

Incidencia en el profesorado

Estrés, ansiedad y depresión

Eloisa Guerrero
Psicología (UNED)

Las diferentes investigaciones realizadas acerca del análisis de las bajas médicas producidas en el profesorado de EGB, BUP y FP pertenecientes al territorio MEC (**Esteve**, 1987, 1988, **Esteve et. al.** 1991; **González y Lobato**, 1988; **Gómez y Serra** 1989; **Gracia Calleja** 1991 y **Ortiz**, 1992) han puesto de manifiesto la prevalencia de las bajas psiquiátricas, junto con las traumatológicas sobre las demás.

Del estudio de las bajas psiquiátricas en sus diagnósticos diferenciales evidenciamos el predominio de los trastornos neuróticos o de ansiedad y trastorno del estado de ánimo o depresión, actualmente llamados así según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, (DSM IV. A.P.A., 1994).

El reconocimiento de los problemas psicológicos en las consultas de medicina general ha ido aumentando en los últimos años y suponen aproximadamente entre un 20-50% del total de las consultas efectuadas por el médico. De éstas, la ansiedad y la depresión ocupan los dos primeros lugares.

El objetivo de este artículo es exponer de forma sucinta las diferencias existentes, tanto desde el punto de vista clínico como conceptual, entre cada una de estas patologías, cuestionar los diagnósticos que actualmente se establecen y aclarar las nomenclaturas que con tanta ligereza hoy utilizamos en el lenguaje coloquial.

En principio, he de señalar que el término estrés no aparece contemplado en ningún fichero de las inspecciones médicas estudiadas aunque, efectivamente, algunas de las patologías que frecuentemente son motivos de baja laboral sean ocasionadas por él o son consecuencias del mismo.

A pesar de que hoy el "*malestar docente*" o el "*burnout docente*" es reconocido como una forma específica de estrés laboral característica de la profesión docente y de las asistenciales en general, todavía no está incluido en la lista de enfermedades que establece la OIT.

De sobra es conocida la polémica ocasionada en torno a la consideración del Burnout como enfermedad profesional y por todo ello no es de extrañar que, a nivel médico, no se le reconozca la atención e importancia que merece.

Los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos, pueden ser consecuencias de un estrés crónico mantenido a lo largo del tiempo y de ahí la importancia de su consideración, tratamiento y control.

Seguidamente paso a definir estas categorías señalando, en orden de creciente importancia o severidad, sus aspectos comunes y diferenciales.

Estrés

En primer lugar, el término estrés se puede definir como una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que, en principio, resultan amenazantes, consistiendo básicamente en la movilización de recurso fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas (**Buceta, J.M., Bueno, A.M., 1995**).

Es una respuesta adaptativa que puede resultar beneficiosa para mantener e incrementar la salud, sin embargo, el exceso de respuestas de estrés puede perjudicar seriamente la salud cuando no es controlado y sobrepasa el límite de tolerancia del organismo aumentando la vulnerabilidad del mismo a enfermedades (trastornos psicofisiológicos; alteraciones gastrointestinales, enfermedades cardiovasculares, disfunciones sexuales, etc.).

Según **J.M. Peiró**, el estrés se origina a partir de estímulos físicos y sociales. Estos estímulos someten a la persona a demandas que no puede satisfacer de forma adecuada al tiempo que percibe la necesidad de hacerlo, produciéndose un desajuste entre la demandas ambientales y los recursos disponibles.

Las situaciones estresantes presentan una serie de características comunes, entre las que destacan las siguientes: cambio en la situación habitual que supone la aparición de nuevas demandas a la que el individuo ha de adaptarse (por ejemplo, la rápida e inesperada aparición e instauración de la LOGSE); falta de información e incertidumbre (por ejemplo, el desconocer si el próximo curso se trabajará en la misma ciudad o no); duración de la situación de estrés (por ejemplo, permanecer durante un largo período de tiempo en una localidad no deseada o en un instituto conflictivo). Cuanto más se prolonga la situación estresante, mayores consecuencias negativas para la persona.

Ansiedad

En segundo lugar, los trastornos de ansiedad tienen en común con el estrés la activación fisiológica a nivel autonómico y muscular (tasa cardíaca elevada, sudoración, sensación de mareo, tensión muscular muy alta, dolores de espalda y cuello, etc.).

Una característica destacable de la ansiedad es su naturaleza anticipatoria, es decir, la respuesta de ansiedad posee la capacidad de señalar un peligro o amenaza para el propio sujeto.

La ansiedad es un componente presente en la mayor parte de los trastornos psicológicos y psicosomáticos y una de las principales causas por las que el profesorado acude al médico.

Además de la alteración de las respuestas fisiológicas, aparecen alteradas algunas respuestas conductuales y también cognitivas, es decir, distorsiones en pensamientos, ideas, creencias, expectativas, etc. del sujeto que la padece.

Entre las alteraciones conductuales destacan las siguientes: conductas de evitación o escape de la situación temida; en el caso de mantenerse el sujeto en la situación temida, la aparición de alteraciones conductuales diversas: inmovilidad, temblor, tartamudez, etc.

Por otra parte, a nivel cognitivo y subjetivo predominan: pensamientos e ideas irracionales de inutilidad, humillación, incapacidad de enfrentarse con la situación y superarla; sentimientos de miedo, preocupación, nerviosismo, vergüenza; rumiación de las situaciones temidas o de las conductas de escape o evitación; distorsiones cognitivas como: personalización (el sujeto se ve como la causa de un hecho que es externo a él), sobregeneralización (un solo hecho negativo es interpretado como modelo de derrota) y abstracción selectiva (escoge sólo un detalle que oscurece la visión de la realidad).

El componente cognitivo va a estar presente también en la depresión aunque de una forma más exagerada, frecuente e intensa y va a ser el patrón de respuesta más característico de ella.

Para establecer un diagnóstico diferencial que nos permita determinar si se trata de un problema clínico o no, los trastornos de ansiedad se caracterizan por los siguientes patrones: la reacción del sujeto es desproporcionada ante las demandas de la situación; la reacción es involuntaria y no logra controlarla; el sujeto percibe que su miedo es irracional y su conducta no es adaptativa; el problema del sujeto está determinado por el contexto.

El DSM IV clasifica los trastornos de ansiedad del siguiente modo: trastornos de pánico; fobia específica (tipo animal, del ambiente natural; tormenta, agua, alturas, sangre, etc.); fobia social; trastorno de estrés agudo, postraumático y de ansiedad generalizada; trastorno de ansiedad por condición médica general; trastorno inducido por sustancias y trastorno no especificado

En los registros de las inspecciones médicas, los trastornos de ansiedad junto con la depresión aparecen como los más frecuentes dentro del grupo diagnóstico de psiquiatría.

Los conceptos de ansiedad y depresión a veces han estado íntimamente unidos y no se han diferenciado uno de otro. La evidencia clínica y científica refuta la mala costumbre de suplir uno al otro y actualmente no existen dudas en su delimitación.

Es más, se pueden encontrar casos de alteraciones mixtas de ansiedad y depresión, ocasionados por los aspectos comunes que ambas categorías diagnósticas comparten. Este hecho puede justificar la yuxtaposición de términos y el abuso de la etiqueta de depresión.

Depresión

El tercer término, depresión, es conceptualizado como el principal trastorno del estado de ánimo.

Es el diagnóstico clínico que se emplea con más frecuencia y una de las condiciones de malestar psicológico más frecuente en seres humanos.

Hemos de distinguir entre síntomas depresivos y síndrome depresivo (Trastorno Depresivo desde el punto de vista clínico).

El *síndrome* depresivo se define como un conjunto covariante de síntomas relacionados (estado de ánimo bajo, insomnio, pérdida de peso, etc.). Este conjunto de síntomas requiere estabilidad y permanencia en la vida del sujeto y, al mismo tiempo, interfiere en la vida del paciente.

Sin embargo, el *síntoma depresivo* (sentirse triste, bajos de ánimo), es frecuente en nuestra sociedad y lo hemos experimentado la mayor parte de nosotros en algún momento de nuestra vida sin que suponga la existencia de un cuadro clínico.

Existen tantas definiciones de depresión como modelos teóricos y, de modo general, podríamos decir, que un sujeto depresivo presenta un conjunto de síntomas que se puede resumir en cinco áreas (**Vázquez, 1990**):

- *síntomas afectivos negativos*: tristeza, infelicidad abatimiento, son los más habituales. A veces predomina la irritabilidad, sensación de vacío y nerviosismo.

- *síntomas motivacionales y conductuales*: estado general de inhibición, indiferencia, apatía y anhedonia (disminución en la capacidad de disfrute). La anhedonia junto con el estado de ánimo bajo constituyen los síntomas principales de la depresión.

– *síntomas cognitivos*: atención, memoria y concentración están afectadas. También el contenido de las cogniciones están alteradas. Se dan, junto con otras distorsiones cognitivas, las mismas aunque aumentadas en frecuencia e intensidad que las comentadas para los trastornos de ansiedad.

En general, el sujeto deprimido hace una valoración negativa de sí mismo, del entorno y del futuro.

– *síntomas físicos*: insomnio (del 70 al 80% de los pacientes depresivos lo padecen) y molestias corporales difusas (dolores de cabeza, náuseas, estreñimiento, visión borrosa, etc.).

Es el médico de medicina general o el internista, y no el profesional de la salud mental, el que trata en primera instancia a los pacientes deprimidos en la mayor parte de los casos con cuadros físicos de este tipo.

– *síntomas interpersonales*: mínimo o nulo contacto social con los demás y pérdida de interés por la gente. De hecho un 70% de los depresivos dicen haber disminuido este interés hacia los otros.

El DSM IV clasifica los trastornos depresivos del siguiente modo: trastorno depresivo mayor (único o recurrente); distimia; trastorno depresivo no especificado.

Epidemiología

En cuanto a la epidemiología de los trastornos depresivos y de ansiedad, en general se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, al contrario de lo que ocurre en las psicosis.

Los diferentes estudios interculturales han puesto de manifiesto que esta diferencia de sexo puede ser debido a factores genéticos o también puede reflejar la existencia de pautas y actitudes educativas diferentes entre niños y niñas, en su sentido más amplio.

El mayor riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor, se presenta en mujeres jóvenes y adultas de 25 a 44 años. A partir de esta edad se invierte la relación y es más frecuente en el hombre. La edad media de comienzo es a los 35 años.

La Distimia por el contrario, aparece antes de los 35 años e incluso puede comenzar en la niñez o en la adolescencia y predomina en grupos de mayor edad.

Tanto en el trastorno distímico como en el trastorno depresivo mayor se observa un riesgo de prácticamente el doble en solteros que en casados, especialmente en el grupo de adultos (45-65 años).

Consideraciones finales

Existe evidencia empírica suficiente para afirmar que el estrés, la ansiedad y la depresión afectan e inciden de manera paulatina e incluso alarmante en los profesionales de la enseñanza. En estos trastornos están implicados múltiples factores que van desde los personales hasta los puramente organizacionales, pasando por la formación que reciben en escuelas o centros universitarios.

Todo esto corrobora la necesidad de intervenir en las instituciones educativas e incluso en los currículas de los planes de estudios para introducir modificaciones que prevengan y alivien las consecuencias nocivas que pueden llegar a derivarse de esta profesión.

Sería deseable asumir un modelo de salud activo, es decir, entender la salud como algo a desarrollar y mejorar activamente, siendo el mismo sujeto el que actúe para mejorar sus condiciones físicas, psicológicas y prevenir posibles deterioros. También nuestras formas de comportamiento van a condicionar que surjan o no problemas de salud.

Cerrando el tema y como última conclusión que puede extenderse de todo esto es que, el profesional médico ha ser más rigurosos a la hora de establecer diagnósticos diferenciales utilizando el DSM IV, llamándole a las cosas por su nombre sin abusar del estigma hasta ahora muy extendido llamado "depresión" que en mi opinión ha suplido sin ventaja alguna a lo que anteriormente se conocía con el nombre de "*problemas nerviosos*".