de vida, sus patrones de interacción con los demás y sus formas de percibir el mundo como parte integral de lo que son y lo que hacen. Estas personas pueden ser sumamente resistentes al cambio. Sólo la promesa de alivio del dolor y malestar de sus síntomas puede mantenerlas en tratamiento y encaminadas en su programa de recuperación.

c. Estrés crónico

El estrés crónico es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día. Este destruye el cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. Es

el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta. El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente, de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones (Kaplan, 2010; Goldman, 2001).

Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes. Algunas experiencias afectan profundamente la personalidad. Se genera una visión del mundo, o un sistema de creencias, que provoca un estrés interminable para la persona.

Gelder, Lopez y Andreasen (2003) comentan que algunos síntomas del Estrés Crónico pueden ser: La irritabilidad, disturbios del sueño e insomnio, pérdida del apetito o voracidad alimentaria, dificultades en la relación con los demás. A estos síntomas el estrés crónico puede causar consecuencias orgánicas:

Aparato inmunitario: El estrés crónico puede llegar a disminuir las defensas a tal punto, que lo anula, dejando al paciente vulnerable a enfermedades infectocontagiosas, es decir más susceptible a infecciones virales, como se observa con el virus H. influenza y/o infecciones bacterianas, como la Tuberculosis.

Aparato cardiovascular: Es estrés crónico puede causar un aumento de la frecuencia cardíaca y hasta síntomas coronarios, como dolores precordiales (dolor detrás del esternón) y arritmias cardíacas (trastornos del ritmo cardíaco). Una situación de estrés crónico puede llevar al Infarto Agudo de Miocardio, en los casos que existan factores predisponentes.

Otros aparatos: En personas que ya sufren una patología anterior al estado de estrés crónico, éste puede potenciar la evolución y terminar agravándolos, tal como sucede en la

úlceras gástricas, colon irritable, fatiga, asma bronquial, disminución del deseo sexual y en algunos casos esterilidad.

Discapacidad

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2019).

Tipos de discapacidad

Discapacidad Motriz (DM)

La discapacidad motriz se encuentra relacionada con una alteración en las funciones cerebrales, así como con el intercambio de comunicación entre el sistema nervioso y el cuerpo, para lograr una adecuada interpretación de las sensaciones y la correcta realización de movimientos gruesos (movimientos generales de todo el cuerpo) y finos (movimientos que requieren más detalle y cuidado).

Es una alteración de la capacidad del movimiento que afecta, las funciones de desplazamiento, manipulación, respiración, y que limita al niño(a) en su desarrollo personal y social. Ocurre cuando hay una alteración en los músculos, los huesos y/o las articulaciones, o bien, cuando hay un daño en el cerebro que afecta el área motriz, lo que le impide al niño (a) moverse de forma adecuada o realizar movimientos finos con precisión (OMS, 2016).

Según la OMS (2016) la discapacidad motora se clasifican en cuatro criterios y según el Grado de Afectación.

Espasticidad: aumento exagerado del tono muscular (hipertonía), por lo que hay movimientos exagerados y poco coordinados. Afecta al 70-80% de los pacientes.

Atetosis: se pasa de hipertonía a hipotonía, por lo que hay movimientos no coordinados, lentos, no controlables. Estos movimientos afectan a las manos, los pies, los brazos o las piernas y en algunos casos los músculos de la cara y la lengua, lo que provoca hacer muecas (es por esta razón, los niños pueden llegar a babear). Pueden tener problemas para coordinar los movimientos musculares necesarios para el habla (disartria).

Ataxia: sentido defectuoso de la marcha e incoordinación motora tanto fina como gruesa. Afecta la forma de caminar, ya que hay presencia de inestabilidad, a la vista se percibe que colocan los pies muy separados uno del otro.

Mixto: manifiestan diferentes características de los anteriores tipos. La combinación más frecuente es la de espasticidad y movimientos atetoides.

Grado de Afectación

- **Grave:** no hay autonomía (es dependiente de alguien más).
- **Moderada:** tiene autonomía (no siempre necesita alguna ayuda y/o asistencia para lograr realizar funciones básicas).
- **Leve:** tiene total autonomía (no depende de nadie, ni necesita de alguien que lo apoye).

Discapacidad Visual (DV)

La discapacidad visual se refiere a las alteraciones que ocurren entre la percepción y la interpretación de imágenes visuales, es decir, el significado total o parcial que se le asigna a las formas y figuras y objetos que son detectados. Por ende se ve afectado el reconocimiento e identificación de objetos ya conocidos o aquellos que se presentan por primera vez (OMS,2016).

La vista nos permite identificar objetos ya conocidos o aquellos que se nos presentan por primera vez. La discapacidad visual, es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial.

Para determinar esto, se utiliza la evaluación de: A) la agudeza visual (capacidad percibir con claridad y nitidez la forma y la figura de los objetos a determinada distancia) y B) el campo visual (porción del espacio que se puede ver sin mover la cabeza ni los ojos).

- La agudeza visual normal registra una visión de 20/20.
- El campo visual normal es de 150 grados en plano horizontal y 130 grados en el plano vertical.
- Se habla de discapacidad visual cuando existe una disminución significativa de la agudeza visual aun con el uso de lentes, o bien, una disminución significativa del campo visual.

De acuerdo la OMS (2016) La función visual se subdivide en cuatro niveles:

Visión normal: No presenta dificultad para poder percibir imágenes u objetos

Discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave: se reagrupan comúnmente bajo el nombre “baja visión”; la baja visión y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Ceguera: Es la ausencia total de visión, no hay percepción de luz

Discapacidad Auditiva (DA)

La discapacidad auditiva implica una alteración en el sistema auditivo que afecta la forma de entender, explicar y adquirir el lenguaje. Por lo tanto, una alteración en la audición puede llegar a afectar el proceso para adquirir el lenguaje y la forma en la que se conceptualiza el medio, se obtienen los conocimientos y la información acerca de las experiencias y los eventos que nos rodean

Alteración en la capacidad para recibir adecuadamente los estímulos auditivos del medio ambiente, lo que dificulta la adquisición del lenguaje. La disminución de la capacidad de oír, afecta la forma de percepción del sonido (irregular y distorsionada), lo que limita sus posibilidades para procesar debidamente la información auditiva de acuerdo con el tipo y grado de pérdida auditiva (OMS, 2016).

Sordo: Dificultad para percibir los sonidos y estímulos del ambiente, a través del oído. (No escucha).

- Dificultad para adquirir el lenguaje.
- Dificultad para producir correctamente los sonidos del habla.
- Emiten sonidos guturales no entendibles

Las causas pueden ser:

- **Congénita (desde el nacimiento) :** Puede ser de cualquier tipo o grado, en un solo oído o en ambos (unilateral o bilateral). Se asocia a problemas renales en las madres embarazadas, afecciones del sistema nervioso, deformaciones en la cabeza o cara (craneofaciales), bajo peso al nacer (menos de 1500 gramos) o enfermedades

virales contraídas por la madre durante el ^[1]_[SEP]embarazo, como sífilis, herpes e influenza

- **Adquirida (después del nacimiento):** Puede ser ocasionada por enfermedades virales como rubéola o meningitis, uso de medicamentos muy fuertes o administrados durante mucho tiempo, manejo de desinfectantes e infecciones frecuentes de oído, en especial acompañadas de fluido por el conducto auditivo.

De acuerdo a la OMS (2016) la discapacidad auditiva se clasifica según el grado de la pérdida auditiva, severidad y conforme a la duración

Temporal: Disminución de la audición de forma espontánea y durante un tiempo definido. Pueden ser causadas por un tapón de cerumen en el canal auditivo, ausencia o malformación de la aurícula y del conducto auditivo externo o infecciones en el oído.

Permanentes: Pérdida irreversible que permanecerá durante toda la vida

Discapacidad Intelectual (DI)

La discapacidad intelectual es una condición de vida que se caracteriza por limitaciones en el funcionamiento intelectual, sensorial y motriz que afectan el desarrollo: psicomotor, cognoscitivo y socioafectivo, por ejemplo: la adquisición de lectura y la escritura, la noción de los números, los conceptos de espacio y tiempo, el juicio, etc.

Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual de razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprender ideas complejas, aprender con rapidez, aprender de la experiencia, como también, en el aprendizaje del conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas. se ve afectada la conducta adaptativa y las funciones cognitivas como son: la memoria, la atención, el pensamiento y la comunicación. ocurre un retraso en el cumplimiento de las secuencias esperadas de desarrollo para sus iguales en edad y contexto sociocultural (OMS, 2016).

Tipos comunes de discapacidad intelectual

Trastorno del desarrollo: Problemas severos y de larga duración que afectan la vida cotidiana. Algunas de las causas de las capacidades de desarrollo, incluyen:

- Anormalidades cromosómicas genéticas.
- Exposición durante el embarazo a ciertas sustancias (alcohol y/o drogas).
- Ciertas infecciones durante el embarazo como el parto prematuro

Síndrome de Down

Se trata de una alteración genética ocasionada por la presencia de un cromosoma extra en el par 21, y se produce durante la división celular en el momento de la gestación, sin que alguno de los padres sea responsable de que esto suceda. Los niños (as) con síndrome de Down presentan rasgos físicos similares, de modo que se parecen mucho entre sí, y enfrentan una condición de vida diferente, no una enfermedad. Tres características distinguen a los niños (as): bajo tono muscular, discapacidad intelectual y retardo en el lenguaje. Otros síndromes, los de Roid y West, aunque poco comunes, también conllevan discapacidad intelectual.

Hidrocefalia (cráneo demasiado grande) o microcefalia (cráneo pequeño)

Son más visibles y también provocan discapacidad intelectual; sin embargo, es poco el porcentaje en que se presentan. Hay niños (as) que en su apariencia física no parecen sufrir problemas, pero manifiestan una discapacidad intelectual severa, moderada o leve en su aprendizaje, lenguaje, forma de relacionarse, atención, comprensión y retención, lo que se traduce en necesidades educativas especiales que requieren satisfactores adecuados al nivel de esas necesidades. La escuela brinda atención educativa a través de programas que promueven el desarrollo integral del niño (a) y que se enfocan a la adquisición de conocimientos, desarrollo de habilidades y destrezas, formación de

hábitos de convivencia, de trabajo y de higiene, aprovechando la información que aportan los contextos social, cultural (OMS, 2016).

Parálisis cerebral

Trastorno que afecta las funciones del cerebro y del sistema nervioso, el movimiento, el aprendizaje, la audición, la visión y el pensamiento. Algunos tipos diferentes de parálisis cerebral, entre ellas: espástica, discinética, atáxica, hipotónica y mixta. Esta puede ser resultado de diversas afecciones como: sangrado en el cerebro, infecciones cerebrales (encefalitis, meningitis, infecciones por herpes simple), trauma craneal (golpee en la cabeza) e infecciones en la madre durante el embarazo (a causa de rubéola o ictericia grave) (OMS,2016).

Discapacidad Psicosocial

Debido a una enfermedad o trastorno mental. Epilepsia/ crisis epilépticas, Trastornos de la conducta (Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y Autismo) (DPSC). La discapacidad psicosocial debido a una enfermedad o trastorno mental frecuentemente se presenta debido al desconocimiento y la falta de información acerca del diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental, otras deficiencias intelectuales, y otras enfermedades como la epilepsia/crisis epilépticas, trastornos del desarrollo, trastornos de la conducta y autismo. en esta, los miembros de la sociedad y/o la comunidad llevan a cabo barreras sociales, actitudes o conductas discriminatorias como el prejuicio. Restricciones de la participación causadas por el entorno social y centrada en las deficiencias temporales o permanentes que se generan debido al diagnóstico de una enfermedad o trastorno mental. (OMS,2016). Las más frecuentes son:

Epilepsia/crisis epiléptica.

Es una enfermedad crónica, caracterizada por convulsiones recurrentes no provocadas.

Tiene varias causas:

Genética; puede presentarse en personas que tienen una historia pasada de trauma al nacer, infecciones cerebrales o lesiones de la cabeza. causadas por descargas anormales (parecido a un corto circuito en las células que componen al cerebro) en el cerebro y pueden ser de diferentes formas; las personas con epilepsia pueden tener más de un tipo de crisis.

Trastornos de la Conducta

Representan un término amplio que incluye trastornos más específicos, tales como el trastorno de hiperactividad o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) u otros trastornos conductuales.

Autismo

Comprende una gama de trastornos complejos del neurodesarrollo caracterizados por impedimentos sociales, dificultades en la comunicación y patrones de conducta repetitivos, restringidos y estereotípicos, sin que se presenten estas características o patrones en todos los casos. El trastorno del espectro autista varía ampliamente en gravedad y síntomas, incluso puede pasar sin ser reconocido, especialmente en los niños levemente afectados o cuando se enmascara por problemas físicos más debilitantes

Hipótesis

Las características de la discapacidad de los estudiantes se asocian con la depresión, ansiedad y estrés de los docentes de los Centros de Educación Básica Especial.





CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo o Diseño de Investigación

Según el enunciado del problema y los objetivos planteados, la presente investigación determina un enfoque cuantitativo de alcance descriptivo, correlacional. (Johnson, 2014 y Battaglia, 2008, citado en Hernández-Sampieri et al., 2014). contando con un diseño no experimental-transeccional, correlacional, ya que pretende describir la relación de dos o más variables en un momento determinado. Con el propósito final de medir y relacionar las características de la discapacidad de los estudiantes; recolectando información sobre el nivel de discapacidad, la cantidad de tipos de discapacidad, la cantidad de estudiantes en el aula y finalmente los estados emocionales negativos de los docentes tomando en cuenta la medición de la depresión, ansiedad y estrés.

Técnicas e Instrumentos

Cuestionario de Indagación de datos para los docentes

Este cuestionario fue elaborado por la tesista con fines de investigación, Consta de dos partes. La primera sobre datos personales de los docentes (sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, nivel socioeconómico) y la segunda parte sobre las características de la discapacidad de los estudiantes: niveles de discapacidad, cantidad de tipos de discapacidad en el aula y la cantidad de estudiantes que los docentes tienen a su cargo. Los datos de la segunda parte del Cuestionario fueron utilizados para el análisis y procesamiento estadístico de la investigación. Este cuestionario fue aplicado de forma anónima a los docentes de los Centros.

Este cuestionario no requiere de validez y la confiabilidad porque las respuestas a las preguntas son respuestas concretas. Por ejemplo, en edad, hay una respuesta establecida, al igual que los niveles de discapacidad, cantidad de tipos de discapacidad y cantidad de estudiantes en el aula, las respuestas ya están establecidas.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

La versión abreviada de la Escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21), es una escala de auto reporte dimensional que fue diseñada con el objetivo de medir los estados emocionales negativos tales como la depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond, 1995). La escala está compuesta por tres sub-escalas que a su vez están compuestas por siete ítems cada una, la calificación del formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro alternativas, las que se ordenan en de 0 a 3 puntos. El puntaje de cada sub-escala se calcula con la suma de los puntajes de los ítems pertenecientes a esa sub-escala y varía entre 0 y 21 puntos. Cuyos puntajes de cada sub escala pueden variar depende de la emoción que se esté calificando: Los puntajes de los niveles de depresion, Ansiedad y estrés de acuerdo a Polo (2017) son los siguientes:

Depresión

- **Normal :** 0-4
- **Leve:** 5-6
- **Moderado** 7-10
- **Severo:** 11-13

Ansiedad

- **Normal :** 0-3
- **Leve:** 4-5
- **Moderado** 6-7
- **Severo:** 8-9

Estrés

- **Normal :** 0-7
- **Leve:** 8-9
- **Moderado** 10-12
- **Severo:** 13-16

DASS-21 cuenta con dos versiones validadas en español, en población latina adulta de Estados Unidos (Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002) y en estudiantes universitarios en España (Bados, Solanas y Andres , 2005). Para el estudio con adolescentes chilenos, se realizó un proceso de adaptación idiomática y cultural del instrumento considerando los pasos sugeridos en la literatura para la validación de instrumentos (Werner y Campbell, 1970; Brislin, 1980; Muñiz y Hambleton, 1996; citado por Polo, 2017).

En primer lugar, utilizando un enfoque de comité con descentración, tres psicólogos con dominio del inglés hablado y escrito realizaron una traducción preliminar al español trabajando en forma independiente. Posteriormente, elaboraron por consenso una primera versión en español del DASS-21, utilizando las versiones preliminares. En segundo lugar, un psicólogo chileno residente en un país de habla inglesa realizó un proceso de retrotraducción de esta primera versión del DASS-21, con el objetivo de mejorar la equivalencia cultural del instrumento. A partir de esta versión retrotraducida se modificaron levemente los tiempos verbales en dos ítems 4 y 19.

Esta versión modificada fue sometida a una prueba piloto (n = 29 adolescentes, 16 mujeres y 13 hombres) para evaluar comprensibilidad de los ítems y de las instrucciones. A partir de sus resultados se modificaron dos ítems que contenían una doble negación (14 y 16), generando la versión definitiva del DASS-21 (Vinet, Rehbein, Saiz y Román, 2008; citado por Polo, 2017) utilizada en dicha investigación. Para evaluar la validez convergente y

discriminante del DASS-21, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck – Segunda Versión (BDI-II; (Beck, Steer, Ball y Ranieri, 1996) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown, y Steer, 1988). El BDI-II es uno de los instrumentos de autorreporte más utilizado internacionalmente para evaluar la severidad de síntomas depresivos en adultos y adolescentes desde los 13 años.

Validación y confiabilidad del Instrumento

Román, Vinet y Alarcón (2014) Con respecto a la confiabilidad, evaluada a través de consistencia interna en los estudios realizados con adolescentes, se reportan valores de alfa para la escala de Depresión de 0,88-0,87; para la escala de Ansiedad de 0,79; para la escala de Tensión/ Estrés es 0,82-0,83 y para la escala total es de 0,93 (Tully, Zajac y Venning., 2009; Szabó, 2010). Estos valores son similares a los reportados en los estudios de validación del DASS-21 en población adulta (Lovibond y Lovibond, 1995; Daza, Novy, Stanley y Averill, 2002; Bados, Solanas y Andres, 2005) (p.181). Con respecto a la confiabilidad, los valores Alfa para cada escala fueron aceptables, pero menores a los obtenidos en los estudios de validación con adolescentes australianos. El valor más bajo observado correspondió a la escala de Ansiedad (0,72), sin embargo, este valor fue similar al obtenido en el estudio de validación de Bados, Solanas y Andres (2005) con estudiantes de Psicología españoles. (Román, Vinet Y Alarcón, 2014, p. 186)

Población y Muestra

El presente estudio tiene como población a 70 docentes de 6 Centros Educativos Básicos Especiales (CEBEs) del Cercado de Arequipa, de los cuales 13 pertenecen al CEBE Santa Lucía, 6 al CEBE Nueva Esperanza, 11 al CEBE Polivalente, 18 al CEBE Asociación Unámonos, 18 al CEBE Nuestra Señora del Pilar y 7 al CEBE Vivenvias-Marianne Frostig.

El muestreo es no probabilístico, intencional, ya que según (Johnson, 2014 y Battaglia, 2008, citado en Hernández-Sampieri et al., 2014). la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador.

La muestra está conformada por 55 docentes de 4 Centros de Educación Básica Especial del Cercado de Arequipa, de los cuales 13 pertenecen al CEBE Santa Lucía, 6 al CEBE Nueva Esperanza, 9 al CEBE Polivalente y 15 al CEBE Asociación Unámonos. No participaron 2 docentes del CEBE Polivalente porque manifestaron su deseo de no participar. Tampoco participaron los docentes de los CEBEs Nuestra Señora del Pilar y Vivencias- Marianne Frostig porque los Directores manifestaron su desacuerdo con la aplicación de test psicológicos en su institución.

Los 55 participantes son de ambos sexos (femenino y masculino) de edades comprendidas entre 23 y 45 años y de una condición socioeconómica media. Asimismo, tienen a cargo un promedio de 10 estudiantes por aula, quienes presentan diversos tipos de discapacidad, entre ellos, discapacidad intelectual, motora, psicosocial, auditiva y/o visual, trastorno del espectro autista con niveles de discapacidad leve, moderado y severo, los cuales son determinados por el certificado de grado de discapacidad emitido por profesionales del MINSA.

Estrategia de recolección de datos

Para la recolección de datos se solicitó la autorización a los Directores de 6 CEBEs del Cercado de Arequipa, de los cuales, solo 4 CEBEs decidieron participar en la investigación conjunto a previas coordinaciones con los directores de los CEBEs se procedió aplicar la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés a los docentes de los CEBEs en un periodo de 6 semanas. Para luego procesar los datos y obtener resultados.

Criterios de procesamiento de información

Para la realización del procesamiento de datos primero se creó y utilizó una matriz de datos utilizando el programa Excel versión 2016, para luego ingresarlos en el programa estadístico EPI-INFO versión 6.0 con el fin de organizar, describir, relacionar y presentar los datos cuantitativos, empleando el análisis correlacional necesario.





CAPITULO III RESULTADOS

Descripción de los resultados

Tabla 1

Niveles de depresión, ansiedad y estrés de los docentes

| Niveles | Nº | % |
|------------------|----|-------|
| Depresión | | |
| Normal | 35 | 63.6 |
| Leve | 5 | 9.1 |
| Moderado | 8 | 14.5 |
| Severo | 7 | 12.7 |
| Ansiedad | | |
| Normal | 30 | 54.5 |
| Leve | 8 | 14.5 |
| Moderado | 3 | 5.5 |
| Severo | 14 | 25.5 |
| Estrés | | |
| Normal | 43 | 78.2 |
| Leve | 3 | 5.5 |
| Moderado | 4 | 7.3 |
| Severo | 5 | 9.1 |
| Total | 55 | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla 1 de la presente investigación podemos observar que de los 55 docentes evaluados el 14.5% presenta un nivel Moderado de depresión seguido del 12.7% que presenta un nivel severo. El 14.5% presenta un nivel leve de ansiedad y el 25.5% presentan un nivel severo. Finalmente, el 7.3% presenta un nivel moderado de estrés seguido del 9.1% que presentan un nivel severo.

Tabla 2

Características de la discapacidad de los estudiantes; nivel, cantidad de tipos de discapacidad y cantidad de estudiantes en el aula

| Discapacidad | N° | % |
|---|-----------|----------|
| Nivel de discapacidad | | |
| Leve | 2 | 3.6 |
| Moderado | 38 | 69.1 |
| Severo | 15 | 27.3 |
| Cantidad de tipos de discapacidad en el aula | | |
| Un tipo | 16 | 29.1 |
| Dos tipos | 30 | 54.5 |
| 3 a más tipos | 9 | 16.4 |
| Cantidad de Estudiantes en el aula | | |
| De 4 a 7 | 30 | 54.5 |
| De 8 a 10 | 13 | 23.6 |
| De 11 a más | 12 | 21.8 |
| Total | 55 | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

En la tabla 2 se observó que el nivel de discapacidad que se encontró en la mayoría de las aulas es moderado (69.1%); respecto a la cantidad de tipos de discapacidad, la mayoría de docentes trabajo con dos tipos de discapacidad (54.5%) y Finalmente, la mayoría de docentes tiene a su cargo entre 4 a 7 estudiantes con discapacidad en el aula (54.5%).

Tabla 3
Nivel de discapacidad y los estados emocionales negativos de los docentes.

| | | Nivel de Discapacidad | | | | | |
|---------------------------|----------|-----------------------|-------|---------------------------|-------|--------|-------|
| | | Leve | | Moderado | | Severo | |
| Niveles | | N° | % | N° | % | N° | % |
| Depresión | Normal | 2 | 100.0 | 23 | 60.5 | 10 | 66.7 |
| | Leve | 0 | 0.0 | 3 | 7.9 | 2 | 13.3 |
| | Moderada | 0 | 0.0 | 7 | 18.4 | 1 | 6.7 |
| | Severa | 0 | 0.0 | 5 | 13.2 | 2 | 13.3 |
| P = 0.855 (P ≥ 0.05) N.S. | | | | | | | |
| Ansiedad | Normal | 2 | 100.0 | 19 | 50.0 | 9 | 60.0 |
| | Leve | 0 | 0.0 | 4 | 10.5 | 4 | 26.7 |
| | Moderada | 0 | 0.0 | 3 | 7.9 | 0 | 0.0 |
| | Severa | 0 | 0.0 | 12 | 31.6 | 2 | 13.3 |
| P = 0.371 (P ≥ 0.05) N.S. | | | | | | | |
| Estrés | Normal | 2 | 100.0 | 30 | 78.9 | 11 | 73.3 |
| | Leve | 0 | 0.0 | 2 | 5.3 | 1 | 6.7 |
| | Moderada | 0 | 0.0 | 3 | 7.9 | 1 | 6.7 |
| | Severa | 0 | 0.0 | 3 | 7.9 | 2 | 13.3 |
| Total | | 2 | 100.0 | 38 | 100.0 | 15 | 100.0 |
| Fuente: Matriz de datos | | | | P = 0.984 (P ≥ 0.05) N.S. | | | |

En la tabla 3 hallamos que aquellos docentes que tienen estudiantes con un nivel leve de discapacidad no presentan depresión (100%), los docentes que tienen estudiantes con un nivel moderado de discapacidad (60.5%) no presentan depresión, el (18.4%) presentan un nivel moderado de depresión y el (13.2%) presentan un nivel severo de depresión; los docentes que tienen estudiantes con un nivel severo de discapacidad el (66.7%) no presentan depresión, el (6.7%) presentan un nivel moderado de depresión y el (13.3%) presentan un nivel severo de depresión.

Se observa también aquellos docentes que tienen estudiantes con un nivel leve de discapacidad, el (100.0%) no presentan Ansiedad, cuyos docentes que cuentan con estudiantes con un nivel moderado de discapacidad, el (50.0 %) no presentan ansiedad, el (7.9%) presenta un nivel moderado de ansiedad, el (31.6%) presentan un nivel severo de ansiedad y finalmente los docentes que manejan estudiantes con un nivel severo de discapacidad, el (60.0%) no presentan ansiedad, el (26.7%) presentan un nivel leve de ansiedad y el (13.3%) presentan un nivel severo de ansiedad.

Los docentes que tienen estudiantes con un nivel leve de discapacidad, el (100.0%) no presentan estrés, cuyos docentes que cuentan con estudiantes con un nivel moderado de discapacidad, el (78.9 %) no presentan estrés, el (7.9%) presentan un nivel moderado de estrés, el (7.9%) presenta un nivel severo de estrés y finalmente los docentes que manejan estudiantes con un nivel severo de discapacidad, el (73.3%) no presentan estrés, el (6.7%) presentan un nivel moderado de estrés y el (13.3%) presentan un nivel severo de estrés.

Según la prueba estadística aplicada, no existe relación significativa entre los niveles de discapacidad de los estudiantes y la presencia de depresión, ansiedad, estrés de los docentes.

Tabla 4

Cantidad de tipos de discapacidad en el aula y los estados emocionales negativos de los docentes

| Niveles | | Cantidad de Tipos de Discapacidad | | | | | |
|---------------------------|----------|-----------------------------------|-------|--------------------------|-------|------------|-------|
| | | Un tipo | | Dos tipos | | Tres a más | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Depresión | Normal | 9 | 56.3 | 21 | 70.0 | 5 | 55.6 |
| | Leve | 2 | 12.5 | 1 | 3.3 | 2 | 22.2 |
| | Moderada | 2 | 12.5 | 5 | 16.7 | 1 | 11.1 |
| | Severa | 3 | 18.8 | 3 | 10.0 | 1 | 11.1 |
| P = 0.638 (P ≥ 0.05) N.S. | | | | | | | |
| Ansiedad | Normal | 8 | 50.0 | 18 | 60.0 | 4 | 44.4 |
| | Leve | 3 | 18.8 | 2 | 6.7 | 3 | 33.3 |
| | Moderada | 1 | 6.3 | 2 | 6.7 | 0 | 0.0 |
| | Severa | 4 | 25.0 | 8 | 26.7 | 2 | 22.2 |
| P = 0.583 (P ≥ 0.05) N.S. | | | | | | | |
| Estrés | Normal | 12 | 75.0 | 25 | 83.3 | 6 | 66.7 |
| | Leve | 1 | 6.3 | 1 | 3.3 | 1 | 11.1 |
| | Moderada | 0 | 0.0 | 3 | 10.0 | 1 | 11.1 |
| | Severa | 3 | 18.8 | 1 | 3.3 | 1 | 11.1 |
| Total | | 2 | 100.0 | 30 | 100.0 | 9 | 100.0 |
| Fuente: Matriz de datos | | | | P = 0.435 (P ≥ 0.05) N.S | | | |

En la tabla 4 se observa que aquellos docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo de discapacidad el (56.3%) no presentan depresión, el (12.5%) presentan depresión

moderada y el (18.8%) presenta un nivel severo de depresión, cuyos docentes que en su mayoría cuentan con estudiantes con dos tipos de discapacidad, el (70.0 %) no presentan depresión, el (16.7%) presenta un nivel moderado de depresión y el (10.0%) presenta un nivel severo de depresión y los docentes que manejan en su mayoría estudiantes de tres a más tipos de discapacidad el (55.6%) no presentan depresión, el (22.2%) presentan un nivel leve de depresión, el (11.1%) presentan un nivel moderado de depresión y el (11.1%) presentan un nivel severo de depresión.

Así también aquellos docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo de discapacidad el (50.0%) no presentan ansiedad, el (18.8%) presentan un nivel leve de ansiedad, el (6.3%) un nivel moderado de ansiedad, el (25.0%) presentan un nivel severo de ansiedad, los docentes que en su mayoría cuentan con estudiantes con dos tipos de discapacidad el (60.0 %) no presentan ansiedad, el (6.7%) presentan un nivel moderado de ansiedad, el (26.7%) presentan un nivel severo de ansiedad y finalmente los docentes que manejan en su mayoría estudiantes con tres a más tipos de discapacidad el (44.4%) no presentan ansiedad, el (33.3%) presentan un nivel leve de ansiedad, el (22.2%) presentan un nivel severo de ansiedad.

Finalmente, cuyos docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo de discapacidad el (75.0%) no presentan estrés, el (18.8%) presentan un nivel severo de estrés, los docentes que en su mayoría cuentan con estudiantes con dos tipos de discapacidad el (83.3 %) no presentan estrés, el (10.0%) presentan un nivel moderado de estrés y los docentes que manejan en su mayoría estudiantes con tres a más tipos de discapacidad el (66.7%) no presentan estrés, el (11.1%) presentan un nivel moderado de estrés y el (11.1%) presentan un nivel severo de estrés. Según la prueba estadística aplicada, no existe relación significativa entre la cantidad de tipos de discapacidad de los estudiantes y la presencia de estrés en los docentes.

Tabla 5

Cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula y los estados emocionales negativos de los docentes.

| Niveles | | Estudiantes a Cargo | | | | | |
|---------------------------|----------|---------------------|-------|-----------|-------|-------------|-------|
| | | De 4 a 7 | | De 8 a 10 | | De 11 a más | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Depresión | Normal | 16 | 53.3 | 12 | 92.3 | 7 | 58.3 |
| | Leve | 4 | 13.3 | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 |
| | Moderada | 6 | 20.0 | 1 | 7.7 | 1 | 8.3 |
| | Severa | 4 | 13.3* | 0 | 0.0* | 3 | 25.0* |
| P = 0.048 (P < 0.05) S.S. | | | | | | | |
| Ansiedad | Normal | 14 | 46.7 | 11 | 84.6 | 5 | 41.7 |
| | Leve | 5 | 16.7 | 1 | 7.7 | 2 | 16.7 |
| | Moderada | 3 | 10.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| | Severa | 8 | 26.7* | 1 | 7.7* | 5 | 41.7* |
| P = 0.036 (P < 0.05) S.S. | | | | | | | |
| Estrés | Normal | 20 | 66.7 | 13 | 100.0 | 10 | 83.3 |
| | Leve | 3 | 10.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| | Moderada | 3 | 10.0 | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 |
| | Severa | 4 | 13.3 | 0 | 0.0 | 1 | 8.3 |
| Total | | 30 | 100.0 | 13 | 100.0 | 12 | 100.0 |

Fuente: Matriz de datos

P = 0.331 (P ≥ 0.05) N.S.

En la tabla 5 se observa que aquellos docentes que tienen de 4 a 7 estudiantes con discapacidad a su cargo, el (20.0%) presentan un nivel moderado de depresión, el (13.3%) presentan un nivel severo de depresión, los docentes quienes tienen de 8 a 10 estudiantes a su cargo, el (7.7%) presentan un nivel moderado de depresión, Sin embargo ningún docente presentó el nivel de depresión severo. Por otro lado, el (8.3%) de los docentes que tienen a su cargo de 11 a más estudiantes con discapacidad presentaron un nivel moderado de depresión y el (25.0%) presentaron un nivel severo de depresión.

Por otro lado los docentes que tienen de 4 a 7 estudiantes con discapacidad a su cargo, el (16.7%) presentan un nivel leve de ansiedad, el (10.0%) presentan un nivel moderado de ansiedad y el (26.7%) presentan un nivel severo de ansiedad, los docentes quienes tienen de 8 a 10 estudiantes a su cargo el (7.7%) presentan un nivel severo de ansiedad y los docentes que tienen a su cargo de 11 a más estudiantes con discapacidad el (16.7%) presentan un nivel leve de ansiedad y el (41.7%) presentaron un nivel severo de depresión. Según la prueba estadística aplicada, se ha encontrado relación significativa entre estas dos variables demostrándose que aquellos docentes que tienen a su cargo mayor cantidad de estudiantes tienden a sufrir mayor depresión y también mayor ansiedad.

Finalmente, se observa que aquellos docentes que tienen de 4 a 7 estudiantes con discapacidad a su cargo, el (66.7%) no presentan estrés, el (10.0%) presentan un nivel moderado de estrés y el (13.3%) presentan un nivel severo de estrés, los docentes quienes tienen de 8 a 10 estudiantes a su cargo el (100.0%) no presentan estrés y los docentes que tienen a su cargo de 11 a más estudiantes con discapacidad el (83.3%) no presentaron estrés, el (8.3%) presentan un nivel moderado de estrés y el (8.3%) presentan un nivel severo de estrés.

Según la prueba estadística aplicada, no existe relación significativa entre la cantidad de estudiantes a cargo y la presencia de estrés en los docentes.



Tabla 6*Características de la discapacidad de los estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes*

| Características de la discapacidad | | Estados emocionales negativos | | | | | | | | | | | | Total |
|------------------------------------|---------------|-------------------------------|------|----------|--------|----------|------|----------|--------|--------|------|----------|--------|-------|
| | | Depresion | | | | Ansiedad | | | | Estrés | | | | |
| | | Normal | Leve | Moderado | Severo | Normal | Leve | Moderado | Severo | Normal | Leve | Moderado | Severo | |
| | | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| Nivel de discapacidad | Leve | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100 |
| | Moderado | 60.5 | 7.9 | 18.4 | 13.2 | 50.0 | 10.5 | 7.9 | 31.6 | 78.9 | 5.3 | 7.9 | 7.9 | 100 |
| | Severo | 66.7 | 13.3 | 6.7 | 13.3 | 60.0 | 26.7 | 0.0 | 13.3 | 73.3 | 6.7 | 6.7 | 13.3 | 100 |
| Cantidad de tipos de discapacidad | Un tipo | 56.3 | 12.5 | 12.5 | 18.8 | 50.0 | 18.8 | 6.3 | 25.0 | 75.0 | 6.3 | 0.0 | 18.8 | 100 |
| | Dos tipos | 70.0 | 3.3 | 16.7 | 10.0 | 60.0 | 6.7 | 6.7 | 26.7 | 83.3 | 3.3 | 10.0 | 3.3 | 100 |
| | 3 a más tipos | 55.6 | 22.2 | 11.1 | 11.1 | 44.4 | 33.3 | 0.0 | 22.2 | 66.7 | 11.1 | 11.1 | 11.1 | 100 |
| Cantidad de estudiantes en el aula | De 4 a 7 | 53.3 | 13.3 | 20.0 | 13.3* | 46.7 | 16.7 | 10.0 | 26.7* | 66.7 | 10.0 | 10.0 | 13.3 | 100 |
| | De 8 a 10 | 92.3 | 0.0 | 7.7 | 0.0* | 84.6 | 7.7 | 0.0 | 7.7* | 100.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100 |
| | De 11 a más | 58.3 | 8.3 | 8.3 | 25.0* | 41.7 | 16.7 | 0.0 | 41.7* | 83.3 | 0.0 | 8.3 | 8.3 | 100 |

En la tabla 6 se observa que aquellos docentes que tienen estudiantes con un nivel leve de discapacidad no presentan depresión (100%), los docentes que tienen estudiantes con un nivel moderado de discapacidad (60.5%) no presentan depresión, el (18.4%) presentan un nivel moderado de depresión y el (13.2%) presentan un nivel severo de depresión; los docentes que tienen estudiantes con un nivel severo de discapacidad el (66.7%) no presentan depresión, el (6.7%) presentan un nivel moderado de depresión y el (13.3%) presentan un nivel severo de depresión. Se observa también aquellos docentes que tienen estudiantes con un nivel leve de discapacidad, el (100.0%) no presentan Ansiedad, cuyos docentes que cuentan con estudiantes con un nivel moderado de discapacidad, el (50.0 %) no presentan ansiedad, el (7.9%) presenta un nivel moderado de ansiedad, el (31.6%) presentan un nivel severo de ansiedad y finalmente los docentes que manejan estudiantes con un nivel severo de discapacidad, el (60.0%) no presentan ansiedad, el (26.7%) presentan un nivel leve de ansiedad y el (13.3%) presentan un nivel severo de ansiedad. Los docentes que tienen estudiantes con un nivel leve de discapacidad, el (100.0%) no presentan estrés, cuyos docentes que cuentan con estudiantes con un nivel moderado de discapacidad, el (78.9 %) no presentan estrés, el (7.9%) presentan un nivel moderado de estrés, el (7.9%) presenta un nivel severo de estrés y finalmente los docentes que manejan estudiantes con un nivel severo de discapacidad, el (73.3%) no presentan estrés, el (6.7%) presentan un nivel moderado de estrés y el (13.3%) presentan un nivel severo de estrés.

Aquellos docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo de discapacidad el (56.3%) no presentan depresión, el (12.5%) presentan depresión moderada y el (18.8%) presenta un nivel severo de depresión, cuyos docentes que en su mayoría cuentan con estudiantes con dos tipos de discapacidad, el (70.0 %) no presentan depresión, el (16.7%) presenta un nivel moderado de depresión y el (10.0%) presenta un nivel severo de depresión y los docentes que manejan en su mayoría estudiantes de tres a más tipos de

discapacidad el (55.6%) no presentan depresión, el (22.2%) presentan un nivel leve de depresión, el (11.1%) presentan un nivel moderado de depresión y el (11.1%) presentan un nivel severo de depresión.

Así también aquellos docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo de discapacidad el (50.0%) no presentan ansiedad, el (18.8%) presentan un nivel leve de ansiedad, el (6.3%) un nivel moderado de ansiedad, el (25.0%) presentan un nivel severo de ansiedad, los docentes que en su mayoría cuentan con estudiantes con dos tipos de discapacidad el (60.0 %) no presentan ansiedad, el (6.7%) presentan un nivel moderado de ansiedad, el (26.7%) presentan un nivel severo de ansiedad y finalmente los docentes que manejan en su mayoría estudiantes con tres a más tipos de discapacidad el (44.4%) no presentan ansiedad, el (33.3%) presentan un nivel leve de ansiedad, el (22.2%) presentan un nivel severo de ansiedad.

Finalmente, los docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo de discapacidad el (75.0%) no presentan estrés, el (18.8%) presentan un nivel severo de estrés, los docentes que en su mayoría cuentan con estudiantes con dos tipos de discapacidad el (83.3 %) no presentan estrés, el (10.0%) presentan un nivel moderado de estrés y los docentes que manejan en su mayoría estudiantes con tres a más tipos de discapacidad el (66.7%) no presentan estrés, el (11.1%) presentan un nivel moderado de estrés y el (11.1%) presentan un nivel severo de estrés.

Cuyos docentes que tienen de 4 a 7 estudiantes con discapacidad a su cargo, el (20.0%) presentan un nivel moderado de depresión, el (13.3%) presentan un nivel severo de depresión, los docentes quienes tienen de 8 a 10 estudiantes a su cargo, el (7.7%) presentan un nivel moderado de depresión, Sin embargo ningún docente presentó el nivel de depresión severo. Por otro lado, el (8.3%) de los docentes que tienen a su cargo de 11 a

más estudiantes con discapacidad presentaron un nivel moderado de depresión y el (25.0%) presentaron un nivel severo de depresión

Por otro lado los docentes que tienen de 4 a 7 estudiantes con discapacidad a su cargo, el (16.7%) presentan un nivel leve de ansiedad, el (10.0%) presentan un nivel moderado de ansiedad y el (26.7%) presentan un nivel severo de ansiedad, los docentes quienes tienen de 8 a 10 estudiantes a su cargo el (7.7%) presentan un nivel severo de ansiedad y los docentes que tienen a su cargo de 11 a más estudiantes con discapacidad el (16.7%) presentan un nivel leve de ansiedad y el (41.7%) presentaron un nivel severo de depresión. Según la prueba estadística aplicada, se ha encontrado relación significativa entre estas dos variables demostrándose que aquellos docentes que tienen a su cargo mayor cantidad de estudiantes tienden a sufrir mayor depresión y también mayor ansiedad y Finalmente, se observa que aquellos docentes que tienen de 4 a 7 estudiantes con discapacidad a su cargo, el (66.7%) no presentan estrés, el (10.0%) presentan un nivel moderado de estrés y el (13.3%) presentan un nivel severo de estrés, los docentes quienes tienen de 8 a 10 estudiantes a su cargo el (100.0%) no presentan estrés y los docentes que tienen a su cargo de 11 a más estudiantes con discapacidad el (83.3%) no presentaron estrés, el (8.3%) presentan un nivel moderado de estrés y el (8.3%) presentan un nivel severo de estrés.

Tabla 7

las características de la discapacidad de los estudiantes y los estados emocionales de los docentes.

| Características de la discapacidad | Estados Emocionales | | |
|--|---------------------|--------------|--------|
| | Depresión | Ansiedad | Estrés |
| Niveles | 0.855 | 0.371 | 0.984 |
| | NS | NS | NS |
| Cantidad de tipos | 0.638 | 0.583 | 0.435 |
| | NS | NS | NS |
| Estudiantes en el aula | 0.048 | 0.036 | 0.331 |
| | SS | SS | NS |

***NS** No hay relación

***SS** Hay relación

Según los resultados en la tabla 7 se ha observa que de las características de la discapacidad de los estudiantes evaluados, la cantidad de estudiantes en el aula es la característica que tiene relación con los estados emocionales de los docentes, específicamente sobre su depresion y ansiedad, demostrándose que mientras mayor

cantidad de estudiantes tengan en el aula, más negativos serán estos estados emocionales de los docentes.



Discusión

La investigación tuvo por objetivo determinar la relación entre las características de la discapacidad de los estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes de Centros de Educación Básica Especial (CEBE) del Cercado Arequipa. Tomando en cuenta que cuando nos referimos a características de la discapacidad hablamos de los niveles de discapacidad, cantidad de tipos de discapacidad en el aula y cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula; también se consideró que cuando nos referimos a estados emocionales negativos hablamos de depresión, ansiedad y estrés tomando en cuenta los siguientes niveles; Normal, leve, moderado y severo.

En base a los hallazgos de la investigación, se acepta la hipótesis parcialmente; ya que existe relación entre las características de la discapacidad de estudiantes y la depresión y ansiedad, encontrándose relación entre la cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula y la depresión y ansiedad de los docentes. Sin embargo no se encontró relación significativa entre la depresión, ansiedad, estrés con los niveles de discapacidad ni con la cantidad de tipos de discapacidad en el aula.

Estos resultados son contrarios a los hallazgos de (Frazen, 1996, citado por Adeyini, 2010) quien encontró que las discapacidades de los estudiantes en un determinado nivel son una variable que afectan el desempeño de docentes de educación especial, es decir, que la severidad de la discapacidad de los estudiantes puede crear tensión, desequilibrio emocional y psicológico en los docentes de educación especial.

Chisaguano (2014) en su estudio Dependencias de los niños y niñas con necesidades educativas especiales y la ansiedad de los cuidadores de la fundación de niños especiales”, en Ecuador. observó que los cuidadores profesionales que asisten a los niños y niñas con altos grados de dependencia no presentan altos niveles de ansiedad ya que se

encontró que los niveles de ansiedad mostraban un nivel normal, es decir que los profesionales no se ven afectados por los grados de dependencia de los niños y niñas con necesidades educativas especiales. Teniendo así esta investigación resultados similares a la nuestra ya que en nuestra investigación se encontró que el nivel de discapacidad (normal, leve, moderado y severo) de los estudiantes no tiene relación con la ansiedad de los docentes.

Polaino-Lorente (1985) en Madrid realizó el estudio “La ansiedad y el estrés de los profesores de educación especial” el cual expresa que la gran mayoría de profesores de educación especial presentan niveles moderados de ansiedad y estrés, debido a las malas condiciones de trabajo, incluyendo la magnitud de estudiantes, falta de homologación de estudiantes en las aulas entre otros factores, sin embargo nosotros hacemos énfasis en la magnitud de estudiantes el cual en nuestra investigación lo asemejamos con la cantidad de estudiantes como una característica que también está relacionada con los altos niveles de ansiedad.

Polychroni, Kotroni y Stamatios (2009) quienes realizaron el estudio titulado: “Trabajar con estudiantes con necesidades educativas especiales en Grecia”: Investigó los factores estresantes específicos relacionados con el trabajo que afectan a los docentes con necesidades educativas especiales en Grecia y las estrategias de afrontamiento aplicadas por ellos; donde los resultados identificaron cinco factores estresantes clave, que se centraron principalmente en los dominios de las condiciones de trabajo, la carga de trabajo y los problemas de organización, que parecen tener un impacto en los maestros de los estudiantes con necesidades educativas especiales en Grecia. Siendo estos resultados parciales con nuestra investigación ya que si bien se ha encontrado que la cantidad de estudiantes está relacionado con la ansiedad y depresión, esta característica no está significativamente relacionada con el estrés.

En relación a los resultados descriptivos de depresión, ansiedad y estrés del docente se halló que el (36.4%) presenta algún grado de depresión, el (45.5%) algún grado de ansiedad y el (21.8%) presenta algún grado de estrés. Siendo la ansiedad la variable con el más alto puntaje, lo cual es motivo para tomar en cuenta.

Por otro lado, se encontró que el nivel moderado es el nivel de discapacidad que predomina en los Centros de Educación Básica Especial del cercado de Arequipa, así también la cantidad de tipos de discapacidad que predomina en los estudiantes es de dos tipos de discapacidad y finalmente la cantidad predominante de estudiantes que maneja cada docente en el aula es de 4 a 7 estudiantes.

Siendo estos hallazgos útiles para las autoridades que se encargan de la gestión en los Centros de Educación Básica Especial; con el fin de que sea considerado como una estrategia de organización en las aulas. Y finalmente, los resultados de este estudio demuestran que la depresión y ansiedad en los docentes dependen de la cantidad de estudiantes a cargo, lo que nos manifiesta que mientras más alto sea la cantidad de estudiantes más alto será el nivel de depresión y/o ansiedad, lo cual implica un aspecto importante a tomar en cuenta en la organización de las aulas de los centros de educación especial, con el fin de asegurar el bienestar psicológico y la salud mental de todos los docentes.

Conclusiones

- Primera:** De las características de la discapacidad de los estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes se encontró que la cantidad de estudiantes con discapacidad en el aula tiene relación con los estados emocionales negativos de los docentes, específicamente con la depresión y la ansiedad.
- Segundo:** Los niveles de depresión, ansiedad, estrés que predominan son: ansiedad con un nivel severo, estrés con un nivel severo y depresión con un nivel moderado, cuyos resultados indican que la ansiedad es el estado emocional que más predomina en los docentes de los centros de educación básica especial.
- Tercera:** Se halló que el nivel moderado de discapacidad predomina en los estudiantes de Centros de Educación Básica Especial, así también la cantidad de tipos de discapacidad que predomina es de dos tipos y finalmente la cantidad de estudiantes que manejan en su mayoría cada docente en el aula es de cuatro a siete estudiantes.
- Cuarta:** Los docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un nivel, leve, moderado y/o severo de discapacidad a cargo no presentan altos niveles de depresión, ansiedad ni estrés. Lo que nos indica que no existe relación significativa entre los niveles de discapacidad de los estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes

Quinta: Los docentes que tienen en su mayoría estudiantes con un tipo, dos y/o tres tipos de discapacidad a cargo no presentan altos niveles de depresión, ansiedad ni estrés. Lo que indica que no existe relación significativa entre los tipos de discapacidad de los estudiantes y los estados emocionales negativos de los docentes



Sugerencias

- Primera:** Replicar la investigación a más profundidad y con una población más grande. Que incluya cuidadores: tanto padres de familia como docentes.
- Segunda:** Realizar estudios que estén relacionados con los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los docentes de educación especial y otros factores externos al CEBE
- Tercera:** Se sugiere a las instituciones públicas y privadas encargadas de la Educación sobre todo del área de educación básica especial realizar capacitaciones y aplicar programas de bienestar psicológico y salud mental dirigido a los miembros de los CEBEs
- Cuarta:** Se considera importante implementar algunas normas o decretos sobre la magnitud de estudiantes que cada docente debe manejar en las aulas dentro de los centros de educación básica especial, con el fin de armonizar el desempeño y mantener el bienestar psicológico de los estudiantes.
- Cuarta:** Que se continúe realizando estudios sobre aspectos de este campo tan interesante, importante e inspirador que es la psicología excepcional con el fin de realizar planes de intervención más específicos, ya que, si bien hay diferentes estudios sobre el tema, son pocos los que existen en el País y en la ciudad de Arequipa. Por lo tanto, es relevante mantener el bienestar psicológico y la salud mental de todos los docentes ya que ellos son el motor de la educación básica especial.

Limitaciones

Primera: Una de las limitaciones de este estudio es que algunos directivos de los CEBEs no autorizaron la aplicación del instrumento de la investigación , por lo que se tuvo que reducir la muestra.

Segunda: La falta de apoyo y predisposición por parte de los directivos de los CEBEs para la aplicación del instrumento.

Tercera: El poco interés e importancia por parte de algunos participantes de los CEBEs para el llenado del instrumento.

Cuarta: La falta de tiempo por parte de los participantes ya que era complicado buscar un momento adecuado para la aplicación, debido a los diferentes factores y actividades internas de los CEBEs.

Referencias

- Adeniyi, S. (2010). “*Causas percibidas de estrés laboral entre educadores especiales en especial seleccionado y escuelas integradas en Nigeria*”. New Horizons in Education, 58(2), 73- 82. Recuperado de <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ966651.pdf>
- Bados, A., Solanas, A. & Andrés, A. (2005) *Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS)*. Psicothema, 17, pp. 679-683
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G. & Steer., R. (1988) *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56 , pp. 893
- Beck, A., Steer, R., Ball, R. & Ranieri, W. (1996). *Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients*. Journal of Personality Assessment, 67 (1996), pp. 588-597
- Battaglia. (2008). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Mc Graw Hill
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. Salud Publica Mex, 47(1), S4-S11.
- Bensabat, S. (1987). *Stress*. Grandes especialistas responden. Bilbao: Mensajero.
- Bobes García. J. *Trastornos del sueño*. En: Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatria. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1551- 1567
- Céspedes, E. (2015). *Propiedades Psicométricas Del Inventario De Ansiedad Estado Y Ansiedad Rasgo En Niños Y Adolescentes De Lima Sur. Tesis para Obtener el*

Título de Licenciada en Psicología, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, Universidad Autónoma del Perú

Chisaguano, L. (2014). *Dependencias de los niños con necesidades educativas especiales y la ansiedad de los cuidadores de la fundación de niños especiales san miguel del cantón salcedo* (Tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera de Psicología Clínica, Ecuador.

Cotton, D. (1990) *Stress Management: An integrated approach to therapy*. New York: Brunnel/Mazel, Inc., 264 páginas

Cruz, C., Vargas, L. (1998) *Estrés entenderlo es Manejarlo*. 1ª edición. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Catolica de Chile.

Da Silva, Costa y Barbosa (2008). *Indicadores de ansiedad en el DFH y rasgos de personalidad en niños: un estudio de validez Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte. Vol. 31 (3): 417-434, 2014 ISSN 0123-417X (impreso) ISSN 2011-7485 (on line).

Daza, P., Novy, D., Stanley, A. & Averill, P (2002) *The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24, pp. 195-205

Donnchadha (2018) Strees in caregivers of individuals with intelectual or developmental disabilities: A systematic review of minfulness- based interventions., *Journal of applied research in intelectual disabilities*, 31 (2), 181-192, doi: 10.1111/jar.12398

Feldberg y col. (2015) “*Factores psicosociales y sobrecarga del cuidador informal*” en Argentina

Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M., Berrocal-Castellano, M., Benítez, A., Ferré, C., Rodero, V. y Aparicio, R. (2011). *Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al*

cuidador en Atención Primaria. Disponible en:

<http://www.urv.cat/dinfern/media/upload/arxiu/guia%20cuidados%20infermeria.pdf>

Figuerola, Y. (2011). *Situación del cuidador y características del cuidado de personas con discapacidad en Santiago de Cali*. *Rev Chil Salud Pública*, 15(2), 83-89.

Gallagher, S., Pilch, M. & Hannigan, A. (2018). *Prior depressive symptoms and persistent child problem behaviours predict future depression in parents of children with developmental disabilities: The growing*

Gelder, M, Lopez, Andreasen, N. *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona : Psiquiatría Editores; 2003, pp 895-900.

Goldman, H. (Ed). (2001). *Psiquiatría General*. El Manual Moderno Santa fé. DF, México: El Manual Moderno Santafé de Bogotá editores

Grupo multidisciplinario de trabajo. *D.S.M. - IV - Atención primaria*. Editorial Masson S.A. Barcelona. I edición. Cap. 4: Introducción al algoritmo de la ansiedad; 1997; pág. 50-61.

Gutiérrez, J. y Portillo, C. (2013). *La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños*. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 16, 533-557

Hasan Tehrani T, Haghighi M, Bazmamoun H. *Effects of Stress on Mothers of Hospitalized Children in a Hospital in Iran*. *Iran Journal of Children Neurology* Autumn 2012;6 (4): 39-45.

Hernandez, Sampieri. (Ed). (2014). *Metodología de la Investigación*. DF, México: Mc Grand Hill

- Johnson.(2014). *Metodología de la Investigación*. DF,Mexico: Mc Grand Hill
- Kaplan H, Sadock B, Grebb J. (1996) *Sinopsis de psiquiatría*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Vil edición. Cap. 16: Trastornos de la ansiedad; pág. 588-597.
- Kaplan, Sadock BJ. (2010) *Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica*. 5ª ed. Walters Kluwer (NYSA): Lippincot Williams&Wilkins Publishers editorial.
- Kirmayer LJ, Young A, Hayton BC. (1995) The cultural content of anxiety disorders. *Psych Clin North Am* ; 18(3): 503-521.
- Kobylianskii, A., Jegathesan, T., Young, E., Fung K., Huber J., & Minhas RS. (2018) *Experiences of Inner-City Fathers of Children With Chronic Illness , Clinical pediatrics*, 57, 792-801, doi:10.1177/0009922817734361
- Lovibond, P., Lovibond, S. (1995) . *The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck. Depression and Anxiety Inventories*. Behaviour Research and Therapy, 33 (1995), pp. 335-343
- Marchant, N. *Tratado de psiquiatría*. 1ª ed. .Buenos Aires: Grupo Guía, 2005 pp.259-264.
- Melgosa, J. (1995). *Nuevo estilo de vida. ¡Sin estrés!* Madrid: Safeliz
- Naranjo Pereira, M. (2009) *Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo*. Revista Educación 33(2), 171-190, ISSN: 0379-7082.
- Navas, Wendy; Vargas, María. (2012). *Trastornos de Ansiedad: Revisión Dirigida para Atención Primaria*. Revista medica de costa rica y centroamerica lxix (604) 497-507, 2012.

- Nogareda, S. (1992). *Fisiología del estrés*. Recuperado de https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_355.pdf/d0c209e9-026e-4d85-8faf-5a9fcea97276
- Núñez, B. (2003). *La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares*. *Arch.argent.pediatr*, 101(2), 133-142.
- Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la salud. (2016). *Protocolo Para detección de alteraciones en el desarrollo infantil*. Recuperado de: file:///C:/Users/maryo/Downloads/1260-OPS_ProtocoloFINAL.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Temas de Salud*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y Ansiedad*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety>
- Organización Mundial de la Salud.(2019). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Recuperado de http://https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Pérez-Alvarez, L., & Mediondo, P. (2007). La parálisis infantil: su impacto sobre el ajuste y desempeño social de la madre. *Archivo Médico de Camagüey*, 11(5).
- Polaino-Lorente, A. (1985). *La ansiedad y el estrés de los profesores de educación especial*. *Revista Bordon*, (256), 71-82.
- Polo, R. (2017). *Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión, Ansiedad Y Estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote* (Tesis de pregrado). Universidad Cesar Vallejo, Chimbote.
- Polychroni, F., Kotroni, C., y Stamatios, A. (2009). *Revista internacional de educación especial*, (24).

Ponce, C., Bulnes, M., Aliaga, J., Atalaya, M., y Huertas, R. (2005). *El síndrome del quemado por estrés laboral asistencial e grupos de docentes universitarios*.

Revista de Investigación en Psicología, 8 (2), 87-112.

Real Academia Española. (2019). *Definición de característica (co)*. Recuperado de

<https://dle.rae.es/caracter%C3%ADstico>

Ramírez, F.(2017) “*Relación entre el nivel de Estrés, Ansiedad y Estado de Ánimo en Docentes y Madres de Familia que Atiende a Niños con Necesidades Especiales de los CEBE Caritas del distrito de Paucarpata* (Tesis de pregrado), Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

Rivera, L., y Schalatter, J. (2010). *Los Síndromes de Estrés y Trastornos fóbicos*. En: *Vallejo Ruiloba Julio, coordinador y director. Tratado de Psiquiatría*. 2da ed. Barcelona: Marban; 2012 p. 1259- 1281.

Robles-Vizcaíno, C., & Laynez-Rubio, C. (2013). *Experiencias y cambios en los padres de niños con parálisis cerebral infantil: estudio cualitativo*. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 36(1), 9-20.

Roman, F., Santibañez, P. y Vinet, E. (2016). *Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos*.

Román, F., Vinet, E. y Alarcón, A. (2014) *Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21): Adaptación y Propiedades Psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco*.

Revista Argentina Clínica Psicológica, 23, pp. 179-190

Ruiz, A. y Lago, B. (2005). *Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia*.

Curso de actualización Pediatría. Madrid: Exlibris ediciones.

Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*.

Strange, P. (1992), *Brain biochemistry and brain disorders*. London. Ed. Oxford

Sugai, G. & Horner, R. (2001). School climate and discipline: going to scale. A framing paper for the national summit. Universidad de Oregon: Center on positive Behavioral Interventions and supports, Oregon, USA.

Szabo, M. (2010) *The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample*. Journal of Adolescence, 33, pp. 1-8

Troman, G. (2000). *Teachers stress in the low-trust society*. British Journal of Sociology of Education, (21), 331-353.

Tully, P., Zajac, I. & Venning, A. (2009) The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. Journal of Abnormal Child Psychology, 37, pp. 717-726

Vargas Vargas, L., Kawada, M., Bazaes, S., Karplus, P. & Faerman, C.H. Insulin antagonism: A new role for human serum transferrin. Horm. Metab. Res. 30 (1998) 113-117

Vazquez, F. (2015). *Terapia de solución de problemas para la depresión*. Galicia, España: Alianza Editorial

Virues, R. (2005). *Estudio sobre Ansiedad*. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Woods, P. & Carlyle, D. (2002). Teacher identities under stress: the emotions of separation and renewal. International Studies in Sociology of Education, (12), 89-169.



ANEXOS

Cuestionario de Indagación de datos para los docentes

Datos Personales

Sexo : Femenino () Masculino ()

Estado Civil: Soltero () Casado () Conviviente ()

Número de hijos :

Ocupación:

Grado de Instrucción:

Nivel socioeconómico: alto () medio () bajo ()

Datos sobre los estudiantes a su cargo

¿Cuántos estudiantes tiene a cargo ?

¿Cuál es el Nivel de discapacidad de los estudiantes a su cargo?

¿Cuáles son los Tipos de discapacidad de los estudiantes a su cargo?

DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me costó mucho relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me di cuenta que tenía la boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. No podía sentir ningún sentimiento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Se me hizo difícil respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Sentí que mis manos temblaban | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Sentí que tenía muchos nervios | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Sentí que no tenía nada por que vivir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Noté que me agitaba | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Se me hizo difícil relajarme | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Me sentí triste y deprimido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Sentí que estaba al punto de pánico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. No me pude entusiasmar por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Sentí que valía muy poco como persona | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Sentí que estaba muy irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Tuve miedo sin razón | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

Clasificaciones de gravedad – DASS-21

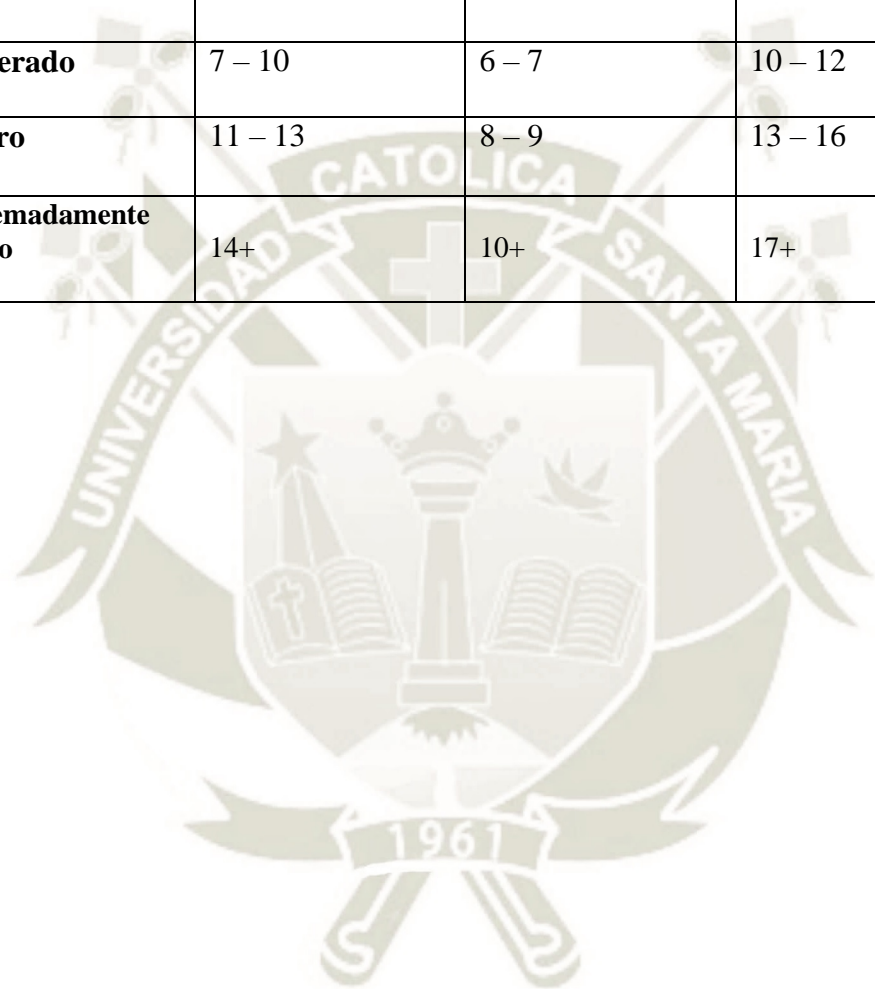
El DASS 21 es una medida cuantitativa a lo largo de los 3 ejes de depresión, ansiedad y estrés. No es una medida categórica para diagnósticos clínicos. Síndromes emocionales como la depresión y la ansiedad son intrínsecamente dimensionales que varían a lo largo de un continuo de gravedad (independiente del diagnóstico específico). Por lo tanto, la selección de una puntuación de corte única para representar la gravedad es necesariamente arbitraria. Una escala como DASS puede conducir a una evaluación útil de la perturbación. Sin embargo, puede ser útil tener "etiquetas" para caracterizar el grado de gravedad en relación con la población. Por lo tanto, las siguientes puntuaciones se han desarrollado para definir las puntuaciones de normal / medio / moderado / severo / extremadamente severo para cada escala DASS. (Polo, 2017)

Nota: Las etiquetas de gravedad se usan para describir el rango completo de puntajes en la población, por lo que "leve" por ejemplo significa que la persona está por encima de la media de la población, pero probablemente todavía muy por debajo de la gravedad típica de alguien que busca ayuda que pueda significar un nivel leve de desorden. Las puntuaciones DASS individuales no definen las intervenciones apropiadas. Deberán utilizarse junto con toda la información clínica disponible para determinar el tratamiento adecuado para cualquier individuo.

1. Síntomas de la excitación psicológica
2. Los síntomas más cognitivos y subjetivos de la ansiedad

DASS-21 PUNTAJE

| Nivel | Depresion | Ansiedad | Estrés |
|--------------------------|-----------|----------|---------|
| Normal | 0 - 4 | 0 – 3 | 0 – 7 |
| Leve | 5 – 6 | 4 – 5 | 8 – 9 |
| Moderado | 7 – 10 | 6 – 7 | 10 – 12 |
| Severo | 11 – 13 | 8 – 9 | 13 – 16 |
| Extremadamente severo | 14+ | 10+ | 17+ |



MATRIZ DE DATOS

| S | C | E | SX | EC | NH | ND | NE | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 | I7 | I8 | I9 | I10 | I11 | I12 | I13 | I14 | I15 | I16 | I17 | I18 | I19 | I20 | I21 | D | I | A | I | ES | I |
|----|-----------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----------------------|----|-----------------------|----|-------------|
| 1 | polivalente | 53 | 1 | 1 | 2 | | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 5 | NO PRESENTA |
| 2 | polivalente | 45 | 1 | 0 | 0 | | 6 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 5 | LEVE | 2 | NO PRESENTA | 9 | LEVE |
| 3 | polivalente | 50 | 1 | 1 | 1 | | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | NO PRESENTA | 4 | LEVE | 11 | MODERADO |
| 4 | polivalente | 38 | 1 | 0 | 0 | | 28 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 4 | LEVE | 3 | NO PRESENTA |
| 5 | polivalente | 40 | 1 | 1 | 3 | | 16 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 3 | 12 | SEVERA | 17 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 14 | SEVERO |
| 6 | polivalente | 45 | 1 | 0 | 2 | | 8 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 7 | polivalente | 43 | 1 | 0 | 0 | | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 13 | SEVERA | 16 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 17 | SEVERO |
| 8 | polivalente | 35 | 1 | 0 | 0 | | 10 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | MODERADA | 9 | SEVERA | 7 | NO PRESENTA |
| 9 | polivalente | 46 | 1 | 1 | 5 | | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |
| 10 | santalucia | 38 | 1 | 0 | 0 | | 6 | 1 | 2 | 1 | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | MODERADA | 6 | MODERADA | 5 | NO PRESENTA |
| 11 | santalucia | 43 | 1 | 1 | 2 | | 11 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 12 | SEVERA | 8 | SEVERA | 6 | NO PRESENTA |
| 12 | santalucia | 41 | 1 | 0 | 0 | | 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | MODERADA | 4 | LEVE | 6 | NO PRESENTA |
| 13 | santalucia | 32 | 1 | 1 | 1 | | 61 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 14 | santalucia | 23 | 1 | 0 | 0 | | 9 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 15 | santalucia | 52 | 1 | 1 | 2 | | 9 | 2 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 4 | NO PRESENTA | 5 | MODERADA | 5 | NO PRESENTA |
| 16 | santalucia | 34 | 0 | 0 | 2 | | 60 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 17 | santalucia | 54 | 1 | 1 | 0 | | 7 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 | LEVE | 5 | MODERADA | 3 | NO PRESENTA |
| 18 | santalucia | 45 | 1 | 0 | 0 | | 6 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0 | 5 | LEVE | 10 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 7 | NO PRESENTA |
| 19 | santalucia | 36 | 1 | 0 | 1 | | 7 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 | NO PRESENTA | 6 | MODERADA | 7 | NO PRESENTA |
| 20 | santalucia | 48 | 1 | 1 | 2 | | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA |
| 21 | santalucia | 45 | 1 | 1 | 2 | | 10 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 6 | NO PRESENTA |
| 22 | santalucia | 45 | 1 | 1 | 0 | | 10 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |
| 23 | santalucia | 33 | 1 | 0 | 1 | | 11 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 24 | Nueva Esperanza | 65 | 1 | 1 | 0 | | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 25 | Nueva Esperanza | 49 | 1 | 0 | 0 | | 5 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 11 | SEVERA | 6 | MODERADA | 13 | SEVERO |
| 26 | Nueva Esperanza | 46 | 1 | 1 | 2 | | 6 | 3 | 2 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 2 | 1 | 14 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 11 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 18 | SEVERO |
| 27 | Nueva Esperanza | 50 | 1 | 2 | 1 | | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----------------|----|---|---|---|--|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------|----|-----------------------|----|-------------|
| 28 | Nueva Esperanza | 48 | 1 | 1 | 2 | | 7 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 4 | NO PRESENTA |
| 29 | Nueva Esperanza | 52 | 1 | 1 | 2 | | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 4 | LEVE | 5 | NO PRESENTA |
| 30 | Unamonos | 48 | 1 | 0 | 0 | | 6 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA | 4 | NO PRESENTA |
| 31 | Unamonos | 34 | 1 | 1 | 2 | | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA |
| 32 | Unamonos | 44 | 1 | 1 | 2 | | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |
| 33 | Unamonos | 40 | 1 | 0 | 1 | | 12 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 6 | LEVE | 11 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 7 | NO PRESENTA |
| 34 | Unamonos | 37 | 1 | 0 | 1 | | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |
| 35 | Unamonos | 20 | 1 | 0 | 0 | | 5 | 3 | 0 | 3 | 2 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 3 | 3 | 1 | 3 | 3 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 13 | SEVERA | 17 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 15 | SEVERO |
| 36 | Unamonos | 64 | 1 | 1 | 2 | | 5 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA |
| 37 | Unamonos | 26 | 1 | 0 | 0 | | 8 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA | 5 | NO PRESENTA |
| 38 | Unamonos | 43 | 1 | 0 | 1 | | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 4 | LEVE | 2 | NO PRESENTA |
| 39 | Unamonos | 48 | 1 | 1 | 2 | | 7 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 5 | NO PRESENTA |
| 40 | Unamonos | 38 | 1 | 0 | 1 | | 12 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 1 | 1 | 0 | 11 | SEVERA | 11 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 11 | MODERADO |
| 41 | Unamonos | 39 | 1 | 1 | 1 | | 6 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | MODERADA | 8 | SEVERA | 10 | MODERADO |
| 42 | Unamonos | 37 | 1 | 1 | 2 | | 26 | 0 | 3 | 0 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 9 | MODERADA | 11 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 6 | NO PRESENTA |
| 43 | Unamonos | 40 | 1 | 0 | 1 | | 9 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 4 | NO PRESENTA |
| 44 | Unamonos | 37 | 1 | 0 | 0 | | 12 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 45 | Unamonos | 49 | 1 | 1 | 2 | | 11 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | NO PRESENTA | 5 | MODERADA | 4 | NO PRESENTA |
| 46 | Unamonos | 52 | 1 | 1 | 3 | | 6 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 10 | MODERADA | 9 | SEVERA | 9 | LEVE |
| 47 | Unamonos | 21 | 1 | 0 | 0 | | 7 | 1 | 3 | 1 | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 | 3 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2 | 9 | MODERADA | 11 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 9 | LEVE |
| 48 | Unamonos | 46 | 1 | 1 | 3 | | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 49 | Unamonos | 39 | 1 | 0 | 0 | | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |
| 50 | Unamonos | 60 | 1 | 0 | 0 | | 10 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 7 | NO PRESENTA |
| 51 | Unamonos | 21 | 1 | 0 | 0 | | 7 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 10 | MODERADA | 10 | EXTREMADAMENTE SEVERA | 12 | MODERADO |
| 52 | Unamonos | 40 | 1 | 0 | 0 | | 10 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA | 3 | NO PRESENTA |
| 53 | Unamonos | 40 | 1 | 1 | 0 | | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |
| 54 | Unamonos | 21 | 1 | 0 | 0 | | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | NO PRESENTA | 1 | NO PRESENTA | 0 | NO PRESENTA |
| 55 | Unamonos | 36 | 1 | 0 | 0 | | 6 | 1 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | LEVE | 3 | NO PRESENTA | 2 | NO PRESENTA |