



ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL
Encarna Bonfill Accensi

**ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA
EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:
DISEÑO Y EFECTIVIDAD
DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

A stylized, high-contrast graphic in shades of gray. It depicts a nurse's face in profile, looking down, with hands positioned as if holding or examining something. The lines are bold and geometric, creating a modern, abstract representation of a healthcare professional.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Encarna Bonfill Accensi

**ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS
CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

Tesis Doctoral

Dirigida por la Dra. Mar Lleixá Fortuño y por el Dr. José Luís Zaera Buitrago
Departamento de Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Terres de l'Ebre, 2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

Avinguda Catalunya, 35
43002 Tarragona, Espanya
Tel. 977 299 424 / 25
Fax. 977 299 486

E-mail: sdinfern@urv.cat

La Dra. Mar Lleixà-Fortuño, profesora del Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili y el Dr. Lluís Zaera Buitrago , médico y psicoanalista

DECLARAMOS:

Que el presente trabajo, titulado "Estrés de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas: diseño y efectividad de un programa de intervención, elaborado y presentado por la Sra. Encarna Bonfill Accensi, para la obtención del título de Doctora, ha sido realizado bajo nuestra dirección, en el Departamento de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili y que cumple con los requisitos para su defensa pública.

Y para que así conste y tenga los efectos oportunos, firmamos este documento:

Mar Lleixà-Fortuño

Lluís Zaera Buitrago

Tortosa, 22 de Junio de 2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

A la meva filla Anna, per la seva valentia i sensibilitat. Les seves ganes de saber també m'han obert camí a mí.

A Lluís, per acompanyar-me en comprensió, fortalesa i amor durant quasi tota la vida.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DEINTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

AGRAÏMENTS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Als estudiants, pel vostre entusiasme i temps que heu dedicat a donar-me suport en la investigació. Sense vosaltres, aquesta tesi no hauria estat possible.

A totes les professores que heu col·laborat en la investigació, els vostres suggeriments sempre oportuns.

A Òscar, Olga i Jordi, per estar sempre presents en moments de dificultats tècniques.

Al personal de la Factoria i del CRAI, per la paciència i el suport constant.

A Elena Rodríguez per la seva ajuda.

Al Departament i a la Facultat d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili, per acollir-me al programa de doctorat i facilitar-me el temps per poder desenvolupar la tesi.

Als primers mestres, Rogelio i Carme, perquè la seva iniciativa, paciència i saviesa ens va donar l'oportunitat d'estudiar a molts nens del poble.

A tots els companys i amics de l'Hospital Verge de la Cinta, allà vaig començar la meua vida professional. Per tots els records preciosos que guardo.

A Elena Arasa, la companya i amiga que em va ajudar en els meus inicis professionals, quan tenia sensacions ambivalents. Molta temor i molta il·lusió.

A tots els professors del màster en Ciències de la Infermeria de la URV, estic segura que sense la seva expertesa i visió de futur no hagués portat a terme la tesi.

A Sílvia Panisello, pel rigor i disponibilitat amb la correcció dels textos.

A Roser Ricomà, companya de molts anys, perquè sempre has confiat en mi.

A Carme Ferré, perquè m'has animat i encoratjat, les teves aportacions m'han animat a seguir.

A Carme Montcusí, sempre disposada a ajudar-me en les referències bibliogràfiques amb una professionalitat impecable.

A Elena González, perquè sempre has tingut un moment per escoltar-me.

A Marisa Mateu per aquest saber fer, la teva ajuda ha estat clau en molts moments.

I a totes; Carmen, M^a Paz, Marisa, Lluïsa, Montse, i Pili, companyes de tants anys que dia rere dia m'heu encoratjat i ajudat en aquest llarg camí. M'heu donat una lliçó de tenir cura.

A Núria Albacar, les teves aportacions i dedicació, sempre en perspectiva, m'han resultat de gran ajuda.

A Sara, per la fermesa i capacitat de veure el got mig ple, sempre pendent de donar i no esperar res a canvi.

A la meva companya i amiga Flor, per totes les hores compartides, per les aportacions rebudes que m'han servit molt per al desenvolupament de la tesi i perquè sempre t'he sentit al meu costat.

A M^a Teresa Salvadó per a mi sempre seràs Tere. Sense la teva paciència, generositat i saviesa en posar-ho fàcil m'ha resultat de gran ajuda,estic segura que sense el teu suport no hauria pogut fer la tesi.

A la meva família, els meus pares Paco i Encarnación, sé que estaríeu molt contents.

Paco, Antonieta i Maria Carmen els meus germans i padrins, per tot el que m'heu ajudat i m'ajudeu, sempre m'he sentit molt estimada.

A Josefina i Joaquin sempre al meu costat.

Als meus directors de tesi, Mar i Lluís, per la ajuda incondicional en expertesa, aportacions, disponibilitat, confiança, paciència i respecte, gracies per cuidar-me d'una manera tan especial.

I a totes les persones que no he anomenat.

Sincerament moltes gràcies.

ÍNDICE

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Introducción.....	7
CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL	22
1.1. Historia y conceptualización del estrés.....	23
1.1.1. Recorrido histórico sobre el estrés	23
1.1.2. Conceptualización del estrés.....	28
1.1.3. Causas de estrés y repercusiones para la salud de las personas ...	35
1.1.4. Estrategias de afrontamiento.....	45
1.2. Modelo de enfermería Callista Roy: Roy Adaptation Model.....	57
1.3. Estudios de Grado Enfermería	62
1.3.1. Evolución de los estudios de enfermería.....	62
1.3.2. Estudiantes de Grado de Enfermería	64
1.3.3. El docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje	67
1.3.4. Plan de estudios de la URV Grado de Enfermería	75
1.3.5. Prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería.....	76
1.3.6. Las prácticas clínicas, escenario generador de estrés.....	84
1.4. Estado actual de la investigación sobre la percepción de estrés y su afrontamiento en estudiantes de enfermería	92
1.4.1. Estudios de ámbito nacional.....	92
1.4.2. Estudios de ámbito internacional.....	112
CAPÍTULO 2: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	123
CAPÍTULO 3: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS	131
3.1. Objetivo general fase “Diagnóstica”.....	133
3.2. Objetivos específicos fase “Diagnóstica”.....	133
3.3. Objetivo general fase “Intervención y efectividad”	134
3.4. Objetivos específicos fase “Intervención y efectividad”.....	134
3.5. Hipótesis	134
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	135
4.1. Tipo y diseño del estudio.....	137
4.2 Contexto y ámbito de estudio	138

4.3. Población objeto de estudio.....	138
4.4. Variables objeto de estudio	140
4.5. Fuentes de información e instrumentos de medida	141
4.5.1. Instrumentos de recogida de datos de la Fase 1 “diagnóstica”	141
4.5.1.1. Formulario de recogida de datos	141
4.5.1.2. Cuestionario KEZKAK.....	141
4.5.2. Instrumentos de recogida de datos de la Fase 2 “Intervención y efectividad	143
4.6. Aspectos éticos en la investigación	145
4.6.1 Consideraciones generales	146
4.6.2 Evaluación beneficio-riesgo.....	146
4.6.3 Confidencialidad de los datos	147
4.7. Procedimiento y recogida de datos	147
4.8. Análisis de los datos	153
4.8.1 Análisis de datos cuantitativos en las dos fases del estudio.....	153
4.8.2 Análisis de datos cualitativos	153
CAPÍTULO 5: RESULTADOS	155
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN.....	213
CAPÍTULO 7: LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	227
CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES.....	231
CAPÍTULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	239
CAPÍTULO 10: FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	273
CAPÍTULO 11: ANEXOS	279

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Efectos del estrés según el CIE.....	43
Tabla 2. Sobre las dimensiones de afrontamiento	50
Tabla 3. Resumen con los principales resultados de los estudios analizados sobre el estrés en el ámbito nacional.....	104
Tabla 4. Resumen con los principales resultados de los estudios analizados sobre el estrés en el ámbito internacional.....	117
Tabla 5. Nueve factores estresores KEZKAK	143
Tabla 6. Muestra definitiva de estudiantes.....	157
Tabla 7. Resultados de las variables sociodemográficas CTE, SBP, CC. ...	158
Tabla 8. Relación de los estresores de los estudiantes en los CTE, SBP, CC.....	160
Tabla 9. Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estresores.....	162
Tabla 10. Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estresores.....	163
Tabla 11. Estrés total previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas, en los tres campus estudiados	164
Tabla 12. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas CTE, SBP, CC	165
Tabla 13. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas, CTE.....	166
Tabla 14. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas SBP.....	167
Tabla 15. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas CC.....	168
Tabla 16. Características sociodemográficas de los estudiantes participantes en la prueba piloto.	170

Tabla 17. Cronograma del primer seminario.....	177
Tabla 18. Objetivos planteados e intervención para afrontarlos (primer seminario).	178
Tabla 19. Cronograma del segundo seminario.....	181
Tabla 20. Objetivos planteados e intervención para afrontarlos (segundo seminario).....	182
Tabla 21. Cronograma del tercer seminario.....	183
Tabla 22. Objetivos planteados y la intervención para afrontarlos (tercer seminario).....	184
Tabla 23. Estudiantes que participaron por grupo.....	187
Tabla 24. Muestra las unidades de registro categorizadas por factores de cada estudiante.	188
Tabla 25. Unidades de Registro (UR) detectadas en cada categoría.	189
Tabla 26. Estrés anticipatorio y estrés final tras la intervención.	204
Tabla 27. Muestra la evolución del estrés por factores en los dos cursos del CTE tras la intervención.....	206
Tabla 28. Comparación de la evolución del estrés total en los dos cursos del CTE tras la intervención.....	207

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Procedimiento de recogida de datos de la fase “Diagnóstica”. ...	151
Figura 2. Procedimiento de recogida de datos de la fase “Intervención y efectividad”.	152
Figura 3. Ejemplo de recursos disponibles en Moodle.....	173
Figura 4. Ejemplo de material de laboratorio.....	174
Figura 5. Ejemplo de una explicación teórica, acceso intraóseo.....	174
Figura 6. Ejemplo de una explicación teórica, perfusión de líquidos a través de vía intraósea.	175
Figura 7. Ejemplo de tareas a realizar, reflexión personal que forma parte de la intervención.	180

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Preocupaciones de los estudiantes antes de realizar las prácticas.....	185
Grafica 2. Grado de estrés percibido antes de realizar las prácticas.....	201
Grafica 3. Grado de estrés percibido tras la intervención.	202
Grafica 4. Comparación del grado de estrés antes y después de la intervención.	203
Gráfica 5. Valoración de los recursos diseñados.....	208

LISTA DE ABREVIATURAS

ACTH:hormona adrenocorticotropa

ADEIC: Asociación de Directoras de Escuelas de Enfermería de Catalunya CIE:El Consejo Internacional de Enfermería

AGAUR: Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Cataluña

ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación

AVE: Acontecimientos Vitales Estresantes

BOE: Boletín Oficial del Estado

CAE: Centro de Atención del Estudiante

CEA: Cuestionario de Estrés Académico.

CLFDS:. Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester

CTE : Campus Terres de l'Ebre

CC: Campus Catalunya

E-A: Enseñanzas-aprendizaje

ECTS European Credit Transfer System

EEES: Espacio Europeo de Educación Superior

EUE: Escuela Universitaria de Enfermería

EVA: Espacio Virtual de Aprendizaje

F: Factor del cuestionario KEZKAK

FI: Facultad de Enfermería

GF: Grupos focales

GHQ: General Health Questionnaire

HTVC: Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

ICE: Institut de Ciències de la Informació

KEZKAK: Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas

NSSS: Nursing Student's Stress Scale

OMS: Organización Mundial de la Salud

RAE: Real Academia Española

RAM: Roy Adaptation Model

RD: Real Decreto

SBP: Seu Baix Penedés

SNA: Sistema Nervioso Autónomo

SGA: Síndrome General de Adaptación

STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo

TFG: Trabajo Final de Grado

UB: Universidad de Barcelona

UR: unidades de registro

UCI: Unidades de Cuidados Intensivos

UHD: Unidad de Hospitalización a Domicilio

URV : Universitat Rovira i Virgili

WISE: World Innovation Summit for Education

RESUMEN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

RESUMEN

Una de las razones fundamentales que nos ha llevado a analizar el estrés de los estudiantes durante el prácticum es por la repercusión que el estrés tiene en la salud de la persona y la capacidad de interferencia en la toma de decisiones adecuadas. Según publicaciones recientes el índice más elevado de estrés lo experimentan los estudiantes del ámbito de la salud, los valores más elevados los presentan los estudiantes de enfermería.

Las prácticas clínicas están presentes desde el inicio del grado de enfermería, y constituye el lugar donde se produce la transferencia de conocimientos teóricos y metodológicos de los estudios de enfermería.

La investigación se ha desarrollado en dos fases: una primera a la que hemos denominado “diagnóstica” donde hemos querido analizar el impacto de las prácticas clínicas sobre el nivel de estrés que experimentan los estudiantes de grado de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili (URV). En la segunda fase, “intervención y efectividad” hemos diseñado, implementado y analizado la efectividad de un programa de intervención dirigido a minimizar el estrés en los estudiantes de grado de enfermería de la URV.

Se ha llevado a cabo un estudio analítico cuasiexperimental pre y post intervención longitudinal con estudiantes de grado de enfermería de la URV durante los cursos 2012-2013 y 2013-2014.

En el diseño de la investigación se ha elegido utilizar metodología mixta, por un lado metodología cuantitativa, con el uso de cuestionarios. Y por otra parte, se ha seguido la técnica de grupo focal como técnica de recogida de información.

El contexto ha sido los estudios de grado de enfermería de la URV, en los estudiantes de tercer curso matriculados en la asignatura de Prácticas Hospitalarias I en los tres Campus de la URV durante el curso 2012-13: Campus Terres de l'Ebre (CTE), Seu Baix Penedés (SBP) y Campus Catalunya (CC) y posteriormente en los estudiantes de cuarto curso del Campus Terres de l'Ebre matriculados en la asignatura de Prácticas en Unidades de Críticos durante el curso 2013-14.

Entre los resultados más destacados de la investigación están:

La primera fase llamada “diagnóstica”, muestra que en los tres campus estudiados CTE, SBP y CC el valor más elevado de estrés se obtiene en el factor 1 “falta de competencia” y el segundo más elevado en los tres campus es el factor 4 “impotencia e incertidumbre”, siendo el CTE el que presenta los valores más elevados.

La segunda fase “intervención y efectividad” ha estado centrada en el diseño en la implementación y efectividad del programa de intervención en los estudiantes del CTE como prueba piloto.

Para valorar la efectividad de la intervención implementada se comparó el estrés previo y posterior a la intervención y también se comparó la disminución de estrés del curso con y sin llevar a cabo la intervención diseñada; los resultados muestran una disminución superior del estrés tras realizar la intervención.

Palabras claves: Estrés, estudiantes de enfermería, prácticas clínicas, prácticum, intervención.

ABSTRACT

One of the main reasons for this study into the stress that students suffer during clinical practicum is the effects this stress can have on health and its capacity for interfering in an individual's decision-making processes. Research seen in recent publications indicates that health-worker students experience the highest levels of stress – with nursing students having the highest levels within this group.

Clinical practicum is an important part of an undergraduate's studies from the outset of their nursing studies. It is here where the theoretical and methodological knowledge of nursing studies becomes practical.

Our research was carried out in two phases. Firstly, the “diagnostic” phase where we tried to analyze the impact of clinical practicum on the stress levels experienced by nursing degree students at the Rovira i Virgili University (URV). In the second phase, called “intervention and effectiveness”, we carried out and analyzed the effectiveness of a programme designed to minimize the stress levels in the URV nursing students.

A quasi-experimental analytic study was carried out pre- and post-intervention with URV nursing students during the 2012-2013 and 2013-2014 courses.

We used mixed methodology to design our investigation. On the one hand, we used quantitative methodology with questionnaires, and, on the other hand, we followed the techniques of the focus group to collect information.

The context we used for our study was the nursing degree studies at the URV, using third-year undergraduates doing the Hospital Practices I subject at the three different URV campuses during 2012-2013: Terres de l'Ebre Campus (CTE), Baix Penedés Campus (SBP) and Catalunya Campus (CC). Fourth-year CTE students doing the Intensive Care Practices course were also included in the study.

The most significant of our results included the following:

The first phase (which we called the “diagnostic” phase) shows that the highest stress level obtained at the three campus was in factor 1 “lack of responsibility”. The second highest was in factor 4 “impotence and uncertainty”, with the CTE showing the highest values of all three campuses.

The second phase (called “intervention and effectiveness”) was focussed on carrying out a programme of intervention on CTE students as a pilot test and measuring its effectiveness.

To assess the effectiveness of such an intervention, stress levels from before and after the intervention were compared, as were the reductions in stress observed during the course with or without this intervention. The results show a stronger reduction in stress after carrying out the intervention.

Key words: Stress, nursing students, clinical practice, practicum, intervention.

INTRODUCCIÓN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

INTRODUCCIÓN

El ser humano, desde sus orígenes, ha sentido la necesidad de observar a su alrededor y explicarse lo que ocurre en el mundo y por supuesto en él mismo. Durante el proceso evolutivo todos hemos aprendido desde la niñez a convivir y a resolver situaciones que han formado parte de nuestro proceso adaptativo. En dicho proceso, han contribuido tanto nuestro contexto social (padres, familiares, amigos, profesores...) como nuestra actitud para aprovechar todos los recursos a nuestro alcance, entre ellos, uno fundamental: el cuidarse a sí mismo, *cura sui*.

Actualmente, la sociedad atraviesa un periodo de transformaciones importantes y complejas, originadas tanto por el avance científico y tecnológico como por los efectos de la globalización en todos los campos del desarrollo humano. El cambio en diferentes estructuras de la sociedad se ha convertido en una práctica constante y demanda un proceso de adaptación rápido que precisa respuestas a situaciones que en algunos casos pueden sobrepasar nuestra capacidad para contenerlas y canalizarlas (Tam Phun, 2010). A menudo no tenemos presente que toda situación nueva o de cambio precisa una adaptación que requiere un tiempo interno que generalmente no nos permitimos, de ahí la aparición de muchas frustraciones en momentos de cambio. Ello condiciona que muchas personas no puedan afrontar estas situaciones y sufran un grado variable de malestar que demuestra que estas experiencias escapan a su control. Cuando el esfuerzo por cumplir con unas metas implica una sobrecarga individual acompañada de malestar, en términos generales, diríamos que este individuo está sometido a una situación de estrés.

Según la Real Academia de la Lengua Española, se define el estrés como “la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan situaciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

En consecuencia, el estrés debemos considerarlo como un proceso amplio, complejo y dinámico, que induce directamente efectos psicológicos y fisiológicos que pueden llegar a alterar la salud del individuo, tanto en forma de alteraciones psicósomáticas diversas (cefaleas, lumbalgias, sensación disneica, vértigos) como en forma de conductas no saludables (ingesta de alcohol, tabaco, drogas) (González Ramírez, 2008).

No obstante, en determinados momentos es necesario como mecanismo adaptativo y nos ayuda a poner en marcha mecanismos de defensa frente a ciertas situaciones que

comprometen la estabilidad psicofísica del individuo. Este estrés como respuesta debe ser limitado y adaptativo en el tiempo. Si este se alarga en el tiempo, es un factor de riesgo más para la salud de las personas.

En términos generales la respuesta ante el estrés vendrá condicionada en función de la valoración que el individuo posee de sí mismo, del apoyo social que percibe y de la vivencia experimentada en cada situación, según sea amenazante, desafiante o de daño o pérdida.

Referente al cuidado a sí mismo y la personalidad sana, el psicólogo y teórico Fierro apunta por salud psicológica, mental o comportamental, “la gestión habitual de una experiencia grata de la vida por y para el propio sujeto”. Esta experiencia, a su vez, incluye las sensaciones más a flor de piel, las procuradas por los sentidos externos y también aquellas otras más profundas, asociadas al sensorio interno y que se organizan en emociones y sentimientos (Fierro, 2000).

Uno de nuestros objetivos como docentes es favorecer el cuidado de sí mismos a los estudiantes. La incorporación de los estudiantes a la universidad es una etapa vivencialmente compleja en la que puede resultar alterado este cuidado a uno mismo. Dicho ingreso supone diversos cambios en su vida. En muchos individuos puede llegar a representar un conjunto de situaciones altamente estresantes, principalmente en las primeras fases de su incorporación, de tal manera que, pueden verse sobrepasados por dicha situación. Una situación a la que no pueden hacer frente debido a que les genera un estrés incontrolable y en última instancia les puede conducir al fracaso académico (Polo et al., 1996).

La particularidad de los estudiantes de enfermería es más manifiesta, ya que estos deben enfrentarse a situaciones difíciles como el dolor de los demás, en lo que se pone a prueba su personalidad y sus experiencias de vida. Tal como se refleja en un estudio, la enfermedad, la muerte y el sufrimiento de pacientes y familiares han sido consideradas como las actividades clínicas que mayor estrés han causado en los estudiantes de enfermería. Estas vivencias exigen un esfuerzo emocional que en algunos casos generan tristeza y ansiedad ante los cuales no disponen de recursos en su repertorio de conducta (Benbunan et al., 2007).

Existe la certeza que los estudiantes de enfermería se enfrentarán a altas dosis de dureza pero la ilusión y la curiosidad estarán presentes como motivación para afrontar los diferentes escenarios durante las prácticas.

La alta prevalencia de conflictos emocionales en esta etapa de la vida requiere de una formación orientada a la gestión de las propias emociones y al aumento de competencias en relación a la ayuda, empatía o comunicación con otros. Es verdad que el aprendizaje es un proceso que requiere, en función de las vivencias personales previas y de las prácticas clínicas, una tutorización y seguimiento individualizado que oriente, informe y facilite el aprendizaje en el contexto profesional.

Por eso, toda actuación que incida directamente sobre el bienestar emocional resultará de gran importancia para el futuro profesional, preparándolo y concienciándolo con actitudes y competencias adecuadas, afectivas y efectivas, para promover la dignidad de las personas que padecen y sus familias (Gorchs-Font, 2011).

En este sentido, el volumen de trabajo que el currículum presenta, a veces tiene severas repercusiones en el bienestar y calidad de vida de los estudiantes, los cuáles se incorporan a un mundo que les es desconocido. Los estudiantes deben enfrentarse a ritmos y responsabilidades intensas y difíciles ante las que no siempre disponen de la fuerza y resiliencia adecuadas. Alves-Apostolo (2007) ha observado un relativo incremento de estudiantes de enfermería que presentan signos y síntomas de estados emocionales negativos, con repercusión en su desarrollo académico y personal.

Este complejo fenómeno implica la consideración de variables interrelacionadas: estresores académicos, experiencias subjetivas de estrés, moderadores del estrés y finalmente efectos del estrés. Todos estos factores aparecen en un mismo entorno organizacional: la universidad (Martin Monzón, 2007).

Sin embargo, con el paso del tiempo, apreciamos en la mayoría de estudiantes que progresivamente mejora su organización, sus prioridades, los contactos sociales, la familiaridad con sus tutores y profesores y, consecuentemente va adquiriendo una madurez personal y emocional que hace disminuir en cierto grado el temor que mostraba al inicio. Los estudiantes de enfermería experimentan además un estrés añadido al estar inmersos en situaciones potencialmente estresantes durante el periodo de las prácticas clínicas: nadie está cómodo delante de una persona que sufre, o se está muriendo (Tomás-Sábado, 2004).

Una situación particular sobre la repercusión del estrés se manifiesta en los estudiantes de enfermería que acceden a la universidad: la inseguridad por falta de conocimientos iniciales.

Diferentes investigaciones reflejan el malestar en los estudiantes de enfermería. Pades (2006) observa como un elemento desencadenante de estrés en las prácticas clínicas la "falta de conocimientos". El hecho de percibir que no tienen suficientes conocimientos para llevar a cabo la tarea encomendada durante sus prácticas les puede llegar a desbordar en determinadas ocasiones. Alemán (1998) afirma que entre las expectativas de los estudiantes de enfermería un 75,3% piensa que el estrés estará presente durante las prácticas.

La profesión de enfermería, por sus singulares características, tales como sobrecarga de trabajo, relación con los pacientes y familiares, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, o la falta de reconocimiento, entre otros, genera estrés en el entorno de trabajo que en algunos casos puede llegar a cronificarse. Es una profesión en la que existe una gran prevalencia del síndrome de "quemarse por el trabajo" (*burnout*). Las consecuencias más relevantes de este síndrome son el deterioro de la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones sanitarias y el alto índice de absentismo que existe entre estos profesionales (Gil-Montes, 2002).

El absentismo y en última instancia el abandono de la profesión por parte de los profesionales de enfermería, donde el estrés es el factor causal, ha hecho plantear programas de intervención en el ámbito laboral. Martín-Arribas (2006) lo justifica, de tal modo que, cuando no se apoya suficientemente desde las instituciones al profesional principiante a ser considerado como tal, se contribuye en gran medida a la frustración profesional, al síndrome de *burnout* y al abandono por parte de jóvenes de la profesión. Tras esta apreciación los autores citan que en algunos países han empezado a trabajar estrategias de afrontamiento que disminuyan el impacto social del estrés en el entorno del cuidado. (Martín-Arribas, 2006; Clausi et al., 2007).

Existen trabajos realizados en profesionales de enfermería en que se identifican formas de hostigamiento psicológico que, realizado de una forma sistemática, en un entorno donde la persona no percibe apoyo o reconocimiento grupal pueden acabar deteriorando la autoestima y el equilibrio psicológico de la persona que lo padece (Fornes-Vives, 2007).

En un artículo publicado por Tomás-Sábado (2010) sobre burnout a profesionales de enfermería, añade la importancia del clima laboral y la identificación precoz de trastornos mentales en la prevención del *burnout* y el riesgo suicida. El estudio evidencia que un 23,9% de los profesionales presenta un grado elevado de cansancio emocional, un 13% una alta despersonalización y un 9,6% una baja realización personal, mientras que un 6,2% presenta puntuaciones que indican riesgo suicida.

Un estudio realizado en un hospital de Orense, refleja una prevalencia de nivel moderado-alto de estrés o síndrome de burnout, especialmente debido a una alta tasa de cansancio emocional, que afecta a un 40,2% de la muestra, y un alto nivel de despersonalización en el 34,2% de ellos. Un 39,3% de las enfermeras manifestó una baja realización personal, y el 89,7% expuso sentir estrés en algún momento de su vida relacionado con el ámbito emocional. El estudio expone que ante esta problemática sería necesario tomar medidas preventivas a modo de intervención, para lograr reducir el estrés en el contexto del cuidado (Soto-Rodríguez, 2015).

El estrés puede conducir a una situación de insatisfacción que podría ser la causa de desmotivación en el ámbito de los cuidados. Una investigación llevada a cabo en la plantilla de enfermería del Complejo Hospitalario Cristal-Piñaor, de Orense, percibe como las cuestiones más estresantes para las enfermeras la sobrecarga de trabajo, ver morir a un paciente especial, pacientes graves y el trabajo físicamente agotador entre otros (García-Vázquez et al., 2001).

Una investigación realizada en profesionales de la salud de Cuba destaca que el perfil de mayor riesgo de *burnout* está en los profesionales de enfermería, siendo las fuentes de estrés más detectadas: la necesidad de actualización de la información especializada, las relaciones con los superiores, la responsabilidad en el cuidado de los pacientes, el bajo reconocimiento de la población asistida, las incertidumbres éticas en el manejo de la información y el cuidado de las demandas emocionales de los pacientes. (Hernández, 2003).

Zambrano Plata (2006) observó los estresores que aparecían en las unidades de críticos. Los mayores niveles de estrés se producían por un lado en el personal de enfermería, con el perfil de enfermeras jóvenes, estado civil casado y con menor experiencia laboral. Y en cuanto a las situaciones, las relacionadas con “conflicto con superiores”, seguido de la “sobrecarga laboral” y el “contacto con el dolor y la muerte”.

Dentro de las situaciones específicas que producen los niveles más elevados de estrés en enfermería destacan, en palabras de los propios profesionales: “las consecuencias de mis errores para el enfermo”, “tener un superior incompetente” y “la escasez de recursos esenciales”.

Frente a este desgaste profesional, el factor humano es la pieza fundamental para el desarrollo y la productividad. En cambio, la desilusión, la desmotivación y la deshumanización, acarrearán serios problemas a las administraciones sanitarias más preocupadas por los costes y presupuestos que por solucionar y prevenir este verdadero problema. Los profesionales con alto índice de desgaste profesional presentan rasgos de personalidad más inestable (baja estabilidad emocional, tensión y ansiedad). Los autores insisten en la importancia de favorecer las estrategias de afrontamiento al estrés entre los profesionales (Pardo-Álvarez et al., 2002).

Tal como apuntábamos, existen factores que minimizan el impacto estresante. Mingote (2003) señala que existen diferentes variables mediadoras como la edad, género, estado civil y otras características individuales que determinan de forma positiva los recursos para el afrontamiento del estrés. En el mismo sentido Amat (1990) considera la edad como un factor que minimiza el estrés, ya que a medida que aumenta la edad disminuye el nivel de las manifestaciones de estrés. Con la edad, las personas desarrollan una serie de habilidades y recursos psicológicos que les ayudan a enfrentarse y adaptarse a los estresores cotidianos. El hecho de poder compartir la experiencia que causa estrés, viendo que lo que nos ocurre no es singular, libera al individuo de la ocultación y aislamiento al que se veía sometido, con el consiguiente alivio que ello genera (Vinogradov, 1996).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) trabaja para asegurar cuidados de enfermería de calidad para todos y políticas de salud acertadas en todo el mundo. La organización aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador. El trabajo diario del profesional de enfermería es reconocido como un entorno estresante, entre ellos podemos citar ambiente cerrado, presiones de tiempo, ruido o silencios excesivos, cambios repentinos de tareas intensas a otras más ligeras, imposibilidad de subsanar errores, vistas y sonidos desagradables y largas horas de pie.

Según el Consejo Internacional de Enfermería CIE (2009) el estrés en el trabajo son las reacciones emocionales y físicas perjudiciales que se producen en las interacciones entre el trabajador y su entorno cuando las demandas del lugar superan las capacidades y recursos del profesional.

Es verdad que existen personas que adoptan formas de afrontar un evento estresante de forma más eficaz que otras para la promoción del bienestar. El hecho de poder utilizar esta información para diseñar una intervención dirigida al manejo del estrés en las personas que lo padecen resulta de suma importancia (Folkman y Moskowitz, 2004 citado por González-Cabanach, 2009).

Según un estudio de la Fundación Europea para la “Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo sobre el estrés laboral”, el 28% de los trabajadores europeos padecen estrés (Cano-Vindel, 2003). El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea y afecta anualmente a cuarenta millones de trabajadores; lo cual supone, para sus países miembros, un coste de 20.000 millones de euros al año, entre gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad (Gascón, Olmedo & Ciccotelli, 2003).

Uno de los documentos que facilita información periódica sobre los principales indicadores de salud de la población y nos permiten hacer un seguimiento de su evolución, es el informe de salud del Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 donde se presentan los datos más recientes, que nos permiten hacer una valoración global de la salud de los ciudadanos de Cataluña.

En Cataluña, en general, las personas hacen una valoración positiva de su estado de salud. En el año 2013, 8 de cada 10 personas tienen una percepción excelente, muy buena o buena de su salud. La valoración del estado de salud es peor en las mujeres y a medida que aumenta la edad, se iguala en ambos sexos. El Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 informe de salud 2012.

Así pues, desde el punto de vista de la salud mental positiva o bienestar mental, en una escala de 14 a 70 puntos, el nivel medio de bienestar mental de la población catalana de los 15 años en adelante, se sitúa en 59,6 puntos. Y, como hemos dicho anteriormente, la percepción de bienestar es más elevada entre los hombres. La población catalana muestra un nivel satisfactorio de bienestar mental en comparación con la población escocesa, que se considera el patrón, y que obtuvo una puntuación

media de 49,9 puntos en el 2010 (Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 Informe de salud 2014).

El 12,4% de la población catalana mayor de 15 años tiene riesgo de padecer un trastorno mental, concretamente el 9,6% de los hombres y el 15,1% de las mujeres. Se observa una prevalencia más elevada de las mujeres respecto a los hombres en todos los grupos de edad (Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 Informe de salud 2014).

El informe generado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 sobre la salud en el mundo propone evaluar la calidad de los sistemas de salud y el proceder para su mejoramiento. Los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento del sistema y así conseguir que ofrezca una buena calidad del servicio. El documento recomienda cuidar los recursos humanos de las organizaciones de salud, pues si estos no se cuidan, ni se invierte en su mantenimiento, su deterioro aparece rápidamente. Según la OMS, los trabajadores son el recurso más valioso de que dispone el sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, destrezas y motivación de los profesionales que trabajan en el sistema (OMS, 2000 citado por Gil-Monte, 2001).

Dentro del proyecto de Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, la OMS pone de manifiesto que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad, entre otros. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales (OMS, 2013).

La salud mental según la OMS es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS (2013): La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todos.

Si grupalmente el abordaje del estrés es importante, en ningún momento podemos olvidar que el grupo está formado por individuos y que cada persona reacciona de forma muy distinta ante las situaciones de estrés, por lo que no debería desatenderse en ningún momento la responsabilidad de dotar a las personas de estrategias de tipo personal para un buen afrontamiento del estrés (Gascón, Olmedo & Ciccotelli, 2003).

Tomás-Sábado (2009) considera que se debería suministrar a los estudiantes la adquisición de habilidades emocionales que les faciliten la elaboración de estrategias de afrontamiento eficaces ante situaciones de sufrimiento y muerte, para contrarrestar los sentimientos personales de fracaso y frustración con los que frecuentemente habrán de enfrentarse en su futuro profesional y que, en ocasiones pueden desencadenar verdaderos conflictos emocionales.

El mismo autor apunta a los docentes, que mantienen un prolongado contacto con los estudiantes, como aquellos que ocupan una posición idónea para trabajar ciertos aspectos con los estudiantes, proporcionándoles apoyo y orientación, fortaleciendo su autoestima e identificando la aparición de problemas de salud mental. Hay que tener en cuenta que estos estudiantes se están formando para el ejercicio de una profesión que se caracteriza por un elevado grado de tensión, largos turnos de trabajo en condiciones difíciles y, en muchos casos, con resultados desalentadores (Tomás-Sábado, 2009).

Las intervenciones en momentos de crisis pretenden dar solución a problemas que aparecen en la vida de las personas. Las estrategias en forma de apoyo emocional, habilidades de comunicación, habilidades personales de autorregulación y habilidades para la solución de problemas, van encaminadas a favorecer actitudes fundamentales como la empatía, la congruencia, la veracidad y la aceptación incondicional (Bringas, Krikorian, Hernando, et al., 2006).

Dado que los acontecimientos que causan estrés provocan, en las personas que lo padecen, reacciones tanto a nivel fisiológico como psicológico; es importante seguir trabajando la forma de afrontarlo. Definir cómo podemos afrontar el estrés en el ámbito de la enfermería es un objetivo a alcanzar, ello nos permitirá aumentar los conocimientos que nos capaciten para fomentar relaciones terapéuticas eficaces. (Castanedo-Córdoba, 2010).

Tomando la prevención del estrés como acción a desarrollar, Lluch (2003a) enfatiza en la comunicación como base primordial eficaz para hacer frente al problema. Desde las instituciones, responsables o gestoras, deben tenerla en consideración ya sea a través de reuniones, talleres de información o grupos de apoyo, con la finalidad de orientar, comprender y reconocer las dificultades cotidianas que surgen.

La autora aconseja como acción especial, una intervención de apoyo para las personas susceptibles a reacciones adversas en escenarios de alta complejidad, sobre todo porque las personas que actúan en estos entornos proporcionan unos servicios básicos en situaciones en los que el equilibrio vital se ve seriamente amenazado. Un programa de intervención puede reducir el estrés y al mismo tiempo provocar un aumento de eficacia y competencia al crear una dinámica de revalorización, sobre todo cuando la persona puede encontrar un “entorno psicológico” favorecedor. Este espacio le servirá para desarrollar mecanismos de defensa y expresar en su lugar los sentimientos vividos. Destaquemos también que ciertas técnicas de comunicación interpersonal, resolución de conflictos, creatividad, relajación y concentración, pueden resultar de gran ayuda a través de un programa de intervención en dichos entornos. (Lluch, Novel & Ortiz, 2003a; Godbey & Courage, 1994).

Las estrategias y habilidades se adquieren en la práctica clínica, pero son necesarias actitudes positivas y empatía para conseguir la finalidad última, que no es otra que proporcionar unos cuidados y una atención con garantía de calidad a los pacientes (Pades-Jiménez, 2012).

En esta tesis doctoral se propone identificar los posibles estresores durante la realización de las prácticas clínicas, diseñar e implementar un programa de intervención con la intención de dotar al estudiante de una sólida y rica base en habilidades y recursos de afrontamiento, y finalmente, conocer el impacto y efectividad de la implementación de una intervención dirigida a minimizar los estresores detectados durante una asignatura de enfermería, concretamente durante la realización de las prácticas en unidades de críticos del alumnado de cuarto curso del grado de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili Campus Terres de l'Ebre.

La tesis se ha estructurado en dos fases. La primera fase llamada diagnóstica, donde se han recogido datos sobre el nivel de estrés que experimentan los estudiantes de tercer curso previo y posterior a las Prácticas Clínicas Hospitalarias I utilizando el cuestionario KEZKAK codificado para poder comparar el estrés previo y posterior de

los estudiantes de grado. En la segunda fase llamada intervención, se ha realizado el diseño de la intervención y se ha continuado administrando el cuestionario a los mismos estudiantes, ahora ya en cuarto curso, previo y posterior a la realización de las Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos implementando el programa de intervención diseñado en el grupo de estudiantes con resultados más elevados de estrés y así poder valorar la efectividad de la intervención en la muestra estudiada.

La tesis doctoral constará de 11 capítulos, con un inicio más conceptual seguido de los resultados para finalizar con una parte más práctica y reflexiva.

En el capítulo 1 se presenta el marco conceptual que consta de los siguientes apartados: el estrés a lo largo de la historia, las principales causas y repercusiones para la salud de las personas y, finalmente, las estrategias de afrontamiento. En la búsqueda de un marco teórico de enfermería que nos permita encontrar estrategias para afrontar este estado, se ha elegido el Roy Adaptation Model (RAM) cuya autora es Callista Roy. A continuación, se profundiza sobre los estudiantes de enfermería, el plan de estudios y los escenarios de actuación, y las prácticas clínicas.

En el capítulo 2 se justifica la motivación personal y profesional por seguir esta línea de investigación.

En el capítulo 3 se plantean el objetivo general, los objetivos específicos y la hipótesis de la investigación.

En el capítulo 4 se describe la metodología utilizada, se describe el diseño, el ámbito del estudio, la población objeto de estudio, las variables, los instrumentos para la recogida de datos, los aspectos éticos, el procedimiento de recogida de datos y el análisis de datos.

En el capítulo 5 se muestran los resultados obtenidos organizados a partir de las dos fases del estudio.

En el capítulo 6 se expone la discusión.

En el capítulo 7 se plantean las limitaciones del estudio y las futuras líneas de investigación que se proponen para continuar esta línea de trabajo.

En el capítulo 8 se presentan las conclusiones finales que dan respuesta a los objetivos planteados.

En el capítulo 9 se recogen las referencias bibliográficas utilizadas en la investigación.

En el capítulo 10 se reflejan las fuentes de financiación, así como las aportaciones realizadas en la comunidad científica hasta el momento de la defensa.

Para terminar, en el capítulo 11 se adjuntan los anexos a modo de documentación necesaria para la realización de la tesis.

CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

MARCO CONCEPTUAL

1.1. Historia y conceptualización del estrés

1.1.1. Recorrido histórico sobre el estrés

Es sobradamente conocido que la palabra estrés se ha integrado en nuestro lenguaje cotidiano, pudiendo significar cosas diferentes para diferentes personas, lo que hace que su definición y contextualización resulte en ocasiones difícil. Pero ello, no disminuye ni su importancia, ni los efectos que genera. La situación de estrés, es uno de los resultados inevitables de vivir en un mundo, en el que estamos inmersos y nos ocurren muchas cosas que debemos procesar y hacer frente. De hecho, el estrés no es necesariamente un estado que siempre puede ser obviado o podría ser siempre “curado”, sino más bien un estado del cual se debe conocer su existencia, intentar controlar la situaciones que lo favorecen y en última instancia, la posibilidad de prevenirlo.

Tener estrés, en su acepción más corriente, es estar sometido a una presión y puede estar insertado en otras sensaciones como: sentirse frustrado, aburrido, encontrarse situaciones en las que no es fácil el control de las mismas, pero no se trata forzosamente de una reacción dolorosa. Es un proceso normal de estimulación y de respuesta del organismo. Puede ser la sal de la vida, indispensable para la adaptación, para el desarrollo y para el funcionamiento del organismo. En muchas ocasiones, gracias a él el ser humano se adapta y progresa (Bensabat, 1987; Sierra et al., 2003).

El término es anterior a su uso sistemático o científico, podríamos afirmar que data del surgimiento mismo de la humanidad. Hace más de 2000 años que Hipócrates escribió que todos estamos acuciados por fuerzas que alteran nuestro equilibrio, mientras que otras nos ayudan a restaurar el equilibrio perdido. Así mismo desde una perspectiva evolutiva, el estrés se puede considerar como una respuesta adaptativa, psicobiológica ante estímulos amenazantes que podrían poner en peligro la supervivencia del individuo. Hemos de tener presente que nuestra especie viene de una transformación lenta que ha seguido una línea evolutiva y consecuentemente las modificaciones adaptativas al medio, desde una perspectiva darwiniana, han sido considerables. Evidentemente, estas respuestas adaptativas han quedado inmersas como comportamientos en mayor o menor grado hasta la actualidad. En gran medida, las respuestas que adoptamos ante determinados estímulos exteriores, son reducto de unas repuestas arcaicas que han quedado impregnadas hasta el individuo actual. En

consecuencia, es comprensible que los individuos tuvieron que sufrir estrés, bien enfrentándose o bien retirándose con el objetivo de mantener la supervivencia tanto individual como grupal (Edelman & Tonomi, 2000).

Darwin (2001) en sus estudios sobre la expresión de las emociones, consideró el temor y la rabia como dos características universales tanto en el ser humano como en los animales. El autor pensó que las emociones evolucionaron a través de numerosas generaciones como un proceso de selección natural, debido a que ellas facilitaban un buen nivel de adaptación y grandes posibilidades de supervivencia.

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distress*, que significa en el inglés más arcaico “pena o aflicción”, aunque con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba (Sierra et al., 2003).

El término estrés fue utilizado ya en el siglo XIV con el propósito de expresar dureza, tensión, adversidad o aflicción (Lazarus, 1986).

También a finales del siglo XVIII Hocke utilizó la palabra en el contexto de la física, aunque este uso no se sistematizó hasta principios del siglo XIX. Se definió la palabra *load* como una fuerza o carga externa; en cambio, *stress* hace referencia a la fuerza generada en el interior de un cuerpo como consecuencia de la acción de una fuerza externa *load* que tiende a distorsionarlo, y a la deformación o distorsión sufrida por este objeto se le denominó *strain* (Hinkle, 1977, citado por Lazarus, 1986).

También el término estrés, desde la física o la arquitectura hace referencia al estudio del grado de sobrecarga o estrés que un material podría soportar cuando este es sometido a una carga determinada. Implícitamente nos aparece el grado de resistencia que un determinado material opone a una sobrecarga determinada pudiéndolo romper o deformar (Lazarus, 1986).

El estrés al que es sometido un material y la resistencia que es capaz de soportar formará parte de un equilibrio que determinará la estabilidad o la inestabilidad de un determinado material. Esta oposición de fuerzas, para mantener un equilibrio, como veremos, puede extenderse a diferentes situaciones de la vida, y como no, dentro del ámbito de la salud (Lazarus, 1986).

Los conceptos de *stress* y *strain* persistieron y en la medicina del siglo XIX fueron concebidos como antecedente de la pérdida de salud.

Conceptualmente, los estudios del fisiólogo Francés Claude Bernard (1927) tuvieron una gran trascendencia, estos tuvieron un impacto significativo en la evolución del concepto de estrés. Bernard (1927) fue el primero en señalar que el medio interno *milieu interieur* de un organismo vivo debe permanecer netamente constante, a pesar de los cambios que se produzcan en el medio exterior. Bernard consideró que la autorregulación es una característica innata de todo organismo viviente, debido a esta característica de mantener un nivel de estabilidad de su medio ambiente interno comprendió que *“la fijeza del milieu interieur es condición de una vida libre e independiente”* a pesar de los constantes cambios externos a los cuales está expuesto. (Moscoso,1998; Selye, 1975).

En la primera década del siglo XX Walter Cannon, fisiólogo norteamericano, señaló que *“el proceso fisiológico coordinado que mantiene estables la mayoría de las situaciones estables en el organismo”* debería ser denominado homeostasis (del griego *homoios*, que significa similar, *stasis*, que significa posición, situación) aquella capacidad de permanecer igual de la misma manera. Homeostasis puede traducirse de forma aproximada como “poder de permanencia” (Selye,1975). Así pues utilizaremos el término homeostasis como antónimo de estrés para referirnos a una situación de normalidad.

Cannon, en sus estudios acerca de los mecanismos homeostáticos, se refiere al estrés como un estado de reacción del organismo. Este autor, observó cambios en las glándulas adrenales y en el sistema nervioso simpático. Añadió a sus investigaciones, aspectos muy vitales sobre la psicología de la emoción del momento. Consideró el estrés como una perturbación de la homeostasis ante situaciones de frío, falta de oxígeno, reducción de glucosa, además de otras alteraciones emocionales. (Cannon, 1929, citado por Moscoso, 1998).

Más adelante, entre 1932 y 1935, Cannon atribuyó estos cambios en los procesos biológicos y fisiológicos a la activación de mecanismos homeostáticos. Sugirió que la función básica de la homeostasis era contrarrestar los efectos causados por estímulos nocivos, cuando se altera esta función básica en el organismo, la definió como que los sujetos se hallaban “bajo estrés” y dio a entender que el grado de estrés podía medirse (Cannon, 1932, 1935, citados por Moscoso, 1998).

Hans Selye (1936, 1954, 1960, 1974) inició importantes trabajos conceptuales sobre el estrés y la adaptación a este, que han persistido hasta la actualidad. Sus estudios estuvieron profundamente influenciados tanto por la teoría de Bernard (1927) en la cual expresaba la tendencia que tiene todo organismo a mantener constante su medio interno frente a las exigencias del medio externo, así como, por la teoría de Cannon (1932) sobre la homeostasis o sea, la capacidad que posee el organismo para permanecer estable y mantener un adecuado equilibrio interno (Sandin, 1999; Moscoso, 1998).

El término estrés, Selye lo utilizó en un sentido técnico muy especial, definiéndolo como “un conjunto coordinado de reacciones biofisiológicas adaptativas no específicas ante cualquier forma de estímulo nocivo.” Él describió esta reacción denominándola Síndrome General de Adaptación (SGA) (Lazarus, 1986) (Sandin, 1999).

Selye, en su laboratorio, realizó sus estudios con ratas y observó que el estrés, como estímulo, podía comprometer la salud de las ratas o incluso provocarles la muerte. Jaeger & Szewc, (2006) recogen de Letarte que trabajó junto a Selye desde 1954 a 1957, que el estrés se trataba de una serie de reacciones metabólicas debidas a un factor exógeno, tal como un ruido, un movimiento o un producto químico, siendo el estrés las reacciones producidas en las ratas. Estas reacciones se desarrollaba en tres etapas: la primera una reacción de alarma (*fright, flight and fight*) (miedo, huida y lucha) relacionada con la sorpresa; la segunda, el Síndrome General de Adaptación (SGA) y por último la fase de agotamiento. La primera etapa es fulgurante, responde a una descarga de adrenalina que puede ser mortífera, la segunda consiste en la organización de las defensas, el SGA, es un síndrome relacionado con la supervivencia que pone en juego el eje hipotálamo-hipofisario-cortico-suprarrenal, implicando al sistema límbico, la memoria y la capacidad de anticipación. Si los mecanismos de esta etapa se desbordan, aparece una etapa final de agotamiento que puede resultar mortífera. Tal como nos lo indican Jaeger & Szewc, (2006) la respuesta adaptativa se producirá siempre que el estímulo tenga una característica constante, con la consecuente adaptación, pero si los estímulos son aleatorios con frecuencias imprevisibles, las defensas se desbordan y aparece el agotamiento.

Selye plantea la anticipación en la medida que actúa como protección durante el periodo de alarma. Pero debe tenerse en cuenta que se trata para Selye de respuestas puramente neuro-endocrinas (Jaeger & Szewc, 2006).

No obstante, en esta línea, sabemos que potenciar emociones positivas puede favorecer la recuperación de una enfermedad, la supervivencia de los individuos y ayudar a su curación (Limonero, 2009).

En relación a la definición del SGA (Síndrome General de Adaptación) Moscoso (1998) lo define de la siguiente manera: “es la suma de todas las reacciones sistémicas del cuerpo no específicas las cuales siguen después de una larga y continúa exposición al estrés.”

Pensamos que favorecer intervenciones en los estudiantes facilitando el conocimiento de los posibles estímulos en los que se encontrará, promoviendo de antemano respuestas adaptativas, facilitaría que no se entrase en etapas de agotamiento. En definitiva promover defensas en el estudiante para que no se encuentre en lo inesperado de la primera fase (miedo, huida y lucha). Tener presente estos aspectos de mejora, de forma positiva, será uno de los objetivos prácticos finales de esta tesis.

Uno de los obstáculos importantes que se encontraron los primeros estudiosos en relación al término, fue su incapacidad para distinguir las diferentes emociones que representa el estrés, debido a las repuestas neuropsicofisiológicas que era capaz de producir. Hans Selye (1975) lo expresa entre el apuro que siempre es desagradable y el concepto general de tensión estrés que además incluye las experiencias agradables de alegría y satisfacción.

La palabra estrés, al igual que éxito, fracaso o felicidad, significa diferentes cosas para diferentes personas de tal forma que su definición es muy difícil. Una de las primeras aplicaciones psicológicas del término estrés se encuentra en algunos temas sobre la Segunda Guerra Mundial escrito por Grinker y Spiegel (1945) en su obra *Hombres Bajo Estrés*. Interesaba conocer el efecto del estrés sobre el rendimiento en el combate; éste podía aumentar la vulnerabilidad de los soldados a las lesiones o a la muerte y debilitar el potencial de acción efectivo de combate en el grupo (Lazarus y Folkman, 1986).

Previamente ya fue utilizado el término “neurosis de guerra”, como una neurosis traumática descrita en 1889 por Hermann Oppenheim como aquella afección orgánica consecutiva a un traumatismo real que provocaba una alteración de los centros nerviosos acompañada de síntomas psíquicos tales como depresión, hipocondría,

angustia, delirio, etc. Posteriormente Freud traslada la noción de trauma también al plano psicológico (Laplanche, 1983).

Lazarus, Deese y Osler (1952) (Citados por Moscoso, 1998) manifiestan el estrés no puede ser definido en términos de estímulos o respuesta únicamente, es necesario pensar acerca de esto en términos de una variable interviniente.

1.1.2. Conceptualización del estrés

El estrés supone un hecho habitual en la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia. El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo (Sierra, 2003).

Tal como hemos planteado el término estrés, inicialmente es concebido como aquella respuesta biofisiológica del organismo ante un determinado estímulo, por tanto se trataría de algo que proviene de lo interno. Más adelante, se ha entendido como aquel agente o situación exterior que es capaz de provocar una respuesta en el organismo, como diría (Szwec, 2006) *el estrés es producido por el estrés*. Por tanto puede ser conceptualizado como respuesta, como estímulo o bien una combinación de ambas.

Según la Real Academia Española (RAE), el vocablo estrés vendría definido como la tensión provocada por situaciones agobiantes que originan situaciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.

Esta definición del estrés, es la que más se prodiga popularmente, como agente exterior que es capaz de producir una desestabilización en el individuo. Posteriormente se ha producido un deslizamiento hacia una vertiente más psíquica, en la que el desbordamiento desde la conceptualización inicial de Selye, sería producido tanto a nivel biológico como psicológico. En general, se ha adoptado esta connotación más psicológica como respuesta ya sea en forma, ansiosa, depresiva o alteraciones funcionales del organismo, así como en última instancia, la aparición de enfermedades orgánicas (Szwec, 2006). De hecho, tanto en la sociedad actual como desde el campo de la salud, el estrés ha venido a suplantar a la categoría de factores psicológicos.

La palabra estrés es utilizada para referirnos a una amplia variedad de estados entre los que se encuentra el individuo afectado por muy diversas presiones, es por eso que al hablar de estrés nos encontramos con ciertas dificultades tanto para definirlo,

acotarlo o explicarlo (Martín-Daza, 1990). El origen de estas dificultades quizás radica en la compleja naturaleza de este fenómeno y la ligereza con que se utiliza el término en nuestro lenguaje coloquial; es cierto que la palabra estrés adquiere un significado diferente de unas personas a otras, lo que para una persona resulta estresante para otra es lo que en realidad le da sentido.

Esta indefinición del término hace que se use con significados diferentes según el punto de vista de cada autor, el uso del vocablo estrés se ha popularizado tanto en la sociedad que contribuye a generar confusión del término. El estrés forma parte de nuestras vidas y está implicado en los mecanismos psicológicos de adaptación humana. Es un proceso adaptativo y de emergencia, necesario para la supervivencia de la persona. A pesar de lo que muchos autores creen, el estrés no es una emoción, sino el proceso por el cual el individuo responde a los acontecimientos ambientales y psicológicos que percibe como amenazantes o desafiantes (Limonero, 2009).

De hecho, tal como indica Devereux, (1966) se trata de la relación de un individuo con su ambiente, lo que se traduce siempre por un estrés de una amplitud variable. Ello nos plantea cuestiones de importancia, a saber: si el estrés está en el individuo (endógeno) o proviene del ambiente (exógeno). Limitarnos a esta dicotomía es limitado tal como nos recuerda Devereux cuando cita a Donnan y afirma que el ser viviente es un sistema cronoholístico, en el cual el comportamiento o un estado en un momento t^0 no es suficiente para predecir el comportamiento o el estado a un momento $t^0 + \text{Incremento de } t^0$, sino que para predecirlo hace falta conocer toda su historia.

Actualmente el estrés se asocia a una sobrecarga emocional vinculada a exigencias ambientales que experimenta la persona y que puede ocasionar un elevado nivel de tensión que pone en riesgo su salud. Desde esta perspectiva, se entiende el estrés como una respuesta fisiológica y psicológica del cuerpo ante un estímulo que puede ser un evento, objeto o persona. El estrés implica estar sometido a una gran presión que resulta en incomodidades, molestias y frustraciones mayores o menores de la vida cotidiana (Carrillo-Saucedo et al., 2008).

Según Devereux (1973), el término estrés, debe ser aplicado a las fuerzas nocivas que hieren al individuo; en contrapartida el término traumatismo debe serlo a los resultados nocivos de estas fuerzas. De ello se desprende, que no hay que considerar solo las

fuerzas del impacto, sino los recursos que el individuo posee para hacer frente al impacto.

En la misma línea, la definición de Labrador (1992) (citado por Bernaldo de Quirós Aragón, 2007) dice que se considera que una persona está sometida a estrés cuando ha de hacer frente a demandas que sean difíciles de llevar a cabo, es decir que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para hacerle frente. En este tipo de situaciones, la persona emite una respuesta de estrés que consiste en un importante incremento de la actividad fisiológica y cognitiva del organismo, que, a su vez, se prepara para una intensa actividad motora.

El estrés se ha entendido como una respuesta, como un estímulo y como activación inadaptativa entre otras. No obstante, actualmente suele asumirse que el estrés abarca tanto el ámbito social, psicológico como el biológico; puesto que los diferentes modelos se suelen basar en cierto modo en la clásica teoría de Selye sobre el estrés y el denominado Síndrome General de Adaptación (Sandin, 1999).

En la misma línea Lazarus y Folkman (1986) han definido el estrés como un estímulo o como una respuesta. Las definiciones en las que se le considera como un estímulo se centran en los acontecimientos del entorno, como son desastres naturales, condiciones nocivas del organismo, enfermedad, problemas en el ámbito laboral entre otras más. Esta apreciación considera que existen situaciones de forma universal, estresantes, pero no tiene en cuenta las diferencias individuales en la evaluación de dichas situaciones.

Lazarus y Folkman (1986) defienden que el término estrés hace referencia a la relación entre el individuo y el entorno, en la cual se tienen en cuenta las características del sujeto por un lado y la naturaleza del medio por otro, dicen. El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenaza o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El estrés incluye a la persona y a la situación, entre ambos se establece una relación que es el resultado de la apreciación de la persona de sus relaciones adaptativas al contexto. Existe un paralelismo entre esta definición y el concepto actual de enfermedad, la enfermedad en términos generales ya no es vista como una consecuencia única de la acción de un agente externo, sino que además se tiene en cuenta la vulnerabilidad del individuo.

Existe una interdependencia entre el estrés y el campo emocional. Tomás-Sábado (2001) por su parte, remarca la relevancia de los factores de personalidad implícitos a la hora de enfrentarse a situaciones potencialmente estresantes.

Las definiciones que consideran al estrés como una respuesta, que son las que han prevalecido en biología y medicina, hacen referencia al estado de estrés; se habla del individuo como dispuesto a reaccionar ante el estrés, como de alguien que está bajo estrés. Ambas definiciones son igualmente limitadas en cuanto a utilidad, dado que un estímulo se considera estresante solo en términos de la respuesta que es capaz de generar (Lazarus y Folkman, 1986).

Peiro (1993) (citado por Guerrero 1996) nos dice que el estrés se origina a partir de estímulos físicos y sociales que someten a las personas a demandas que no pueden satisfacer de forma adecuada al tiempo que perciben la necesidad de satisfacerla. Se produce entonces un desajuste entre demandas ambientales y recursos disponibles.

En definitiva, el estrés es un fenómeno complejo que implica estímulos, respuestas y procesos psicológicos que median entre ambos. Supone un estado del organismo caracterizado por el sobreesfuerzo. Es un proceso dinámico que involucra diferentes variables que funcionan a diferentes niveles e interaccionan entre sí: agentes internos y externos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento, respuestas psicológicas y fisiológicas (reacción de estrés), variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales (tipo de personalidad) y elementos demográficos (sexo, edad) (Sandin, 1989, citado por Guerrero 1996).

El organismo, en condiciones de equilibrio, vive bajo la actividad normal de sus funciones biopsicosociales moduladas por los ritmos de sueño-vigilia. Bajo estas condiciones, el funcionamiento fisiológico y psicológico está sometido a niveles de activación que, similarmente se consideran normales. Esta activación fluctúa según las vivencias diarias y, ordinariamente está asociada a emociones como la alegría, la tristeza, la ira, etc. El estrés se produce cuando ocurre una alteración en este funcionamiento normal por la existencia de alguna amenaza externa o interna como hemos dicho anteriormente. El organismo en estas circunstancias reacciona de forma extraordinaria, realizando un esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio. La respuesta de estrés es extraordinaria, implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de

tensión. Esto suele suponer, además, un incremento de la activación o inhibición y, por tanto un cambio en los estados emocionales (Sandin, 1999).

El mismo autor aclara que no se debe identificar el término estrés asociándolo con emoción, aunque la emoción acompañe y determine en gran manera los procesos del estrés. Cuando predomina el factor psicológico, el estrés suele estar acompañado por emociones de conflicto; cuando predomina el factor físico el estrés se acompaña de malestar o dolor. Actualmente suele defenderse la idea de que el estrés implica procesos biopsicosociales de interacción donde se incluyen los estímulos o situaciones, los procesos mediadores (evaluación y *coping*) y las respuestas (Sandin, 1999).

Fornés Vives (2001) apunta que se deben considerar, en la aparición del estrés además de los factores individuales los ambientales y contextuales, algunos estudios han destacado la relación entre variables demográficas y laborales con la aparición de respuestas de estrés.

Rodolar (2010), al hablar del estrés, hace referencia aquellos estímulos que lo producen. Estos estímulos se catalogan como agentes estresores y los define *a priori* como estímulos físicos, psicológicos o sociales que son capaces de alterar el equilibrio del organismo. El autor considera en términos generales que la respuesta de estrés es el intento del organismo por restablecerlo y adaptarse a unas situaciones biológicas, psicológicas o sociales que pueden provocar alteraciones en los diferentes sistemas del organismo, trastornos cognitivos y perceptivos. La respuesta de estrés puede ponerse en marcha no solamente delante de una lesión física o psicológica, sino también como hecho remarcable ante sus expectativas, pudiendo afectar el rendimiento de la persona y su estado general de salud.

Mingote (2003) afirma que la vulnerabilidad o la resistencia individual al estrés va a depender de factores biológicos, tal como el grado de reactividad al estrés, de factores cognitivos como el pensamiento y el perfeccionismo también de factores psicológicos y de personalidad y por supuesto, de factores ambientales tal como la exposición a varios estresores a la vez, así como por la existencia de un bajo apoyo social.

Buceta (2001) define el estrés como una respuesta general del organismo ante demandas internas o externas que aunque en un principio resultan amenazantes, también pueden resultar beneficiosas para incrementar y mantener el rendimiento. No

todo el estrés tiene consecuencias negativas, solo lo serán cuando la situación desborda la capacidad de control del individuo. Básicamente se trata de una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas.

Se comparte la idea de que el estrés forma parte de la vida del estudiante y que éste tiene potencialmente un efecto negativo sobre el aprendizaje y el rendimiento académico, (Felsten & Wilcox, 1992, Struthers, Perry & Menec 2000, citados por González-Cabanach et al., 2010a).

De acuerdo con Fornés (2001), González-Cabanach y otros autores (2010b) valoran el estrés académico en tres dimensiones:

1. Los estresores académicos o estímulos del ambiente educativo que son experimentados por el estudiante como una presión excesiva.
2. Las consecuencias del estrés académico sobre la salud y el bienestar psicológico del estudiante, su funcionamiento cognitivo, socioafectivo y su rendimiento académico.
3. Las variables moduladoras, o mediadoras del estrés, entre las que se encuentran factores de naturaleza biológica (edad, sexo, etc.), personal (apoyo social, rasgo de ansiedad, autoeficacia, autoestima, etc.), social (apoyo social, apoyo emocional, etc.), psicoeducativa (tipos de estudios, curso, etc.), y socioeconómica (lugar de residencia, disfrute de becas, nivel de ingresos familiares, etc.).

Moscoso (1998) define el estrés como un proceso que influye en las transacciones entre el individuo y su medio ambiente durante el cual los estresores están íntimamente conectados con reacciones emocionales de temor, rabia, hostilidad al ser percibido como amenaza.

Según Cano-Vindel (2003) el estrés surgiría como consecuencia de la puesta en marcha de estos procesos de valoración cognitiva. Si la persona interpreta la situación como peligrosa, o amenazante, y considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgirá una reacción de estrés, en la que se pondrán en marcha los recursos de afrontamiento para intentar eliminar o paliar las consecuencias no deseadas.

Lazarus (2000) afirma que se puede decir que la respuesta emocional trasciende al contexto situacional en cierto grado; hemos descubierto un rasgo de personalidad y hemos aprendido algo estructuralmente importante sobre el modo en que las personas se relacionan con el mundo. A este respecto, en una investigación llevada a cabo en el personal sanitario de un centro Hospitalario de Santa Cruz de Tenerife, las autoras mencionan en sus conclusiones las variables de personalidad y concluyen que los profesionales no llegan al ambiente laboral libres de toda influencia, ya que están insertadas en ellos experiencias, vivencias y un aprendizaje. Es importante aprender a convivir con todo ello en su ambiente laboral y esto parece que no siempre resulta fácil especialmente en el caso de la profesión de enfermería, que va a tener que aprender a afrontar el dolor físico y psicológico, el temor, la ansiedad, la enfermedad, la muerte, en definitiva todo aquello que hace al ser humano sentirse débil, indefenso y deprimido (Hernández-Zamora & Olmedo Castejón (2004a, 2004b).

Lluch (2003a) definió el estrés como aquel estado de tensión o ansiedad en que la persona se ve afectada de forma intensa o prolongada en el tiempo. La autora vincula ambos términos, el de estrés y el de ansiedad ya que en muchas ocasiones son utilizados como sinónimos. El estrés y la ansiedad están íntimamente ligados a los conceptos de adaptación y cambio, siendo en muchas ocasiones la ansiedad y el estrés respuestas adaptativas a cambios. Por otro lado, toda adaptación implica cambio, y éste a su vez lleva implícita una carga de estrés propia.

Al inicio, en muchas ocasiones ambas respuestas se consideran positivas, siendo activadoras y motivadoras para la acción. Es lo que se denomina niveles de estrés o ansiedad positivos. Cuando sobrepasan los límites óptimos aparece el problema, desencadenándose los efectos negativos (Lluch et al., 2003a).

Varios autores consideran que la distinción entre estrés y ansiedad resulta compleja en el sentido que existe un gran solapamiento entre los dos términos, los autores explican que la corriente que mejor define su diferenciación es la psicobiológica, por considerar la importancia de los procesos fisiológicos en el estrés frente a los sentimientos subjetivos implicados en el estado de ansiedad (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003; Lluch et al., 2003a).

Como hemos señalado al inicio, en muchas ocasiones ambas respuestas se consideran positivas, siendo activadoras y motivadoras para la acción. Es lo que se denomina niveles de estrés o ansiedad positivos. Cuando sobrepasan los límites

óptimos aparece el problema, desencadenándose los efectos negativos (Lluch, et al., 2003a).

Una apreciación importante de la ansiedad o estrés es el hecho de que se expande de unas personas a otras. Es por ello que la persona expuesta continuamente al contacto interpersonal en situaciones cargadas de ansiedad y estrés, pueda ser más receptiva identificar su propia ansiedad y con ello, manejar la propia ansiedad y evitar o prevenir el contagio de las ansiedades ajenas (Lluch et al., 2003a).

Finalmente nos preguntamos ¿El estrés es bueno o malo?. El estrés, en su justa medida, es positivo, nos activa y nos motiva, pero un exceso de estrés es negativo, ya que desorganiza la conducta de la persona y la hace más propensa a las enfermedades y a estados emocionales negativos (Limonero García, Casacuberta Sevilla, 2009).

1.1.3 Causas de estrés y repercusiones para la salud de las personas

Las relaciones del individuo con su ambiente (ecología) se traducen siempre por un estrés de amplitud variable. Las situaciones capaces de desencadenar estrés y a su vez las repercusiones traumáticas para el individuo, no serán necesariamente condicionadas por la fuerza del impacto, sino por las defensas que dispone el individuo para hacer frente al estrés externo (Deveraux, 1966).

Como indica Deveraux (1966) la relación entre lo endógeno y exógeno se muestra evidente, de tal forma que puede ocurrir que un estrés mínimo exterior pueda inducir respuestas potencialmente traumáticas, para lo cual invoca dos hipótesis: la existencia de pequeñas dosis acumulativas (fenómeno de la gota que desborda el vaso) y por el hecho que el organismo no posea medios para reducir el impacto. Es en estas situaciones cuando es posible que aparezcan repercusiones en el individuo. Ello nos acerca a proporcionar los medios defensivos para que el estrés no devenga patógeno.

En un contexto biofisiológico, se remarca el mismo concepto de tal modo que, la vulnerabilidad al estrés es una respuesta variable en los individuos, bien por alta o baja sensibilidad del sistema de estrés. (Chrousos & Gold, 1992).

Desencadenada la respuesta, cualitativamente podrá ser: adaptiva o desadaptativa a la situación, a su vez puede ser bien por exceso o por defecto y de corta duración (aguda) o alargarse en el tiempo (crónica).

En 1936 Selye, citado por (Chrousos & Gold, 1992), ya señaló que las repuestas crónicas al estrés eran capaces de producir alteraciones como: anorexia, depresión, hipogonadismo, ulcera péptica e inmunosupresión, entre otros. Estas repuestas establecidas en el siglo pasado continúan vigentes en la actualidad y estarían en relación a una cronificación de la repuesta del sistema CRH (corticotrofin-releasing-hormone).

La respuesta a las situaciones de estrés también puede ser anormal y en estas situaciones pueden provocar situaciones patológicas, al igual que ocurre en las enfermedades autoinmunes. Cuando no estamos estresados la coordinación del lóbulo frontal coordina las actividades cerebrales en cuanto a comportamiento, pensamiento y emoción; en cambio durante el estrés las respuestas emocionales del cerebro, medidas por la amígdala y las estructuras límbicas son más rápidas, generando respuestas de ansiedad que en cierto modo son necesarias para la supervivencia. No obstante las respuestas biológicas no adaptativas son capaces de promover cuadros depresivos (Gold, 2015).

La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como la mera ausencia de enfermedad. Actualmente este término es considerado como un proceso que permitirá a la persona adaptarse desde el punto de vista físico, psíquico y social, y consecuentemente intentar variar el medio externo e interno (Guerrero, 1996).

Esto quiere decir que la enfermedad no es un hecho eminentemente biológico, sino que es un fenómeno multifactorial en el cual, además de factores biológicos, la vulnerabilidad, la genética del organismo, los agentes patógenos, etc., intervienen también factores psicosociales.

Limonero García y Casacuberta Sevilla (2009) puntualizan que aunque las enfermedades son procesos orgánicos, dependen en gran manera de la conducta, de lo que una persona hace, piensa y siente. Las personas podrían mejorar y mantener su salud si evitaran las conductas de riesgo y llevaran a cabo conductas saludables.

El estrés en el transcurso del tiempo se ha venido relacionando con diversas alteraciones tanto en la esfera física como psíquica, nadie parece dudar que el estrés sea un factor importante a tener en cuenta en la aparición y mantenimiento de los desórdenes psicofisiológicos. Fernández Castro (1993) afirma que la mayoría de los factores de riesgo para la salud de las personas están íntimamente relacionados con conductas cotidianas.

El caso de las enfermedades cardiovasculares, es un claro ejemplo en las que se sabe que el estrés está implicado. En un informe generado por un comité de expertos de la OMS, se afirma que se sospecha que el estrés relacionado con ciertos factores sociales y laborales está asociado a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, pero no se ha demostrado aún una relación causal ni la posibilidad de una intervención eficaz (OMS, 1986 pág. 32).

Según Guerrero, (1996) y otros autores como Le Doux,(1999); Gold, (2015) y Goldestein & Mcewen, (2002) apuntan que existen datos que avalan la relevancia de la exposición a estresores y de la experiencia de estrés para la aparición y/o agravamiento de una amplia gama de enfermedades físicas, psicológicas o emocionales.

El cerebro recibe, integra y procesa la información del organismo, desde la conducta hasta la regulación de diferentes mecanismos para mantener el medio interno y de control hormonal. El sistema nervioso aparte de establecer puentes de unión entre la información que proviene del entorno y la respuesta que el organismo realiza para adecuarse a las demandas cambiantes del medio, participa en lo que somos, subyace a nuestra emociones, a la resolución de problemas, al pensamiento, al lenguaje y mecanismos de aprendizaje y memoria, siendo el sistema neuroendocrino y el sistema nervioso autónomo, los que están implicados principalmente (Rodolar, 2010).

La mayoría de los sistemas biológicos que conforman un organismo se ven afectados por el estrés. En humanos y otros vertebrados, estímulos estresantes de diversa naturaleza producen una disrupción de la homeostasis interna, lo que genera una serie de complejos cambios fisiológicos que constituyen la clásica y conocida ya citada “respuesta general a estrés” (García & Leza, 2008).

En las experiencias estresantes debemos considerar el cuerpo, el entorno y el pensamiento. Se sabe que innumerables circunstancias de la vida tienen como blanco

el organismo, también las amenazas procedentes del ambiente son capaces de producir cambios, sea por exigencias de las relaciones sociales que podrán influir de forma negativa si son capaces de disminuir la propia seguridad y autoestima. La forma de pensar, también puede conducir a momentos de sobrecarga psíquica con la consiguiente ruptura de la homeostasis (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Lazarus y Folkman (1986) afirman que el estrés representa un aspecto inevitable de la vida y, las diferencias en el funcionamiento social entre los individuos, viene determinado precisamente por la forma en que cada uno afronta las diferentes situaciones que se presentan en el transcurso de la vida. En definitiva, las estrategias de afrontamiento establecerán grandes diferencias en cuanto a la adaptación como resultado final.

El estrés integra tres componentes: el psíquico, el social y el biológico, y es a raíz de esto cuando el concepto queda entendido como una magnitud bio-psico-social. Existen evidencias científicas que ponen de manifiesto como la falta de recursos del individuo para controlar las demandas sociales y psicológicas pueden dar lugar al desarrollo de enfermedades (Sierra, Ortega, Zubeidat, 2003).

Compartimos con Rodolar que el estrés tiene un valor adaptativo como respuesta, pero en determinadas ocasiones puede comprometer la salud, el bienestar psicológico y el rendimiento. Así mismo existen un conjunto de variables psicológicas y sociales que pueden modular esta respuesta y modificar el impacto sobre la persona (Rodolar, 2010).

Desde una perspectiva integradora, es posible concluir que el estrés en el ser humano es un fenómeno multidimensional, caracterizándose por incluir un estímulo significativo (estresor) capaz de activar la respuesta de estrés, la cual media tanto en el desarrollo de una personalidad sana como en la génesis de varias disfunciones psicobiológicas (enfermedades somáticas, trastornos mentales) según sean las diferentes vulnerabilidades y recursos adaptativos individuales (Mingote, 2003).

Consecuentemente el estrés negativo enferma, pero el adecuado control del estrés produce salud, a través de aumentar la maestría personal por el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades (Mingote, 2003).

El sistema nervioso central no solo tiene un papel esencial en la regulación de la respuesta general de estrés, sino que es una de las principales dianas. Algunos autores citan que los principales mediadores del estrés (catecolaminas y glucocorticoides) pueden activar mecanismos pro y antiinflamatorios, dependiendo de la naturaleza, intensidad y duración del estímulo estresante (García-Bueno & Leza, 2008).

La respuesta de estrés conllevará cambios a corto plazo y cambios que se mantendrán con el tiempo. Esto implica la actuación coordinada de los dos sistemas fundamentales el Sistema Nervioso Autónomo SNA y el sistema neuroendocrino. (Rodolar, 2010).

El estrés, fisiológicamente hablando, responde a una reacción del SNA lo que implica que es algo que la persona conscientemente no puede controlar. Cuando se sufre estrés, el SNA se activa automáticamente y se producen una serie de cambios en la frecuencia cardiaca, la presión arterial, la sudoración etc. Pero también existe una respuesta dependiente, una valoración consciente que el propio individuo lleva a cabo y que puede aumentar o disminuir el estrés, es en este tipo de reacción donde las personas pueden pararse a valorar y plantearse qué consecuencias tienen esas situaciones. Paralelamente, el individuo puede valorar qué recursos posee para hacer frente a dichas situaciones independientemente de las consecuencias que se puedan desprender (Buceta, 2001).

El cerebro es el principal órgano que regula la secreción endocrina y es de vital importancia. El hipotálamo está conectado con la glándula pituitaria o hipófisis y ejerce una función de control de las secreciones neuroendocrinas en interrelación directa con el núcleo amigdalino del cerebro.

Ante una situación de estrés, como respuesta, se genera una secreción de hormona adrenocorticotropa (ACTH) por la glándula suprarrenal. Esta hormona es importante para afrontar las situaciones de estrés ya que moviliza sus reservas de energía. Cuando el núcleo amigdalino detecta una situación de peligro envía señales al eje hipotálamo, a la hipófisis y a la corteza suprarrenal para aumentar la secreción de ACTH, que pasa a la circulación sanguínea y a la región del hipocampo del cerebro para que mantenga o disminuya la secreción según la persistencia o no del estímulo estresante. Como dice Le Doux,(1999) el núcleo amigdalino da la instrucción de “segregar” mientras el hipocampo da la instrucción de “disminuir” la secreción.

Existen condiciones psicológicas estresantes que activan la corteza del lóbulo frontal y generan respuestas fisiológicas negativas y serios problemas cardiacos como hemos mencionado anteriormente. Se presume que determinados comportamientos, emociones y situaciones de estrés se asocian a la enfermedad cardiovascular. La mirada enfermera cobra relevancia ya que aporta una valoración integral de las personas en sus diferentes dimensiones, como el hecho de trabajar en el reconocimiento e identificación de las condiciones afectivas de las personas desde etapas tempranas de la vida y los aspectos asociados a ellas (Tobo-Medina, Canaval-Eraza, 2010).

Sabemos que las condiciones de estrés negativo prolongado y sus repuestas psicosomáticas afectan nuestra calidad de vida, el funcionamiento social, familiar, académico o laboral de la persona que lo padece y derivan en consecuencias para su entorno.

Pero el estrés no es habitualmente un fenómeno negativo. Crespo (2003) afirma que la respuesta de estrés en sí misma no es nociva. Al contrario, se trata de una reacción adaptativa que ha permitido la supervivencia de la especie. Es muy útil, se podría decir que vital, para dar respuesta a situaciones de amenaza. Sin embargo añade, cuando esta reacción aparece de forma frecuente, intensa o duradera, puede producir un desgaste de los recursos y puede llevar a la aparición tanto de malestar físico como emocional, facilitando la aparición de enfermedades. Genéricamente son las patologías asociadas al estrés.

La exposición continuada a situaciones estresantes puede tener consecuencias en nuestro organismo, tanto sobre la conducta como para la salud en general, debido a las respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras. El estrés a nivel físico puede ocasionar diferentes trastornos, todo dependerá de las respuestas fisiológicas que se activen, de los órganos implicados y de las diferentes variables existentes. Si esta activación fisiológica se produce frecuentemente, es duradera e intensa puede producir un desgaste importante, pero cuando el órgano afectado es el cerebro, el trastorno es más generalizado y es capaz de producir cambios en el sistema nervioso que van a repercutir algunas veces en la salud de la persona que lo padece.

En referencia a las consecuencias agudas o crónicas de la situación de estrés y aparición de problemas físicos y psiquiátricos, nuevos conceptos se han venido a

considerar como el de “Allostasis”. Este concepto designa el hiperfuncionamiento de todos los mecanismos que de forma combinada responden ante la situación de estrés, en términos de electrónica, podríamos decir que el sobrecalentamiento de estos circuitos *per se* serían capaces de generar problemas psicofísicos (Goldestein & Mcewen, 2002).

Le Doux (1999) explica en su libro que Mc Even, entre otros autores, demostró que el estrés también es capaz de dañar las funciones de la memoria consciente explícita en el humano. Posiblemente por la degeneración de dendritas del hipocampo ante situaciones de estrés intenso, estas lesiones son reversibles si el estrés es puntual o degeneran ante situaciones de estrés crónico. El hipocampo humano también es vulnerable al estrés, ante situaciones se produce una reducción de este con las consecuencias en el plano de la memoria.

Casi todos los sistemas que conforman un organismo se ven afectados por la exposición al estrés. Existen estudios clínicos empíricos que demuestran que muchos procesos infecciosos o inflamatorios presentan recidivas coincidiendo con etapas vitales significativas (García & Ruiz, 2001).

Las afectaciones patológicas condicionadas por el estrés surgen cuando la persona Crespo, (2003), González-Roma et al., (1993):

- Se expone a gran número de situaciones amenazantes, intensas y duraderas.
- Hace interpretaciones erróneas de las situaciones a las que se enfrenta.
- Se activa fisiológicamente más de lo que la situación requiere.
- Escoge respuestas inadecuadas en la situación.

En cuanto a las formas que pueden adoptar estas patologías por estrés pueden ser Crespo, (2003), González-Roma et al., (1993):

- Afectaciones físicas.
- Problemas psicopatológicos, consumo de alcohol, drogas, ansiedad, depresión.
- Propiciar la aparición de trastornos que pueden considerarse la expresión de una mala adaptación a situaciones estresantes graves o continuadas, como son el estrés postraumático.
- Otras manifestaciones...

Si el estrés provoca una activación fisiológica muy frecuente, duradera o intensa, puede ocurrir que los órganos afectados sufran una descompensación y no dé tiempo a su recuperación con la consecuente aparición de trastornos psicofisiológicos.

Los principales trastornos psicofisiológicos recogidos por Labrador, (1993) (citado por Guerrero, 1996) son trastornos:

- Cardiovasculares
- Respiratorios
- Gastrointestinales
- Musculares
- Dermatológicos
- Sexuales
- Endocrinos
- Inmunológicos

Cuando los recursos son agotados y sobrepasados por las demandas de factores estresores se inicia un acercamiento a la enfermedad, lo cual se evidencia en las estadísticas internacionales aportadas por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en el 2009. En esta estadística se expresa que la tensión laboral es parte del 60 al 90% de los problemas de salud, además, las personas trabajadoras que sufren fuerte estrés laboral tienen un 30% más de probabilidades de sufrir accidentes que los trabajadores sujetos a estrés de baja intensidad.

El CIE enumera cuáles son las principales fuentes de estrés para las enfermeras:

1. Tratar con la muerte.
2. Conflictos con los compañeros.
3. Preparación inadecuada para tratar las necesidades emocionales de los pacientes y sus familias.
4. Falta de apoyo del personal.
5. Carga de trabajo.
6. Incertidumbre en cuanto a los tratamientos clínicos.

A continuación en la siguiente tabla 1 se describen las posibles consecuencias del estrés y algunos resultados.

Tabla 1. Efectos del estrés según el CIE, 2009

POSIBLES CONSECUENCIAS	ALGUNOS RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga y falta de atención. • Aumento de las posibilidades de tener problemas cardiovasculares, gastrointestinales, musculares y óseos, y problemas psicológicos (inclusive suicidio). • Cambios de comportamiento. • Sentimientos de abandono, aislamiento, frustración e impotencia. • Sentimiento de inseguridad y un mayor temor de la violencia. • Mayor absentismo, retrasos en el trabajo y supresiones de puestos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de las lesiones y errores de juicio en el lugar de trabajo. • Cuesta dinero: a los empleadores y al sistema de atención de salud. • Más uso de nicotina y alcohol y mayor o menor consumo de alimentos. • Incapacidad general para hacer frente a las actividades rutinarias de la vida. • Sentimientos de no estar a la altura y de no ser capaz de "hacer las cosas bien" • Mayor interés en sí mismo y la consiguiente insensibilidad a las necesidades de los demás. • Más abusos verbales y físicos. • Menor productividad en el trabajo. • Resultados deficientes en el puesto de trabajo.

La relación entre Acontecimientos Vitales Estresantes (AVE) y enfermedad ha sido objeto de numerosos estudios para evaluar la influencia de los factores emocionales y/o acontecimientos vitales estresantes en la patogenia, la expresión clínica y la evolución de estas enfermedades. Un estudio realizado en el Hospital Clínico de Barcelona evidenció los siguientes resultados: un elevado porcentaje de personas afectadas por enfermedad inflamatoria intestinal presentan una percepción subjetiva de que existe una relación entre los AVE padecidos y la actividad de su enfermedad. El estudio contempla los beneficios de una intervención psicológica-psiquiátrica dirigida a mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida de estas personas (Gómez-Gil et al., 2003).

Existen estudios que manifiestan cambios en la salud mental y cambios inmunológicos en las estudiantes sometidas a un mayor estrés. Un estrés sostenido por un mayor periodo de tiempo pudiera provocar inmunosupresión en las estudiantes al disminuirse los porcentajes o números de algunas poblaciones de células por debajo de los rangos considerados como normales. Dichos cambios indican una activación y estado de

alerta del sistema que de hacerse crónico podría conducir a una disminución en su capacidad de defensa (Guarino et al., 2000).

En el mismo estudio (Guarino et al., 2000) se recomienda ampliar la investigación para determinar las rutas etiopatogénicas exactas de vínculo entre los procesos psicológicos y el sistema inmune, es decir, completando las medidas inmunológicas con mediciones endocrinológicas que permitan explicar los cambios paralelos y/o secuenciales de los sistemas integrados.

Las consecuencias negativas del estrés para la salud se producirán cuando se presenten estados emocionales aversivos intensos y prolongados, en sinergia con otros factores como la presencia de factores patógenos, una predisposición genética y una vulnerabilidad biológica. En estos casos el estrés puede agravar una enfermedad existente o favorecer un episodio crisis (Limonero & Casacuberta, 2009).

La disminución de la percepción del estrés, genera la experiencia y el efecto de las emociones positivas en la salud y en las relaciones interpersonales. Algunos de los beneficios que produce la vivencia de emociones positivas son: disminución del dolor, reducción de presión sanguínea, disminución de los niveles de adrenalina asociados a la ansiedad, promoción de la calma, creación de un estado de mayor bienestar, mejorar el estado de ánimo y del sentido del humor y potenciación de las funciones del sistema inmunitario (Bisquerra & Pérez, 2014).

La salud y la enfermedad, además de ser hechos biológicos también son hechos psicológicos. Por tanto desarrollar intervenciones psicológicas de carácter básico que ayuden a un mejor conocimiento psicológico, contribuirá significativamente tanto en la prevención, promoción y en el tratamiento de enfermedades como en un aumento de la calidad de vida (Fernández castro, 1993).

Por lo tanto, desarrollar actitudes y habilidades que permitan tener una mejor calidad de vida en todas las áreas de su actividad, realizar programas educativos, mantener relaciones personales, trabajar el autocontrol, reconocer los síntomas de sobrecarga, irá todo ello dirigido a evitar y/o disminuir el estrés y sus efectos negativos (Japcy Quicedo, 2007).

1.1.4. Estrategias de afrontamiento

Tal como hemos señalado anteriormente, según Devereaux (1973) desde la perspectiva de la etnopsiquiatría, el estrés puede provocar un traumatismo, pero no por el tamaño absoluto del estrés sino por la disponibilidad de las defensas que pueden ser movilizadas en situaciones de estrés. Si consideramos la relación entre estrés y posibilidad de traumatismo, serán determinantes las defensas culturales que la sociedad puede proveer al individuo que está inmerso en un contexto cultural determinado, para poder hacer frente a situaciones potencialmente estresantes. En relación a los traumatismos precoces de los bebés en situaciones de estrés, se deben proporcionar lo más tempranamente posible aquellos mecanismos de defensa proporcionados por la cultura, que serán los que aumentarán la capacidad de autorrealización, sublimación y el acceso a una verdadera independencia y eficacia.

Todo aquello que puede aportar el ambiente para minimizar el “traumatismo” provocado por situaciones de estrés puede ser aplicado conceptualmente a las situaciones en las que se encuentra el estudiante de enfermería al realizar las prácticas clínicas. Aportar y valorar mecanismos que minimicen el impacto del estrés sobre los estudiantes es uno de los motivos de esta tesis.

La palabra “afrontamiento” en psicología ha sido objeto de atención tanto en psicoterapia como en diferentes programas educativos que tienen como propósito ayudar a adquirir recursos.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua, “Afrontar” significa poner cara a cara, poner una cosa enfrente de otra, hacer frente a un peligro, problema o situación comprometida. Esperar sin eludirlo a un “enemigo”, un peligro una responsabilidad, atreverse, confrontar, desafiar emprender.

El afrontamiento en el campo de la salud es un concepto que se ha revisado principalmente en situaciones de crisis o etapas de estrés propias del ciclo vital. Está vinculado a múltiples categorías y procesos asociados a la estabilidad psíquica y al modo de vida de individuos y grupos. Es el resultado de una expresión del papel activo del ser humano ante los desafíos de la vida. Se afirma que el afrontamiento es fundamental para la salud y el bienestar, siendo éste el que constituye la variable más importante para comprender el efecto del estrés en la salud (Sarmiento et al., 2012).

Roy define el afrontamiento como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, es esencial para la salud y el bienestar, y se constituye en la variable más importante para comprender el efecto del estrés en la salud (Marriner, 2007). El afrontamiento se visualiza como una estrategia útil para comprender la relación dinámica que se genera entre la persona y el medioambiente (Gutiérrez-López et al., 2007).

El término afrontamiento está presente tanto en ámbitos científicos como coloquiales y a pesar de ser tan utilizado, se sigue trabajando para esclarecer su comprensión así, Lazarus y Folkman, (1986) afirman que existe confusión en lo que respecta al significado del afrontamiento y a su papel en el proceso de adaptación.

Se define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes para hacer frente a demandas externas o internas específicas, que son evaluadas como agotadoras o superiores a los recursos de la persona (Lewis et al., 2004).

Limonero (2009) lo define como cualquier intento de hacer frente a la situación, ya sea modificando objetivamente la situación ambiental, cambiando su apreciación subjetiva o controlando las reacciones orgánicas.

Se recalca la importancia de actuar en el ámbito de la salud a modo de estrategias de intervención, presentando una taxonomía que integra diferentes modelos explicativos, desarrollados en el marco de la teoría del yo, modelos elaborados desde las teorías del intercambio social y modelos elaborados desde la teoría organizacional.

Recomendaciones sobre estrategias de intervención:

1. *Nivel individual*, desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que le permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar experiencias de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de estas experiencias. Contemplar el empleo de la asertividad, el manejo eficaz del tiempo, olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños descansos durante el trabajo y marcarse objetivos reales.

2. *Nivel grupal*, potenciar la formación de las habilidades sociales y fomentar el apoyo social de los equipos de profesionales, ofrecer apoyo emocional, evaluación periódica de los profesionales y retroalimentación sobre su desarrollo del rol.
3. *Nivel organizacional*, eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al malestar. En términos generales el manejo de programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización, acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con expectativas irreales. Favorecer los procesos de retroalimentación desde la dirección de la organización y la unidad donde se ubica el trabajador mejorando las redes de comunicación (Gil-Monte, 2001).

Las estrategias de afrontamiento han sido clasificadas de diferentes maneras por diferentes autores. Heredia (2008) apunta que existe un importante consenso respecto a la agrupación en tres grandes categorías. Unas se orientan hacia la resolución del problemas, otras hacia el control de la activación emocional y un tercer grupo a la evitación de la situación generadora de estrés.

En lo que respecta a las estrategias de resolución del problema pueden mencionarse entre otras: el incremento del tiempo dedicado cuando se presenta una dificultad, el empleo de alternativas de procesamiento cognitivo, la planificación de las actividades y la búsqueda de información que ayude a lograr una mejor preparación entre otras (Heredia et al., 2008).

Las estrategias orientadas a la emoción incluyen la búsqueda de apoyo afectivo y contención, el conversar con alguien sobre los sentimientos, el empleo de técnicas de relajación y respiración entre otras. (Heredia et al., 2008).

Por último las estrategias de evitación incluyen: pensar en otras cosas, comportamientos orientados a distanciarse física o mentalmente del evento generador de estrés (Heredia et al., 2008).

En cuanto a la valoración que realiza el sujeto de una situación como amenazante o como fácil de controlar depende de la relación que el sujeto establece entre la demanda de la situación y su percepción de las propias estrategias de afrontamiento (Perea-Baena & Sánchez-Gil. 2008, Sarmiento et al., 2012).

A raíz de los trabajos de Lazarus y Folkman se inicia la consideración del término afrontamiento como un proceso activo variable, dependiendo del entorno y de la forma en que la persona evalúa cada situación, como aquellos procesos conductuales y cognitivos constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de las respuestas del individuo.

El afrontamiento es un proceso que varía en función de los resultados que el individuo obtiene ante cada situación estresante. No constituye una respuesta automática o fisiológica sino más bien aprendida, y requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis hasta llegar a la adaptación. (Brannon, 2001, citado por Heredia et al., 2008).

Lazarus y Folkman (1986) hacen referencia a dos tipos de estrategias de afrontamiento, una encaminada a la resolución de problemas y la otra hacia la regulación emocional. La primera estaría dirigida a manipular o alterar el problema que está causando el malestar o a incrementar los recursos para hacer frente al problema, por ejemplo buscando ayuda de un profesional que le oriente. La estrategia de regulación emocional estaría centrada en la emoción y tiene como objetivo la regulación de la respuesta emocional que provoca en el individuo la situación estresante (González-Cabanach 2009).

La enfermera, tanto en el ámbito personal como profesional, necesita instrumentos que le ayuden a vivir en armonía consigo misma y con el contexto aunque es verdad que existen factores personales que determinan la existencia de personas con diferentes capacidades y habilidades para hacer frente a los problemas cotidianos. El aprendizaje para abordar de manera positiva y favorecedora momentos de conflicto resultará determinante (Lluch, 2003b).

Referente a la importancia de los pensamientos y sentimientos, no dependen tanto de la situación en sí misma como de la interpretación que la persona hace de la misma. Esta interpretación actúa de mediadora entre la situación y la respuesta de la persona. Existen técnicas dirigidas a potenciar los recursos personales, que ayudan a obtener beneficios tanto en el campo personal, como profesional y social. Ellis, describió el modelo A-B-C, en el que A se refiere a una situación, suceso o experiencia activadora de la vida cotidiana, B se refiere a las auto-declaraciones que la persona hace acerca

de A, que pueden ser apropiadas o inapropiadas, conscientes o automáticas, y C refiriéndose a las consecuencias emocionales de comportamiento de B. Según este modelo, A no causa directamente C, aunque contribuya a su ocurrencia; es B la causa más directa de C. (Ellis, 1981, citada por Lluch 2003b).

Muchas de las situaciones que pueden generar estrés en el entorno sanitario son el sufrimiento, la presencia de la muerte, el conflicto de roles, y las demandas y exigencias constantes de pacientes y familiares. Estas situaciones no se pueden eliminar puesto que están implícitas en el ejercicio de la profesión, por lo tanto, será esencial desarrollar estrategias de afrontamiento destinadas a controlar y/o reestructurar las emociones. Es vital disponer de buenas habilidades en comprender y reparar las emociones negativas, así como habilidades para mantener durante un mayor periodo de tiempo las emociones positivas. (Salovey, 2001 citado por Limonero et al., 2004). Se pone de manifiesto que la percepción de las propias habilidades en diferenciar y comprender las emociones propias y ajenas, la capacidad de reparación o regulación de las mismas juegan un papel importante en reducir tanto los estados emocionales negativos como los efectos fisiológicos vinculados con el estrés. (Stroud L.R. & Salovey, P & Epel, E. S 2002, citado por Limonero et al., 2004).

Lo que decidirá el resultado del afrontamiento será la valoración de los recursos personales por ejemplo si la persona se siente asustada, optimista, la historia previa de afrontamiento frente a situaciones parecidas y el resultado obtenido, si ha sido exitoso o no en la utilización de cualquiera de las estrategias utilizadas.

En la tabla 2, se describe la acción y ejecución de una estrategia previamente elaborada.

Tabla 2. Dimensiones de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1988, citados por Guerrero, 1996)

Dimensión	Descripción
1. Confrontación	Acciones directas dirigidas a la situación Ej: expresar ira hacia la persona causante del problema, tratar de que la persona responsable cambie de idea, etc.
2. Distanciamiento	Tratar de olvidarse del problema, negarse a tomarlo en serio, comportarse como si nada hubiera ocurrido, etc.
3. Autocontrol	Guardar los problemas, para uno mismo procurar no precipitarse, etc.
4. Búsqueda de apoyo social	Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con alguien que puede hacer algo concreto, etc.
5. Aceptación de la responsabilidad	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema, etc.
6. Escape-evitación	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, etc.
7. Planificación de solución de problemas	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren, etc.
8. Reevaluación positiva	La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona, etc.

Las respuestas que adoptan las personas ante situaciones estresantes son múltiples y específicas.

Lluch (2003a) señala dos grandes categorías de respuestas de afrontamiento:

1. Respuestas defensivas empleando mecanismos de defensa. Son modos de comportamiento inconscientes que la persona utiliza para hacer frente a situaciones que le provocan estrés. Son utilizados por todas las personas en mayor o menor medida, considerándose respuestas adaptativas que favorecen siempre que no se haga un uso excesivo, pasando a convertirse en patrones típicos de la conducta de la persona. Entre los mecanismos de defensa más utilizados están la proyección, el desplazamiento, la represión, la racionalización, la intelectualización y la agresión, entre otros.

2. Respuestas defensivas empleando procesos de afrontamiento activo. Son comportamientos dirigidos a solucionar el problema o hacer frente de forma activa a la situación que desencadena o causa estrés. Para poder hacer frente hace falta tomar conciencia del estrés e identificarlo, asociándolo a la situación o estímulo problemático desencadenante. Esta toma de conciencia es el paso previo para desarrollar y aplicar estrategias que permiten a la persona afrontar y manejar eficazmente el estrés en su vida. Las estrategias para reducir, eliminar o manejar el estrés pueden ir dirigidas a provocar cambios en el medio estresante o bien a modificar la manera en que la persona percibe la situación.

Existen numerosas técnicas y procedimientos para el manejo y control del estrés. Entre los más utilizados están, las técnicas de relajación, masaje, reflexoterapia, asertividad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, meditación, control de estímulos entre otras, todas ellas dirigidas a incrementar la independencia y el autocontrol de la persona sobre sí misma y sobre la situación (Lluch, 2003a).

La respuesta de estrés consiste en una particular cascada de reacciones químicas que puede afectar a las personas de manera puntual o permanente y presentarse con diversos grados de severidad, apareciendo en diferentes contextos. En situaciones de estrés las personas, a menudo de manera inconsciente, activan determinados mecanismos de defensa y recurren a sus mecanismos habituales de afrontamiento (Alegret, 2010).

La respuesta de afrontamiento de cada individuo viene dado por los recursos de que dispone, la propia salud, energía, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales. “El afrontamiento viene determinado por las coacciones que limitan la utilización de los propios recursos, los condicionantes o factores coactivos ambientales que incluyen las demandas que compiten por los mismos recursos y las empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento. Cuando la amenaza alcanza un alto nivel, puede interferir en la forma en que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento de forma efectiva” (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento de situaciones complejas donde entra en juego la evaluación resulta un proceso complejo en el que se ponen en funcionamiento estrategias cognitivas y comportamentales con la finalidad de administrar demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes en relación a los

recursos del individuo y que emplea la persona para controlar las situaciones estresantes y reducir o eliminar experiencias de estrés (Fokman y Lazarus, 1985, citado por Heredia et al., 2008) (Sandin, 1999, citado por Ojeda- Pérez, 2001).

Las formas generales de afrontar el estrés parecen estar determinadas, tanto por la situación como por la propia persona (recursos propios y preferencias o estilos personales). La calidad de la percepción del evento estresante (por ejemplo percepción de incontrolabilidad) determinará el tipo de afrontamiento, de la misma manera que también lo determina las características de la persona (Törestad et al., 1990, citado por Ojeda- Pérez, 2001).

El trabajo llevado a cabo por algunos autores, puso de manifiesto que los estresores académicos eran más controlables que los estresores interpersonales y que, en general los participantes con estresores académicos requerían estrategias centradas en el problema y los participantes con estresores interpersonales centraban las estrategias en las emociones (Compas, Forsythe y Wagner, 1988, citado por González-Cabanach, 2009).

El apoyo social suele definirse en términos de recursos aportados al individuo por otras personas, a través del contexto familiar, académico, amistades, en definitiva el soporte social de la persona. En el análisis del concepto “apoyo social” Barron, (1990) citado por Ojeda-Pérez (2001) Señala tres grandes niveles:

1. Relaciones estructurales de las redes sociales (interacciones entre amigos o parientes, participación en grupos sociales, etc.).
2. Funciones (emocional, autoestima, pertenencia, identidad, etc.).
3. Análisis objetivo/subjetivo (apoyo real recibido versus apoyo percibido).

El apoyo social puede reducir el efecto negativo de los sucesos vitales estresantes y otros agentes estresores, eliminando o reduciendo el propio estresor, ayudando al individuo afrontar la situación estresante y/o atenuando la experiencia de estrés, si ésta ya se ha producido (Rodin y Salovey, 1989, citado por Ojeda- Pérez, 2001).

Actualmente se asume que el apoyo social percibido es una de las variables más importantes que intervienen en la salud y en la percepción de bienestar de los individuos (Ojeda- Pérez, 2001).

En lo que respecta a las diferencias de género en el uso de estrategias de afrontamiento, los resultados de estudios previos indican que las mujeres utilizan con más frecuencia que los hombres las estrategias de orientación a la tarea. Parece que las mujeres se apoyan en su red social emocional y instrumental ante un problema (Heredia, et al 2008; González-Cabanach, 2009).

Respecto al apoyo social, igual que otros posibles recursos, juegan un papel mediador entre los sucesos vitales estresantes y la posibilidad de enfermar, reduciendo el impacto del estrés (Ojeda- Pérez, 2001).

Enfermería, igual que el resto de integrantes del equipo de salud, en múltiples ocasiones trabaja en condiciones muy duras, afrontando adversidades derivadas de las situaciones de las personas a quienes cuidan. Frente a esas situaciones es importante la búsqueda de estrategias que promuevan la cualidad que disponen las personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida, aspecto que viene definido por el término resiliencia (Termes Boladeras, 2013).

En entornos de trabajo de enfermería con fuertes cargas de estrés y ansiedad, como son las unidades de críticos, existen diferentes formas de afrontar el malestar. Las estrategias de afrontamiento que adoptan las enfermeras en estas unidades, suelen ser diferentes dependiendo de la experiencia en estas unidades. Las personas con más bagaje de experiencia suelen tender a buscar más apoyo social en los compañeros de trabajo y en caso de no encontrarlo, la tendencia es el abandono del grupo; en cambio, las profesionales noveles, buscan estrategias de formación, cursos, pues su cohesión en el grupo aún no es todavía fuerte. La tendencia general suele comenzar con trastornos físicos inespecíficos con tendencia a cronificarse y la aparición casi simultánea de problemas y trastornos que entran en la esfera de la psicología. De todo ello, se deduce, la importancia de aprender estrategias de afrontamiento del estrés que pueden facilitar una disminución de la morbilidad de las personas que trabajan en estos entornos de cuidados (Romero de San Pío et al., 2014).

Por otra parte, no siempre se tiene en cuenta el afrontamiento al estrés por parte de los profesionales. Como es lógico, se debe poseer una perspectiva de cuidado centrado en las necesidades de la enfermera en el entorno del cuidado del enfermo crítico, fomentar el afrontamiento al estrés, proponer alternativas de cambio y ver soluciones y apoyarlas. El ofrecer una nueva forma de cuidado centrado en el personal

de enfermería que son parte del sistema de salud, permite que las instituciones tengan profesionales preocupados por mejorar su práctica profesional, lo que conlleva ofrecer unos cuidados dirigidos a alcanzar la excelencia profesional, de una forma eficiente teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone (Irasema & Armendariz, 2012).

En lo que respecta a las expectativas de ayuda, según Zupiria (2003b) genera, junto a la inexperiencia, la preocupación de no responder a lo que se espera de una enfermera, lo que supone un estrés por parte del estudiante en el ejercicio de sus prácticas. Este autor añade que, el ideal de profesional propuesto en la formación está aún “muy lejos” de las capacidades actuales del estudiante, y a menudo también de las potenciales, por tratarse de modelos muy exigentes donde suele haber poco espacio para la expresión y asimilación emocional.

Consecuentemente, es necesario considerar la dimensión emocional como un efecto clave en el ámbito de las interacciones personales. Potenciar aspectos como el conocimiento y la comprensión de emociones, la aceptación de uno mismo, el autocontrol, empatía o la capacidad de afrontar eficazmente los problemas puede resultar de gran ayuda (Arandilla, 2006).

Indagar en el campo emocional, significa ser capaz de poner nombre a las propias emociones y a la de los otros y ello es un indicador de competencia emocional. El hecho de reconocer que todas las emociones son legítimas y verbalizarlas contribuye a un mayor conocimiento del campo emocional de uno mismo y por tanto aumenta el autoconocimiento (Bisquerra & Pérez, 2014).

Desde esta perspectiva se apunta que también resultaría relevante, mejorar la preparación de los estudiantes de enfermería en reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuya los temores y la ansiedad existentes en relación a las prácticas clínicas (Maza-Cabrera et al., 2008).

Disponer de un espacio físico adecuado en los entornos de cuidado, así como contar con espacios de apoyo psicoemocional para los profesionales que trabajan en contacto con el sufrimiento es de una importancia capital.

Resulta un desafío poder establecer factores psicológicos y sociales que puedan ser determinantes en el momento de enfrentarse efectivamente a una situación estresante para que esta no se vuelva perjudicial para uno mismo. Cuando se está bajo

condiciones estresantes resulta útil compartir preocupaciones y satisfacciones, tomar conciencia y reconocer las señales de estrés en sí mismo, identificar pensamientos, sentimientos y comportamientos. Aprender técnicas de relajación eficaces, pensar de manera positiva, o favorecer la conciencia plena, todos son mecanismos que probablemente puedan ayudar a disminuir el estrés y los factores de riesgo desencadenantes, por lo tanto, serán capaces de mejorar la salud mental de los profesionales ya que disminuirían la carga biopsicosocial a la que se enfrentan las personas sometidas a estrés (Muñoz-Zambrano et al., 2015).

La sociedad necesita de futuros profesionales de enfermería maduros, seguros y que sean capaces de pensar analíticamente y de forma flexible, dispuestos a participar en el autoconocimiento y en el autodesarrollo. Para una prevención y gestión eficaz de situaciones estresantes se sugiere reforzar las estrategias de afrontamiento mediante los grupos de trabajo y cambios organizativos (Luthar, Sawyer, Brown, 2006; Hutchinson, Wilkes, Jackson, Vickers, 2010).

Existen evidencias que demuestran que a mayor resiliencia menor prevalencia de estrés, ansiedad, depresión etc. Es de vital importancia para enfermería poder acrecentar esta resiliencia para resistir el trauma emocional de sus pacientes. Gillespie, junto con otros autores (2007) apunta a las posibles variables explicativas encontradas en su trabajo: la esperanza, la autoeficacia y el afrontamiento ayudan a incrementarla.

Los estudiantes de enfermería expresan sus preocupaciones ante las prácticas clínicas, considerando tanto los estudiantes como los docentes que puede resultar de gran ayuda diseñar estrategias efectivas contribuyendo a mejorar el proceso de enseñanza- aprendizaje de los futuros profesionales (Farkhondeh & Masoumi, 2005).

En un estudio realizado a estudiantes universitarios sobre el potencial resiliente y la calidad de vida percibida, aparece que es alto el potencial resiliente de la población estudiada, ya que existen mayores niveles de factores de protección, tanto personales, como sociales, en detrimento de las condiciones de riesgo. Se reconoce la importancia de favorecer los factores protectores como son la autoestima, la autonomía, la introspección, el sentido de vida, el apoyo social y la aceptación incondicional. Se puede concluir que la calidad de vida y el potencial resiliente constituyen dimensiones sumamente relevantes que al incluirse dentro del amplio espectro de variables que influyen en el comportamiento y en la salud de las personas permiten la obtención de

datos útiles sobre el funcionamiento y los recursos personales y sociales de afrontamiento que disponen los estudiantes (Mikulic et al., 2011).

En lo que respecta al cuidado del cuidador Mingote-Adán (2003) afirma que aunque los estresores ocupacionales no son relativamente sensibles a las soluciones individuales de afrontamiento, se ha evidenciado la importancia de los factores personales de protección frente al estrés. Las personas que a menudo experimentan situaciones estresantes severas las superan, no sólo sin enfermar, sino fortalecidos. ¿Cómo es esto posible?: porque disponen de recursos adaptativos vitales que les permiten recuperar su homeostasis psicobiológica.

Entre estas fuerzas saludables, se destacan las siguientes (Mingote Adán, 2003; González-Esquivel, 2005):

1. El sentido del humor, la capacidad sublimatoria creativa, la capacidad de anticipación y de elaboración de las pérdidas.
2. La capacidad de comprensión emocional (*insight*) acerca de uno mismo y de los demás.
3. La eficiente regulación de la autoestima personal a través del trabajo bien hecho y del amor maduro.
4. La apertura mental a la vivencia de lo nuevo, con capacidad de aprender de las experiencias cotidianas de satisfacción y frustración.
5. La capacidad de comunicación empática.

Las reacciones que los estudiantes de enfermería experimentan ante los retos a que se enfrentan en el día a día en sus prácticas clínicas son muy diversas. Cuando las personas perciben una situación como difícil, se plantean el pensar que dispone de una capacidad para afrontar el problema o bien que no dispone de recursos satisfactorios de afrontamiento. Esta percepción que tiene uno de sí mismo será la que condicionará la puesta en marcha del SNA y que pueda tener una respuesta de estrés (Perea Baena, 2008).

Para los pacientes “la voluntad de escuchar y explicar” es uno de los atributos esenciales que debe poseer la enfermera. La vivencia ante una situación concreta de salud o enfermedad es única para cada persona. El cuidado implica respeto y comprensión por el otro a través de la empatía y la escucha activa. Al escuchar transmitimos al otro la disponibilidad, en el sentido de escuchar para comprender y no

para responder. Escucha activa implica prestar atención y demostrar que se hace. La empatía nos permite ponernos en el lugar del otro con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de esta persona. (Pons, 2006; Calero, 2004; Hueso, 2006; Agüero, 2005).

La incorporación y el manejo de todas estas actitudes o competencias a nuestra práctica diaria exige formación y entrenamiento previos al ejercicio profesional, aportando múltiples beneficios, tanto para los pacientes, profesionales y los estudiantes con la finalidad de ofrecer unos cuidados de calidad excelentes, dirigidos a atender las necesidades reales e individuales de cada persona (Bonill de las Nieves, 2008).

Un proverbio árabe dice: *“quien no es capaz de entender una mirada tampoco es capaz de comprender una larga explicación”* (Bonill de las Nieves, 2008).

A modo de síntesis, el proceso de estrés que se ha descrito en este marco conceptual: consta de un núcleo del estrés que comprende la historia, el concepto y situaciones potencialmente estresantes, la valoración que hace la persona de estas situaciones que da lugar a las fuentes de estrés. La reactividad orgánica que se genera, básicamente, actividad del sistema nervioso autónomo y sistema endocrino y las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha para reducir o eliminar el estrés. Todo este proceso genera un estado afectivo que incidirá positivamente o negativamente en el rendimiento y/o en la salud de las personas.

1.2. Modelo de enfermería de Callista Roy: Roy Adaptation Model

En la búsqueda de un marco teórico de enfermería que nos permita encontrar estrategias de afrontamiento del estrés, vemos que numerosos autores han escrito acerca de este concepto. Roy elaboró en 1970 un modelo de adaptación, el Roy Adaptation Model (RAM), donde señala que las respuestas adaptativas son respuestas que favorecen la integridad de la persona en términos de metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio (Marriner, 2007).

Su tesis se basa en que las enfermeras promuevan el ajuste de los enfermos a los retos con que puedan encontrarse referentes a la salud y la enfermedad. A este ajuste le llama adaptación y a los retos estímulos.

La definición más reciente de Roy del concepto de adaptación se refiere “al proceso y al resultado por lo que las personas, que tienen la capacidad de pensar y de sentir, como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno” Más allá de ser un sistema humano que simplemente lucha para responder ante los estímulos que envía el entorno para así mantener su integridad, se trata de que cada vida humana tiene una función en un universo y las personas no se pueden separar de su entorno (Marriner, 2007).

Roy describe los conceptos de enfermería, persona, salud y entorno “es una profesión que se dedica a la atención sanitaria y que se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de las familias, de los grupos y de la sociedad en general”. La autora de la teoría diferencia entre la enfermería interpretada como ciencia y la enfermería interpretada como disciplina práctica. La enfermería como ciencia es “un sistema de desarrollo de conocimiento acerca de las personas que observa, clasifica y relaciona los procesos con los que las personas influyen de manera positiva en su estado de salud”. “La enfermería como disciplina práctica es el cuerpo científico del saber de la enfermería que se usa para ofrecer un servicio vital a las personas, a saber, fomenta la capacidad de influir en la salud de manera positiva”.

“La enfermería actúa para mejorar la interacción entre la persona y su entorno para fomentar la adaptación” (Marriner, 2007).

El objetivo de las enfermeras es “mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad” (Marriner, 2007).

Las personas, tal como lo entiende Roy, son sistemas holísticos y adaptables “como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para su propósito en concreto. Los sistemas humanos comprenden a las personas como individuos y como grupos, incluidas familia, organizaciones, comunidades y sociedad en general” (Marriner, 2007).

La salud “es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno” (Marriner, 2007).

El entorno, según Roy, es el conjunto de “todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales”. “Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse” (Marriner, 2007).

Su modelo nos presenta una herramienta de gran utilidad para poder comprender la función de la enfermera y su intervención para reducir los mecanismos productores de estrés. Roy, en su trabajo como enfermera, observó la gran capacidad de recuperación y de adaptación que tenían los niños ante cambios físicos y psicológicos importantes.

Roy describe los mecanismos innatos de afrontamiento como procesos automáticos, aunque los seres humanos no piensan en ellos. Las experiencias vividas a lo largo de la vida ayudan a presentar reacciones habituales ante estímulos particulares.

El entorno en el modelo de Roy es de dos tipos: interno y externo, y ambos son siempre cambiantes. Cada entorno es una fuente de estímulos para el sistema adaptativo de la persona. Al factor que pone en marcha la conducta lo denomina estímulo focal, que es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el ser humano. Los factores del entorno que se le presentan a la persona los denomina estímulos contextuales y los estímulos residuales son aquellos que singularizan a la persona, le dan sentido, en definitiva, esencia.

El campo de actuación de la enfermera estaría vinculado a aquellas situaciones en las que la persona que se está adaptando presenta reacciones ineficaces. La enfermera que se guía mediante los cuatro modos adaptativos de la teoría de Roy puede encontrar una valoración de las conductas que manifiesta la persona que son generadoras de estrés.

Modo fisiológico de adaptación: el modo fisiológico se evidencia en las conductas y reacciones fisiológicas que la enfermera observa en la persona con cierto grado de estrés. Encontrar una explicación a través de los conocimientos teóricos puede contribuir a tranquilizar a la persona que presenta estrés.

La enfermera puede intervenir enseñando a la persona a reconocer sus propias reacciones ante estímulos determinados e iniciar técnicas que la ayuden a controlar

las reacciones del sistema nervioso autónomo por estimulación simpática, como es el aumento respiración, la frecuencia cardiaca, la sudoración, la elevación de la tensión arterial, etc. El poder ofrecer técnicas como son la relajación en todas sus variedades y la respiración profunda, hace que las personas tengan una mayor agudeza sensorial y puedan reducir y llegar a neutralizar dichas respuestas, pues entra en juego la reacción del parasimpático y se establece el equilibrio necesario para mantener la homeostasis interna. Estas intervenciones enfermeras contribuyen a ayudar a la persona a reconocer y manejar su propia reacción estresante (Bonfill, Lleixa, Sáez & Romaguera, 2010).

Modo de adaptación del autoconcepto de grupo: se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, tales como: la autoestima, el sentido de unidad, significado y finalidad que tiene el individuo en el universo para poder existir bajo un sentido.

Este modo refleja como se ve y percibe la gente dentro de un grupo, basándose en reacciones ante el entorno, así la persona que tiene una visión de sí misma positiva, favorable en términos de “autoestima” dispondrá de forma natural de recursos suficientes para poder afrontar la situación de estrés (Bonfill, Lleixa, Sáez & Romaguera, 2010).

La enfermera puede ayudar en el reconocimiento de los recursos propios de que dispone la persona y centrar su intervención fundamentalmente en fortalecer estos recursos y no descuidar las debilidades y los temores. Existe la posibilidad de reconvertir una fuente de estrés en un logro positivo que le ayude a crecer como persona (Bonfill, Lleixa, Sáez & Romaguera, 2010).

Modo de adaptación de desempeño de rol: se trata de un modo de adaptación social y se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, la necesidad que se tiene de saber quién es uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

La enfermera puede identificar en qué posición se encuentra la persona socialmente, por ejemplo si está sobrecargada o cuál es su cotidianidad. Roy denomina el “comportamiento expresivo”, al hecho de expresar qué piensa de su situación, lo que siente, gustos, manías, factores que influyen en el desempeño de su papel. La enfermera puede ayudar a la persona a encontrar qué papel es insustituible o esencial,

qué es importante y todo aquello que representa una sobrecarga. Mediante técnicas de reconocimiento estudia cómo distribuye el tiempo, estableciendo prioridades y espacios para poder trabajar conjuntamente (Bonfill, Lleixa, Sáez & Romaguera, 2010).

Modo de adaptación de la interdependencia: la necesidad básica de este modo de adaptación viene determinada por la integridad de las relaciones. Dos relaciones específicas forman el núcleo del modo de la interdependencia, fruto de su aplicación en la vida de los individuos. Las personas intentan adaptarse cuando se ven delante de situaciones difíciles, buscan ayuda, apoyo, amor en los otros.

La enfermera debe detectar las dificultades que presentan las personas y ofrecer sistemas de apoyo, tanto desde el ámbito social como de recursos asistenciales dirigidos a paliar el conflicto (Bonfill, Lleixa, Sáez & Romaguera, 2010).

El modelo de Roy, en general, se puede extrapolar a todos los ámbitos de la enfermería, independientemente de cual sea el motivo del malestar. El papel de la enfermera es esencial para reducir el estrés sin descuidar otros tratamientos más específicos, los cuales, contribuirán a alcanzar el objetivo principal que va dirigido principalmente al concepto de adaptación de la persona y su entorno (Marriner, 2007).

El modelo muestra una visión particular de la práctica, sustentada en el estudio de los procesos de afrontamiento y adaptación. Roy facilita su aplicación en entornos de cuidado avanzado donde el estrés está presente, a través de su aplicación permite identificar estrategias de afrontamiento y adaptación para ayudar a fortalecer el desarrollo de la práctica disciplinar (Flórez-Torres et al., 2011).

En el ámbito educativo nos interesa conocer cuáles son las situaciones más estresantes en el desarrollo de las prácticas clínicas con el objetivo de poder mejorar el autoconocimiento y las estrategias de afrontamiento, como meta para diseñar e implementar actividades académicas que les ayuden a gestionar mejor dichas situaciones y con ello mejorar la adaptación del estudiante a las situaciones a las que se enfrentará durante la realización de las prácticas proporcionando las fases para alcanzar la excelencia profesional. Lluch (2002) dice que hay que implantar y/o reforzar estrategias mentales que contribuyan a fortalecer el bienestar psicológico y permitir a la persona disfrutar del crecimiento personal y académico.

En este recorrido teórico, vemos que la ayuda que la enfermera puede ofrecer es abundante y importante, es fundamental poseer sensibilidad suficiente para captar lo que ocurre a su alrededor y no prescindir de la imaginación necesaria para utilizar los recursos disponibles de la forma más eficaz y eficiente posible. Acebedo comenta que los modelos y filosofías enfermeras nos incitan a reflexionar; respecto a la práctica, nos dan herramientas para investigar y cuando los integramos o nos reconocemos en ellos, además de flexibilizar la interpretación y el cuidado persona-situación, sitúan a la enfermería dentro de su marco más maduro con el modelo de Nigthingale actualizado. Desde esta madurez emergente en las enfermeras se precisa una transformación tanto en el ámbito de las instituciones, como de la profesión en sí misma y un cambio profundo en la orientación curricular. Una orientación curricular que debe preparar a profesionales de enfermería competentes que ofrezcan cuidados excelentes que favorezcan el bienestar y la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud (Acebedo et al, 2007).

1.3. Estudios de grado de enfermería

1.3.1. Evolución de los estudios de enfermería

Los estudios de enfermería en nuestro país han estado en constante evolución a lo largo del tiempo, pero no ha sido hasta el finales del siglo XX cuando se le ha otorgado a la enfermería el rango de ciencia.

En la demarcación de Tarragona se iniciaron con la primera promoción de ATS 1970-1973 pasando a ser estudios universitarios en el año 1981 con la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE) Joan XXIII de Tarragona y la Escuela Universitaria de Enfermería Verge de la Cinta de Tortosa en 1983, ambas adscritas a la Universidad de Barcelona (Memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales de grado. 2016-17).

En 1991 la EUE Joan XXIII de Tarragona se integra en la Universidad de Barcelona, y en 1992, con la creación de la Universidad Rovira i Virgili, pasa a integrarse junto con los otros centros a dicha Universidad. En esta misma fecha la EUE Verge de la Cinta de Tortosa se adscribe a la Universidad Rovira i Virgili, integrándose a la Escuela Universitaria de Enfermería de la URV en octubre del 2005, fecha en la que también se creó el Campus Universitario Terres de l'Ebre. El curso 2009-10 se creó una nueva Seu del Baix Penedès donde también se imparten los estudios de Enfermería formando parte de la actual Facultad de Enfermería de la URV (Memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales de grado. 2016-17).

Con el paso de los años, el interés del profesorado en el desarrollo académico de la disciplina da como resultado el establecimiento de nuevos títulos y formación que complementa el Título de diplomado y posterior Título de Grado en enfermería. En el año 1999 se inició una formación de segundo ciclo con la enseñanza de Graduado Superior en Ciencia y Método en Enfermería como título propio de la URV, aprobado por el Departamento de la Presidencia de la Generalitat de Cataluña el 30 de marzo de 1999, posteriormente esta titulación se modificó para activar un programa interuniversitario de Máster junto a las universidades de Alicante, Universidad Internacional de Catalunya, Universidad de Huelva, Universidad de Lleida, Universidad de Almería y Universidad de Zaragoza. En 2006 fue aprobado como POP (Programa oficial de postgrado) oficial de Máster y doctorado en Ciencias de la Enfermería y actualmente es un Master Universitario en Investigación en Ciencias de la Enfermería, que da paso al programa de doctorado en Ciencias de la Enfermería del Departamento de Enfermería de la URV, en el cual se leyó la primera tesis doctoral en junio de 2011.

A partir del curso 2009-2010, se inició el Grado en Enfermería. Durante cuatro años se han ido introduciendo progresivamente los estudios del Grado en Enfermería coincidiendo durante dos años los estudios de Diplomatura con los de Grado. El curso 2010-2011 se extinguió la docencia de la Diplomatura en Enfermería y el curso 2012-2013 se graduó la primera promoción de estudiantes de Grado. (Memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales de grado. 2016-17).

El acceso a los estudios de segundo y tercer ciclo es el resultado del crecimiento de la profesión enfermera tanto en el ámbito académico como asistencial, muy bien valorada por los usuarios del sistema sanitario.

La estructura académica de los estudios según el Real Decret (RD) 1393/2007 ordenació d'ensenyaments universitaris queda de la siguiente manera:

- 1º Grado (4 años 240 European Credit Transfer System ECTS)
- 2º Máster Universitario (mínimo 60 ECTS)
- 3º Doctorado

A partir de este momento, Enfermería puede alcanzar el máximo grado académico, el de doctor en la propia disciplina y la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE). El “Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya” Núm. 6088 del 15.3.2012, publica la Orden ECO/57/2012, de 28 de febrer por la cual se autoriza el cambio de denominación de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili que pasa a denominarse Facultad de Enfermería. Dispone de tres unidades docentes: en Tarragona, Campus Catalunya (CC), en Tortosa Campus Terres de l'Ebre (CTE) y la más reciente en Comarruga (Vendrell) Seu Baix Penedés (SBP).

Actualmente se imparte el grado de Enfermería de cuatro años de duración y un programa oficial de posgrado con un máster de investigación en Ciencias de la Enfermería y un programa de doctorado conjunto con la Universidad de Barcelona (UB) Enfermería. y Salud.

Los estudios de Grado de Enfermería, han experimentado notables cambios en cuanto a las tradicionales prácticas clínicas que realizaban los estudiantes de Enfermería de planes de estudios anteriores al Grado actual.

La transformación impulsada por las directrices europeas de enseñanza superior que se llevan a cabo en el entorno universitario ha supuesto cambios y adaptaciones en los métodos de enseñanza. Uno de ellos es la organización de las enseñanzas en función del aprendizaje y la introducción de la educación basada en competencias que debe ir alcanzando el estudiante. La definición de las competencias que el estudiante debe adquirir es una tarea fundamental que permite coordinar la formación y determinar la priorización de los objetivos del aprendizaje tanto en el pregrado como en el postgrado (Lora-López et al., 2008).

1.3.2. Estudiantes de Grado de Enfermería

El perfil de estudiante de enfermería, según el estudio realizado por la Asociación de Directoras de Escuelas de Enfermería de Catalunya (ADEIC) estaría definido por las siguientes características: ser una mujer con la media de 22,9 años, soltera y sin hijos a su cargo, procedente de Catalunya, a quien financian los estudios sus padres y que ha accedido a los estudios universitarios a través de la prueba de Acceso a la Universidad, eligiendo enfermería en primera opción (Antonin et al., 2009).

Los estudios de grado de enfermería, según el informe de seguimiento del grado de enfermería, curso 2013-14, en el informe para la acreditación, los estudios se

caracterizan por ser elegidos mayoritariamente por mujeres, de un total de 830 estudiantes matriculados en los tres campus, el 80% son mujeres y el 20% son hombres, aunque se aprecia que en los últimos años existe una tendencia a aumentar la matrícula los hombres. Se matriculan habitualmente a tiempo completo solo un 2% lo hacen a tiempo parcial, se ha detectado que los estudiantes que compaginan el trabajo con los estudios, optan por matricular un número menor de créditos por cursos.

Según la publicación realizada por el Centro de Atención del Estudiante (CAE) de la Universidad Rovira i Virgili, el perfil recomendado del estudiante de grado de enfermería debe ser una persona sensible, responsable, con capacidad de interrelacionarse (comunicar, escuchar, observar), motivada por el deseo de ayudar a las personas, con valores éticos y de respeto a los derechos humanos.

La Universidad Rovira i Virgili ofrece a los estudiantes los medios y recursos necesarios para garantizar una educación integral. Ha dado muestras de ser una institución preocupada por la promoción de la salud y bienestar de todos los colectivos que allí se desenvuelven: profesores, estudiantes entre otros; apostando por poner en marcha iniciativas que favorecen comportamientos saludables. Desde el inicio los responsables de la Facultad y del Departamento de Enfermería junto con el profesorado se han implicado en la implantación de nuevas metodologías en los procesos de enseñanzas-aprendizaje (E-A) de acuerdo con el espíritu de la declaración de Bolonia (ANECA, 2009). Curso tras curso, se presentan y obtiene financiación para desarrollar proyectos de innovación docente, becados por el Institut de Ciències de la Informació ICE de la URV.

Es necesario un cambio de mentalidad por parte del profesorado universitario, estableciendo un equilibrio entre el protagonismo del docente y el del estudiante, otorgando mayor protagonismo a los estudiantes en el proceso de enseñanza-aprendizaje (Araujo et al., 2011). Son ellos los protagonistas y los que deben tener un rol activo en el proceso de enseñanza-aprendizaje (E-A).

En el aspecto científico la enfermera debe estar formada/o para dar respuestas a las nuevas situaciones de salud y a través de la investigación generar conocimientos e innovación para satisfacer las necesidades de cuidados de las personas y comunidades (CAE: Grau d'infermeria URV, 2002).

Es importante que la enfermera sea capaz de promover una visión compartida y una filosofía de cuidados que guíe la acción y preserve los valores humanistas y éticos del cuidar; integrando en su formación valores, actitudes y comportamientos que reflejen el respeto por la vida, al ser humano y a su dignidad; rechazando la violencia en todas sus formas y la adhesión a principios de libertad, igualdad, justicia, solidaridad y tolerancia. Las directrices de enfermería dan esta información al estudiante (CAE: Grau d'infermeria URV,2002).

Los estudiantes de grado de enfermería son estudiantes que participan del estrés académico que se genera en el entorno universitario pero además tiene añadido un plus que es la exigencia de una madurez emocional que implica la realización de las prácticas clínicas donde el estudiante interacciona con las personas enfermas y sus familias, en entornos muy cambiantes, la comunidad, en unidades de hospitalización o en unidades de alta complejidad, ocasionando al estudiante fuentes adicionales de estrés en relación a otros estudios universitarios (García-Rodríguez et al., 2014a).

La nueva perspectiva de los estudios de Grado en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) se dirige hacia el aprendizaje del estudiante. Éste necesita desarrollar competencias tanto genéricas como específicas, lo que implica la adquisición de conocimientos, capacidades y recursos en el estudiante. Este conjunto de factores adquiridos le van a dotar de competencias para que sea capaz de afrontar situaciones complejas, aunque no posea todos los conocimientos necesarios para afrontarlas de forma eficaz, pero el aprendizaje a lo largo de los estudios de mecanismos de afrontamiento y estrategias les ayudarán a adaptarse y gestionar las situaciones generadoras de estrés propias de la práctica clínica (Feria-Lorenzo, 2011).

Este cambio el sistema educativo pasa de una metodología basada en la enseñanza, a un modelo basado en el aprendizaje, que implica un mayor desarrollo del trabajo autónomo del estudiante siendo éste el responsable de su propio aprendizaje. Para ello, se deberá proveer de un entorno en el cual se favorezca su implicación, actividad, protagonismo, potenciación de habilidades y capacidad creativa, todas estas actitudes y competencias serán necesarias para el desarrollo competente del futuro ejercicio profesional del estudiante (Lepiani-Díaz et al., 2013; Salas Velasco, 2007; Pinto et al., 2007, citados por Rodríguez García et al., 2014).

Las Universidades se enfrentan a un nuevo modelo educativo dirigido a mejorar la capacitación de los estudiantes a las demandas de la sociedad y del mercado de trabajo. Vivimos en un entorno cambiante en una continua transformación, donde es imprescindible una interconexión entre el perfil formativo y las necesidades del mundo laboral y la sociedad (Lleixá, 2009).

Ante esta realidad el estudiante precisará de un docente que no se limite a la mera transmisión del conocimiento, sino que monitorice el trabajo del estudiante ofreciendo apoyo y comentarios (*feedback*) en el trascurso del trabajo realizado. Así pues, el docente deberá pasar de ser el centro del proceso de enseñanza a convertirse en un mero conductor del aprendizaje autónomo del alumnado (Lepiani-Díaz, 2013; Salas Velasco, 2007).

1.3.3. El docente en el proceso de enseñanza-aprendizaje

El aprendizaje es una constante esencial para el desarrollo óptimo del ser humano. Zabalegui, (1999), nos recuerda que la capacidad de adquirir nuevos conocimientos nos diferencia a las personas de otros seres vivos (con estructuras más instintivas) y nos posibilita entrar en las redes sociales humanas. Según Pohl (citado por Zabalegui, 1999) el aprendizaje puede describirse como un proceso que hace posible que la persona realice cambios como una respuesta del individuo para adaptarse al medio ambiente. Este aprendizaje depende del desarrollo físico, mental y emocional, y de sus experiencias tanto pasadas como presentes. Para este autor, enseñar es el arte de ayudar a las personas a aprender.

El docente debe ser un gran conocedor del estudiante, empatizando sobre las dificultades por las que puede estar transcurriendo, ya que éstas podrían estar afectando al rendimiento académico en términos generales (Solorzano-Aparicio & Ramos-Flores, 2006). A través de este conocimiento, el docente contribuye a dirigir y guiar al estudiante en la adquisición de las competencias, habilidades, destrezas, aptitudes y actitudes, ofreciéndole apoyo en esta nueva manera de enfocar el aprendizaje. Según Zabalegui (1999) acompañar en este proceso requiere por parte del profesor tutor que disponga del conocimiento de los principios básicos del proceso E-A y de las habilidades para ponerlos en práctica en situaciones concretas.

Las experiencias actuales de los profesionales de la enfermería requieren que la docencia vaya dirigida a interrelacionar con los diferentes roles que se desarrollan en

la práctica diaria, con el objetivo de poder adquirir experiencia en el aprendizaje y aumentar la calidad de los cuidados (Faro-Basco, et al., 2004).

Zabalza (1992) describe al tutor de prácticas como una pieza clave en la arquitectura formativa de los periodos de prácticas de los estudiantes. No obstante, considera que se tiene que seguir trabajando para considerarlo una pieza fundamental dentro del engranaje actual de los programas de prácticas. La principal característica de estos tutores es la posesión de una doble competencia: la competencia técnica vinculada a su cualidad como profesional (conocer bien su oficio/profesión) y su capacidad para transmitirlo a los estudiantes. Todo ello con un doble fin, estimularlos en el ejercicio de su profesión y que sean capaces de dar sentido a la formación práctica. Existen estudios y programas en Europa dirigidos a reforzar la formación pedagógica de los tutores de las instituciones donde los estudiantes realizan las prácticas.

Los contenidos de estos programas incluyen:

- Contenidos teóricos, que hacen referencia a la planificación, técnicas de orientación, asesoramiento, estrategias de evaluación y supervisión
- Habilidades sociales relacionadas con el trabajo con jóvenes.
- Conocimiento de las actividades de formación que deben desarrollar los estudiantes en los centros de prácticas.

Existen trabajos como Edwards, (2013), Mary, (2013), Sherman, Lee, Cuddy, Renshon, Oveis, Gross & Lerner, (2012) que demuestran que las personas que desarrollan su actividad laboral en una estructura muy jerarquizada, conviviendo con diferentes niveles de autoridad y la ejercen, tienen los niveles de cortisol relacionados con el estrés más elevados. Estos estudios nos dicen que para ejercer mejor el cuidado de nosotros mismos, lo que importa no es tanto la tarea asignada sino las condiciones en las que se debe cumplir. Si una persona tiene los medios y la libertad para hacer lo que se le pide, puede controlarse mucho más. De hecho, el estrés resulta del sentimiento de incapacidad para mantener el control de una situación. Los mismos estudios, demuestran que los cuidados proporcionados por los adultos en el niño, en un ambiente estable y reasegurador en la primera infancia, condicionarán, en la edad adulta, una mayor o menor carga de estrés y control de las situaciones productoras de estrés. Dichos estudios son contrarios a la idea según la cual el nivel de estrés está ligado a la carga de trabajo y al grado de responsabilidad.

Actualmente los profesores intentan revolucionar sus prácticas y discursos (aprendizaje significativo, construccionismo, enseñanza para la comprensión, entre muchos otros) y se encuentran con los estudiantes que generalmente llegan a la educación superior con esquemas de comprensión educativos tradicionales, es decir, concibiendo el rol del docente desde su estado de poseedor del conocimiento. Esto es difícil de cambiar, porque tales creencias están enraizadas y chocan con estos nuevos modelos de interacción que los ubican como protagonistas de su propio conocimiento. De ahí la importancia de reflexionar cómo los docentes debemos mostrar a los estudiantes las ventajas que este tipo de estrategias tiene para su formación (Boude, 2008).

En esta interacción profesor-estudiante cabe resaltar la importancia que tiene el sintagma “proceso de E-A”. En una investigación sobre cómo mejorar la docencia universitaria llevada a cabo en diversas facultades de la Universidad de Barcelona tales como: Derecho, Formación del Profesorado, Pedagogía, Química y Enfermería, los estudiantes realizaron, en grupos de discusión, aportaciones de ideas, criterios y significados sobre los sucesos que se dan en su entorno de enseñanza-aprendizaje. Se evidenció que, en el quehacer docente universitario tiene como coprotagonista al estudiantado. La “voz” del alumnado universitario aporta elementos de referencia valiosos, los cuales pueden llegar a ser principios para la selección, priorización de contenidos y planificación de estrategias didácticas orientadas a favorecer el aprendizaje (Gine-Freixes, 2009).

Se aconseja:

- Seleccionar los contenidos que tengan y muestren relación con el desarrollo de las competencias.
- Considerar en la medida de lo posible la diversidad de intereses presentes en el aula.
- Buscar equilibrio entre “teoría” y “práctica”.
- Organizar la transmisión de la información que se adapte a las necesidades y lógica del aprendiz (Gine-Freixes, 2009).

Para conseguir la selección. Sería necesario:

- Favorecer el desarrollo de competencias profesionales.
- Favorecer la elaboración en situaciones contextualizadas.
- Ampliación y profundización de la información pensando en el alumnado.
- Adaptación al grupo y a las necesidades del estudiantado
- Fomentar la negociación y demandar responsabilidad al aprendiz (Gine-Freixes, 2009).

El informe generado por la Agència per la qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (2016) (AGAUR), destaca que los estudiantes de enfermería manifestaron que su formación práctica era insuficiente, pero a la vez, las enfermeras responsables de los centros asistenciales donde el estudiante hace las prácticas afirmaban que la formación recibida es buena y suficiente. Ante esta apreciación cabe reflexionar sobre la responsabilidad que tenemos los docentes en el proceso de E-A. Feria-Lorenzo (2011) apunta que el docente realiza un trabajo de suma importancia ya que trasciende lo académico para trasladarse a la sociedad, que es la que recibe y acoge a los profesionales titulados. Por lo tanto los docentes deben percibir una gran responsabilidad educativa.

Es sabido que la investigación y la formación de docentes son un fuerte estímulo en el proceso de E-A y que la reflexión y el cuestionamiento sobre sus caminos, opciones, vacíos y desafíos es una condición para conseguir avanzar en la disciplina enfermera. Souza-Ramos (2007) reconoce que la producción científica existente apunta hacia nuevas posibilidades de pensar, formando sujetos capaces de concebir y actuar de modos específicos sobre sí mismos y los otros en la vida social. Las ampliaciones de los estudios de enfermería sobre su propio trabajo, hacen emerger nuevas reflexiones sobre la identidad enfermera.

De Oliveira (2013) reflexiona sobre la construcción de esta identidad enfermera y dice que para los estudiantes es de suma importancia que el docente sea una persona motivada ya que ello es fundamental para construir una fuerte identidad enfermera. Paralelamente, las experiencias vividas en los servicios clínicos durante las prácticas contribuyen de manera imprescindible para hacer aflorar la idea de lo que es realmente ser enfermera.

El EEES a través de sus planteamientos basados en el protagonismo del estudiante en su propia formación, abogan por metodologías más abiertas y más participativas,

como son los documentos personalizados para reflexionar en las prácticas, proporcionando un aprendizaje más rico y estimulante, a la vez que estrecha la relación del estudiante con el profesor. Existe una similitud en muchas de las reflexiones realizadas por los estudiantes que expresan algo así como “esta experiencia me ha demostrado que la enfermería me gusta de verdad y voy a tratar de ser una buena enfermera” (Moreno-preciado & Ruiz-López, 2007).

La construcción competencial de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes en el ejercicio profesional de la enfermería deben basarse en una fundamentación teórica de las concepciones de la ética y de la bioética, respecto a la construcción de la conciencia moral reflejada y vivida por los alumnos de grado frente a la pluralidad social y cultural de la sociedad.

En cuanto a las actuales relaciones entre el docente y el estudiante, se destaca que están basadas en un poder que limita las posibilidades de aprendizaje de los estudiantes. Existen investigaciones basadas en resultados de entrevistas y observaciones de la vida académica de los estudiantes donde se pone de manifiesto que éstos se sienten sumamente cohibidos y oprimidos por sus profesores. Ante esta realidad, surge la necesidad de estructurar relaciones de comunicación a través del diálogo libre y de dominación horizontal, que busque transmitir respeto, afecto y libertad, así se puede favorecer la educación para la convivencia (Medina-Moya, 1999; Triviño Zaidier & Stiepovich Jasna, 2007). En la misma línea Carlotto (2005) en su estudio contempla la revisión de los planes de estudio y de metodologías y de la utilización de recursos pedagógicos que se ofrecen a los estudiantes. También somete a evaluación la calidad de las relaciones entre estudiantes y profesores y las estrategias de apoyo necesarias para su formación.

Respecto a la interacción del alumno con el profesor, el estudio de Zabalegui muestra que los estudiantes se sentían estresados en presencia del profesor, ya que el estudiante tiende a percibir al profesor de prácticas como evaluador. En consecuencia, para reducir la fuente generadora de estrés, se debe poner énfasis en crear una atmosfera que apoye y potencie el aprendizaje. En este sentido, tanto el estudiante como el profesor pueden beneficiarse de estrategias de reducción de estrés tales como la práctica de técnicas de relajación o la mejora de habilidades de comunicación (Zabalegui, 1999).

Se debe ofrecer apoyo a los estudiantes en las prácticas para disminuir el estrés y favorecer el aprendizaje. Se cree necesario una revisión de las cualidades docentes para dicha actividad como son una personalidad equilibrada, abierta, con sensibilidad, amabilidad y optimismo, en definitiva poseer una inteligencia emocional que le permita desarrollar simpatía y empatía hacia las personas (Basso-Musso, 2008).

El perfil de profesional más admirado por los estudiantes de enfermería responde a la figura de un profesional, formado, que sea un buen docente, amable, respetuoso, inteligente y entregado a su trabajo. El estudiante espera que el profesional con el que comparte sus prácticas, responda a sus expectativas y ganas de aprender (Peiro, 2008).

En este proceso de formación y desarrollo del conocimiento hay que tener en cuenta el binomio estudiante y docente. A la vez, se deberá contar con un espacio de integración entre la teoría y la práctica, en la que colaborarán profesionales clínicos como piezas esenciales para el proceso E-A. Las relaciones establecidas entre los diferentes agentes serán las que proporcionarán las herramientas a los estudiantes para el desarrollo de sus potencialidades (Fernandes dos Santos, 2010).

En el ámbito docente interesa conocer cuáles son las situaciones más estresantes generadas en las prácticas, con el objetivo de poder llevar a cabo cambios en su enfoque, así como realizar actividades académicas que les ayuden a un mejor afrontamiento de dichas situaciones y con ello mejorar la adaptación del estudiante. Lluch (2002) aconseja implantar y/o reforzar estrategias mentales que contribuyan a fortalecer el bienestar psicológico y permitan a la persona disfrutar del crecimiento personal y académico.

Durante el proceso de E-A, en los estudios de enfermería, es fundamental tener presente la posición que el profesor asume en relación con el alumno. Esta relación, se deberá basar en el respeto al individuo, la confianza y valorar al alumno como ser integral. El alumno, al ser percibido como mejor persona, pasará entonces a percibir mejor a los otros y consecuentemente ejercer mejor su papel como persona y profesional. Algunos estudios muestran que, a partir del autoconocimiento y autoreflexión, el alumno puede volverse más consciente de sus responsabilidades y de sus acciones; lo que ciertamente facilitará el proceso de aprendizaje (Silva, 2004).

La función de la profesora de prácticas es sumamente relevante. El conocimiento práctico es difícil de enseñar y más que controlar la aparición de errores en la aplicación del conocimiento aprendido en el aula, se trata mucho más de favorecer una conversación reflexiva acerca de las acciones de cuidado, los procedimientos de la asistencia y el sentido que la alumna les otorga (Medina, 2006).

En la práctica, los profesionales de enfermería combinan habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas para ofrecer un enfoque cohesionado en el proceso de atención a los pacientes. Para llegar a alcanzar esta competencia se debe alcanzar la suma de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más apropiadas en cada caso y ante cada situación. Cada persona, de manera singular, incluye cualidades individuales que nos indican una ejecución efectiva y diferenciada. En resumen, un valor añadido y cada profesional contribuye en su práctica a los resultados clínicos de los pacientes de los que cuida (Juve et al., 2007).

El saber que se adquiere derivado de enfrentarse a una situación donde se comparten habilidades, hábitos y conocimientos no existe en los libros, sino más bien se deriva de las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales (Heidegger, citado por Molina, 2010).

Durante su formación, el estudiante de enfermería deberá desarrollar competencias y habilidades para actuar en el proceso del cuidar en el día a día, cómo enseñar, informar, contener... Este aprendizaje puede integrarse en cada espacio de las prácticas, en el abordaje de los pacientes, de la familia, individualmente o en grupo. Entendemos que la formación en el grado constituye una base de transformación tanto en el ámbito social como humano, pudiendo promover cambios en la forma de sentir, pensar y actuar de las personas en relación a sí mismas y hacia los otros (Silva, 2004).

Para llegar a adquirir todas estas competencias que comportarán ser un profesional de excelencia es necesario que en el proceso de formación se creen unas buenas bases sólidas para el desempeño del profesional, como es un proceso de maduración y reflexión que le permitan avanzar y crecer como ser humano hacia una vida personal social, cognitiva, creativa, constructiva y productiva (Silva et al., 2009, Carrillo et al, 2013).

Durante el proceso E-A, el estudiante debe ir adquiriendo la capacidad para responder a situaciones tanto emocionales como clínicas que se le irán presentando en el contexto de actuación con el paciente, su familia y el entorno. Para conseguir esta experteza, las enfermeras deben establecer una excelente relación en el cuidado de las personas, saber desarrollar habilidades de ayuda, contemplar el cuidado personalizado, lograr confianza, tranquilidad y seguridad, asumir estos retos implica, trabajar desde el inicio del grado con el estudiante de enfermería a través de una filosofía integradora, que incluya tanto aspectos científicos, tecnológicos como emocionales (Vives et al., 2012).

La formación académica no solo debe profundizar en competencias técnicas sino también en las competencias y actitudes relacionadas con habilidades sociales y comunicativas, todas ellas necesarias para ofrecer unos cuidados holísticos de calidad. En los resultados del estudio sobre valores profesionales por Albacar y otros (2012), aparecen como los valores psicosociales más importantes para el alumnado y el profesorado la comunicación no verbal, la responsabilidad, la sensibilidad comunicativa y el autoconocimiento.

El proceso de E-A se produce en un contexto, en las instituciones sanitarias, donde la formación enfermera tiene lugar entre la Universidad y dichas instituciones, docentes, asistenciales y gestores tienen la responsabilidad compartida de reflexionar e investigar sobre lo que se está haciendo y cómo se está haciendo para desarrollar acciones de mejora en todos los campos de la enfermería. Se dibuja una realidad donde la enfermería del siglo XXI aparece más evolucionada, más segura, más reconocida. Así lo describe Lleixá (2009) evidenciando la necesidad que se traduzca en un aumento de la calidad de los cuidados, objetivo primordial de la profesión enfermera.

Referente a los valores profesionales que han de desarrollar los estudiantes de enfermería en la realización de las prácticas, se evidencia que los objetivos de la asistencia y la docencia han de confluir en el consenso de aquellos valores y referentes éticos más relevantes en la praxis, que se ajusten a los paradigmas actuales de la profesión y que verdaderamente orienten el trabajo de la enfermería hacia la humanización de los cuidados y la defensa de los derechos de la persona que se encuentra en una situación vulnerable, como es la persona enferma (Falco-Pegueroles & Tomás-Sábado, 2004).

Entre las opiniones de los docentes sobre la importancia de la salud mental al formar profesionales de enfermería destacan la necesidad de poseer un aumento de calidad científica y también humana (Ojeda-Herrera, 2013).

1.3.4. Plan de estudios de la URV Grado de Enfermería

En el contexto general de la formación de enfermería, la necesidad social de disponer de profesionales preparados, tanto desde la perspectiva científica y técnica como desde los fundamentos de la ética aplicada a las ciencias de la salud, es una exigencia a la que se debe dar respuesta tanto desde la formación de pregrado como la de posgrado (Falco-Pegueroles & Tomás-Sabado, 2004).

El grado de enfermería se define como el primer ciclo de la carrera universitaria y tiene como finalidad la formación superior de los ciudadanos para el ejercicio autónomo de la profesión.

El segundo ciclo o Máster está concebido como un periodo de especialización superior, bien sea orientado a la práctica profesional o a la investigación académica.

El Doctorado concebido como el tercer ciclo, específicamente dedicado a la formación investigadora.

A medida que vaya avanzando en estos ciclos el estudiante irá alcanzando unas competencias o capacidades humanas. Las diferencias entre los ciclos respecto a las competencias es que expresan diferentes grados de profundidad y complejidad de las mismas: en virtud de una mayor especialización en un campo del saber (Pérez-Gómez et al., 2009).

Descripción del título: Grado en Enfermería (anexo 1).

Acuerdo del Consejo de Ministros 12 de noviembre de 2010 (BOE)

Boletín Oficial del Estado consultado el 5 de febrero de 2015

En el encuentro mundial WISE (World Innovation Summit for Education 2014) realizado en Doha, Catar, donde se reunieron expertos tanto del ámbito profesional, político, servicios educativos y estudiantes de todo el mundo; se realizaron reflexiones y propuestas de mejora enfocadas a la educación en el escenario del 2030. Las reflexiones giraban en torno a unos principios generalizables para todo el proceso E-A. En conjunto fue motivo de reflexión sobre la función de enseñar para aprender mejor. Respecto a lo desarrollado en dicha cumbre, se trabajó con la finalidad de obtener una educación acorde con los cambios que se produjeron. Referente a los profesores no

se reconoce a la clase magistral el valor que tenía años atrás, se cree que ha quedado insuficiente, hemos pasado al concepto de aprender juntos profesores y estudiantes, siendo el profesor el que guía, conduce y tutela el proceso de aprendizaje, ya no se evalúa solo *lo que sabe* sino *lo que sabe hacer*. Se aprecian mucho más las actitudes relacionadas con la resolución de problemas que tendrán más prioridad frente a las habilidades. (Aprender frente a enseñar, 2014).

El proceso E-A en los estudiantes no solo atenderá la mera competencia profesional indispensable, sino que recuperará su máximo sentido enfocando al mismo tiempo las condiciones también imprescindibles para el trato como personas. Aplicado a la sanidad, es entender y comprender que ya no se tratan enfermedades, sino personas con enfermedades, que tienen sus propios valores que se deben respetar. Se va a prestar atención al ejercicio de la responsabilidad individual frente a la propia salud, hemos de saber mucho más sobre nosotros mismos, por ejemplo, cómo respiramos, cómo y qué comemos, de qué manera respetamos nuestro sueño y mucho más.

La personalización progresiva de la atención sanitaria hará necesario conocer las mayores particularidades posibles de cada persona, se debe individualizar el cuidado, la estandarización simple de los tratamientos pierde eficacia. Con lo que una máxima toma todo su valor: no se puede tratar igual lo que es diferente. La enfermedad puede ser la misma, pero quien la padece nunca lo es, cada persona es única.

El modelo docente de la Facultad de Enfermería (FI), centrado en el aprendizaje activo del estudiante, tiene como uno de sus puntos estratégicos las prácticas clínicas. Las estancias en los diferentes ámbitos asistenciales permiten a los estudiantes integrar y alcanzar competencias trabajadas durante su formación académica haciéndolas evidentes en un entorno profesional real, así como adquirir otras nuevas. Además, la realización de prácticas permite a los estudiantes conocer las instituciones y adquirir experiencia, lo que les facilitará la incorporación al mundo laboral (Memoria del grado para la verificación de títulos, 2016-17).

1.3.5. Prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería

En este apartado utilizaremos el término prácticum para referirnos a las prácticas clínicas y usaremos ambos términos indistintamente otorgándoles el mismo significado en el ámbito que vamos a estudiar.

El objetivo central del prácticum es acercar al estudiante a la realidad profesional tan compleja como es el cuidar a la persona, la familia y la comunidad. Es a lo largo de diferentes experiencias cuando el estudiante va capacitándose progresivamente para movilizar instrumentos que le permitirán analizar y comprender los contextos presentes en cualquier ámbito donde se desarrolle la acción del cuidado (ANECA, 2009).

En la conceptualización de las prácticas, García-Manjón (2009) afirma que el prácticum es una materia troncal. Se trata de conjuntos integrados de prácticas a realizar en centros universitarios o vinculados a las universidades por convenio o concierto que pongan en contacto a los estudiantes con los problemas de la práctica profesional. El prácticum será desarrollado prioritariamente fuera de la Universidad, en centros concertados por ésta y siempre bajo la tutorización de un tutor profesional y de un tutor académico.

Los estudios de grado de enfermería, dan una formación que pretende dar respuesta a los retos que se presentan en la sociedad y que requiere una construcción de la capacitación desde el inicio de los estudios hasta llegar a alcanzar habilidades indispensables para un pensamiento crítico y establecer la priorización de los cuidados. Según Morales-Asensio (2013) el aprendizaje clínico es la pieza angular en la formación de los futuros egresados.

El mismo autor afirma que la convergencia al EEES va acompañada de una gran innovación, la orientación de las prácticas sobre competencias a adquirir, que se convierten en objetivos de aprendizaje clínico para los estudiantes, el modelo transita desde la vieja perspectiva de esperar a que surjan escenarios de aprendizaje, a uno nuevo en el que se buscan situaciones y oportunidades para ello (Morales Asensio, 2013).

Las prácticas clínicas son, sin duda, la actividad más esperada por los estudiantes de enfermería. Se trata de enfrentarse por primera vez a la realidad clínica, a los retos que supone el contacto con el paciente y su familia, al ambiente real en que se desenvuelve esta relación y que penetra a través de todos los sentidos, a la visión directa de la desgracia humana, a la situación emocional que esto genera. Se trata, de poner a prueba la capacidad para llegar a ser enfermera (López González & Cibanal Juan, 2011).

Las prácticas clínicas están consideradas como un aspecto fundamental de todo el proceso de aprendizaje. A partir de la práctica el estudiante tiene la oportunidad de experimentar e impregnarse de los valores que rigen la actividad enfermera. Pueden integrar los conocimientos teóricos adquiridos en el aula y aplicarlos utilizando la reflexión sobre la propia práctica (Bardallo-Porras et al., 2003).

El prácticum es una situación pensada y dispuesta para la tarea de aprender una práctica. Los estudiantes aprenden haciendo, pueden aprender la práctica de una o varias maneras. Es más, cuando un estudiante realiza el prácticum se enfrenta, de manera explícita o implícita, a ciertas tareas fundamentales. Debe aprender a evaluar la práctica competente. Debe construir una imagen de ella, debe aprender a valorar su propia posición ante ella y debe elaborar un mapa del camino por el que puede llegar desde donde se encuentra a donde desea estar. Debe aprender “la práctica del prácticum”: sus instrumentos, sus métodos, sus proyectos y sus posibilidades; y a todo ello debe añadir su propia imagen aún imprecisa de cómo puede sacar mejor partido a lo que quiere aprender (Schön, 2008).

En los estudios de Grado en Enfermería de la URV, las prácticas clínicas son uno de los ejes centrales del currículum académico, otorgándole una gran importancia al ser consideradas asignaturas independientes. Es una materia obligatoria que tiene el propósito de preparar al estudiante para realizar una atención de enfermería a lo largo del ciclo vital, integrando conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en las materias teóricas con la realidad de la profesión. Los ámbitos donde se desarrolla esta actividad son: hospitalario, comunitario, sociosanitario, geriátrico y salud mental. Se presentan como una introducción gradual al aprendizaje en situaciones complejas y son tutorizadas tanto por personal docente como por profesionales de la salud. Grado de enfermería Enlace del BOE http://www.urv.cat/cae/graus/graudinfermeria.html#_5

Sobre la percepción de los profesores con docencia clínica en las prácticas realizadas por los estudiantes, Siles, cita como recurso para mejorar las prácticas clínicas, la necesidad de potenciar el pensamiento crítico para que los estudiantes reflexionen en la acción durante sus prácticas y sean capaces de integrar sus conocimientos y habilidades manteniendo una actitud adecuada (Siles et al., 2009).

Las reflexiones respecto a redimensionar la práctica pueden contribuir a desplegar inmensas posibilidades en el campo de enfermería como cuidadoras de personas, con infinitos matices que cada uno, como artistas y artífices de la propia vida que va

imprimiendo en el día a día. La cotidianidad genera situaciones imprevisibles en las experiencias de salud de las personas, a partir de las cuales el reto es co-construir un nuevo cuidado enfermero. El proceso de cuidado se sitúa en la vida diaria, partiendo del descubrirse como participantes activos, escenarios que integren el arte y la ciencia de enfermería; generando cuidados intuitivos, respetuosos, amorosos y éticos. El corolario es la experiencia creativa y estética de transformación de la persona y la búsqueda de un conocimiento de enfermería en la diversidad, pensar y hacer un cuidado esencialmente humano y transformador de la vida de las personas (Aimar, 2009).

No obstante, este cuidado esencialmente humano y transformador tiene que ir de la mano de la necesidad percibida de los profesionales y de un cambio de paradigma; también del estudio y la reflexión, de la voluntad y el compromiso de mejora y huida del inmovilismo; de la pérdida del miedo al riesgo, a la incertidumbre y al azar. Existen iniciativas que parten de la docencia crítica y reflexiva para avanzar en el cuidado y la investigación (Olivé-Ferrer & Isla-Pera, 2015).

Busquets, (2008) referente al cuidado, puntualiza, el cuidado ha de saberse gestionar, con un buen acierto del uso de la palabra ésta puede llegar a ser tan o más terapéutica que la utilización de un fármaco, escuchar a una persona es estar dispuesto a acercarse a ella, a conocer su mundo interior. De esta escucha activa ha de surgir el diálogo o el silencio. A veces la persona expone situaciones vivenciales de gran dureza que dejan al interlocutor mudo, sin palabras, porque la mejor respuesta si es que existe es el silencio. De ahí la necesidad de un mayor autoconocimiento y estabilidad emocional del cuidador.

En las prácticas clínicas es dónde se adquieren las habilidades y actitudes propias de cada estudiante, que le serán necesarias para alcanzar las competencias, que más adelante le permitirán incorporarse como profesionales dentro del ámbito sanitario (Antolín et al., 2007). El saber que se obtiene a partir de vivir una situación donde se comparten habilidades, actitudes y conocimientos no existe en los libros, sino más bien en las experiencias laborales de los enfermeros asistenciales (Carrillo et al., 2013).

El conocimiento práctico es aquel que los profesionales tienen de las diversas y complejas situaciones además de los dilemas prácticos a los que se enfrentan y de cómo resolverlos. Es el conocimiento que facilita la comprensión del contexto de actuación asistencial y que determina las decisiones y cursos de acción ejecutados

durante las prácticas. Es producto de la biografía, de experiencias pasadas del profesional, sus conocimientos actuales y de su relación activa con la práctica. Epistemológicamente el saber enfermero se caracteriza por ser práctico lo que ha llevado a una reconsideración que ha conducido, a su vez, a una profunda transformación en la conceptualización teórica de su formación inicial (Lozano–León et al., 2012).

La concepción de “cuidar” exige una integración de la teoría y la práctica ya que la teorización aislada es pobre y sirve de poco, pero la praxis sin una adecuada contextualización se vuelve una acción sin fundamento (Alberdi & Artigues, 2003).

Las prácticas suponen un reto imprescindible para enfrentarse al mundo laboral. Para el estudiante es la mejor manera de adquirir una primera experiencia laboral y, así, comenzar el camino dentro del mundo profesional (García–Manjón, 2009).

En los estudios de enfermería las prácticas clínicas representan el momento en el que el estudiante se acerca a la realidad profesional en una situación tan compleja como es la atención y el cuidado de los pacientes y familias. A través de actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud el estudiante va adquiriendo destrezas, vivenciando situaciones cotidianas que le permitirán reflexionar y realizar un análisis crítico de las relaciones existentes en el ambiente (Fernandes dos Santos, 2010).

El equilibrio entre el conocimiento teórico y práctico junto a la experiencia personal, constituye la base del proceso de aprendizaje. Con ello se pretende proporcionar a los estudiantes los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para que lleguen a ser unos profesionales capaces de dar respuesta a la atención de salud que la sociedad demanda (Teixidor, 2004).

No obstante supone un gran reto para el docente al estar implicadas diferentes variables entre ellas la coherencia. Una de las mayores preocupaciones docentes a lo largo del tiempo ha sido la coherencia entre lo que se enseña en las aulas y lo que se aprende en la realidad asistencial, tanto en el contexto hospitalario como en la comunidad. Los profesionales y docentes han realizado grandes esfuerzos en conseguir dicha integración aunque no siempre se ha conseguido el objetivo. En un estudio realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid, se destaca la coherencia que debe haber entre la formación teórica y la

formación práctica para evitar que aparezcan lo que algunos autores han llamado “Shock de realidad”. Éste vendría provocado por la discordancia entre cómo se cree que deberían ser las cosas y como son en realidad, siendo las consecuencias principales de ello la desorientación y la angustia del estudiante (Pérez, 2002).

A este respecto es importante citar el trabajo de Medina (1999) por su gran aportación al mundo académico en sus reflexiones sobre el prácticum, donde refleja un análisis del saber enfermero a través de las prácticas de formación en las facultades de enfermería. Con sus aportaciones nos ayuda por un lado al importante significado del prácticum y por otro al creciente interés por acercar el mundo de la teoría y de la práctica en enfermería tanto en el ámbito de la práctica asistencial, como el de la formación de los profesionales. Tal como apunta el autor, la mejor estrategia para ayudar a contribuir a reforzar esta idea es que el prácticum ocupe un lugar central, alrededor del cual se estructure el currículo de formación.

En el transcurso de los años hemos pasado de un prácticum donde la idea central estaba apoyada en el conocimiento enfermero aprendido en el aula y derivado de la investigación, en el que se defendía un prácticum como preparación técnica, a ir hacia el conocimiento relevante para los estudiantes. Un saber que combina componentes explícitos y tácitos que se activan en la acción sin que la enfermera tenga clara conciencia de ello a no ser después de procesos de reflexión y autodiálogo (Medina, 1999).

Siguiendo con las aportaciones de Medina, la enfermera asistencial es productora de conocimiento a través del afrontamiento de situaciones problemáticas ambiguas. De esta manera podemos decir que en el prácticum, además de aplicar las reglas de los protocolos, los estudiantes deberían aprender las formas de indagación que las enfermeras utilizan cuando se encuentran en situaciones inestables, ambiguas y poco claras de la práctica cotidiana, en un contexto donde existen altas dosis de incertidumbre y complejidad. Medina (2006) considera que en el prácticum el estudiante debe adquirir esquemas y sistemas apreciativos que le permitan convertirse a medio plazo en un profesional reflexivo, para ello hay que hacer una reconsideración del escenario, donde juega un papel muy importante el enfoque del prácticum el cual debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holístico más que analíticos: estamos de acuerdo con el autor cuando dice: el conocimiento práctico es holístico y personal.

De acuerdo con Medina, Rodríguez-García (2014) considera importante incentivar a los estudiantes la conciencia de que las acciones cotidianas deben de ir acompañadas de pensamientos y reflexiones que traten de otorgar un significado a esa práctica. A través de esta práctica reflexiva el estudiante puede desarrollar la capacidad de observarse a sí mismo.

En el proceso de aprendizaje de los estudiantes de enfermería de pregrado, existen estudios que evidencian que los conocimientos académicos se pierden si no van seguidos de experiencia práctica en el tema de estudio, estos conocimientos entendidos como un recurso interpretativo para entender, comprender y asimilar la experiencia. Por otra parte, la práctica no se asimila si no se eleva al nivel de la reflexión (Ashworth y Morrison, 1989 citados por Zabalegui, 1999).

Durante el prácticum los estudiantes se sumergen en un universo nuevo para ellos y para comprenderlo tratan de acceder a los significados que le otorgan las enfermeras asistenciales. El estudiante practica la acción de cuidar, explora la situación del enfermo que para él es problemática y novedosa. Es muy importante darse cuenta que estas acciones tienen una doble utilidad, primero repercuten en la persona que cuida, y a la vez sirve como testigo para verificar al menos provisionalmente su propia respuesta a lo que está haciendo, como bien señala Medina, es imprescindible la reflexión en la acción (Medina, 1999).

La formación enfermera debe pasar por la toma de conciencia crítica y la transformación social para conseguir el máximo nivel de bienestar. Para ello, será necesario que profesoras y alumnas estén sensibilizadas respecto a la existencia de estructuras hegemónicas, poseyendo a la vez la responsabilidad de contrastarlas. De esta manera podrán conseguir un clima educativo, igualitario, fraternal y democrático. Para ello la interacción profesora-alumna debe ser horizontal, de naturaleza dialéctica con un control compartido del proceso de E-A. En este clima, las relaciones producen consecuencias emancipadoras tanto en las personas como en la propia enfermería (Medina, 1999).

En la reconceptualización acerca del papel que juega el prácticum en la formación inicial realizada por Medina, (2015) las prácticas que los futuros profesionales llevan a cabo, presentarían sin ningún orden, las siguientes características:

- Hilo conductor en torno al cual se estructura todo el currículum de Enfermería.
- No es la mera reproducción de la actividad profesional que las enfermeras desarrollan.
- Supone una visión dialéctica de la relación entre conocimiento y acción.
- Es un proceso de investigación.
- Debe ayudar a la adquisición de esquemas de interpretación holísticos más que analíticos.
- El papel de la profesora de prácticas es sumamente importante.

El estudiante necesita que sean reforzadas sus acciones positivas para sentirse seguro y cómodo durante sus prácticas. Necesita sentirse respetado y valorado en su trabajo. No considera buenos docentes a los que dicen estar “quemados”, que no transmiten ilusión por su trabajo. El estudiante también necesita el refuerzo positivo de familiares y enfermos (Peiro Andrés, 2008).

El profesional del siglo XXI debe ser un profesional competente en los aspectos conceptuales y técnicos de su profesión y, además, poseer un conjunto de características personales, destrezas, habilidades y actitudes que son esenciales para alcanzar un desempeño superior ante los desafíos que plantea la realidad actual (Martínez & Martínez Muñoz, 2008).

Para asumir estos retos que llevan a la excelencia, es imprescindible sentirse bien, para ello deberemos autocuidarnos, LLuch (2002) afirma que hay razones por las que deberíamos cuidarnos mucho más. Una es la necesidad de sentirse bien para poder ayudar a los demás, cuidar conlleva una relación asimétrica de desgaste frente a la que hay que saber reponerse; la otra es que los profesionales de la salud deberíamos ser modelo de referencia de conductas saludables.

El conocimiento aprendido proporciona al estudiante recursos necesarios para poder llegar a la excelencia con una visión amplia del prácticum, preparándole para llenar el espacio de relaciones, ética y moral que requieren los cuidados prácticos y que la tecnología a veces deja en el vacío (Acebedo et al., 2007).

La expresión de estas ideas puede estar condicionada por el sistema de valores de cada persona y/o por la situación del momento. Reflexionar sobre el proceso E-A y acerca de las opiniones de los estudiantes, ayuda a conocer las capacidades de que disponen para resolver los conflictos y establecer estrategias que permitan intercambiar el conocimiento entre los docentes, los profesionales y los estudiantes (Peiro, 2008).

Referente a las prácticas clínicas de cuarto curso los estudiantes de enfermería de la URV, las realizan durante todo el curso académico, pasando aproximadamente cuatro semanas en unidades de críticos. En estas prácticas las estudiantes deben profundizar en el desarrollo de las competencias iniciadas, con una comprensión más profunda del entorno de la persona enferma en estas unidades, incorporando a la familia en todo el proceso. Estas vivencias y la intensidad que supone el cuidado del paciente crítico y su familia, proporciona al estudiante altas dosis de madurez y crecimiento a nivel personal y profesional, aspectos esenciales de los cuidados de enfermería (anexo 2).

1.3.6. Las prácticas clínicas, escenario generador de estrés

Como se ha visto los estudiantes deben soportar la carga de responsabilidad que comporta el proceso E-A, pero además los estudiantes de enfermería deben enfrentarse a los diferentes escenarios que comportan el desarrollo de las prácticas clínicas, se enfrentan al reto sobreañadido de estar en contacto con las personas/familias afectadas de una enfermedad con la consiguiente carga de estrés, tanto para el paciente que lo sufre, como para el estudiante que está en presencia de este proceso.

En los diferentes escenarios de prácticas, el estudiante, deberá ponerse en contacto con el sufrimiento por un lado y con la responsabilidad de responder adecuadamente a las demandas de usuarios y además será evaluado por parte de sus tutores. Es evidente que minimizar este estado de estrés supondrá una descarga psíquica que en último término será beneficiosa para el estudiante y para los pacientes que deberá atender en un futuro. Ayudar a crecer al estudiante favoreciendo un estado de seguridad interna es uno de los objetivos primordiales para llegar a ser un profesional cuidadoso y responsable con los pacientes y sus familias. Identificar aquellas situaciones que provocan estrés es el primer paso para posteriormente diseñar e implementar intervenciones que reduzcan tensión y permitan generar conductas saludables y estables que ayuden a afrontar de la manera más eficaz posible las

situaciones que se produzcan. Una buena relación entre estudiantes y tutores es el sustrato básico para que se puedan generar estas conductas.

En las últimas décadas ha habido una aparición considerable de investigaciones que han aportado evidencias, de cómo las sociedades, sus instituciones y organizaciones diversas, tienen consecuencias estresantes para las personas que forman parte de ellas. Desde una perspectiva social, el estrés es la consecuencia del compromiso con las instituciones sociales cuyas estructuras y funcionamiento pueden engendrar y sostener pautas de conflicto, confusión y estrés (Rodríguez Marín & Zurriaga Llorens, 1997).

Es interesante señalar que en la investigación sobre acontecimientos vitales estresantes, se ha comprobado que el impacto estresante de los acontecimientos vividos depende más de la calidad que de la cantidad de cambios que implican. En la enfermedad y hospitalización se establece un binomio donde el estrés estará presente de forma importante para la persona que sufre, su familia y los profesionales implicados en el proceso de cuidar (Rodríguez Marín & Zurriaga Llorens, 1997).

Desde una perspectiva cultural y social, tanto el hospital como ente físico, como la hospitalización de las personas pueden constituir importantes agentes estresantes. Es evidente que existe la creencia en nuestra cultura que la hospitalización va asociada a enfermedades más o menos graves, e incluso con la muerte en algunos casos. Es obvio que esta vivencia comportará estrés para el paciente, pero también para los profesionales asistenciales. Por lo tanto implicará asumir algunas pérdidas para ambos. (Rodríguez Marín & Zurriaga Llorens, 1997).

Durante un episodio de enfermedad, la incertidumbre y la pérdida de la capacidad para decidir y para actuar está presente. No obstante, la dependencia de los pacientes para el cuidado y satisfacción de las necesidades no son condiciones que las enfermeras deben asumir de forma automática, sino que precisan evaluarse y determinarse en cada situación con miras a respetar los derechos de los pacientes y a ofrecerles la ayuda y la asistencia que requieren, teniendo en cuenta sus decisiones y preferencias (Beltrán, 2008).

La vivencia de la enfermedad no sólo afecta al ámbito físico, sino también a la identidad de la persona. Cuando acontece la enfermedad causa un sufrimiento que alcanza una dimensión psicosocial. El ser humano cuando está enfermo, no deja de

sentir, siente preocupación con lo que se acepta o lo que es más difícil de aceptar, con lo que es cultural y socialmente aceptado o las vivencias que sobresalen este marco. El cuidado trasciende a la técnica, comprende no solamente lo que la persona piensa, sino lo que siente, porque engloba muchas otras dimensiones tales como, la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha o la política filosófica institucional entre muchas más (Barbosa de Pinho & Azevedo dos Santos, 2006).

Partiendo de este principio donde el cuidar adquiere significado, podemos afirmar que “cuidar es más que un acto, es una actitud para con el otro, un modo de ser”. Nightingale, fue una de las personas que se encargó de cuidar desde esta perspectiva y a través de su intuición añadía una atención especial a los enfermos con la finalidad de atenderles mejor. Ella, los agrupó en determinadas salas, que se caracterizaban por concentrar más recursos que el resto de las salas del hospital y estos enfermos estaban atendidos por un grupo de enfermeras especialmente preparadas. La concentración de enfermos graves en un mismo recinto y su atención por profesionales especializados justifica que pueda considerarse el principio de la atención del “enfermo crítico” referenciado por Nicolás, & Ruiz. & Jiménez (2011).

Entendemos por paciente crítico aquel que presenta un riesgo momentáneo o continuo de perder la vida o padecer un deterioro importante de la calidad de vida por una condición específica, configurando un estado de gravedad persistente que requiere monitorización y tratamiento continuado de forma integral.

Podemos considerar que los entornos donde se desarrolla el cuidado del paciente crítico las UCI (Unidades de Cuidados Intensivos) son espacios asistenciales de alta complejidad asistencial y con una gran tecnificación cuyo objetivo es dotar de los recursos necesarios para facilitar el cuidado integral de los pacientes críticamente enfermos. Los recursos humanos en estas unidades se caracterizan por ser tremendamente polivalentes. El trabajo multidisciplinar y en equipo exige una preparación especial de todo el personal. Establecer estrategias de trabajo grupales facilita una organización y coordinación eficaz para asegurar la calidad asistencial, siempre bajo el prisma de una comunicación abierta, respeto mutuo y trabajo en equipo (Salvadores & Sánchez & Carmona, 2011).

Existen escenarios de cuidados con más o menos cargas de estrés. Las unidades de críticos, están culturalmente vinculadas a la idea de sufrimiento y muerte inminente. El ambiente de atención por más estresante y agresivo que pueda parecer, ofrece a la vez una gran posibilidad de cuidado globalizado, volviendo no solamente a la objetividad de la atención, sino también a la subjetividad del paciente. La mirada, los gestos, la preocupación por el enfermo y el compromiso emocional son alternativas eficaces para establecer un vínculo de unión con la persona que sufre y su familia. (Barbosa de Pinho & Azevedo dos Santos, 2006).

Varias investigaciones de enfermería evidencian datos sobre el entorno del enfermo crítico, donde se desvela como se sienten los profesionales que trabajan en estas unidades. Se trata de un ambiente estresante que puede llevar a la deficiencia en la calidad asistencial ya que el profesional se siente aislado del mundo, se aliena. Realizar cuidados de enfermería en estos entornos donde el esfuerzo se combina entre mantener al paciente orientado en el tiempo y en el espacio y dar atención a la familia, significa enfrentarse al desafío de tener una sobrecarga de trabajo en condiciones estresantes y en ocasiones sin reconocimiento. No obstante, el hecho mismo de realizar este trabajo por otro lado gratificante, minimiza en muchas ocasiones los efectos del estrés (Magela & Cunha & Tadeu, 2008; Romero–Massa et al., 2011).

Trabajar a diario en estas unidades en contacto continuo con el sufrimiento y la muerte, puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales que trabajan en estos entornos. La Health Education Authority clasificó la enfermería como la cuarta profesión más estresante. Algunos estudios revelan que las unidades que generan mayor estrés son aquellas que reúnen pacientes críticos o terminales, observándose una alta prevalencia de estrés en el personal de enfermería de estas unidades (Zambrano, 2006).

Un estudio realizado en el hospital Clínico San Carlos de Madrid sobre los estresores laborales y satisfacción en los profesionales de enfermería que trabajan en unidades de críticos, mostró los siguientes resultados: los estresores laborales más frecuentemente identificados son los relacionados con el sufrimiento del paciente, la muerte y la sobrecarga de trabajo (Simón-García et al., 2005).

Los mismos resultados se observan en un trabajo realizado en la Universidad de Teherán sobre el trabajo de enfermería en las unidades de críticos, el estudio añadía a

la sobrecarga existentes en dichos grupo de estudio las responsabilidades enfermeras, capacidades de uso de nuevas tecnologías en estas unidades y trabajo en equipo. Se concluyó que era muy importante proporcionar una formación básica a las enfermeras noveles con el objetivo de disminuir o sobrellevar las cargas de trabajo implícitas en los entornos del enfermo crítico (Bahadori Mohammadkarim et al., 2014).

El personal de enfermería es especialmente vulnerable a sentir estrés laboral. Por el hecho de mantener una relación de ayuda con unas relaciones interpersonales intensas, continuas demandas físicas y emocionales, en un ambiente laboral con situaciones límites, se comprobó que en estos profesionales las dimensiones más afectadas son la baja realización personal, cierta despersonalización y un alto grado de cansancio emocional (Sánchez-Alonso & Sierra, 2014).

Las unidades de críticos han sido consideradas como áreas generadoras de estrés. En consecuencia, es relevante conocer las causas que lo desencadenan, lo que permitirá tomar medidas concretas para prevenirlo o minimizarlo (Pérez de Ciriza, 1996). Ríos-Ríquez, (2008) en su trabajo sobre la salud percibida en los profesionales de enfermería de cuidados intensivos, indica la existencia de una elevada vulnerabilidad de la muestra estudiada y apunta la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención en este contexto laboral, con la finalidad de obtener una mejor calidad y humanización de los sistemas de salud, contribuyendo a “cuidar al cuidador”.

Las enfermeras de las unidades de críticos, piensan que tienen un rol limitado en la toma de decisiones y en la planificación de los cuidados, lo que les genera en muchas ocasiones sentimientos de desesperación, frustración, cólera, culpabilidad y en algunos casos resignación, ya que se sienten moralmente responsables de no evitar una mayor intrusión tecnológica y permitir una muerte digna (Miro, 2007).

Los profesionales que trabajan en estas unidades, pueden desarrollar una serie de síntomas físicos y psicosomáticos, y es justamente ahí, donde debe atenderse ésta situación para poder afrontarla (Irasema & Armendáriz & Molina, 2012).

Gómez-Carretero, (2007) añade que considera necesario, la integración en el equipo multidisciplinar de las unidades de críticos a profesionales preparados en atención psicológica.

En estos entornos donde las inquietudes e inseguridades están presentes, existe un espacio para redimensionar las habilidades personales, y así, poder manejar mejor y de una manera más humanizada un espacio con alta tecnificación. Por tanto, se puede entender que el cuidado en unidades de críticos se entrelazan expectativas y posibilidades, lo que promueve una transformación constante del contexto del cuidado de las personas que realizan su trabajo y de las personas cuidadas (Barbosa de Pinho & Azevedo dos Santos, 2006).

En referencia al cuidado integral de la persona en situación de enfermedad, es necesario preguntarse ¿cuál es el rol profesional de los estudiantes de enfermería?

Los estudiantes de enfermería, cuando realizan las prácticas, se encuentran en un entorno profesional complejo sobre el cual inicialmente el estudiante de enfermería no tiene control. En él va a asistir y a formar parte de escenarios en los que se le van a requerir actuaciones para las que aún no está preparado, o va a presenciar relaciones conflictivas, o atender a personas con dolor, sufrimiento, sin esperanzas. El entorno puede llegar a ser abrumador, inabarcable. No obstante, las prácticas clínicas para los estudiantes son consideradas esenciales, fundamentales e insustituibles, pero además es el momento en el cual los estudiantes manifiestan su ilusión y satisfacción al realizarlas. Muchos autores las identifican como un catalizador de la madurez del futuro profesional (García-Rodríguez, 2014b; López-Medina, 2005; Zupiria, 2003b).

La ilusión está presente y el grado de satisfacción de los estudiantes es muy alto (95%). Este alto grado de satisfacción tiene que coincidir con el estímulo positivo que la docencia tiene para los enfermeros. Ello requiere un elevado compromiso y voluntariedad por parte de los profesionales, pero además posee una respuesta favorable en doble sentido y es que el hecho de tener estudiantes aporta elementos enriquecedores y en consecuencia aumenta la motivación del equipo (Cava-Iniesta et al., 2001).

Por parte de los profesionales de enfermería, el hecho de compartir conocimientos y experiencias con los estudiantes, puede enriquecer tanto a nivel personal como profesional, contribuyendo de manera significativa a lo que representa la profesión de enfermería. El paciente necesita cuidados eficaces y seguros, los estudiantes necesitan oportunidades para aprender y los profesionales de enfermería deben mantener la cordura y sensatez en esta complicada tarea (Kupferman, 2006).

Las prácticas clínicas requieren el desarrollo de varias funciones entre ellas: funciones cognitivas (adquisición y uso de conocimiento para resolver problemas reales), integradoras (uso simultáneo de datos biológicos, psicológicos, sociales, culturales a lo largo del razonamiento clínico), relacionales (comunicación efectiva con pacientes, familiares, colegas,...) y éticas (voluntad y empatía emocional para usar estas habilidades de forma juiciosa y humanista). Pero además, se deberá tener la capacidad para poder manejar situaciones ambiguas y tolerar la incertidumbre ante todas las situaciones a las que se enfrentan los profesionales (Morales-Asensio, 2013).

A pesar de las dificultades que pueda representar para el estudiante la realización de las prácticas en el entorno mencionado, este va asumiendo progresivamente y a su ritmo el aprendizaje desarrollando las competencias que ha de adquirir en el prácticum.

En un periodo inicial, será mediante la observación del trabajo del tutor y más tarde irá asumiendo la realización de actividades con autonomía supervisada. En los entornos de aprendizaje clínico, los estudiantes manifiestan que se sienten motivados e implicados cuando personalizan e individualizan sus prácticas, por ello es preciso innovar y desarrollar actividades que les ayuden en la adquisición de sus competencias. Su aprendizaje clínico se desarrollará en interacción constante con los enfermeros-tutores, con la idea de mejorar los resultados en cuanto al aprendizaje, aspecto esencial en la calidad de las prácticas clínicas del grado (Muñoz-Páez, 2014).

Según Collel-Brunet, (2010) “desde hace años enfermería ha llegado a cotas muy altas desde una perspectiva profesional, pero todavía hoy, la realidad del día a día nos hace pensar que el camino avanzado se ha dividido en dos: el teórico y el asistencial. Al iniciar las primeras prácticas, el futuro profesional de enfermería se enfrenta a una realidad que fisura la imagen idílica que tenía de la enfermería. Aspectos como el cuidar, enseñar, orientar, aconsejar, ayudar, compartir, se acaban convirtiendo en la mayoría de veces, en una aplicación sistemática, repetitiva y acelerada de técnicas que sirven para curar o eliminar un trastorno orgánico, pero que en ningún caso, pueden ser válidas para cuidar a la persona desde una perspectiva holística de los cuidados”.

El mismo autor puntualiza que esta dicotomía no debe representar un impedimento, ni desde un contexto universitario ni desde el sanitario, si queremos avanzar como

personas y como profesionales. En este sentido Colell-Brunet (2010) resalta, que una de las funciones y objetivos básicos de la enfermera y de la enseñanza de enfermería es contribuir al desarrollo de la personalidad tanto del enfermero como del colectivo de enfermería. El mayor conocimiento de nosotros mismos puede facilitar el crecer y madurar como personas y resultar de gran ayuda para ofrecer unos cuidados integrales al paciente, cliente y persona. Como señala Colell-Brunet no se puede dar, ofrecer, cuidar y enseñar, si antes no se empieza por uno mismo.

Por último retomando el EEES y siguiendo la declaración de Bolonia, en las universidades se han implantado nuevos modelos de E-A con una clara orientación hacia el protagonismo del estudiante, incluyendo formas de aprendizaje basadas en competencias, desarrollar nuevas metodologías docentes donde se evalúan no solo conocimientos, sino también habilidades y actitudes.

Dentro de estos cambios, la simulación clínica ocupa un lugar importante por el hecho de proporcionar una interacción entre conocimientos, habilidades y factores humanos con el fin de proporcionar un método de aprendizaje y entrenamiento efectivo para lograr que el estudiante desarrolle un conjunto de destrezas que permitan alcanzar modos de actuación superiores, ofreciendo la oportunidad de realizar una práctica análoga a la que desarrollará en la realidad asistencial (Junquera et al., 2014).

La simulación clínica es la recreación de un escenario ideado para experimentar "la representación de un acontecimiento real con la finalidad de practicar, aprender, evaluar, probar o adquirir conocimientos de sistemas o actuaciones humanas" o también se ha definido como "cualquier actividad docente que utilice la ayuda de simuladores con el fin de estimular y favorecer el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo" (Ziv, 2009, citado por Junquera et al., 2014).

1.4. Estado actual de la investigación sobre la percepción de estrés y su afrontamiento en estudiantes de enfermería.

A continuación se describirán los estudios referenciados a partir de la revisión de la literatura existente sobre el estrés en las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería, utilizando como palabras clave *estrés*, *prácticas clínicas*, *estudiantes* y *enfermería*. La búsqueda se ha realizado en la base de datos de ámbito internacional PubMed, SCOPUS Y CINHALL y las específicas de enfermería CUIDATGE, CUIDEN y en el buscador Google Académico. La estrategia de búsqueda se ha adaptado al lenguaje de cada base de datos. Se ha utilizado tanto el lenguaje controlado de cada base de datos (tesauro) como el lenguaje libre, combinando los términos elegidos con distintos operadores booleanos y de truncamiento.

La presentación se ha estructurado en dos apartados, los estudios publicados en el ámbito nacional y los del ámbito internacional.

1.4.1. Estudios de ámbito nacional

En el siguiente apartado se detallan los estudios de ámbito nacional sobre la percepción de estrés y el afrontamiento en enfermería, tanto desde el campo de la docencia con los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas, como desde el área asistencial con los profesionales de enfermería.

Al inicio del prácticum, los estudiantes generan grandes expectativas e ilusión, pero paralelamente experimentan cierto temor. A todos nos genera cierto miedo lo desconocido y la incertidumbre. En el prácticum, diferentes aspectos se pueden atribuir como causa o desencadenante de este temor como: el contacto con el enfermo, la implementación de las diferentes técnicas aprendidas, el contraste entre lo que se enseña en las aulas y lo que se encuentran en las prácticas clínicas, las relaciones con el equipo y sus expectativas. Todo ello es capaz de sumir a los estudiantes en una cierta confusión y como resultado provocar grados variables de estrés (Pérez, Alameda & Albéniz, 2002).

En un estudio realizado en la Universidad de Girona en los estudios de Psicología se evidenció la constatación de cierto nivel de preocupación de los alumnos ante el inicio del prácticum. Este trabajo revisó diversos estudios realizados con estudiantes de Psicología y de titulaciones afines como Trabajo social, Medicina, Magisterio, y Enfermería, calificando el periodo de prácticas externas como una experiencia estresante. Las principales conclusiones del estudio muestran la existencia de

preocupación de los estudiantes por no estar a la altura de las circunstancias, o no saber dar respuestas a las demandas del centro o de los usuarios, temor a cometer errores, exceso de responsabilidad, ver frustradas sus expectativas actuales respecto al prácticum y no disponer de una tutorización y orientación que dedique suficiente tiempo y atención, o bien que se formen unas expectativas demasiado altas respecto a ellos que puedan quedar defraudadas (Villar, Torrent, Serrat, Rostan, Caparrós, Cabruja. Aymerich & Albertin, 2006).

En la Universidad de León, se trató de establecer una comparación entre la titulación de Enfermería y otras titulaciones sobre el nivel de estrés, obteniendo los siguientes resultados: Enfermería es la titulación con un mayor nivel de estrés aunque los exámenes no influyen necesariamente en el nivel de estrés. Esto induce a pensar que puede ser el propio planteamiento de los estudios el causante del elevado nivel de estrés. Este hecho puede poner en riesgo la salud mental del estudiante y las autoras proponen actuaciones para mejorar esta situación. Las estrategias sugeridas son: técnicas de comunicación, habilidades sociales, participación en programas individuales o colectivos, relajación o la asertividad entre otros. Las autoras consideraron interesante iniciar una tutorización individualizada para poner soluciones a los problemas específicos de cada estudiante (Fernández, Rodríguez, Vázquez, Liébana & Fernández, 2005).

Balanza, Morales & Guerrero (2009) afirman que la elevada ansiedad y depresión que experimentan los estudiantes universitarios puede atribuirse a factores sociales, familiares y al estrés académico. Los autores, de la Universidad de Murcia, realizaron un estudio de prevalencia de ansiedad y depresión. La muestra englobaba a 4.821 participantes de diferentes disciplinas. Los estudiantes de las áreas de salud, jurídicas y empresa resultaron ser los que tenían mayor probabilidad de padecer ansiedad-depresión. Las prácticas clínicas pueden considerarse un factor estresante en comparación con las disciplinas del resto de estudiantes universitarios. Fueron los estudiantes de ciencias de la salud los que más ansiedad presentaban. Los autores apuntaban como causa el hecho de realizar prácticas curriculares en centros sanitarios.

Las situaciones de estrés que viven los estudiantes de enfermería con mayor intensidad según otro estudio realizado en la Universidad de Murcia evidencia que el estrés se debe a la inseguridad que produce el enfrentarse a situaciones nuevas, el miedo a no saber responder, más que a rasgos de personalidad. El hecho de estar en

periodo de formación, condiciona el no disponer de la habilidad suficiente para realizar los cuidados a los pacientes (Moya, Larrosa, López, López, Morales & Simón, 2013).

Un estudio realizado por Sánchez (1992), en los estudiantes de la Universidad de Lérida, apunta que a éstos les preocupan más las relaciones interpersonales y los sentimientos de impotencia ante las exigencias de la profesión (habilidades, conocimientos entre otros) que el tipo de paciente o los familiares a los que van dirigidas sus acciones.

En la misma línea, Pades (2006) en su estudio observa como elemento desencadenante de estrés en las prácticas clínicas, la “falta de conocimientos”. Los alumnos de enfermería perciben que no tienen los suficientes conocimientos para llevar a cabo la tarea encomendada durante sus prácticas, sobre todo para ejecutar técnicas y procedimientos.

En general se ha comprobado que en los medios sanitarios se producen estímulos que provocan estados emocionales no deseados. López-Medina & Sánchez-criado (2005) realizaron una investigación con los estudiantes de enfermería de la Universidad de Jaén y los resultados mostraron que “el entorno sanitario suele proporcionar muchos estímulos generadores de estrés debido al contacto con las enfermedades, el dolor, el sufrimiento y la muerte de los pacientes”. Tomas-Sábado & Fernández-Donaire (2002) por su parte, manifiestan “la complejidad de las reacciones emocionales ante la exposición al proceso de la muerte ajena”. Los autores apuntan la necesidad de un planteamiento serio acerca de la introducción de medidas de reducción del estrés en los lugares de trabajo, animando a seguir desarrollando líneas de investigación dirigidas a la comprensión de los elementos estresantes específicos según las unidades de trabajo.

Existen estudios donde coinciden los estresores que experimentan los estudiantes con los de los profesionales que trabajan en áreas de hospitalización. El artículo de Escribá, Más & Cárdenas, (2000) sobre estresores laborales, bienestar psicológico e impacto en la enfermería hospitalaria, muestra que los estresores más frecuentes están relacionados con la carga de trabajo, con el sufrimiento y la muerte de los pacientes creando un sentimiento desagradable de insatisfacción y falta de realización personal. Piñeiro (2013) añade que el personal de enfermería es susceptible de padecer altos niveles de estrés, debido tanto a la implicación psicológica y emocional que conlleva su trabajo como a otros factores relacionados con: aspectos de la

organización (interrupciones frecuentes en la relación de sus tareas, realizar demasiadas tareas que no son de enfermería), sentirse impotente en el caso que el paciente no mejore y la implicación emocional en su trabajo.

Las autoras Giménez, Morales, Arnaldos, Aroca & Molina (2013) indican el hecho que los profesionales que no pueden dar apoyo emocional a sus pacientes, agravan su propia sensación de estrés y afirman que el estrés en los profesionales que trabajan en unidades de críticos presenta una alta prevalencia. Ante estos resultados las autoras recomiendan trabajar con los profesionales para desarrollar capacidades de afrontamiento en entornos complejos.

Ante esta realidad existen programas que facilitan la incorporación del egresado de enfermería al mundo laboral. Con el objetivo de minimizar el estrés en los profesionales de nueva incorporación, se trabaja potenciando las relaciones entre profesionales asistenciales y mandos. Esto acelera el periodo de adaptación al entorno y favorece la aceptación e integración en la cultura del centro. Se incide en la necesidad de implicación de los gestores de enfermería para prevenir el estrés en los profesionales de nueva incorporación (Ferrer, 2001).

Un estudio llevado a cabo sobre los estudiantes de enfermería de la Universidad de Murcia durante sus prácticas, con el objetivo de conocer qué situaciones les resultaban más estresantes, evidenció que el estrés estaba presente durante la realización de las prácticas y los más estresados eran el alumnado de segundo curso. Se constató que este grupo tenía más contacto con los enfermos y con la práctica clínica en general, y a su vez, el estrés podía estar relacionado con el mayor número de horas prácticas que realizaban en ese plan de estudios si se comparaba con los estudiantes de primero. También se encontraron puntuaciones más altas de estrés en las mujeres que en los hombres. A éstas les afecta más la situación que requiere implicación emocional y, en hombres las relacionadas con el desconocimiento de las situaciones clínicas. Los estudiantes con mayor edad presentan niveles de estrés menores que los más jóvenes. Los autores proponen desarrollar programas de prevención para combatir el estrés, empleando técnicas de afrontamiento, sesiones grupales y ejercicios de relajación ante situaciones estresantes en las prácticas clínicas (López & López, 2011).

En cuanto a las variables demográficas edad y sexo, otros estudios aportan las mismas conclusiones. Una investigación realizada en los estudiantes de Grado en Enfermería de la Universidad de Málaga concluye que las mujeres experimentaban más grado de percepción de estrés en situaciones relacionadas con las emociones, mientras que los hombres lo experimentaban en situaciones que implicaban desconocimiento o falta de control (García, Labajos & Fernández, 2014a).

El mismo autor incluye como variables a estudiar, el hecho de simultanear trabajo y estudios suponiendo que era una fuente de controversia, ya que hay que conciliar el tiempo entre ambos compromisos y esto puede generar en el estudiante-trabajador un mayor nivel de estrés. Los resultados del estudio evidencian lo contrario, los estudiantes que trabajaban y estudiaban no solo no han tenido más estrés sino que en algunos factores como “No controlar la relación con el enfermo” y “Dañarse en la relación con el enfermo” experimentan valores más bajos con respecto a los que solo estudian. El autor apunta que la seguridad, los recursos relacionales y la capacidad de afrontamiento que se adquiere por la experiencia laboral, frente a la mayor vulnerabilidad de aquellos estudiantes que aún no han experimentado demasiadas habilidades sociales les permiten interactuar en el entorno clínico con mayor asertividad y éste puede ser el motivo de la disminución de la percepción de estrés en aquellos estudiantes que trabajan y estudian (García, Labajos & Fernández, 2014a).

El artículo publicado por García, Labajos & Fernández (2014b) evidencia que los estudiantes que acceden a los estudios de Grado en enfermería por la vía de la selectividad padecen más estrés que aquellos que acceden por la vía de formación profesional. Una posible explicación a esta diferencia en la percepción de estrés podría deberse a que los estudiantes de formación profesional hayan realizado previamente prácticas lo que les aportaría experiencia previa. Otro hallazgo es que los estudiantes con notas más altas en el expediente académico, perciben mayor nivel de estrés al realizar prácticas clínicas en los factores “falta de competencia” “dañarse en la relación con el enfermo” y “sobrecarga”. Estos resultados podrían explicarse debido a que los estudiantes poseen un elevado grado de exigencia o perfeccionismo en aquello que emprenden, lo que junto a la falta de control del nuevo entorno, les puede producir mayor percepción de estrés que a los estudiantes que no tienen estas características personales. Las situaciones que los estudiantes de enfermería perciben como más estresantes, están relacionadas con la “falta de competencia” lo que implica un elevado sentido de la responsabilidad de los estudiantes ante sus prácticas clínicas (García, Labajos & Fernández, 2014b).

En una investigación de la Universidad de la Coruña sobre el afrontamiento del estrés en el contexto académico en estudiantes de ciencias de la salud (Enfermería, Fisioterapia y Podología), con una muestra con un elevado porcentaje de mujeres (88,4%); se concluyó que las estrategias más eficaces para afrontar sucesos estresantes son el apoyo social y emocional de los otros. Las mujeres buscan en los demás información, consejo, apoyo y comprensión para un manejo más eficaz del estrés (González-Cabanach, 2009). Los autores recomiendan prudencia al interpretar los resultados, ya que se debe considerar la calidad del sistema de apoyo social del que dispone la persona, pudiendo ser un apoyo favorecedor del crecimiento personal o, por el contrario, crear dependencia (Hess y Richards, 1999 citado por González-Cabanach, 2009).

En estudiantes de diversas titulaciones universitarias vinculadas a las ciencias de la salud de la universidad de la Coruña, se evidencia que a mayor preocupación por evitar mostrarse ante los demás como poco competente, válido o inteligente, menor era la utilización de estrategias de afrontamiento activo para manejar las situaciones problemáticas, por consiguiente generaban mayor nivel de estrés (González-Cabanach, 2007).

Por el contrario las creencias de autoeficacia son una variable de especial relevancia de protección frente al estrés tanto en contextos académicos como en otros contextos. Poseer dicha autoeficacia favorece que los estudiantes desarrollen estrategias de afrontamiento, ello les permite gestionar de forma eficiente las demandas estresantes. Esta variable personal tiene, por tanto, relevancia no sólo para mejorar la motivación para el aprendizaje, sino también para posibilitar un mejor ajuste psicológico y, en consecuencia, mayores niveles de bienestar de los estudiantes (González-Cabanach, 2010b).

La percepción de poca seguridad está presente en situaciones en las que se requiere mayor capacitación profesional (paro cardíaco, situaciones críticas entre otras) y en las que se necesitan habilidades comunicativas y de relación de ayuda. En un estudio llevado a cabo a estudiantes de enfermería de Manresa, se vio que esta percepción de falta de seguridad responde al grado de malestar psicológico y de estrés que algunos estudiantes padecen cuando ponen a prueba su capacidad adaptativa en una etapa de sus vidas en que están consolidando sus identidades y a la vez están descubriendo nuevas posibilidades de relación social (Vila & Escayola, 2001).

La influencia del tipo de unidad, la rotación en las unidades de prácticas clínicas y el estrés que ello genera se estudió en estudiantes de enfermería de diferentes escuelas que realizaban prácticas en el Hospital General Gregorio Marañón (HGUGM), y dio como resultado que, los estudiantes de hospitalización destacan su preocupación por las relaciones interpersonales, mientras que los estudiantes de cuidados intensivos se preocupan más ante situaciones cercanas a la muerte, pudiéndose incrementar esta tendencia por factores como la edad o el género. El estudio resalta la necesidad de formación en técnicas de afrontamiento, habilidades sociales que favorezcan el aprendizaje en estas unidades como mecanismo para disminuir el estrés (Blanco Daza, 2012).

El contacto con el dolor, la agonía y la muerte forman parte del día a día del profesional de enfermería, siendo éste el que mantiene una relación estrecha con el paciente y su familia durante la enfermedad y en los últimos momentos. En la Escuela de Enfermería de la Universidad de San Pablo de Madrid, se realizó un estudio que evidenció que el grado de preocupación o ansiedad disminuye en términos generales con el paso del tiempo, pero la mediana resultante en tercer curso sigue siendo media-alta en casi todos los ítems estudiados. Se reflexionó sobre la necesidad de hacer mayor hincapié en seguimientos personalizados de los estudiantes a través de grupos de autoayuda en los que puedan expresar sus temores y preocupaciones. Siendo los factores técnicos del grupo, universalidad, cohesión y catarsis, los que producen el efecto de apoyo entre los participantes del grupo (López & Cibanal, 2011).

Sánchez-Donaire (2013), en su trabajo realizado en los estudiantes de enfermería en la Universidad de Castilla la Mancha, concluye que los factores estresantes que experimentan los estudiantes durante las prácticas disminuyen a lo largo de la carrera, pero vuelven a aumentar al final de la carrera. Los ítems que obtienen mayor puntuación de estrés son los relacionados con “hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente”, “confundirme de medicación”, “meter la pata” y “pincharme con una aguja infectada”, estos ítems pertenecen a los factores de “falta de competencia” e “impotencia e incertidumbre”. Se destaca la necesidad de dotar a los estudiantes de estrategias de afrontamiento para disminuir la ansiedad y afrontar las situaciones que les generen estrés en las prácticas clínicas.

A partir de un trabajo realizado en la Universidad del país Vasco, observaron que el aspecto que más preocupa a los estudiantes de enfermería de las prácticas clínicas al comienzo y al final de la diplomatura, en orden de importancia, y que factores están

relacionados hay relación entre el sexo, el curso, la edad entre otros y los factores son: “la falta de competencia”, “la impotencia e incertidumbre”, “dañarse en la relación con el enfermo”, “la implicación emocional”, “no controlar la relación con el enfermo” y “el contacto con el sufrimiento”. Los autores observan una disminución de estrés significativa a lo largo de la diplomatura, de tal manera que a los estudiantes les preocupan menos esas situaciones planteadas al final de la carrera que al principio. Todos estos aspectos señalados son capaces de producir cierto grado de estrés, que lógicamente variará en función de la personalidad de cada estudiante (Zupiria, Uranga, Alberdi, Barandiaran, Huitzi & Sanz 2006; Zupiria, Alberdi, Uranga, Barandiaran, Sanz & Huitzi 2003).

En la misma línea, en la Universidad de Vigo se valoró qué situaciones de las prácticas clínicas les resultaban más estresantes a los estudiantes de los tres cursos de la diplomatura. Se observó que las situaciones relacionadas con la “falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre” eran las variables que presentaban valores más altos de percepción de estrés. Las autoras apuntan la propuesta de intervención previa al inicio de las prácticas clínicas, mediante talleres con técnicas de relajación, aprender a pedir ayuda y favorecer el desarrollo de autoconocimiento. Ello ayudaría a manifestar sus inquietudes, sus miedos y les facilitaría adquirir aquellas habilidades que mejoren la ansiedad ayudando en gran manera a los futuros profesionales para que dispongan de una mayor capacidad de afrontamiento profesional (Antolín, Pualto, Moure & Quintero, 2007).

Una de las estrategias que un estudiante puede llevar a cabo, puede ser la práctica regular de la meditación ya que puede proporcionar una reducción significativa de los niveles de percepción de estrés. Una investigación llevada a cabo en la universidad de Almería con los estudiantes de magisterio, propone las técnicas de meditación como aval científico. Consideran necesario que el sistema educativo se plantee la inclusión de estas técnicas en los planes de estudio con el objetivo de dotar a los estudiantes de recursos que les permitan afrontar de forma eficaz las situaciones de estrés (Franco-Justo, 2009).

Otra investigación que aborda las causas de estrés en los estudiantes de enfermería es la de la Escuela Universitaria “La Fe” de Valencia. En las prácticas clínicas, los participantes perciben como mucho más estresantes las situaciones clínicas que las referentes a las materias teóricas. Sus principales preocupaciones son “encontrarse en alguna situación sin saber qué hacer, seguida de “hacer mal mi trabajo y perjudicar al

paciente”. Un factor a tener en cuenta es que las consecuencias que pueden tener los actos en la clínica son más graves que en los estudios y el estudiante siente una mayor responsabilidad (De la Piedra Cubell et al., 2011).

El estudio de Giménez (2015), cuyo objetivo era conocer qué situaciones les resultan más estresantes a los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas en la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) del Hospital General Universitario de Alicante, así como los factores que se asocian a las causas de estrés; se observa que los estudiantes de enfermería en sus prácticas presentan estrés durante la realización de las mismas. Los estresores se presentaban asociados a “desconocimiento, impotencia e incertidumbre ante las situaciones” y relacionado con cualquier situación de aprendizaje. Las relaciones interpersonales eran la fuente de estrés que menos les preocupaba. Las mujeres presentaban puntuaciones más altas de estrés que los hombres, afectando más a éstas las situaciones que requieren una implicación emocional y en los hombres las relacionadas con el desconocimiento de las situaciones clínicas. Los estudiantes con mayor edad presentaban niveles menores de estrés que los más jóvenes, aspecto atribuible a que con la edad se van desarrollando una serie de habilidades y recursos psicológicos que les ayudan a enfrentarse y adaptarse a estresores como el desconocimiento y sobrecarga de trabajo con mayor facilidad. El estado civil casado se asociaba a situaciones de estrés por sobrecarga de trabajo y en las relaciones interpersonales. Una posible explicación para el autor, sería por las cargas familiares que presentaban. El compaginar trabajo y estudio se entiende como una causa justificada de elevación de estrés, ante determinados factores presentados en las prácticas clínicas. Se evidenció la necesidad de desarrollar programas de prevención para combatir el estrés, empleando tácticas de afrontamiento ante situaciones estresantes, técnicas grupales y ejercicios de relajación.

En un proyecto de prácticas integradas basadas en competencias llevado a cabo con los estudiantes de enfermería de la Universidad de Córdoba, los autores resaltan en sus conclusiones la necesidad de introducir nuevas estrategias metodológicas dirigidas a una educación basada en las competencias alcanzadas por el estudiante. El hecho de utilizar el diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de la adquisición de competencias por parte de los estudiantes, ha puesto de manifiesto que en el primer periodo de prácticas se refleja mayor interés por el aprendizaje de habilidades y destrezas. Sin embargo, en el segundo periodo de prácticas, se refleja un aumento considerable de interés en las relaciones

interpersonales con los pacientes, su entorno y con los profesionales. Ello ha generado el desarrollo de habilidades de comunicación tanto oral como escrita, autocrítica y la autoevaluación por parte de los estudiantes (Lora, Zafra, Coronado & Vacas, 2008).

Los estudiantes, a lo largo de sus prácticas clínicas, están en contacto con el sufrimiento y la muerte de otras personas, debiendo enfrentarse no solo a los miedos del paciente y de sus familias, sino también a sus propios temores (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003; Edo-Gual, Tomás-Sábado & Arandilla-Herrero 2011). La convivencia del estudiante con la experiencia alrededor de la muerte y el sufrimiento, es una de las experiencias más impactantes y estresantes a las que deberá hacer frente el estudiante a lo largo de sus estudios. Respecto al afrontamiento del dolor y la muerte en un trabajo realizado con los estudiantes de enfermería de Melilla, se hace una propuesta de un programa de intervención que proporcione recursos de afrontamiento, habilidades de autocontrol emocional para el autocuidado y el control del estrés generado en las prácticas clínicas (Benbunan, Cruz, Roa, Villaverde & Benbunan, 2007).

A los estudiantes lo que más les preocupa es la idea de la desaparición del otro, junto a aspectos como la soledad ante la muerte, aspecto que supone no poder comunicarse más con la persona o bien, sentimientos de culpabilidad asociados, dificultades en elaboración del proceso del duelo ante la pérdida. Estos factores suponen una carga superior a la ansiedad que puede comportar el acompañamiento y los cuidados de la persona moribunda (Edo Gual; Tomas Sábado; Aradilla Herrero, 2011).

Respecto al estado civil, los estudiantes solteros puntúan significativamente más alto en referencia al miedo a la muerte de otros y al proceso de morir de otros y, aunque los resultados no son significativamente estadísticos, la convivencia con una pareja estable disminuye la sensación de soledad ante la muerte y aumenta los recursos afectivos y de apoyo para su afrontamiento. No obstante, algunos estudios concluyen que el individuo que vive solo, puede tener redes de apoyo social y afectivo que asemejen su situación relacional a la de otros estados civiles como la vida en pareja. El estudio concluye que las actitudes de los estudiantes ante la muerte y sus variables relacionadas proporcionan conocimientos sobre la propia muerte que generan temores en los estudiantes, aspecto que puede resultar fundamental en la planificación sobre formación específica en este ámbito (Edo-Gual; Tomas-Sábado & Aradilla-Herrero,

2011; Benbunan Bendata et al.,2007; Limonero,Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas & Gómez-Benito, 2010).

Un alto porcentaje de estudiantes de enfermería presenta niveles entre moderados y altos de ansiedad ante la muerte. Existen autores que apuntan a la interferencia de estos factores sobre la futura buena praxis del profesional de enfermería, ya que la labor asistencial implica, en muchas ocasiones, afrontar la enfermedad, la agonía, el dolor, el sufrimiento y finalmente la muerte de los pacientes y las demandas constantes de los familiares. (Colell, Limonero, Tomás-Sábado & Otero, 2003, citado por Limonero et al., 2010).

En la investigación llevada a cabo con estudiantes de enfermería de Lérida y de Sevilla, se plantea la necesidad de medidas educativas de formación en los estudiantes para modificar las actitudes o prejuicios negativos y analizar con mayor detalle cómo las creencias socioculturales pueden incidir tanto en las actitudes ante la enfermedad y la muerte como en la práctica profesional futura. Dado que el ejercicio profesional de enfermería implica, en muchos casos el afrontamiento a la enfermedad terminal, la agonía, el dolor, el sufrimiento y finalmente la muerte de los pacientes y las demandas constantes de los familiares; resulta necesaria una formación específica para los futuros profesionales que ejerzan su labor con enfermos avanzados o en la fase final de la vida, momento en el que los aspectos psicológico-emocionales cobran especial relevancia. En la medida en que esta preparación pueda capacitar al futuro profesional para desempeñar con mayor eficacia su labor, también le ayudará a reducir sus propios temores proporcionándole una mejora de su bienestar personal (Collell, et al., 2003).

Tomas-Sábado, en un estudio realizado sobre la ansiedad ante la muerte, concluye que las intervenciones realizadas sobre los estados de malestar o de ansiedad ante la muerte no suelen conducir a resultados espectaculares. Sin embargo, aunque es evidente que ninguna intervención o terapia puede cambiar el hecho de que, inevitablemente, la muerte llegará un día u otro, sí que puede reducir su poder ansiógeno, sobre todo en los profesionales que atienden a personas en estado crítico (Tomas-Sábado, 2003).

En este sentido, la formación sobre la muerte en estas áreas del cuidado han puesto de manifiesto su eficacia en la reducción de los niveles de ansiedad, lograr una actitud

más positiva y mejorar el trato con el enfermo y su familia (Burney-Banfield, 1994, citado por Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003).

La investigación llevada a cabo con profesionales de servicios humanos, sugiere incluir programas de intervención en los planes de estudio en aquellas titulaciones vinculadas a las profesiones de más riesgo de padecer estrés, tales como Enfermería, Educación, Trabajo Social y Psicología entre otras, puesto que una adecuada formación les permitiría hacer frente a las demandas de sus trabajos y realizar mejoras en las propias organizaciones para hacerlas más saludables (Jenaro-Rio, Flores-Robaina & González-Gil, 2007).

Un estudio exploratorio realizado en los estudiantes de Enfermería de la Universidad de Barcelona que pretende conocer las expectativas, habilidades y dificultades que presentan los estudiantes durante el periodo de las prácticas clínicas, evidenció que la mayor expectativa que presentan dichos estudiantes, es la relacionada con la capacidad para comprender e interactuar en el entorno hospitalario y adaptarse a la dinámica de trabajo de las unidades de prácticas. Quieren aprender a trabajar en equipo y tener una buena relación multidisciplinar. En cuanto a las dificultades, refieren que están relacionadas con los procedimientos y la administración de fármacos, las autoras apuntan la necesidad de programar actividades formativas de refuerzo participativas que impliquen tanto a los estudiantes como a los docentes con el objetivo de aumentar los conocimientos en áreas deficientes (Estrada, Tricas & Sanfeliu, 2013).

Dada la trascendencia del prácticum y el estrés que se genera en los estudiantes de enfermería en dicho entorno, Moya-Nicolás (2013) considera que sería necesario aplicar programas de formación en estrategias para la reducción del estrés con la intención de ayudar a los futuros profesionales a identificar los agentes estresores, disminuir su percepción del estrés y realizar su trabajo cotidiano disfrutándolo y sin riesgos para su salud. El hecho de contemplar la planificación de intervenciones educativas, que nos permitan conocer con mayor exactitud qué aspectos vividos en las prácticas clínicas les afectan más y, cuáles son percibidos con menor intensidad, puede facilitar a los futuros profesionales de enfermería encajar sus reacciones de una forma más adaptativa a los estímulos generadores de estrés a los que diariamente deben enfrentarse en su entorno laboral.

En la tabla 3 se presentan un resumen de los artículos sobre el estrés revisados en el ámbito nacional.

Tabla 3. Resumen de los principales resultados de los artículos de ámbito nacional

Estudios de ámbito nacional					
Autor / año	Ámbito del estudio	Universidad / Centro Hospitalario	Metodología / Cuestionario	Resultados	Estrategias
Sánchez (1992)	Estudiantes de enfermería	EUE Universidad de Lérida	Valorar cuatro elementos estresores que les influyen /Test evaluativo de elaboración propia.	Presentan más estrés en lo referente a las relaciones interpersonales, y, al terminar la carrera, encontrar trabajo.	Se plantea una intervención en el periodo práctico que les ayude a crear recursos psicológicos.
Escriba, Más & Cárdenas (2009)	Profesionales de enfermería	Hospital general público de Valencia	Trasversal / cuestionario auto-contestado.	Ponen de manifiesto que a mayor nivel de exposición de estresores laborales disminuye el bienestar psicológico del profesional.	Planificar intervenciones dirigidas a una mejora de la condiciones de trabajo en el entorno hospitalario.
Ferrer (2001)	Profesionales de enfermería de nueva incorporación	Hospital General Elda Alicante	Entrevistas, técnicas basadas en el enfoque de búsqueda por consenso.	Utilizar un programa de integración se considera muy satisfactorio para mejorar las relaciones laborales.	Las relaciones laborales y el entorno deben ser los elementos escenario para la prevención de estrés.
Vila & Escayola (2001)	Estudiantes de enfermería	EUE Manresa	Descriptivo prospectivo y longitudinal/ Encuesta elaboración propia.	Percepción de poca seguridad en situaciones que se requiere mayor capacitación (malestar psicológico y estrés).	Contrastar la opinión que las enfermeras de referencia tienen sobre los planteamientos de las prácticas.
Pérez Alameda & Albeniz	Alumnos,	EUE de la	Cualitativa / grupos de	La angustia que tienen los	Mejorar las condiciones laborables, para

(2002)	exalumnos, Tutores de AP y de hospitalaria	comunidad de Madrid	discusión.	profesionales la trasladan a los alumnos durante las prácticas.	disminuir el estrés y poder facilitar los vínculos.
Tomás-Sábado & Fernández (2002)	Profesionales de enfermería	Centros hospitalarios del área metropolitana de Barcelona	Escala de Estresores laborales para Enfermería.	Ponen en evidencia el estrés en las relaciones interpersonales, conflictos de competencias, muerte y sufrimiento, habilidades profesionales y de comunicación intragrupal.	Promover higiene mental, con planteamientos que ayuden a reducir el estrés en el trabajo.
Tomás-Sábado & Gómez-Benito (2003)			Revisión de los hallazgos empíricos sobre las relaciones que la ansiedad ante la muerte presenta con diversas variables.	Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte, el género, la edad, la personalidad, la ocupación, el estado de salud, la religiosidad y la conducta suicida.	Continuar investigando sobre las actitudes humanas ante la muerte contribuirá a profundizar en la comprensión de los factores implicados y el desarrollo de intervenciones formativas o modificadoras en las personas que han de afrontar el sufrimiento, el dolor entre otros.
Colell, Tomas-Sábado Limonero & Otero (2003)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Lérida y Sevilla	Escala Collet-lester modificada, "un <i>ad hoc</i> " sobre preferencias laborales.	El miedo a la muerte genera más ansiedad que el miedo al proceso de morir.	Se sugiere una formación específica en aspectos psicológicos y emocionales en los entornos de cuidados avanzados.
Zupiria, Alberdi Uranga, Barandiaran, Sanz & Huitzi, (2003)	Estudiantes de enfermería	Universidad del País Vasco	KEZKAK	Las situaciones más estresoras tienen que ver con la falta de competencia, contacto con el sufrimiento, impotencia e incertidumbre y dañarse en la relación con el enfermo	Sugiere desarrollar y potenciar estos aspectos en las prácticas clínicas
Fernández, Rodríguez,	Estudiantes de	Universidad de	Cuasi-experimental/ test de	Apuntan a los propios estudios como	Sugerencias: comunicación, habilidades

Vázquez, Liébana & Fernández (2005)	enfermería	León	revisión de estrés Egg.	fuentes generadoras de estrés.	sociales, relajación, asertividad entre otras.
López-Medina & Sánchez-Criado (2005)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Jaén	KEZKAK	Las situaciones percibidas como más estresantes son "Hacer mal mi trabajo", "Confundirme de medicación", "Perjudicar al enfermo".	Aplicar programas de formación en estrategias para reducir el estrés.
Villar, Torrent, Serra, Rostan, Caparrós, Cabruja, Aymerich & Albertin (2006)	Estudiantes Psicología	Universitat de Girona	Exploratorio / STAI.	Preocupación de los estudiantes por no estar a la altura de las expectativas.	Intervenciones educativas, ajustar las acciones formativas a las necesidades del estudiante.
Pades, Homar (2006)	Estudiantes de enfermería	Baleares	Cumplimentación de un cuestionario, <i>ad hoc</i> .	Aparecen como estresores considerables la falta de conocimientos, las relaciones interpersonales difíciles y la problemática de adaptación al lugar de prácticas.	Estrategias individuales para el control del estrés, relajación, entrenamiento en asertividad, realizar reuniones para hablar de lo que les preocupa.
Zupiria, Uranga, Alberdi, Barandiaran, Huitzi & Sanz / (2006)	Estudiantes de enfermería	Universidad del País Vasco	Cohorte / KEZKAK.	Las fuentes de estrés son las propias prácticas y continúan estando presentes en los profesionales de enfermería.	Trabajar el desarrollo de habilidades y estructurar la docencia para facilitar estas habilidades.
Antolin, Puiolto, Moure &	Estudiantes de	EUI do	Observacional, trasversal,	Las puntuaciones más altas de estrés	Intervenciones que faciliten el afrontamiento,

Quinteiro (2007)	enfermería	Meixoeiro, Vigo	comparativo / KEZKAK.	están relacionadas con el F1 “ Falta de competencia” y el F4 “Impotencia e incertidumbre”.	como la relajación entre otras.
Benbunan Cruz, Roa, Villaverde & Benbunan (2007)	Estudiantes de enfermería	EUI de Melilla	Descriptivo y posteriormente estudio cuasi-experimental aplicación programa de intervención / Inventario de estrés de experiencias clínicas, cuestionario de ansiedad-Estado-Rasgo STAI.	La reducción de los niveles de ansiedad, estado y estrés global en el grupo experimental.	Respaldar la necesidad de incidir en programas de intervención en el periodo de formación universitaria.
Jenaro-Rio, Flores-Robaina & González-Gil (2007)	Profesionales de acogimiento residencial de menores	Córdoba, Jaén, las Palmas de gran Canaria, santa Cruz de Tenerife, y Salamanca	Inventario de Burnout de Maslach (MBI).	Las demandas laborales con exceso de implicación física y psicológica constituyen un riesgo de estrés.	Incluir en los planes de estudios de los futuros profesionales implicados, entre ellos enfermería, programas de intervención que traten de paliar los niveles de ansiedad detectados.
González-Cabanach, Rodríguez, Valle, Piñeiro & Millán (2007)	Enfermería, Fisioterapia, Podología	Universidad de la Coruña	Cuestionario de Estrés Académico (CEA).	La preocupación por evitar parecer ante los demás como poco competente, puede reducir las estrategias de afrontamiento.	Adopción de estrategias de afrontamiento activas.
Lora, Fernández, Coronado	Proyecto de	Universidad de	Diario reflexivo como técnica	La utilización del Diario reflexivo	Introducir nuevas estrategias metodológicas

& Vacas (2008)	prácticas, Profesores y profesionales de enfermería	Córdoba	de autoevaluación (<i>assessment</i>).	como instrumento aumenta las relaciones interpersonales con los pacientes, entorno y profesionales. Mejor comunicación oral y escrita, autocrítica.	que ayuden al estudiante a adquirir destrezas en las prácticas.
Balanza, Morales & Guerrero (2009)	Estudiantes universitarios	Universidad católica Murcia	Cuantitativa, observacional descriptivo y trasversal de prevalencia/ cuestionario Godberg.	Los estudiantes de ciencias de la salud son los que más ansiedad presentan.	Seguir investigando con otros instrumentos buscando nuevos factores asociados con los problemas de salud mental estudiados.
González-Cabanach, González & Freire (2009)	Estudiantes de Enfermería, Fisioterapia, Podología	Universidad de la Coruña	Escala de afrontamiento (A-CEA).	Existen diferencias entre hombres y mujeres, éstas recurren al apoyo social y los hombres optan por la reevaluación positiva como afrontamiento.	Considerar la calidad del sistema de apoyo social con el que cuenta la persona y promueve el crecimiento personal o por el contrario, genera dependencia...
Franco-justo (2009)	Estudiantes de magisterio	Universidad de Almería	Analizar los efectos de la meditación sobre estrés percibido / diseño longitudinal cuasiexperimental de comparación de grupos / escala de estrés Percibido (PSS).	Reducción significativa de los niveles de percepción del estrés en el grupo experimental en comparación con el grupo control.	Las técnicas de meditación deben ser tenidas en cuenta en la formación de los futuros docentes para dotarles de recursos para afrontar el estrés.
González-Cabanach,	Estudiantes de	Universidad de	Cuestionario de Estrés	Un bajo sentido de eficacia personal	Estudiantes con altas creencias de

Fernández, González & Freire (2010b)	Enfermería, Fisioterapia, Podología	la Coruña	Académico (CEA).	se vincula con elevados niveles de ansiedad y estrés.	autoeficacia desarrollan estrategias de afrontamiento que les permiten gestionar mejor el estrés.
Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas & Gómez-Benito (2010)	Estudiantes de enfermería	EUI Gimbernat, Sant Cugat del Vallès Barcelona	Competencia personal percibida de Wallston, Inventario de ansiedad ante la muerte.	Las mujeres y los estudiantes más jóvenes presentan mayores niveles de ansiedad ante la muerte, los estudiantes con mayor competencia personal son los que presentan niveles menores de ansiedad.	Fomentar la competencia personal a través de una formación específica sobre la muerte y las practicas específicas de enfermería.
López & López (2011)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Murcia	Transversal, descriptivo, comparativo / KEZKAK.	Las mujeres presentan más estrés que los hombres.	Desarrollar programas de prevención.
López & Cibanal (2011)	Estudiantes de enfermería	Universidad de S Pablo CEU Madrid	Longitudinal / Escala de miedo a la muerte Collett-Lester.	Ansiedad en lo relacionado “al propio proceso de morir” y “la muerte de otros” seres queridos.	Contemplar una intervención durante el periodo formativo para mitigar el efecto estresante de sus vivencias.
De la Piedra (2011)	Estudiantes de enfermería	EUI “La Fe” Valencia	Descriptivo trasversal / KEZKAK.	Las experiencias más estresantes “encontrarme con alguna situación sin saber qué hacer” entre otras.	Formar a los estudiantes en estrategias de afrontamiento.
Edo-Gual, Tomás- Sábado &	Estudiantes de	EUI Gimbernat,	Observacional, descriptivo y	En general los estudiantes tienen	El acompañamiento al final de la vida es uno

Arandilla-Herrero (2011)	enfermería	Sant Cugat del Vallès Barcelona	transversal / Collet-lester (CLFDS).	miedo a la muerte.	de los mayores retos a los que se enfrentará el profesional. Es fundamental una formación competencial preclínica.
Blanco-Daza (2012)	Estudiantes de enfermería	Realizan prácticas en (HGUGM) Madrid	Descriptivo transversal / KEZKAK.	La preocupación de los estudiantes en prácticas hospitalarias era por las relaciones interpersonales y los de la UCI sentían preocupación sobre la muerte.	Formación en técnicas de afrontamiento, habilidades sociales, evaluar una posible intervención para disminuir el estrés.
Moya, Larrosa, López, López, Morales & Gómez (2013)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Murcia	Transversal descriptivo / KEZKAK.	Las principales fuentes de estrés son el desconocimiento de una situación clínica, la impotencia e incertidumbre y el riesgo a causar daño a un paciente.	Sería necesario aplicar programas de formación en estrategias de reducción de estrés.
Sánchez-Donaire, Vivo, Cobo, Castellanos & Rodríguez (2013)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Castilla la Mancha	Descriptivo, longitudinal y prospectivo / KEZKAK.	Los factores estresantes disminuyen a lo largo de las prácticas pero vuelven a aumentar al final del grado.	Dotar a los estudiantes de recursos para afrontar el estrés.
Estrada, Tricas & Sanfeliu (2013)	Estudiantes de enfermería	EUI Universidad de Barcelona	Exploratorio, bajo un modelo secuencial cualitativo-cuantitativo.	Expectativas, la capacidad para comprender e interactuar en las prácticas. Los procedimientos y fármacos han sido a la vez dificultades pero también las habilidades mejor adquiridas.	Programar más actividades formativas participativas que implique a los estudiantes y profesores tutores de prácticas.
Giménez, Morales, Arnaldos,	Profesionales	Hospital	Descriptivo transversal /	Existe prevalencia del síndrome del	Se sugiere la conveniencia de realizar una

Aroca & Molina (2013)	de enfermería de urgencias	Universitario Murcia	cuestionario variables sociodemograficas (MBI) y (NSS).	“quemado” (<i>burnout</i>) en el personal de urgencias.	intervención que ayude afrontar de forma eficaz las situaciones estresantes.
Piñeiro (2013)	Profesionales de enfermería	Complejo hospitalario universitario Vigo	Prevalencia transversal descriptivo / Escalas autoaplicadas.	Nos muestra los estresores más frecuentes y los mecanismos de afrontamiento que utilizan.	Mejorar la atención emocional.
García, Labajos & Fernández (2014a)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Málaga	Observacional correlacional / Cuestionario on-line variables sociodemográficas / KEZKAK.	Perciben bastante estrés en el F1 “Falta de competencia” y el F4 “Impotencia e incertidumbre”..	Abordar estudios cualitativos sobre el contexto y sobre el ámbito personal.
García, Labajos & Fernández (2014b)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Málaga	Observacional correlacional y transversal / KEZKAK.	Los estudiantes que acceden a los estudios de grado por la vía selectividad padecen más estrés en las prácticas. La “Falta de competencia” es lo que les ha causado más estrés lo que implica un elevado sentido de responsabilidad.	
Giménez (2015)	Estudiantes de enfermería	Universidad de Alicante	Descriptivo trasversal / KEZKAK.	Los estresores son “desconocimiento, impotencia e incertidumbre ante las situaciones”.	Programas de prevención, tácticas de afrontamiento, técnicas grupales, ejercicios de relajación para combatir el estrés.

La mayoría de los artículos de ámbito nacional se han analizado a través de metodología cuantitativa, el instrumento más utilizado ha sido el cuestionario KEZKAK, cuestionario sobre los estresores en las prácticas clínicas. Los estudios evidencian el malestar existente en los estudiantes en aspectos relacionales, competenciales, contacto con la muerte y el sufrimiento, mostrando la importancia del problema así como su abordaje a través de programas de intervención. Para el afrontamiento del estrés en las prácticas clínicas se contempla, la realización de más estudios cualitativos, profundizar sobre la exploración del contexto y sobre el ámbito personal. Se ha puesto en evidencia que en la mayoría de estudios se contemplan como estrategias a considerar el inicio de programas de intervención donde estén presentes actividades formativas que impliquen a estudiantes y profesionales, comunicación con habilidades sociales, técnicas grupales, relajación y meditación; con la intención de ofrecer una atención emocional y competencial a los estudiantes, como estrategias a considerar en entornos de alta complejidad.

1.4.2. Estudios de ámbito internacional

Este apartado corresponde a los estudios internacionales que tratan sobre la percepción de estrés y el afrontamiento en enfermería. A continuación se comentan los resultados de los artículos seleccionados.

En Australia, Lo R (2002) evidencia como un elemento estresante importante los propios estudios de la disciplina enfermera, por encima incluso de cuestiones como la salud, la familia o la economía. En la misma línea en un estudio realizado en Irlanda Timmins & Kaliszer (2002) observaron como principales fuentes de estrés en enfermería, la existencia de un diseño curricular exigente. Éste puede tener consecuencias emocionales para los estudiantes, las relaciones con los docentes, las relaciones en las prácticas clínicas, las finanzas y la muerte de los pacientes. El estudio resalta la importancia de preparar a los estudiantes para tomar conciencia de los retos que tienen que asumir.

En Israel, Admi (1997) observa que la fuente de estrés más importante radica en el afrontamiento del estudiante en las prácticas clínicas y quedan en segundo lugar la vida personal, académica y social.

En Inglaterra Brown & Edelmann (2000) constataron que los estudiantes de enfermería, antes de iniciar el período práctico, también consideraban potencialmente

estresantes aspectos como la competencia para aplicar los conocimientos teóricos, destreza clínica y el hecho de mantener un equilibrio entre las prácticas clínicas y el estudio. Pero también observaron que, los momentos de pasar a la acción al realizar el prácticum les aumentaba la confianza en sí mismos, es decir, tenían más estrés anticipatorio de lo que en realidad acababan teniendo.

Una investigación realizada a estudiantes de enfermería de cinco países: Albania, Brunei, La Republica Checa, Malta y Gales, sobre el estrés en estudiantes de enfermería concluye que todos los estudiantes comparten las fuentes de estrés pues tienen muchas cosas en común, a la vez que mantienen características culturales individuales. Los estudiantes de Gales son los que presentan los valores más bajos de estrés mientras que los de Brunei son los que presentan los valores más altos, siendo los estudiantes de Brunei y Malta los que presentan más estrés académico (Burnard, Edwards, Bennett, Thaibah, Tothova, Baldacchino, Bara & Myteveli, 2007).

Un estudio realizado a los estudiantes de enfermería de la Universidad de Hong Kong destaca la importancia de la metodología y la evaluación en el proceso de aprendizaje del estudiante. Las metodologías más participativas tales como el aprendizaje en colaboración a través del portafolio, obtuvieron resultados más satisfactorios en el grupo de estudiantes que participó en el estudio (Tiwari & Tang, 2003).

En una investigación llevada a cabo sobre “Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de enfermería”, realizada en la Universidad de São Paulo Brasil, se encontró que los estudiantes presentaban un nivel de estrés severo. Los autores recomendaban incluir en el currículum académico formación básica de afrontamiento al estrés, técnicas para el manejo de situaciones, técnicas de solución de problemas, facilitar cambios de conducta y un plan de intervención para reducirlo, como practicar relajación, musicoterapia o meditación. Estas técnicas tienen como misión contrarrestar los factores estresantes del entorno (Ticona, Paucar & Llerena, 2010).

En otro trabajo realizado a estudiantes de enfermería de São Paulo, los resultados de la investigación pusieron de manifiesto que la técnica grupal puede ser utilizada como ayuda en la adaptación de los estudiantes en las prácticas clínicas. Los estudiantes que participaron experimentaron un cambio gradual en su comportamiento y en el desempeño de las actividades prácticas en la relación con profesores y compañeros. Se observó que éstos pasaron a reflexionar antes que actuar frente a situaciones

nuevas. La psicoterapia grupal parece, por tanto, un instrumento a ser considerado por las Facultades de Enfermería como un recurso de apoyo psicológico y didáctico en sus programas curriculares (Alves Pires, Scherer & Carvalho, 2007).

En otras carreras del área de la salud, en los estudios de medicina de la Universidad de Ceará Fortaleza Brasil, detectaron que la forma en que estaba estructurado el plan de estudios, incluía factores desencadenantes de disturbios emocionales. Se llevaron a cabo cambios en la estructura curricular, adoptando una metodología más participativa donde el estudiante pudieran trabajar las habilidades de comunicación con sus compañeros a través de PBL (Gomes de Matos & Souza, 2005).

En un estudio de la Universidad Católica de Chile, las autoras tratan de encontrar la prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería, relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. El estudio detectó una mayor prevalencia de malestar psicológico en los estudiantes de tercer y quinto curso de carrera. Existe la posibilidad de que esta condición esté relacionada con las experiencias altamente estresantes a que se enfrentan los estudiantes en sus prácticas clínicas y las escasas estrategias de afrontamiento de que disponen. Las autoras sugieren realizar una reflexión sobre estrategias viables y sistemáticas para favorecer el bienestar psicológico en los estudiantes (Herrera & Rivera, 2011).

Estos estudios e investigaciones parecen indicar que la mayoría de estudiantes de enfermería refieren que los estresores más comunes que aparecen en el ámbito universitario, están en: los profesores, las evaluaciones, las exigencias académicas y actividades prácticas o laboratorios. El estudio de Mahat (1996) puntualiza que los principales estresores del prácticum estaban relacionados con factores interpersonales, impotencia, sensación y experiencias desagradables. La mayoría de los estudiantes en este estudio utiliza la búsqueda de apoyo social para hacer frente.

En la Universidad de Valparaíso se observó en un estudio que los alumnos de segundo y tercer año presentaban estrés durante las prácticas de laboratorio. El factor que provoca mayor estrés en el estudio es el referente al docente. Entre las causas en las que los estudiantes se sentían más estresados estaba en primer lugar “recibir órdenes contradictorias” le seguían “que la docente llame la atención frente al paciente y/o personal de salud”, “cometer errores en el trabajo”, “perjudicar al paciente” “encontrarse en alguna situación sin saber qué hacer”, “confundirse de medicación”. Las autoras de la investigación enfatizan en la necesidad de apoyar a los estudiantes

en las tutorías docentes durante las prácticas clínicas con la finalidad de disminuir el estrés y favorecer el aprendizaje (Basso, Ardiles, Bernal, Canovas, González, Kroff & Soto, 2008).

Benítez, Quintero & Torres (2001) en un estudio realizado a estudiantes de medicina, evidencian que ante grados de exigencia física elevados, exigencia intelectual y emocional, los estudiantes presentarán un mayor nivel de estrés. Los autores defienden la conveniencia de desarrollar mecanismos *coping*, es decir, esfuerzos cognitivos para reducir, controlar o manejar el estrés, pudiendo ser técnicas útiles que ayuden a rebajar sus niveles.

Para poder determinar la relación entre el estrés y su efecto en la salud de las personas que lo padecen, se planteó un estudio con la pretensión de conocer la prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. Se intentó determinar si existía una correlación entre estrés y enfermedades infecciosas. Los resultados encontraron una prevalencia de estrés de 36,3% mayor en mujeres que en hombres. El estudio encontró una correlación positiva entre estrés y enfermedades infecciosas. Se pudo apreciar que la ausencia de estrés disminuye la probabilidad de padecer una enfermedad infecciosa y que el grado con que se experimenta el estrés tiene relación directa con la frecuencia de infecciones. Un importante porcentaje de estudiantes del área de la salud sufre estrés, por lo que es importante identificarlo por las consecuencias psicosociales que acarrea. Con estos resultados se pretende tomar conciencia de la importancia de este problema y de su apoyo por parte de la universidad como medida preventiva del estrés, mediante programas de ayuda para manejarlo (Marty, Lavín, Figueroa, Larraín & Cruz, 2005).

En los estudiantes de enfermería de la Universidad de Sonora, México, los factores que más estrés provocaron son el factor “falta de competencia” y el factor “impotencia e incertidumbre”. Destacó la mayor percepción de estrés en las mujeres que en los hombres. En este estudio se sugiere realizar otras investigaciones con diseño cuantitativo y cualitativo que permita explorar las circunstancias y escenarios que se involucran en la percepción de las situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería (Peralta, Hernández, Rubí, Ontiveros & Barragán, 2011).

En el ámbito profesional, enfermería está considerada una profesión con una alta prevalencia de trastornos psicológicos. Garza, Meléndez, Castañeda, Aguilera, Acevedo & Rangel (2011) en un estudio realizado en Méjico, pretenden identificar el índice de estrés laboral en personal de enfermería que trabaja en los servicios de hospitalización. Describen que, a los profesionales de enfermería les estresa la preparación insuficiente de los profesionales, la incertidumbre en relación a los tratamientos farmacológicos y la falta de apoyo de los superiores pero lo que genera más estrés es el hecho de ver sufrir a un paciente.

También existen investigaciones en las cuales se preguntan ¿Cómo es la vivencia del estrés de las profesionales en enfermería y como se les puede brindar apoyo? Espinoza, Valverde & Vindas (2011) realizan un estudio cualitativo y fenomenológico en Costa Rica en profesionales de enfermería, donde se plantea desarrollar un programa holístico para la vivencia del estrés. Para llevar a cabo el programa se empleó la intervención grupal, utilizando la dinámica de grupo por ser allí donde subyace la realidad psicológica funcional del grupo. Dicho espacio representó un lugar sociológico, relacional y vincular donde se dan contactos emocionales entre los participantes. La exploración de estas vivencias arrojó los siguientes resultados: el reconocimiento de las cualidades personales y de las demás personas, se propició la autenticidad, así como un contacto más íntimo entre ellas y se facilitaron experiencias de autoconocimiento, además de la unión entre el grupo, lo cual favoreció la expresión de emociones y pensamientos en un ambiente de libertad. El programa creó un espacio propicio para que las personas reexaminaran sus pensamientos, emociones, situaciones, desde su cotidianidad. Ellas mismas reestructuraron y reconstruyeron su autoconocimiento y los significados que les otorgan a los factores estresores a partir de su propia evaluación cognoscitiva, lo que las llevó a reconsiderar sus estrategias de afrontamiento (Espinoza, Valverde & Vindas, 2011).

El grupo terapéutico logró descubrir sus factores estresores y realizaron cambios y diseñaron estrategias de afrontamiento tanto centradas en el problema como en las emociones, con lo que lograron tener mayor control y bienestar. Realizaron cambios conductuales para mejorar su salud tales como implementar los ejercicios de relajación, el espacio para estar con ellas mismas, relacionarse con su familia, sus compañeros y compañeras de trabajo, además de implementar límites basados en los derechos y deberes de la persona (Espinoza, Valverde & Vindas, 2011).

En la tabla 4 se muestra un resumen de los artículos seleccionados de ámbito internacional.

Tabla 4. Resumen de los principales resultados de los artículos internacionales

Estudios de Ámbito Internacional					
Autor / año	Ámbito del estudio	País	Cuestionario / tipo de estudio	Resultados	Estrategias
Mahat, (1996)	Estudiantes de enfermería	Nepal	Descriptivo	El evento estresante que aparece con mayor frecuencia fue la relación interpersonal (50%)	Los estudiantes buscan apoyo social, expresión de deseos y sentimientos negativos.
Admi (1997)	Estudiantes de enfermería	Israel	Nursing Student's Stress Scale (NSSS)	La fuente de estrés radica en el afrontamiento de las prácticas clínicas.	Trabajar para reducir el estrés antes de realizar las prácticas.
Brown & Edelmann (2000)	Estudiantes de enfermería	Inglaterra	Descriptivo	Los estudiantes tenían más estrés anticipatorio de lo que en realidad acaban teniendo.	Sobre la necesidad de entrenar, capacitar a los estudiantes ante esta realidad.
Benítez, Quintero (2001)	Estudiantes de medicina	Chile	Golberg 12 (GHQ)	Delante de exigencias elevadas, presentan mayor nivel de estrés.	Desarrollar mecanismos <i>coping</i> para reducir o manejar el estrés.
Timmins & Kaliszer (2002)	Estudiantes de enfermería	Irlanda	Descriptivo	Fuentes de estrés relacionadas con un currículum exigente con consecuencias emocionales en los estudiantes.	Importancia de preparar a los estudiantes para asumir los retos.

Lo R (2002)	Estudiantes de enfermería	Australia	Instrumento de medida General Health Questionnaire GHQ	Aparecen como estresores importantes los propios estudios de enfermería, por encima de la salud, la familia o la economía.	Desarrollar habilidades centradas en la emoción, revisar el plan de estudios introducir estrategias para reducir el estrés de los estudiantes de enfermería.
Tiwari & Tang (2003)	Estudiantes de enfermería	Hong Kong	Cuantitativo y cualitativo	Las metodologías participativas favorecen el aprendizaje	Aprendizaje en colaboración facilita la motivación y comprensión del proceso.
Gomes de Matos & Carneiro (2005)	Estudiantes de medicina	Brasil	General Health Questionnaire (GHQ)	La estructuración del plan de estudios favorece los disturbios emocionales.	Instaurar metodologías más participativas, adquirir habilidades de comunicación.
Marty et al (2005)	Estudiantes del área de salud	Chile	Encuesta sobre estrés	Un alto porcentaje tiene estrés.	Ayudarles a manejar el estrés a través de talleres, deporte entre otros y su prevención.
Burnard et al (2007)	Estudiantes de enfermería	Gales, Brunei, Republica checa, Malta, Albania	Stress in Nurse Education Questionnaire	Los estudiantes comparten las fuentes de estrés a pesar de diferencias culturales.	

Alves Pires, Sherer & Sherer (2007)	Estudiantes de enfermería	Sao Paulo Brasil	Observación participante	La técnica grupal como recurso a considerar en el proceso E-A.	Un apoyo didáctico delante de cualquier planificación de cambio.
Basso et al (2008)	Estudiantes de enfermería	Chile	KEZKAK	Los factores competenciales aparecen con más estrés.	Apoyar a los estudiantes para disminuir el estrés y favorecer el aprendizaje. Trabajar las cualidades personales del docente.
Ticona (2010)	Estudiantes de enfermería	Brasil	Escala de Estrés de Holmes y Rahe y el Cuestionario de estimación de Afrontamiento COPE	Detectaron un nivel de estrés severo.	Formación básica de afrontamiento, relajación, meditación, musicoterapia entre otros.
Herrera & Rivera (2011)	Estudiantes de enfermería	Chile	Cuestionario Golberg	Experiencias altamente estresantes en las prácticas y escasas estrategias de afrontamiento.	Estrategias viables y sistemáticas favorecedoras de bienestar psicológico en los estudiantes.
Peralta et al (2011)	Estudiantes de enfermería	México	KEZKAK	Los factores más estresantes son la falta de competencia e impotencia e incertidumbre. Más prevalente en las mujeres.	Realizar diseños cualitativos para explorar las circunstancias de los escenarios.

Garza et al (2011)	Personal de enfermería de hospitalización	México	Nursing Stress Scale	Los factores que generan más estrés fueron los relacionados con la muerte y el sufrimiento, la carga de trabajo, la preparación insuficiente, tratamientos.	
Espinoza, Valverde & Vindas (2011)	Personal de enfermería de hospitalización	Costa Rica	Cualitativo fenomenológico	se plantea desarrollar un programa holístico para la vivencia del estrés.	El programa creó un espacio propicio. El grupo terapéutico descubrió sus factores estresores y realizaron cambios y estrategias de afrontamiento.

En la mayoría de los estudios de ámbito internacional analizados se observan experiencias altamente estresantes en las prácticas, con escasas estrategias de afrontamiento. Las áreas donde los estudiantes presentan más dificultades son, la falta de competencia, impotencia e incertidumbre. Los estudiantes, a pesar de vivir en culturas diferentes, comparten las fuentes de estrés y también la propia organización curricular del plan de estudios cuenta como factor generador de estrés. La mayor parte de artículos coinciden en instaurar metodologías más participativas, adquirir más habilidades de comunicación, seguir en la formación sobre técnicas de relajación, meditación o musicoterapia. En definitiva, trabajar para desarrollar habilidades centradas en la emoción, con el objetivo de preparar a los estudiantes para asumir los retos que les esperan como futuros profesionales de enfermería.

Según hemos visto, el desarrollo de las prácticas clínicas se realiza en diferentes contextos según el tipo de demanda y necesidades, con una introducción gradual en el aprendizaje hacia situaciones de alta complejidad. Dentro del contexto hospitalario comporta no tan solo el cambio de ámbito sino también el hecho de que la persona tiene que afrontar situaciones agudas, crónicas, de cambio vital, tratamientos médicos o quirúrgicos, formándose como variables críticas del cuidar (ANECA, 2009).

Los estudiantes reciben de su tutor: estímulo en la observación activa, instrucciones específicas de los aspectos básicos y esenciales de la práctica, entreno en habilidades complejas de forma gradual, empezando por lo más sencillo y *feedback* en el ensayo para corregir errores.

Con este espíritu, el aprendizaje en el prácticum debe representar para el estudiante un espacio abierto, donde pueda interactuar con el profesor, estableciendo una actitud de confianza entre tutor-profesor y estudiante. A mayor confianza en los entornos de trabajo, los impactos emocionales negativos se diluyen y el proceso de aprender se facilita.

Feitosa-Lima (2012) añade “Mucho se ha dicho en la humanización de los cuidados de enfermería. El primer paso para que esto suceda es la humanización de las relaciones”. En definitiva, la calidad de las relaciones humanas.

CAPÍTULO 2: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

En la actualidad el estudio del estrés adquiere un enorme interés desde una perspectiva social y en el enfoque de los sucesos vitales, posibilitando el estudio epidemiológico de grupos sociales y niveles de riesgo, estableciendo estrategias de afrontamiento y de prevención selectiva, lo que supone una orientación en el abordaje más hacia el ámbito social frente a la antigua concepción de la salud (Sandin, 1999).

El interés de la Universidad por ofrecer una enseñanza de calidad supone considerar todas las variables implicadas en el proceso E-A. En esta línea es importante la identificación de los obstáculos y los facilitadores que los estudiantes encuentran en el cumplimiento de sus tareas académicas y la relación de éstos con el bienestar psicológico.

El periodo formativo en la Universidad implica una transición entre el núcleo familiar y una vida independiente, nuevas redes sociales donde los estudiantes se enfrentan a cargas de trabajo. En algunos casos los estudiantes no disponen de control sobre su tiempo personal y tienen posibilidades limitadas de recibir reconocimiento. El hecho de detectar indicios de estrés y proporcionar unos cuidados podría aminorar lo que en última instancia se pueden transformar en un futuro en estrés profesional con consecuencias personales y para las organizaciones (Ayala, 2010).

Debemos destacar que en los estudios revisados, el índice más elevado de estrés lo experimentan las carreras del área de la salud; entre ellas, la titulación de Enfermería es la que presenta los valores más elevados. Los altos niveles de ansiedad durante la práctica clínica en el grado de Enfermería pueden interferir en el aprendizaje y contribuir a una disminución de la salud mental (Melo, Williams & Ross, 2010).

Un elemento importante en la formación de los estudiantes de enfermería lo constituyen las prácticas clínicas, donde aplican sus conocimientos, tomando conciencia de la responsabilidad de cuidar. Es en las prácticas donde tomarán contacto con la realidad y se encontrarán con ambientes que no siempre serán favorables. Puede que se espere de ellos más seguridad y habilidades que todavía no han adquirido. Pueden encontrarse con profesionales muy involucrados y motivados por la docencia y con otros que no respondan a sus expectativas; con quien se preocupa por actualizar sus conocimientos y compartirlos y con otros cuyo quehacer diario viene marcado por la rutina y la repetición de unas formas de trabajo basadas en la inercia (Peiro, 2008).

El estudiante, por su madurez y formación, sabe distinguir aquellos profesionales que desea sean sus modelos a seguir de los que debe rechazar. Para ello es muy importante el papel de los tutores de prácticas, ya que con su seguimiento de los estudiantes, serán los que les ayudarán a resolver las dudas, problemas e interrogantes que se plantean. También estos tutores influirán en la creación de un ambiente propicio para el desarrollo de las prácticas (Peiro, 2008).

Todo ello condicionará la satisfacción o no en sus prácticas, su formación y su compromiso profesional. Podrán encontrarse, por tanto, con ambientes que faciliten su aprendizaje como también con ambientes que les produzcan frustración y angustia (Peiro, 2008).

Desde un ámbito más personal, he sentido desde mi niñez una gran curiosidad por estar con la gente e interactuar con las personas que encuentro a mí alrededor y más adelante identificar y comprender sus vivencias. Aquí se encuentra uno de los motivos del porqué soy enfermera y actualmente ejerciendo de profesora de enfermería, este binomio enfermera-profesora que conjuga tan bien en mi persona.

En los primeros pasos de mi formación como enfermera, mi posición ante el cuidado del enfermo no siempre fue la misma. Han tenido que sucederse diferentes etapas para ir aumentando la comprensión y dimensión del acto de cuidar a la persona ante su vivencia del malestar. Aprendí lecciones que me transmitieron enfermos, profesores, compañeros de trabajo y mi familia. Poco a poco a través de los años y de experiencias personales se fue gestando la motivación por entender cómo prestar unos buenos cuidados desde una perspectiva amplia, teniendo como eje principal lo que significa la enfermedad para cada persona.

Pasados los años, y ya como docente, abordar los cambios que se van generando en los planes de estudio y el acceso a la información, me han hecho comprender, a través de los estudiantes, la necesidad de ir más allá de la mera transmisión de conocimientos.

Mi interés como docente se ha ido encaminando a inculcar a los estudiantes la idea que para ser un buen profesional, no es tan importante acumular cantidad de conocimiento sino calidad en el conocimiento, tener la mente abierta, trabajar la flexibilidad, saber buscar, capacidad para situarse en el mundo, conectar con el otro a través del corazón, cuidar la relación y dejar aflorar la empatía. Ser conscientes de los

posibles problemas relacionales que, de hecho, forman parte de nuestra estructura psíquica. En consecuencia, el conocimiento de uno mismo será una de las tareas imprescindibles para emprender una carrera profesional satisfactoria en el campo de la enfermería tal como nos decía Peplau, (1992).

Reconocer las emociones que se generan cuando interaccionamos con los demás, requiere un trabajo personal que nos facilita el ejercicio de cuidar y nos ayuda a mantener un estado de estabilidad mental imprescindible para el cuidar, acercándonos más a la esencia de la persona.

Watson (1991) apunta, aprendemos a reconocernos a nosotros mismos en los demás. La reacción de los otros ante nuestra interacción, nos devuelve lo que somos como si se tratara de un espejo. La comparación nos muestra lo que somos.

Medina, (1999) nos recuerda cuidar, por tanto, es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la persona y Colliere, (1991) se puede vivir sin tratamientos, pero no se puede vivir sin cuidados. Incluso cuando se está enfermo, ningún tratamiento sabría reemplazar a los cuidados.

Existen diversas razones en la elección del tema de investigación:

Una de las razones fundamentales que nos lleva a analizar el estrés de los estudiantes en las prácticas es la repercusión que tiene el estrés en la salud de la persona y la capacidad de interferencia en la toma de decisiones adecuadas y además ver cómo influyen en esa percepción, las variables sociodemográficas.

Realizar la investigación en los dos últimos cursos del grado de Enfermería, se debe a que los estudiantes, a medida que avanzan en el grado, van adquiriendo conocimientos y recursos para afrontar el estrés, pero también comporta que las competencias prácticas son de mayor complejidad y responsabilidad en los cursos superiores.

El hecho de conocer cuáles son las dificultades que los estudiantes se pueden encontrar y cómo se les puede ayudar a través de un programa de intervención que les dote de estrategias para aplicar en sus prácticas clínicas y posteriormente en el ejercicio de su profesión, es uno de los objetivos principales.

Estrategias que podrían ir desde el desarrollo y la potenciación de las habilidades sociales y de comunicación, para mejorar las relaciones interpersonales (con los pacientes, familiares y el equipo), a habilidades de autocontrol emocional como técnicas de relajación o tolerancia a la frustración. En definitiva, favorecer el aprendizaje y a su vez mejorar el currículo universitario del estudiante, que conlleva a una mejor salud laboral del futuro profesional y en consecuencia una mejor calidad en el cuidado del paciente (Cobo-Cuenca et al., 2010).

Los resultados obtenidos a partir de la elaboración del proyecto final de Máster en Ciencias de la Enfermería en el año 2008-09, pusieron de manifiesto la existencia de unos elevados valores de estrés de los estudiantes en el desarrollo de las prácticas clínicas en la Diplomatura de Enfermería. El poder continuar el estudio con la implantación del grado y conocer de primera mano las vivencias de los estudiantes en sus prácticas como docente responsable de la asignatura Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos, resulta una de las principales motivaciones para seguir investigando sobre el estrés y encontrar elementos que faciliten el aprendizaje de nuevas estrategias y estilos de vida para un mejor afrontamiento de vida como persona y como profesional.

Morano-Báez et al., (2009) destaca que la mayoría de las intervenciones dirigidas a afrontar el estrés en enfermería se han centrado en un nivel más individual dirigido a paliar los efectos del estrés en los profesionales y son escasas las actuaciones a un nivel organizacional para reducir la presencia de estresores. Como consecuencia, las intervenciones han mostrado una efectividad limitada.

El estrés está presente en nuestro día a día, lo que hace que cada vez se le preste una atención creciente. Es conocido que en sus periodos de prácticas los estudiantes están en contacto con situaciones altamente estresantes, que pueden llegar a repercutir en su rendimiento académico, en su salud y su bienestar. Ante este planteamiento se considera importante estudiar el nivel de estrés que perciben los estudiantes en sus prácticas para así poder abordarlo.

Con esta idea como telón de fondo, pretendemos emprender el estudio del estrés de los estudiantes de grado de enfermería en las prácticas clínicas, realizando las siguientes preguntas para su justificación:

¿Las prácticas clínicas generan estrés en los estudiantes del grado de enfermería?

¿Cuáles son los factores desencadenantes de este estrés?

¿Cuáles son las preocupaciones que experimentan los estudiantes del grado de enfermería en las prácticas clínicas?

¿Puede ser efectivo diseñar un programa de intervención?

Ello nos permitirá identificar las posibles respuestas estresantes ante situaciones vivenciales intensas en las prácticas clínicas, lógicamente, para abordarlas y reconducirlas, y así articular “el saber ser con el saber conocer, el saber hacer con el saber convivir.

La tarea de capacitar, como descubrimiento de posibilidades existenciales trasciende el marco de salud y tiene mucho que ver con la tarea de educar. Al fin y al cabo, el proceso de educar, de formar integralmente a un ser humano desde todas las perspectivas y dimensiones, es capacitarle para enfrentarse a la ardua tarea de ejercer el oficio de ser persona en sociedad (Torralba, 2002).

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

CAPÍTULO 3: OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN E HIPOTESIS

Fase 1 “Diagnóstica”

3.1. Objetivo general

Analizar el impacto de las prácticas clínicas sobre el nivel de estrés que experimentan los estudiantes de grado de enfermería de la URV.

3.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería de la URV.
2. Identificar los factores causantes de estrés que experimentan los estudiantes previo a la realización de las Prácticas Clínicas Hospitalarias I en los tres Campus de Enfermería.
3. Analizar si existe relación entre las diferentes variables sociodemográficas y los factores estresores antes de realizar las prácticas clínicas.
4. Comparar los factores causales de estrés de los estudiantes de enfermería de la URV previo y posterior a la realización de las Prácticas Clínicas Hospitalarias I.

Fase 2 “Intervención y efectividad”

3.3. Objetivo general

Diseñar, implementar y analizar la efectividad de un programa de intervención dirigido a minimizar el estrés en los estudiantes de grado de enfermería de la URV.

3.4. Objetivos específicos

5. Diseñar un programa de intervención que proporcione recursos para enfrentarse a las situaciones estresantes.
6. Identificar las preocupaciones que experimentan los estudiantes antes de la realización de las prácticas.
7. Explorar las vivencias que experimentan los estudiantes durante las prácticas clínicas.
8. Comparar el grado de estrés percibido pre y post intervención...
9. Comparar el nivel previo y posterior de estrés que experimentan los estudiantes tras implementar el programa de intervención.
10. Valorar la satisfacción de los estudiantes con los recursos programados en la intervención efectuada.

3.5. Hipótesis

Los estudiantes de grado de Enfermería experimentan niveles de estrés elevados.

Los estudiantes del grado de Enfermería que participan en el programa de intervención disminuirán el nivel de estrés percibido.

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se ha desarrollado en dos fases, una primera a la que hemos denominado “diagnóstica”, y que una vez desarrollada y analizada dará paso a una segunda fase llamada “intervención y efectividad”; en la que se diseñará una intervención, se implementará y se evaluará su efectividad.

A continuación describiremos la metodología para llevar a cabo este estudio.

4.1. Tipo y diseño del estudio

Se ha elegido trabajar mediante metodología mixta, por una parte a través de un paradigma empírico analítico con el propósito de explicar, relacionar y predecir variables, guiados por una metodología cuantitativa, con el uso de cuestionarios.

Y por otra parte, para poder abordar aspectos más vivenciales, actitudinales y de percepción de los estudiantes, se ha seguido la técnica de grupo focal como opción metodológica cualitativa por las características de su procedimiento de trabajo.

Se ha diseñado un estudio analítico cuasiexperimental pre y post intervención longitudinal que se ha llevado a cabo con estudiantes de grado de enfermería de la URV.

La fase 1, “diagnóstica” transcurrió durante el curso académico 2012-2013. En ella se realizó un diagnóstico de la situación sobre el nivel de estrés que experimentaban los estudiantes de tercer curso de enfermería de los tres campus de la URV, antes y después de la realización de las prácticas clínicas.

Una vez analizados los resultados se decidió intervenir en el grupo de estudiantes con niveles de estrés más elevados. Para ello se diseñó la fase 2 del estudio "intervención y efectividad" llevado a cabo durante el curso académico 2013-2014. Se diseñó y programó una intervención y se realizó un estudio piloto. Gracias al seguimiento del estudio piloto se obtuvieron datos a través de la administración del cuestionario antes y después de la realización de las prácticas. La intención del cuestionario era la de poder identificar los factores causales del estrés y así diseñar un programa de intervención que se implementará y se comprobará si ayuda a disminuir el estrés después de la realización de las prácticas. Se explorarán las vivencias experimentadas por los estudiantes mediante su discurso.

4.2 Contexto y ámbito de estudio

El contexto donde se ha llevado a cabo la investigación ha sido en la Facultad de Enfermería con los estudiantes de grado de Enfermería de la URV.

La facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili está ubicada en tres campus, donde se imparte el grado de Enfermería: Campus Terres de l'Ebre (CTE), Seu Baix Penedés (SBP) y Campus Catalunya (CC). La oferta de plazas de nuevo acceso es de 75 al CTE, 40 a SBP y 85 al CC sumando un total de 200 nuevas plazas ofertadas anualmente. En total hay unos 800 estudiantes de grado entre los cuatro cursos de grado.

El plan de estudios de este grado se articuló con metodologías innovadoras ya que la facultad siempre ha apostado por la innovación docente que fomenta la participación activa de los estudiantes.

Referente al profesorado, el Departamento de Enfermería cuenta con una plantilla de 26 profesores a tiempo completo, 4 profesoras eméritas y 103 profesores asociados a tiempo parcial.

4.3. Población objeto de estudio

La población objeto de estudio fueron los estudiantes de grado de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili, en sus tres campus.

Los estudiantes objeto de estudio incluidos en las dos fases de la investigación fueron seleccionados por conveniencia, mediante muestreo no probabilístico, teniendo como criterio principal la facilidad de acceso a los estudiantes de Enfermería por parte de la investigadora.

Previamente a la selección se informó a los estudiantes de la experiencia. Se les ofreció la posibilidad de participar o no en el estudio. También se informó a las docentes responsables de las asignaturas implicadas.

En la fase 1, "diagnóstica" la población estuvo compuesta por los estudiantes de tercer curso matriculados durante el curso 2012-13 en la asignatura de Prácticas Clínicas Hospitalarias I en la Facultad de Enfermería del Campus Terres de l'Ebre (CTE), Seu Baix Penedés (SBP) y Campus Catalunya (CC) de la URV con un total de 194 matriculados.

En la fase 2, "intervención y efectividad" la población estuvo formada por los estudiantes de cuarto curso matriculados en la asignatura del Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos de la Facultad de Enfermería del Campus Terres de l'Ebre de la URV (2013-14) con un total de 63 matriculados.

Formaron parte del estudio todos los estudiantes que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Fase 1 "Diagnóstica:

- Estudiantes que firmaron el consentimiento informado, matriculados durante el curso 2012-13 en la asignatura Prácticas Clínicas Hospitalarias I de tercer curso de la Facultad de Enfermería del CTE, SBP y CC de la URV.

Fase 2 "Intervención y efectividad":

- Estudiantes que habían participado en la fase diagnóstica durante el curso (2012-13).
- Estudiantes que firmaron el consentimiento informado, matriculados en el curso 2013-14 en la asignatura Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos de cuarto curso del CTE.

Criterios de exclusión en las dos fases del estudio:

- Estudiantes que no aceptaron participar en el estudio.
- Estudiantes que por razones de carácter personal no les resultaba cómoda la participación.
- Estudiantes repetidores.
- Estudiantes que cursaron la asignatura de Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos de cuarto curso en otros Campus de la Facultad de Enfermería de la URV.
- Estudiantes que formaron parte de programas de movilidad.

4.4. Variables objeto de estudio

Las variables objeto de estudio se agruparon en dos bloques: las variables relacionadas con las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería y las variables relacionadas con los estresores que tienen los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.

Las variables relacionadas con las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería por ser variables mediadoras que determinan los recursos de afrontamiento del estrés.

1. Variables sociodemográficas:

- Edad: años en el momento del estudio.
- Sexo: Mujer y hombre.
- Trabajo: si actualmente desempeña trabajo o no.
- Pareja: si dispone de pareja o no.
- Personas a su cargo: número de personas a su cargo, de 0 a 3.
- Residencia en el domicilio familiar: si reside en el domicilio familiar o no.
- Dispone de beca: sí o no.

2. Variables relacionadas con el estrés percibido

- Grado de estrés

Y variables relacionadas con los 9 factores del cuestionario KEZKAK utilizado para identificar los estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas:

- Falta de competencia
- Contacto con el sufrimiento
- Relación con tutores y compañeros
- Impotencia e incertidumbre
- No controlar la relación con el enfermo
- Implicación emocional
- Dañarse en la relación con el enfermo
- El enfermo busca una relación íntima
- Sobrecarga

Variables relacionadas con la satisfacción de los recursos.

4.5. Fuentes de información e instrumentos de medida.

En este apartado se describen las fuentes de información y los diversos instrumentos que se han utilizado para recoger los datos de la investigación en las dos fases del estudio.

4.5.1. Instrumentos de recogida de datos de la Fase 1 “diagnóstica”

4.5.1.1. Formulario de recogida de datos

Antes de la realización de las prácticas se obtuvo información a través de:

Se elaboró un formulario *ad hoc* para recoger las variables que hacen referencia a las características sociodemográficas, se incluyeron aquellas variables consideradas significativas y necesarias para el desarrollo de la investigación. Este formulario junto al cuestionario KEZKAK se utilizó en catalán y en formato digital google forms para facilitar su respuesta, además se codificó para poder garantizar el anonimato y aparearlo, en las dos medidas pre y post (anexo 3).

4.5.1.2. Cuestionario KEZKAK

Para conocer hasta qué punto algunas situaciones de la práctica clínica son estresantes para los estudiantes de enfermería y su mantenimiento o variación a lo largo del tiempo, resultó de gran utilidad disponer de un instrumento de medida.

El instrumento elegido fue el cuestionario KEZKAK diseñado para valorar las variables relacionadas con los estresores que tienen los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas, validado y adaptado a la población española (Zupiria, 2003a) (anexo 4).

Se trata de un cuestionario bilingüe (castellano-euskera) KEZKAK desarrollado por Zupiria y colaboradores, docentes de la Escuela Universitaria de Enfermería de Donostia de la Universidad del País Vasco, y adaptado al catalán por el profesor Tomás Sábado (anexo 5).

Este cuestionario mide los estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas, se trata de un cuestionario de 41 ítems, que plantea situaciones potencialmente estresantes que pueden darse con frecuencia en las prácticas clínicas de los estudiantes de enfermería. Paralelamente la medición del estrés, también sirve para detectar lo que sigue siendo estresante o lo que el estudiante no valora como estrés, a medida que adquiere experiencia. Previamente a la utilización del instrumento se solicitó autorización a los autores.

El cuestionario original presenta una alta consistencia interna (α de Cronbach, 0,95), una fiabilidad considerable (0,72 a los dos meses y 0,68 a los seis meses), y una validez concurrente aceptable (0,39 con ansiedad-rasgo). El análisis factorial lanza nueve factores que tienen una alta consistencia interna y explican el 64,4% de la varianza.

Las preguntas fueron planteadas de la siguiente manera: ¿Hasta qué punto te preocupas de las prácticas clínicas?: los 41 ítems del cuestionario están agrupados en nueve factores o subescalas, para dar idea de lo que más les preocupa a los estudiantes (Zupiria, 2003a).

En la tabla 5 se muestran los nueve factores del cuestionario que indican las distintas fuentes de estrés y la puntuación obtenida en cada categoría. Tiene unos rasgos diferentes debido a que cada uno de estos factores está constituido por diferente número de ítems. Para poder distinguir qué categorías se perciben como más estresantes, se ha obtenido en cada categoría una puntuación ponderada (se ha dividido la puntuación obtenida por el número de ítems de cada categoría). El estudiante escoge entre cuatro posibles respuestas de una escala tipo Likert: (0 nada, 1 poco, 2 bastante y 3 mucho). Se ha considerado estrés en todos aquellos ítems que obtuvieron una puntuación media, igual o superior a 1,5 (Zupiria, 2003a) (anexo 4).

Tabla 5. Nueve factores estresores **KEZKAK**, según Zupiria (2003a)

Factor 1	Preocupaciones en torno a las ideas de dañar o no poder ayudar al enfermo, o de resultar dañado por falta de competencia
Factor 2	Situaciones de contacto con el sufrimiento
Factor 3	Relación con los tutores y compañeros
Factor 4	Sentir impotencia e incertidumbre
Factor 5	No controlar la relación con el enfermo
Factor 6	Implicación emocional tanto con el paciente como con el trabajo
Factor 7	Dañarse en la relación con el enfermo
Factor 8	El enfermo busca una relación íntima
Factor 9	Situaciones de gran demanda para el estudiante, sobrecarga

4.5.2. Instrumentos y técnicas de recogida de datos de la Fase 2 “Intervención y efectividad”

En la fase 2, al formulario de recogida de variables sociodemográficas utilizado en la fase 1, se incluyó la valoración del estrés percibido antes de realizar las prácticas con una escala tipo Likert de 0 a 5 considerando que el 1 es el mínimo y el 5 es el máximo estrés percibido. También se solicitó a los estudiantes que expresaran sus preocupaciones ante la pregunta “¿Qué es lo que más te preocupa antes de realizar las prácticas?” de tipo pregunta abierta (anexo 6).

Se diseñó un cuestionario postintervención del tipo formulario *ad hoc* que fue administrado después de realizar las prácticas tras realizar la intervención con el que se obtuvo información sobre (anexo 7):

- Valoración de los diferentes recursos programados y con la intervención en general (seminarios, recursos moodle, ejercicios de relajación...), a través de una escala tipo Likert de 0 a 10 considerando el 0 como nada útil y el 10 como muy útil, también se dejó un espacio abierto para que los estudiantes hicieran sus aportaciones.
- Valoración del grado de estrés percibido, mediante una escala tipo Likert de 0 a 5 considerando que el 1 es el mínimo y el 5 es el máximo estrés percibido. Para la medición del grado de estrés percibido después de realizar las

prácticas y tras la intervención, también se pidió a los estudiantes que realizaran propuestas de mejora, mediante un espacio abierto.

Se administró el cuestionario KEZKAK pre y post al desarrollo de las prácticas y la intervención, igual que en la fase 1.

Grupos focales (GF)

Se decidió explorar las vivencias de los estudiantes durante la realización de las prácticas. Para ello se utilizó el grupo focal como técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador (Escobar & Bonilla-Jiménez, 2009).

Es una estrategia metodológica con un abordaje cualitativo viable para ser aplicada en enfermería, pues valora las experiencias de cada participante. Es un proceso dinámico, no busca consensos, es hacer que surjan vivencias, actitudes, sentimientos, creencias, experiencias y reacciones en los participantes de modo que estos pueden mantener opiniones iniciales, cambiarlas, o adoptar nuevas ideas a partir de las reflexiones del grupo (Donaduzzi et al., 2015).

El GF se caracteriza por ser un grupo de discusión que posibilita el diálogo sobre un asunto especial vivido, compartido mediante experiencias comunes, a partir de estímulos específicos (Pope, 2009, citado por Donaduzzi, 2015).

En la investigación se constituyeron 3 grupos compuestos entre 8 y 10 estudiantes, en función de la organización. El grupo de estudiantes estuvo conducido por una moderadora, la investigadora principal, donde se conversó de forma libre y espontánea en relación al tema de estudio. Se solicitó autorización escrita para grabar las sesiones (anexo 8).

El grupo fue orientado sobre la importancia de no hablar al mismo tiempo evitando discusiones paralelas, a fin de facilitar la posterior transcripción de las conversaciones extraídas de la grabadora digital. Las sesiones grabadas, posteriormente fueron transcritas literalmente con el consentimiento de los participantes. La investigadora principal fue quien guio la técnica, iniciando la sesión con una pregunta orientadora dirigida al grupo. Por ejemplo, “¿Me podríais hablar de situaciones estresantes vividas por vosotros en las prácticas...?” A través de esta pregunta se intenta dar respuesta a

los interrogantes del estudio y enfocar la utilización de esta técnica de recogida de datos para alcanzar los objetivos planteados.

Las sesiones tuvieron lugar en una pequeña y confortable sala de reuniones libre de ruido en el área docente del Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC), por ser el hábitat natural donde transcurría la experiencia. Las sesiones tuvieron una duración máxima de dos horas, los participantes se sentaron en círculo para facilitar el campo de visión y la interacción con el grupo.

En todos los encuentros se procuró un ambiente que favoreciera la comunicación clara de sus vivencias sin reservas. Se informó sobre la libertad para expresar sus consideraciones sobre el tema específico. El grupo fue orientado sobre la importancia de que todas las experiencias eran válidas e importantes, en cada experiencia no se hizo ninguna manifestación de sorpresa ni rechazo o aprobación.

Siguiendo las recomendaciones de Ulan, Robinson i Tolley, para evitar sesgos en las repuestas, se intentó utilizar preguntas abiertas, para no emitir juicios de valor, hablando de forma clara y evitando toda sugerencia de que una respuesta pudiera ser más conveniente que otra. Todo esto se llevó a cabo con la finalidad de no inducir a respuestas deseadas (Ulan, Robinson & Tolley, 2006) (anexo 9).

La recopilación de datos se llevó a cabo hasta la saturación de los mismos, cuando la información se repetía y no aportaba ningún valor interpretativo adicional (Sandelowski, 2008; Saumure, & Guiven, 2008). Es decir cuando se reunieron pruebas y evidencias suficientes para garantizar la credibilidad de la investigación (Morse, 2003). Se logró alcanzar cuando la redundancia o la duplicación de ideas fueron apareciendo, obteniendo la misma información o similar sin aportaciones de nuevas ideas.

4.6. Aspectos éticos en la investigación

Busquets (2008) hace referencia al sentido etimológico de la ética. La ética comprende costumbres, hábitos, carácter, manera de ser adquirida, lo que civilizaciones antiguas denominaban segunda naturaleza. La ética conduce al compromiso que toda persona adquiere para forjarse un buen carácter que le permita vivir bien, que le permita alcanzar una “buena vida”. Es importante reconocer que la libertad es la condición de posibilidad de la ética, sin libertad no hay ética (Busquets, 2008).

4.6.1 Consideraciones generales

Previamente al inicio del estudio, se solicitó la autorización del autor del cuestionario original para poder realizar la investigación, la valoración fue favorable y se interesó por los resultados de la investigación (anexo 10).

También se solicitó la autorización del autor de la traducción al catalán del cuestionario (anexo 11).

El estudio cuenta con el consentimiento y apoyo de la Decana de la Facultad de Enfermería de la URV (anexo 12).

El planteamiento del estudio contempla aspectos éticos como el consentimiento informado de los estudiantes y la autorización de grabar los grupos de discusión (anexo 8).

También se informó a los profesores responsables de las asignaturas implicadas.

4.6.2. Evaluación beneficio-riesgo

La participación en las dos fases del estudio no tenía posibilidades de generar ningún riesgo en los estudiantes de enfermería ante la realización de las prácticas clínicas.

El único riesgo o incomodidad de participar en el estudio era el hecho que los estudiantes tenían que dedicar un máximo de 30 minutos para contestar los cuestionarios en los seminarios de inicio y finalización de las prácticas, con el objetivo de evitar cualquier interferencia durante la realización de las mismas.

La primera fase del estudio nos permitió evaluar los estresores que experimentan los estudiantes, nos proporcionó información para poder planificar el programa de intervención relacionado con los factores que experimentan valores más elevados de estrés para poderlos abordar.

En la segunda fase los estudiantes dedicaron más tiempo a la participación del estudio, pues se trataba de seguir obteniendo datos y a la vez participar en el pilotaje de un programa de intervención y poder comprobar su efectividad.

Durante todo el estudio quedó explícita la libertad de participación. El estudiante que por cualquier razón deseó salir del estudio, pudo abandonarlo sin que ello representara ninguna consecuencia sobre sus prácticas ni sus calificaciones.

4.6.3 Confidencialidad de los datos

Para garantizar la confidencialidad de los datos del estudio, solo tuvo acceso la investigadora principal y las profesoras que colaboraron en la obtención de datos. A los estudiantes se les informó de los objetivos y las condiciones de participación. Se les aclararon todas las dudas que pudieran surgir y se invitó a los estudiantes a participar en el estudio (consentimiento informado) y se aseguró el anonimato a sus participantes (anexo 8).

Para preservar el anonimato se estableció un código que consistió en la dos primeras letras del nombre del padre, las dos primeras letras del nombre de la madre y los dos últimos dígitos del año de nacimiento del estudiante, para marcar el cuestionario. De esta forma se conserva el anonimato y aseguramos el poder aparear el cuestionario con el paso del tiempo ya que se trata de un diseño longitudinal pre y post prácticas.

Se aseguró que los resultados obtenidos se utilizarían exclusivamente para los fines de la investigación, y en ningún caso se revelarían las identidades de los participantes. Los datos obtenidos recibieron un tratamiento estrictamente confidencial de acuerdo a la disposición de la ley orgánica 15/1999 a 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. Todos los registros y su correspondiente consentimiento informado están debidamente custodiados por el investigador.

4.7. Procedimiento y recogida de datos

Una vez descrita la metodología utilizada, se explicará el procedimiento seguido para la recogida de datos.

El trabajo de campo se realizó durante dos cursos académicos consecutivos del 2012-2013 al 2013-2014.

El procedimiento para la obtención de los datos se realizó de la siguiente manera:

Se informó del proyecto de investigación a la Decana de la Facultad y a la Directora del Departamento de Enfermería y se obtuvo la autorización para poder iniciarlo.

En la fase 1 “Diagnóstica”, del curso académico 2012-2013, se estableció contacto e informó a las coordinadoras de las asignaturas de las Prácticas Hospitalarias I de los tres campus CTE, SBP y CC de la URV para consensuar la información que se daría a los estudiantes en el proceso de obtención de datos que se realizó a través de los

seminarios programados en la asignatura, por considerarse esta la forma más cómoda para los estudiantes. Se dio opción a los estudiantes en todo momento de aclarar dudas y de participar o no en el estudio. Los estudiantes interesados firmaron el consentimiento informado. Fue la misma investigadora principal la que informó e invitó a colaborar a los estudiantes a la investigación que tiene como objetivo el estudio del estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas.

Antes de la realización de las prácticas se obtuvieron los datos a través de la implementación del cuestionario de elaboración propia sobre datos sociodemográficos y el cuestionario de percepción de estrés en las prácticas clínicas KEZKAK, ambos en formato digital a través del espacio Moodle de la asignatura. Recordar una vez más que este cuestionario estaba codificado.

Después de la realización de las prácticas se les pidió que volvieran a contestar el cuestionario de percepción de estrés en las prácticas clínicas KEZKAK.

Los resultados analizados mostraron que en el CTE los estudiantes presentaban unos niveles más altos de estrés que en el SBP y en CC.

Los resultados permitieron reflexionar sobre cuáles eran las situaciones en las que los estudiantes experimentaban más percepción de estrés y en qué campus se experimentaban los valores más elevados.

El diseño del programa de intervención se articuló a partir del análisis de los datos obtenidos del cuestionario KEZKAK, y la literatura revisada, una vez puestos de relieve aquellos factores en que los estudiantes experimentan niveles más altos de estrés.

La segunda fase "Intervención y efectividad" se centró en el CTE, en el diseño del programa de intervención y la posterior implementación del programa y pilotaje de la intervención. Esta fase se desarrolló durante el curso académico 2013-2014. El diseño de la intervención se detallará en el apartado de resultados por ser uno de los objetivos planteados en esta tesis. Pero podemos avanzar que se diseñó a partir del análisis de los resultados y la revisión efectuada, y está dirigida a minimizar aquellos factores que obtuvieron puntuaciones más elevadas. La intervención se realizó en seminarios presenciales de la asignatura mediante recursos complementarios diseñados y disponibles en el espacio Moodle.

Una vez diseñada la intervención, se presentó a las profesoras de la asignatura y se informó a los estudiantes.

Se invitó a los estudiantes a seguir participando en el programa de intervención con el objetivo de mejorar el afrontamiento al estrés que presentaban en las prácticas clínicas y especialmente en unidades de alta complejidad como son las prácticas de cuarto curso que se realizan en unidades de críticos (Unidades de Cuidados Intensivos, reanimación, urgencias).

Se siguió el mismo procedimiento de recogida de información que en la fase anterior, dando opción en todo momento a aclarar dudas y a salir del estudio en caso de no querer seguir participando.

Se entregó a todos los estudiantes una hoja donde quedaba explicitado el consentimiento informado a participar en el programa de intervención diseñado.

Antes de realizar las prácticas, en un primer seminario del programa de intervención se recogió información a través del espacio Moodle sobre:

- Las características sociodemográficas de la muestra
- Cuestionario KEZKAK sobre la percepción de estrés en las prácticas clínicas.
- El grado de estrés que experimentan los estudiantes antes de realizar las prácticas
- Lo que más les preocupa a los estudiantes.

En cada ciclo de prácticas se invitó a los estudiantes que lo desearan, a participar en el grupo focal. Se formaron tres grupos, constituidos entre 8 y 10 estudiantes. Coincidiendo con el ciclo de prácticas en las unidades de críticos, se programó un día, una hora y un espacio para registrar las sesiones previa autorización. Las sesiones fueron conducidas por la responsable de la investigación, tuvieron una duración de entre 90 y 120 minutos y posteriormente se transcribieron para analizar su contenido.

Al finalizar las prácticas, se realizará un tercer seminario del programa de intervención en el que se valoran:

- Los recursos de la intervención.
- El grado de estrés percibido que experimentan los estudiantes después de la realización de las prácticas.
- La percepción de estrés en las prácticas clínicas KEZKAK.
- Propuestas de mejora de los propios estudiantes.

Con este diseño en dos fases se han podido obtener datos de cómo afecta la realización de las prácticas a los estudiantes de tercer curso, analizar y tomar nota de la situación que corresponde a la fase diagnóstica y continuar el estudio.

Disponer de una evaluación inicial y una evaluación final de los factores estresores mediante el cuestionario KEZKAK, nos permitió poder comprobar la efectividad del programa de intervención diseñado y también nos permitió implementarlo como prueba piloto en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas en las unidades de críticos.

A continuación se muestran 2 figuras resumen del procedimiento de recogida de datos (figura 1 y 2).

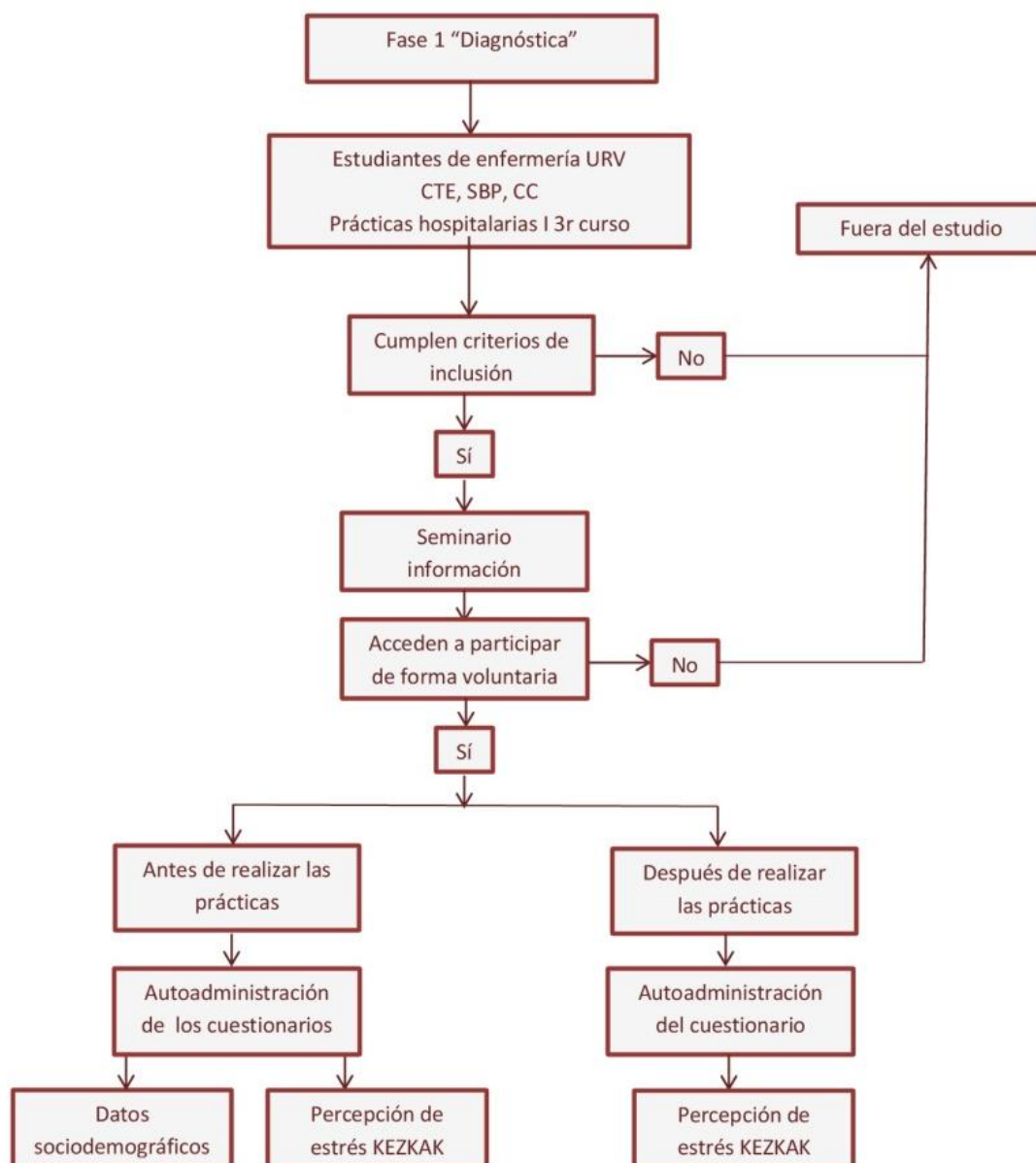


Figura 1. Procedimiento de recogida de datos de la fase "Diagnóstica"

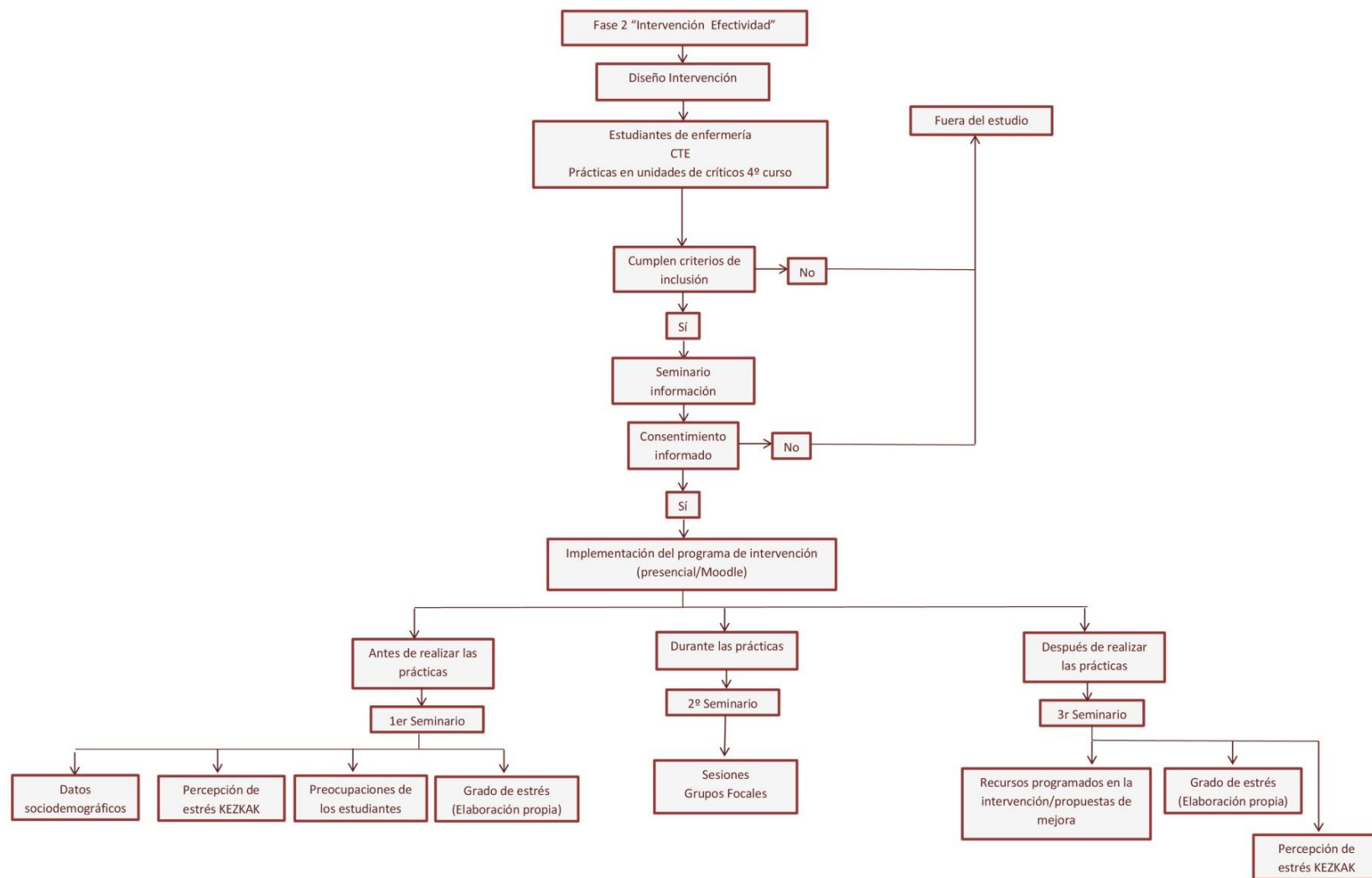


Figura 2. Procedimiento de recogida de datos de la fase "Intervención y efectividad"

4.8. Análisis de los datos

4.8.1 Análisis de datos cuantitativos en las dos fases del estudio

Se identificaron y analizaron los datos relacionados con las características sociodemográficas y los estresores que padecen los estudiantes de enfermería en las Prácticas Clínicas Hospitalarias I en los tres Campus de la URV.

Una vez administrados y recogidos los cuestionarios KEZKAK se procedió al análisis de los datos utilizando un paquete estadístico informático SPSS v18.0 para Windows.

Las variables cualitativas se describieron mediante la frecuencia y los porcentajes, y las variables cuantitativas se describieron a través de la media (\bar{X}) y la Desviación Standard (DE). La relación entre las variables se ha realizado mediante la prueba de comparación de medias t-student para muestras relacionadas. En la fase 1, para comparar las puntuaciones de estrés entre los diferentes campus, se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) y el análisis *Post Hoc* de Scheffé.

Se ha considerado que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación (p) es $\leq 0,05$.

4.8.2 Análisis de datos cualitativos

En el proceso de análisis de los datos obtenidos, en un principio se llevó a cabo la transcripción de las grabaciones del GF en un editor de texto. Este texto constituyó el corpus de la investigación.

Se obtuvo una gran diversidad de datos de las sesiones. En el análisis de los datos se organizó el material y se optó por filtrar los que se aproximaban a las categorías/factores KEZKAK de acuerdo a la temática de estudio, de modo que los datos fueron organizados por aproximación a dichas categorías. En esta fase se llevan a cabo operaciones de recorte de texto en unidades comparables a las categorías para análisis temático (Bardin, 2009).

Siguiendo las recomendaciones de Bardin (2009), los datos fueron transformados de forma organizada y agregados en unidades, las cuales permiten una descripción de las características relacionadas con el contenido. En esta etapa, el primer paso fue encontrar los temas que fueron surgiendo del material analizado, que constituyeron las unidades de registro/significancia (UR).

El nivel progresivo de reducción y estructuración teórica se llevó a cabo a través de la segmentación e identificación de las UR. Cada unidad de registro se fue incluyendo en la categoría correspondiente.

El proceso de análisis fue concurrente con la recogida de datos, sistemático y comprensible lo que da a entender el carácter holístico de la investigación cualitativa.

Destacamos de acuerdo con Bardin (2009) que, aunque el análisis cualitativo no esté basado en la frecuencia con que aparece una característica de contenido en el texto sino en la presencia y en el significado, fueron consideradas la frecuencia y la regularidad con que aparecían las UR en el GF, pues la propia frecuencia de aparición tiene un significado que cabe considerar. No obstante, resaltamos que para el proceso de análisis, la inferencia fue fundada en la presencia de palabras, temas, frases y sus significados, y no en la frecuencia de su aparición (Bardin, 2009).

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

RESULTADOS

Fase 1 “Diagnóstica”

Estos resultados corresponden a los datos extraídos de los estudiantes matriculados en la asignatura Prácticas Clínicas Hospitalarias I de tercer curso, en los tres campus de estudio: el Campus Terres de l'Ebre (CTE), Seu Baix Penedès (SBP), y el Campus Catalunya (CC), de la Universitat Rovira i Virgili (URV).

De un total de 194 estudiantes matriculados contestaron el cuestionario antes de realizar las prácticas 125 (64,4%) estudiantes distribuidos de la siguiente manera CTE (43), SBP (18) y CC (64) (Tabla 6).

Después de realizar las prácticas se volvió a implementar el cuestionario a los mismos estudiantes, logrando aparear, a través del código establecido, a 55 estudiantes de los tres campus CTE (24), SBP (11) y CC (20) (Tabla 6).

Tabla 6. Muestra definitiva de estudiantes

Campus	Muestra/estudiantes (antes de realizar las prácticas)	Muestra/estudiantes (después de realizar las prácticas)
CTE	43	24
SBP	18	11
CC	64	20
Total	125	55

Se han organizado los resultados obtenidos relacionándolos con los objetivos establecidos para facilitar la lectura de los mismos.

Resultados del objetivo 1: *Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería de la URV.*

En el análisis de las principales características sociodemográficas de los 125 estudiantes matriculados en la asignatura de Prácticas Clínicas Hospitalarias I que contestaron el cuestionario de elaboración propia, la media de edad es de 26,0±7,5 años (21-55). Tal como muestra la tabla 7, la mayoría son mujeres (84,7%), un 61% no trabajan, la mayoría no tienen personas a su cargo, un 59 % residen en el domicilio familiar y un 62% no disponen de beca.

Tabla 7. Resultados de las variables sociodemográficas CTE, CC y SBP

Variables sociodemográficas	N	%
Sexo		
Mujer	105	84,7
Hombre	19	15,3
Trabajo		
Sí	48	39,0
No	75	61,0
Pareja		
Sí	36	28,8
No	89	71,2
Personas a su cargo		
0	87	77,7
1	10	8,9
2	10	8,9
3	5	4,5
Residencia en el domicilio familiar		
Sí	74	59,7
No	50	40,3
Dispone de beca		
Sí	47	37,9
No	77	62,1

Resultados del objetivo 2: *Identificar los factores causantes de estrés que experimentan los estudiantes previo a realizar las Prácticas Clínicas Hospitalarias I en los tres Campus de Enfermería de la URV.*

En la tabla 8 se expresan los resultados de la relación de la percepción de estrés de los estudiantes de enfermería antes de la realización de las prácticas clínicas en los tres Campus.

La percepción de estrés antes de realizar las prácticas es considerablemente alta. En todos los factores estudiados se aprecian valores más elevados en los estudiantes del CTE, presentando diferencias estadísticas significativas, en los tres campus.

Destacar que el estrés previo en todos los factores, excepto en el F 9, es superior en los estudiantes de CTE.

En los tres campus el valor más elevado de estrés se presenta en el F1 “falta de competencia” y el segundo más elevado es el F4 “impotencia y incertidumbre”, aunque en la SBP el segundo factor más elevado coincide con el valor obtenido por el F3 “relación con los tutores y compañeros”.

Tabla 8. Relación de los estresores de los estudiantes en los CTE, SBP , CC

Factor	Terres de l'Ebre	Baix Penedès	Catalunya	P*
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	2,3±0,5	1,7±0,7	1,8±0,6	<0,0001
F2. Contacto con el sufrimiento	1,8±0,5	1,3±0,5	1,5±0,5	0,002
F3. Relación con los tutores y compañeros	2,0±0,5	1,6±0,7	1,7±0,5	0,036
F4. Impotencia y incertidumbre	2,2±0,3	1,6±0,6	1,8±0,5	<0,0001
F5. No controlar la relación con el enfermo	1,9±0,5	1,4±0,5	1,6±0,4	0,008
F6. Implicación emocional	1,7±0,5	1,3±0,6	1,5±0,5	0,047
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,9±0,5	1,3±0,7	1,5±0,7	0,003
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,7±0,8	0,9±0,6	1,2±0,8	0,002
F9. Sobrecarga	0,7±0,4	1,3±0,5	1,5±0,5	0,023

*ANOVA

Resultados del objetivo 3: *Analizar si existe relación entre las diferentes variables sociodemográficas y los factores estresores antes de realizar las prácticas clínicas.*

Las tablas 9 y 10 muestran la relación entre las diferentes variables sociodemográficas y las puntuaciones de los nueve factores del cuestionario KEZKAK en los estudiantes incluidos en el estudio.

En la tabla 9 observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo en las puntuaciones de los factores F1 "falta de competencia", F2 "contacto con el sufrimiento", F4 "impotencia e incertidumbre", F5 "no controlar la relación con el enfermo", F9 "sobrecarga", de manera que son las mujeres las que presentan valores más elevados de estrés.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que trabajan y los que no lo hacen en los factores F1 "falta de competencia", F2 "contacto con el sufrimiento", F3 "relación con tutores y compañeros", F4 "impotencia e incertidumbre", F5 "no controlar la relación con el enfermo", presentando valores más elevados de estrés, aquellos estudiantes que NO trabajan.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que tienen pareja y los que no, en los factores F2 "contacto con el sufrimiento", y F5 "no controlar la relación con el enfermo", presentando valores más elevados de estrés las personas que NO tienen pareja.

Tabla 9. Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estresores

Factores	Sexo		P	Trabajo		P	Pareja		P
	Hombre	mujer		Sí	No		Sí	No	
	$\bar{X} \pm$	$\bar{X} \pm$		$\bar{X} \pm$	$\bar{X} \pm$		$\bar{X} \pm$	$\bar{X} \pm$	
	DE	DE		DE	DE		DE	DE	
F1. Falta de competencia	1,6±0,6	2,0±0,6	0,021	1,7±0,6	2,0±0,6	0,017	1,8±0,7	1,9±0,6	ns
F2. Contacto con el sufrimiento	1,2±0,5	1,6±0,5	0,003	1,4±0,5	1,6±0,5	0,045	1,3±0,6	1,6±0,5	0,013
F3. Relación con tutores y compañeros	1,6±0,7	1,8±0,5	ns	1,5±0,6	1,9±0,4	0,001	1,6±0,7	1,8±0,5	ns
F4. Impotencia e incertidumbre	1,6±0,6	2,0±0,4	0,002	1,8±0,5	2,0±0,4	0,016	1,8±0,6	1,9±0,5	ns
F5. No controlar la relación con el enfermo	1,4±0,6	1,7±0,4	0,005	1,5±0,5	1,8±0,4	0,002	1,4±0,5	1,7±0,4	0,001
F6. Implicación emocional	1,3±0,7	1,6±0,5	ns	1,5±0,5	1,5±0,6	ns	1,4±0,6	1,5±0,5	ns
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,3±0,7	1,6±0,7	ns	1,5±0,6	1,6±0,7	ns	1,6±0,7	1,6±0,7	ns
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,0±0,8	1,4±0,8	ns	1,2±0,7	1,4±0,8	ns	1,3±0,7	1,3±0,9	ns
F9. Sobrecarga	1,2±0,5	1,5±0,5	0,021	1,4±0,5	1,5±0,5	ns	1,4±0,5	1,5±0,5	ns

ns: diferencia no estadísticamente significativa

*t-student.

En la tabla 10 observamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes que tienen personas a su cargo y los que no, sólo en el factor F5 “no controlar la relación con el enfermo”. Experimentan valores de estrés más altos aquellos estudiantes que NO tienen personas a su cargo.

No existen diferencias estadísticamente significativas, entre los resultados obtenidos por los estudiantes que disponen de beca y los que no, en ninguno de los factores del KEZKAK.

Tabla 10. Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estresores

Factores	Personas a su cargo		P	Disponen de beca		P
	Sí	No		Sí	No	
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$		$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	1,8±0,6	1,9±0,6	ns	1,9±0,7	1,9±0,6	ns
F2. Contacto con el sufrimiento	1,4±0,6	1,6±0,5	ns	1,6±0,5	1,5±0,5	ns
F3. Relación con tutores y compañeros	1,6±0,6	1,8±0,5	ns	1,7±0,6	1,7±0,5	ns
F4. Impotencia e incertidumbre	1,8±0,6	1,9±0,5	ns	1,9±0,5	1,9±0,5	ns
F5. No controlar la relación con el enfermo	1,4±0,5	1,7±0,5	0,009	1,7±0,5	1,6 ±0,5	ns
F6. Implicación emocional	1,4±0,6	1,6±0,5	ns	1,5±0,6	1,5±0,5	ns
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,6±0,6	1,6±0,7	ns	1,6±0,6	1,5±0,7	ns
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,2±0,7	1,4±0,9	ns	1,3±0,9	1,3±0,8	ns
F9. Sobrecarga	1,4±0,5	1,5±0,5	ns	1,5±0,5	1,5±0,5	ns

ns: diferencia no estadísticamente significativa
 t-student.

Resultados del objetivo 4: *Comparar los factores causales de estrés de los estudiantes de enfermería de la URV previo y posterior a la realización de las Prácticas Clínicas Hospitalarias I.*

En la tabla 11 se muestra el estrés total antes de realizar las prácticas y después de realizarlas en los tres campus estudiados.

Observamos que existe diferencia estadísticamente significativa en el estrés previo entre los tres campus estudiados, siendo el CTE el que presenta los valores más elevados. En el estrés posterior a la realización de las prácticas también se observa diferencia estadísticamente significativa, siendo igualmente el CTE el que presenta el valor más elevado. Y en conjunto existe diferencia significativa de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas, en el sentido que se aprecia una disminución de la percepción de estrés tras la realización de las prácticas.

Tabla 11. Estrés total previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas, en los tres campus estudiados

	Estrés previo □±DE	p	Estrés posterior □±DE	P
CTE	2,01±0,36		1,73±0,42	
SBP	1,49±0,46	0,002⁽¹⁾	1,46±0,52	0,028⁽¹⁾
CC	1,71±0,39		1,31±0,58	
Total	1,79±0,44		1,52±0,53	<0,0001⁽²⁾

(1) ANOVA

(2) T-student datos apareados

La tabla 12 muestra los resultados de la percepción de estrés antes y después de realizar las prácticas en los tres Campus (CTE, SBP y CC) y en los nueve factores del KEZKAK, tras aparear los cuestionarios.

Tal como muestra la tabla 12 hay diferencias significativas en todos los factores estudiados menos en el F8 "el enfermo busca una relación íntima" y el F9 "sobrecarga", entre antes y después de la realización de las prácticas clínicas.

Tabla 12. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas CTE, SBP, CC

Factores	Estrés previo	Estrés posterior	P*
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	2,14 ± 0,57	1,76 ± 0,72	<0,0001
F2. Contacto con el sufrimiento	1,69 ± 0,56	1,43 ± 0,56	<0,0001
F3. Relación con tutores y compañeros	1,85 ± 0,55	1,54 ± 0,65	<0,0001
F4. Impotencia e Incertidumbre	2,13 ± 0,44	1,79 ± 0,59	<0,0001
F5. No controlar la relación con el enfermo	1,89 ± 0,47	1,52 ± 0,55	<0,0001
F6. Implicación emocional	1,59 ± 0,57	1,35 ± 0,62	0,005
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,77 ± 0,68	1,50 ± 0,70	0,001
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,46 ± 0,86	1,29 ± 0,89	0,055
F9. Sobrecarga	1,64 ± 0,52	1,52 ± 0,65	0,150

*T-student muestras relacionadas

A continuación se describe la percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas en cada uno de los campus de la facultad de enfermería.

Si observamos qué ocurre en el CTE la tabla 13 muestra que existen diferencias significativas en todos los factores estudiados menos en el F9 "sobrecarga" entre antes y después de la realización de las prácticas.

Tabla 13. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas, CTE

Factores	Estrés previo	Estrés posterior	P*
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	2,41 ± 0,38	2,02 ± 0,51	<0,0001
F2. Contacto con el sufrimiento	1,90 ± 0,60	1,64 ± 0,53	0,009
F3. Relación con los tutores y compañeros	2,00 ± 0,53	1,72 ± 0,60	0,042
F4. Impotencia e incertidumbre	2,36 ± 0,26	2,04 ± 0,41	<0,0001
F5. No controlar la relación con el enfermo	2,01 ± 0,49	1,76 ± 0,51	0,014
F6. Implicación emocional	1,75 ± 0,52	1,44 ± 0,48	0,015
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	2,01 ± 0,53	1,70 ± 0,54	0,002
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,83 ± 0,77	1,50 ± 0,78	0,008
F9. Sobrecarga	1,81 ± 0,46	1,74 ± 0,53	0,498

*T-student muestras relacionadas

Al observar qué ocurre con la percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas en la SBP, en la tabla 14 vemos que, entre todos los factores estudiados no hay diferencias estadísticamente significativas excepto en el F5 "no controlar la relación con el enfermo" entre el antes y después del prácticum.

Tabla 14. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas SBP

Factores	Estrés previo	Estrés posterior	P*
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	1,86 ± 0,70	1,73 ± 0,70	0,442
F2. Contacto con el sufrimiento	1,33 ± 0,53	1,21 ± 0,60	0,210
F3. Relación con tutores y compañeros	1,65 ± 0,74	1,50 ± 0,70	0,649
F4. Impotencia e incertidumbre	1,76 ± 0,55	1,68 ± 0,64	0,649
F5. No controlar la relación con el enfermo	2,65 ± 0,45	1,33 ± 0,44	0,037
F6. Implicación emocional	1,34 ± 0,56	1,34 ± 0,56	1,000
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,47 ± 0,71	1,62 ± 0,70	0,371
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,00 ± 0,70	1,27 ± 0,93	0,140
F9. Sobrecarga	1,38 ± 0,44	1,47 ± 0,62	0,710

*T-student

Si nos centramos en la percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas en el CC, en la tabla 15 en todos los factores estudiados existen diferencias estadísticamente significativas excepto en los factores F6 “implicación emocional” y F8 “el enfermo busca una relación íntima” entre el antes y después del prácticum.

Tabla 15. Estrés previo y posterior a la realización de las prácticas CC

Factores	Estrés previo	Estrés posterior	P*
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	1,97 ± 0,58	1,46 ± 0,87	0,003
F2. Contacto con el sufrimiento	1,65 ± 0,45	1,30 ± 0,52	0,006
F3. Relación con los tutores y compañeros	1,80 ± 0,42	1,33 ± 0,69	0,003
F4. Impotencia e Incertidumbre	2,06 ± 0,40	1,54 ± 0,66	0,001
F5. No controlar la relación con el enfermo	1,87 ± 0,40	1,35 ± 0,57	<0,0001
F6. Implicación emocional	1,52 ± 0,60	1,26 ± 0,80	0,083
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,64 ± 0,75	1,19 ± 0,78	0,005
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,28 ± 0,88	1,05 ± 0,98	0,176
F9. Sobrecarga	1,58 ± 0,59	1,29 ± 0,74	0,037

*T-student muestras relacionadas

En dos de los campus estudiados el CTE y el CC coinciden los valores más altos en los factores F1 “falta de competencia” y el F4 “impotencia e incertidumbre”. En la SBP los valores más altos son F1 “falta de competencia” y el F5 “no controlar la relación con el enfermo”.

En los tres campus los valores más elevados se alcanzan en el F1 “falta de competencia”. El segundo factor más elevado coincide en el CTE y en CC en el F4 “impotencia e incertidumbre”. En el caso de la SBP el segundo valor lo obtiene el F5 “no controlar la relación con el enfermo”.

Fase 2 “Intervención y efectividad”

A continuación se describen los resultados que corresponden a los datos obtenidos de las estudiantes de cuarto curso, matriculadas en la asignatura Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos del Campus Terres de l'Ebre de la Universitat Rovira i Virgili. De 63 estudiantes matriculadas, la muestra definitiva que cumplió los criterios de inclusión y participó en la prueba piloto correspondió a 47 estudiantes que representan el 74% de la población estudiada.

La tabla 16 muestra los resultados de las variables sociodemográficas estudiadas.

En la tabla 16 se observa que la mayoría son mujeres (85%) y no trabajan (72,3%)

La media de edad es de 26,0±7,5 años (21-55).

La mayoría no tienen personas a su cargo (70,2%) y viven en compañía (97,9%)

Un (63,8%) disponen de beca.

Tabla 16. Características sociodemográficas de los estudiantes participantes en la prueba piloto

Variables sociodemográficas	N	%
Sexo		
Mujer	40	85,1
Hombre	7	14,9
Trabajo		
Sí	13	27,7
No	34	72,3
Pareja		
Sí	11	23,4
No	36	76,6
Personas a su cargo		
0	35	70,2
1	1	2,1
2	5	10,6
3	1	2,1
Residencia en el domicilio familiar		
Sí	23	48,9
No	24	51,1
Convivencia		
Vive sola	1	2,1
Con Compañeros	46	97,9
Dispone de beca		
Sí	30	63,8
No	17	36,2

Resultados del objetivo 5: *Diseñar un programa de intervención que proporcione recursos para enfrentarse a las situaciones estresantes.*

Los estudiantes del CTE fueron los que presentaron valores de estrés pre y post prácticas más elevados y los dos factores con puntuaciones más elevadas fueron F1 “falta de competencia” y F4 “impotencia e incertidumbre”. Tras el análisis de estos resultados se decidió diseñar una intervención dirigida a proporcionar recursos para enfrentarse de forma más eficaz a las situaciones estresantes detectadas.

El diseño de la “*intervención*” consta de seminarios, simulaciones sobre procedimientos relacionados con la “falta de competencia” detectada en la fase “*diagnóstica*” poniendo el foco de atención en la gestión de órdenes contradictorias, aceptación de limitaciones y la frustración relacionada con el sentimiento de “impotencia e incertidumbre” detectada en la fase previa.

La intervención se realizó en tres seminarios presenciales de asistencia obligatoria donde se trabajan diferentes propuestas de afrontamiento e identificación de prioridades que les permitiría aprender a gestionar el tiempo de forma eficaz, buscar estrategias que ayuden a minimizar los problemas y encontrar recursos para enfrentarse a las múltiples situaciones estresantes con las que se encontrará el estudiante a lo largo de su vida. Estas estrategias le servirán personalmente y como futuro profesional competente.

La intervención se realizó de forma presencial mediante tres seminarios. Participaron los estudiantes, las tutoras de prácticas y la coordinadora de la asignatura. Todos participaron de forma activa, compartían el espacio de reflexión y análisis de las experiencias vividas durante el periodo de prácticas.

Se elaboraron una serie de recursos adicionales que estaban disponibles en el espacio de aprendizaje Moodle (EVA), para ser consultados por parte del estudiante de forma individualizada, en el momento que desearan. Estos recursos se podían utilizar de forma complementaria a las intervenciones presenciales;

- Bibliografía: recursos web, contenidos relacionados con las prácticas clínicas.
- Guías para practicar técnicas de relajación, meditación, yoga.
- Guías teóricas de todos los talleres de simulación.
- Videos tutoriales donde la profesora explica secuencialmente los talleres de simulación.

Algunas de las técnicas tratadas son:

- El acceso a una vía central.
- La vía intraósea.
- La ventilación mecánica.
- Diferentes escalas de valoración: explicación y la utilización de dichas escalas para conocer la situación del paciente en un momento puntual.

A continuación se muestran algunas capturas de imágenes de algunos recursos disponibles en Moodle; a modo de ejemplo:



Entorn Virtual de formació
Servei de recursos educatius

🏠 Inici ▶ **15-16 PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTIcs (...)**

Tema 8
RECURSOS DISPONIBLES

GUIES TEÓRIQUES DELS TALLERS DE SIMULACIÓ

- 📄 Recursos web
- 📄 Bibliografia: articles de suport
- 📄 Articles de suport PEDIATRIA
- 📁 TALLER acollida, escales
- 📁 TALLER drenatge, monitorització, ventilació mecànica
- 📁 TALLER SVA, SVB
- 📁 TALLER analgesia
- 📁 TALLER via central, intraoïssia
- 📁 TALLER Swan-Ganz, PICO
- 📁 TALLER triatge

AUDIOVISUALS DELS TALLERS DE SIMULACIÓ

- 📺 Accés intraoïssi 39.8MB video/x-ms-wm
- 📺 Accés venós central 191.8MB video/x-ms-wm
- 📺 Escales de valoració 123MB video/x-ms-wm
- 📺 Ventilació mecànica 181.5MB video/x-ms-wm

GUIA PER A PRACTICAR RELAXACIÓ

- 📄 01 Ejercicios De Respiración: Relaxación por Concentración 25MB application/octet-stream
- 📄 02 Relaxación Muscular 26.7MB application/octet-stream
- 📄 Bienestar_y_Confianza_En_Uno_Mismo_parte_1 25.3MB application/octet-stream
- 📄 Registro de prácticas de relajación
- 📄 Bienestar_y_Confianza_En_Uno_Mismo_parte_2 27MB application/octet-stream

Figura 3. Ejemplo de recursos disponibles en Moodle



PRÀCTIQUES AL LABORATORI

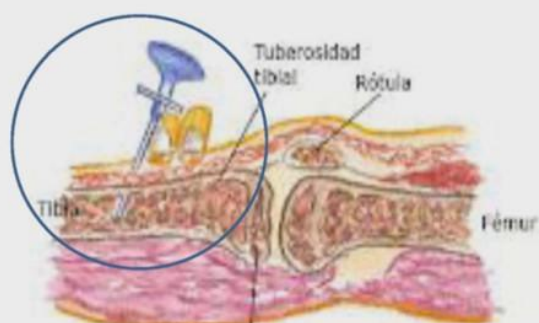


Figura 4. Ejemplo de material de laboratorio



PRÀCTIQUES AL LABORATORI

Accés vascular d'urgència per la infusió de fàrmacs i líquids quan en 90 segons no s'ha aconseguit canalitzar una via venosa perifèrica



Pilar Vallano Laina

Figura 5. Ejemplo de una explicación teórica, acceso intraóseo

	INFERMERIA EN SITUACIONS CRÍTIQUES
PRÀCTIQUES AL LABORATORI	

4. Aspirar i/o comprovar l'absència de resistència al
infondre líquids
5. Fixar



Figura 6. Ejemplo de: explicación teórica: perfusión de líquidos

Descripción de los seminarios que forman parte de la intervención

A continuación se describe la intervención diseñada.

Se diseñaron actividades presenciales que se organizaron en formato de tres seminarios, el primero al inicio, el segundo a mitad y el tercero al final del periodo de prácticas.

El horario establecido fue de 9h-13h y a la última sesión se añadieron 30 minutos para responder los cuestionarios en el aula y/o también se podían responder posteriormente a través del espacio Moodle.

Los estudiantes que realizan las prácticas en unidades de críticos las llevan a cabo en la unidad de urgencias y en la unidad de cuidados intensivos, tutorizados por una enfermera de la unidad. La duración del periodo de prácticas por estudiante fue aproximadamente de cuatro semanas.

El centro donde realizan las prácticas los estudiantes es el Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (HTVC).

Lugar de realización de las actividades programadas en la intervención:

Aula docente (CTE) para dar la información y presentar los resultados obtenidos en la fase diagnóstica a los estudiantes.

Aula de informática para realizar los cuestionarios. (CTE)

Aula de psicomotricidad para realizar las técnicas de relajación (CTE)

Aula de la unidad docente para realizar los GF (HTVC)

Vestimenta:

Se aconsejó realizar las sesiones con ropa cómoda y no llevar joyas ni abalorios.

El primer seminario de introducción a las prácticas clínicas pretende dar a conocer a los estudiantes qué tipo de intervención se propone y cómo se va a desarrollar el programa, qué objetivos deben alcanzar, qué actividades les ayudarán a alcanzarlos y cómo se evaluarán a lo largo de sus prácticas clínicas (tabla 17).

Este seminario se realiza el primer día de prácticas antes de ir a la unidad asignada y de tener contacto con los profesionales de la unidad.

Tabla 17. Cronograma del primer seminario

Primer seminario

Inicio de las prácticas:

1. 30' Información general de la asignatura, objetivos, evaluación.
2. 30' Cumplimentar el cuestionario de variables sociodemográficas y el cuestionario KEZKAK antes de ir a prácticas.
3. 30' Presentación al grupo de los resultados obtenidos en el curso 2012-13 en la fase diagnóstica, seguido de la realización de una sesión grupal para tomar contacto los estudiantes y sus tutoras.
4. 1h Exposición teórica sobre comunicación y seguridad clínica, presentación de videos tutoriales.
5. 30' Práctica de relajación muscular progresiva de Jacobson.
6. 30' Explorar las preocupaciones, expectativas y estrés percibido previo al inicio de las prácticas. Información de cómo se realizan las sesiones grupales GF en el segundo seminario.
7. Realizar un trabajo reflexivo sobre cómo se ha desarrollado esta primera sesión.

A continuación se describen de forma detallada los objetivos e intervenciones a realizar en este primer seminario (tabla 18).

Tabla 18. Objetivos e intervención primer seminario

<i>Objetivos</i>	<i>Intervención</i>
<ul style="list-style-type: none">• Conocer el programa intervención en el contexto de la asignatura, prácticas clínicas• Identificar los factores estresores percibidos por los alumnos de enfermería antes de realizar las prácticas.• Conocer las preocupaciones que presentan los estudiantes al inicio de las prácticas clínicas.• Identificar el grado de estrés percibido antes de realizar las prácticas	<ul style="list-style-type: none">• Antes de iniciar las prácticas se realizará una sesión informativa sobre la asignatura, en la que se explicarán las competencias a desarrollar, los objetivos a alcanzar, actividades programadas, cronograma establecido y la evaluación de la asignatura. El contenido será a cargo de la profesora coordinadora de la asignatura.• Recogida de datos antes de iniciar las prácticas, mediante un formulario de elaboración propia y el cuestionario KEZKAK que mide la percepción de estrés de los estudiantes de enfermería.• El estudiante responderá un cuestionario de elaboración propia sobre diferentes aspectos que preocupan a los estudiantes antes de las prácticas.• El estudiante responderá a una escala Likert sobre el grado de estrés percibido

<ul style="list-style-type: none">• Facilitar recursos y estrategias de aprendizaje con el propósito de minimizar las dificultades / situaciones potencialmente estresantes que se encuentran en las prácticas clínicas.• Dotar al estudiante de medios para un mejor afrontamiento con el propósito de mejorar el proceso de aprendizaje.• Ayudar a gestionar emociones para disminuir el nivel de estrés.	<ul style="list-style-type: none">• Presentación al grupo de los resultados obtenidos en la fase diagnóstica del curso anterior. Posteriormente <i>exposición teórica sobre comunicación y seguridad clínica</i> para paliar los factores que presentaban valores más elevados de estrés F1 "falta de competencia" F4 "impotencia e incertidumbre". 1h de duración• Presentación de los vídeos tutoriales disponibles en moodle, donde la profesora explica secuencialmente los talleres de simulación.• Al terminar la sesión grupal se realizará una práctica de relajación muscular progresiva de Jacobson con la finalidad de enseñar a los estudiantes a incrementar el nivel de autocontrol, a través de una modificación directa de las condiciones fisiológicas. Se indicará a los estudiantes que practiquen esta técnica en casa y la registren en una gráfica personal.• Proporcionar instrucciones al estudiante sobre cómo debe realizar el trabajo personal: una reflexión, colgada en el espacio Moodle, describiendo cómo se han sentido en esta primera sesión y también informará de cómo se llevará a cabo la sesión del GF en el próximo seminario. Se solicitará autorización escrita para grabar la sesión.
---	--

Tras la realización de este primer seminario, el alumno debe realizar una reflexión personal que entregará como tarea a mitad del periodo de prácticas sobre el seminario presencial.



Figura 7. Ejemplo de tareas a realizar, reflexión personal que forma parte de la intervención

El segundo seminario consta de una sesión grupal GF para que puedan compartir entre ellos sentimientos, preocupaciones y experiencias vividas en el trascurso de las prácticas clínicas en las unidades de críticos.

La finalidad de las sesiones grupales es que el estudiante aprenda a reconocer qué situaciones le generan estrés y que identifique qué estrategias de afrontamiento utiliza y comparta los sentimientos y emociones que estas situaciones le generan.

Como ayuda adicional a estas sesiones grupales se indicará a cada estudiante la tarea personal de realizar sesiones de relajación con la finalidad de propiciar a la persona el control de su propio nivel de activación. Para obtener beneficios es recomendable la generalización de lo aprendido en las sesiones de relajación en el medio habitual de cada estudiante en sus actividades cotidianas. Los estudiantes pueden utilizar estas técnicas antes de cualquier situación que les genere estrés (tabla 19).

Tabla 19. Cronograma del segundo seminario

Segundo seminario

Tercera semana del ciclo de prácticas:

Duración del seminario 3h.

- 2 ½ h Sesión Grupo Focal, los estudiantes exponen sus experiencias, casos reales en los que se han sentido mal y/o con dificultades.
- 1/2h Práctica de relajación.

En la tabla 20 se describen los objetivos e intervenciones realizadas en el segundo seminario.

Tabla 20. Objetivos e intervención segundo seminario

<i>Objetivos</i>	<i>Intervención</i>
<ul style="list-style-type: none">• Identificar las vivencias que experimentan los estudiantes durante la realización de las prácticas.• Identificar recursos de afrontamiento. • Ayudar a gestionar emociones para disminuir el nivel de estrés. • Valorar la eficacia de las técnicas utilizadas.	<ul style="list-style-type: none">• Se realiza una sesión presencial con grupos de discusión donde el estudiante dispone de un espacio abierto para hablar de sus vivencias durante las prácticas, respondiendo a la pregunta inicial de “podrías hablar de situaciones estresantes vividas en las prácticas”. Esta sesión está moderada por la investigadora. • Cada estudiante plantea su vivencia (el grupo lo aceptará y tratará con respeto) • Entrenamiento en relajación y se aconseja seguir con el autoentrenamiento para realizarlo en su espacio privado (tarea para realizar en casa). • Cada estudiante dispondrá de un registro personal donde evaluará la práctica de relajación efectuada en su casa y en el aula.

Al finalizar las prácticas continuaremos con la obtención de datos para ver cómo afecta la realización de las mismas. En el tercer seminario, se realizó una valoración final de los recursos utilizados y se siguió con la obtención de datos para ver si los factores que presentaban valores elevados de estrés al inicio de las prácticas se mantenían o iban disminuyendo en el transcurso del tiempo (tabla 21).

Tabla 21. Cronograma del tercer seminario

<p>Tercer seminario</p> <p>Última semana del ciclo de prácticas.</p> <p>Duración 2h.</p> <ul style="list-style-type: none">• 1/2h Comentar las prácticas en general, expectativas, objetivos cumplidos• 1h Sesión grupal dirigida a evaluar la experiencia, del programa de intervención implementado, los recursos disponibles.• 1/2h Complimentación KEZKAK y el cuestionario de elaboración propia sobre el grado de estrés percibido y recursos facilitados.

La obtención de una valoración individual de satisfacción del estudiante sobre los recursos disponibles durante el programa de intervención constituirá una valiosa información que nos permitirá realizar cambios en la planificación de la asignatura con la finalidad de ayudar al estudiante a afrontar su futuro en óptimas condiciones.

En la tabla 22 se describen los objetivos e intervenciones a realizar en este tercer seminario presencial.

Tabla 22. Objetivos e intervención tercer seminario

<i>Objetivos</i>	<i>Intervención</i>
<ul style="list-style-type: none">• Identificar el nivel de estrés posterior a la realización de las prácticas.• Identificar recursos y habilidades adquiridas durante el periodo de las prácticas clínicas y propuestas de mejora.• Identificar cambios en los factores causales de estrés.	<ul style="list-style-type: none">• Autoadministración del cuestionario KEZKAK después de realizar las prácticas.• El estudiante responderá a través de una escala Likert el grado de estrés percibido• Sesión grupal donde cada estudiante planteará al grupo expectativas, objetivos cumplidos y su evolución en las prácticas y evaluará a través de una hoja de valoración los recursos facilitados para afrontar el estrés en las prácticas y realizará propuestas de mejora en la asignatura de prácticas en unidades de críticos.• Se solicita a los estudiantes que expresen los cambios experimentados sobre el nivel de estrés, posibles causas identificadas.

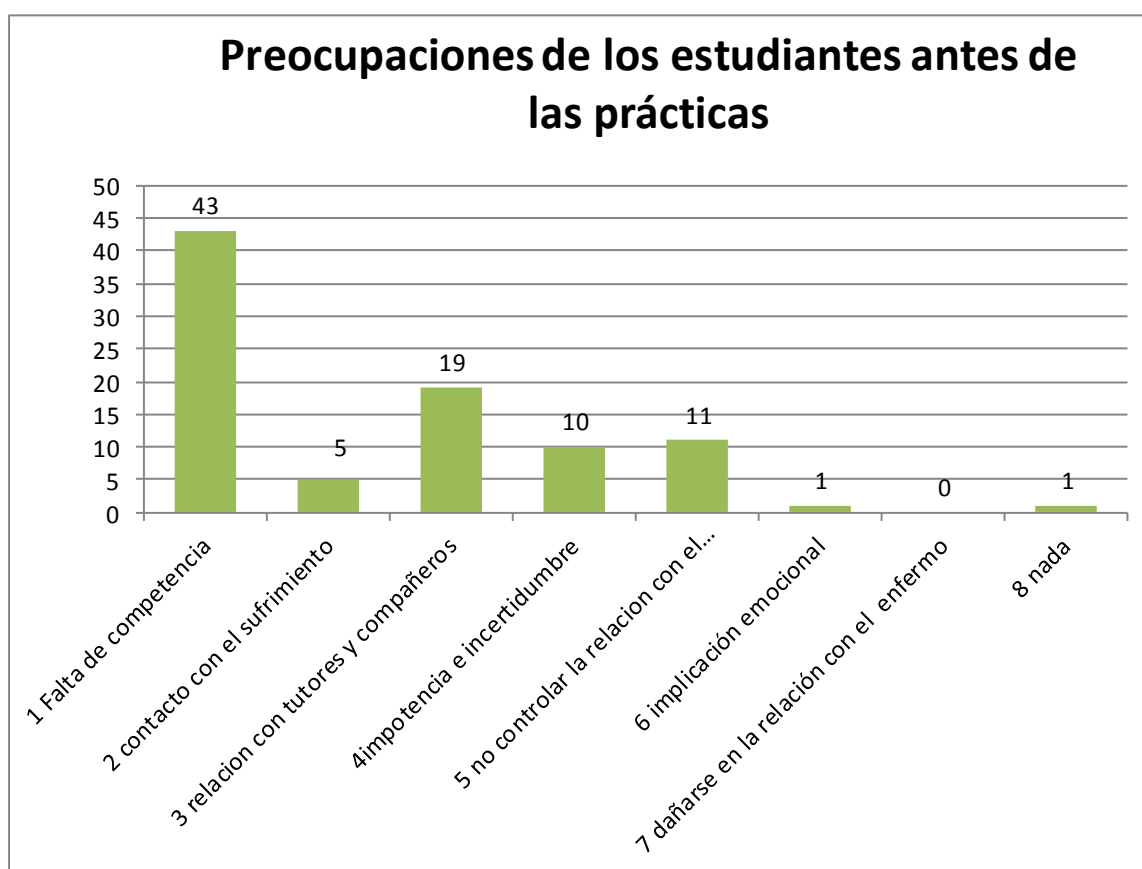
Resultados del objetivo 6: *Identificar las preocupaciones que experimentan los estudiantes antes de la realización de las prácticas.*

Estos resultados corresponden a las preguntas abiertas realizadas al finalizar el seminario introductorio de la asignatura, que forma parte de la intervención, donde se le pide al estudiante que identifique lo que le preocupa en las prácticas, mediante la pregunta “¿qué es lo que más te preocupa en las prácticas clínicas?”.

Se han categorizado los resultados de las preocupaciones de los estudiantes según los nueve factores del cuestionario **KEZKAK**.

La gráfica 1 muestra lo que les preocupa a los estudiantes, siendo la “falta de competencia” (F1) el que destaca más con un 48%. “La relación con los tutores y compañeros” (F3) 21% y “no controlar la relación con el paciente” (F5) 12%, son los otros dos factores que obtienen puntuaciones más elevadas.

Gráfica 1



Estas preocupaciones están relacionadas con:

El temor a dañar, o no poder ayudar al paciente, o resultar dañado que tienen que ver con “la falta de competencia”. Al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí mismo.

También con la “relación con los tutores y compañeros”. Se ha visto en estudiantes de enfermería que los principales estresores tienen que ver con el área interpersonal y la principal dificultad inconfesable es la falta de asertividad.

Y “no controlar la relación con el enfermo”, es un factor presente a lo largo de la profesión enfermera y que nos sugiere la necesidad de formación.

Resultados del objetivo 7: *Explorar las vivencias que experimentan los estudiantes durante las prácticas clínicas.*

Se han realizado tres grupos focales, se ha utilizado un código de identificación para proteger la identidad de los informantes. El número total de estudiantes que participaron fue un total 27, la distribución de estudiantes por grupo se muestra en la tabla 23.

Tabla 23. Estudiantes que participaron por grupo

Grupo	Estudiantes
1	8
2	10
3	9
Total	27

El abordaje del análisis cualitativo se llevó a cabo, cuantificando las unidades de registro para valorar la frecuencia y por tanto, el peso que tenía en el discurso, lo cual indica la importancia que los estudiantes dan a cada categoría, a la vez que se hacía un análisis interpretativo del contenido del discurso en profundidad.

Los resultados se describen a continuación.

Identificación de las unidades de registro y su clasificación en las categorías

Se identificaron y segmentaron las unidades de registro y fueron agrupadas en las categorías predeterminadas KEZKAK: se inició una primera lectura de todas las transcripciones, lo que nos permitió tener una idea global del contenido y conocer los temas nucleares alrededor del cual se estructuraba el discurso de los estudiantes.

Una vez identificados todas las unidades de registro que hacían referencia a una misma idea se categorizaba de acuerdo a los factores del KEZKAK y se seleccionaron las que eran más relevantes de acuerdo al objetivo de estudio planteado.

Al finalizar el proceso se identificaron 40 unidades de registro relevantes para el estudio, lo que nos permitió obtener una aproximación de las vivencias que experimentaban los estudiantes en las prácticas clínicas en unidades de críticos. En la tabla 24 se muestran las unidades de registro categorizadas por factores de cada estudiante.

Tabla 24. Unidades de registro por factores y estudiantes

Estudiantes	Categorías / Factores KEZKAK								
	F1		F3			F6			
E1.1	F1		F3			F6			
E2.1						F6			
E4.1				F4					
E6.1	F1								
E7.1	F1					F6			
E8.1		F2							
E9.1	F1								
E10.1				F4					
E1.2	F1			F4					
E2.2	F1		F3						
E3.2	F1			F4					
E5.2					F5				
E6.2	F1					F6			
E7.2	F1			F4					
E8.2	F1								
E9.2	F1		F3						
E10.2	F1		F3	F4					
E11.2						F6			
E1.3	F1								
E2.3			F3						
E5.3			F3						
E6.3	F1								
E7.3	F1					F6			
E8.3	F1			F4					
E9.3	F1								
E3.3	F1								
E4.3	F1								
Unidades de registro	19 UR	1 UR	6 UR	7 UR	1 UR	6 UR			

En la tabla 25 se presentan los resultados que corresponden a las categorías predeterminadas y las unidades de registro detectadas.

Categorías representadas por factores: F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9 KEZKAK
 (anexo 4)

Tabla 25. Unidades de registro por categorías

Definición de las categorías	Unidades de registro
<p>El factor 1 (F1) aglutina ítems relacionados con el temor a dañar, o no poder ayudar al paciente o resultar dañado. Tienen que ver con la falta de competencia. Al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí mismo.</p>	<p>19 UR</p>
<p>El factor 2 aglutina ítems que se refieren a situaciones de contacto con el sufrimiento. El contacto con el sufrimiento es percibido como un importante estresor por parte de los estudiantes y la principal fuente de estrés para las enfermeras hospitalarias en activo.</p>	<p>1 UR</p>
<p>El factor 3 reúne ítems que tienen que ver con la relación con los tutores y compañeros. Se ha visto en estudiantes de enfermería que el 50% de los principales estresores tienen que ver con el área interpersonal y la principal dificultad inconfesable es la falta de asertividad.</p>	<p>6 UR</p>
<p>El factor 4 tiene que ver con sentir impotencia e incertidumbre en el deseo de ayudar a los demás. Nos gustaría ser omnipotentes, pero la realidad se encarga de frustrar continuamente nuestro deseo haciéndonos sentir impotencia e incertidumbre, sentimientos muy frecuentes en los profesionales de la salud.</p>	<p>7 UR</p>
<p>El factor 5 tiene que ver con no controlar la relación con el enfermo. Es un factor presente a lo largo de la profesión enfermera y que nos sugiere la necesidad de formación.</p>	<p>1 UR</p>

<p>El factor 6 aglutina ítems relacionados con la implicación emocional, tanto con el paciente como con el trabajo. El temor a sufrir puede llevar al desarrollo de actitudes defensivas que no permitan desarrollar con efectividad la labor de enfermería.</p>	<p>6 UR</p>
<p>El factor 7 tiene que ver con no ser bien tratado por el enfermo y resultar dañado en esa relación. Dañarse en la relación con el enfermo.</p>	
<p>El factor 8 se refiere a conductas del paciente que busca una relación íntima con el estudiante. Una preocupación importante de los estudiantes es el no ser aceptado-respetado por el enfermo. El enfermo busca una relación íntima.</p>	
<p>El factor 9 se refiere a situaciones de sobrecarga del alumno, recibir órdenes contradictorias, pacientes agresivos, dar malas noticias. Sobrecarga.</p>	

Tras el análisis secuencial y trasversal se llevó a cabo una reconstrucción sintética desde una perspectiva ética, donde aparecieron vivencias expresadas por los estudiantes en las prácticas en unidades de críticos. Se ha respetado el lenguaje de los participantes.

A continuación pasamos a describir los resultados obtenidos agrupados por categorías, factores KEZKAK.

Destacamos que lo que más estresa a los estudiantes, se deriva de la falta de competencia, el factor 1, que aglutina ítems relacionados con el temor que sienten a equivocarse, a confundirse de medicación, a contagiarse a través del paciente, a dañar o resultar dañado, o no poder ayudar al paciente. Al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí mismo (Zupiria et al., 2003a).

La falta de competencia los estudiantes la expresan de la siguiente manera:

E1.1 *“...una de las cosas que más me estresan y me crean angustia, que me crea inseguridad es el triaje por la responsabilidad de la enfermera dependen del triaje de la rapidez de este triaje...”*

E9.3 *“...no hi havia pacient eren més màquines que pacient...”*

“...la situació va ser instructiva perquè realment estes situacions te fiquen alerta de com sobre la valoració dels pacients, que tens que està revalorant constantment, i que no pots perdre’ls la cara, per dir-ho d’alguna manera, perquè en seguida te guanyen l’esquena ...”

E1.2 *“...un error de identificación de una extracción de sangre. Lo que pasó es que...fui...”*

E2.2 *“...tu llegas ahí y no sabes dónde están las cosas nadie te conoce eres el nuevo nadie sabe tu nombre tú no té sabes el nombre de los demás ni nada. Era un día que estaba súper caótico que había un montón de pacientes y un montón de historias y... mmm”*

“...me dijeron que les trajera algo y claro yo no sabía ni dónde estaba el material ni nada y bueno me puse a buscarlo súper rápido pero claro si no sabes pues... te cuesta más y...”

“...y me pongo súper nerviosa y si en una situación normal lo haría bien a lo mejor en esa situación pues no... por los nervios... y...”

E3.2 *“...la primera setmana que arribes i comences a vore respiradors, monitors i después comences a vore un munt de paràmetres que tu no tens ni idea de qué és cadascun...”*

“...el moment de l'ingrés del SEM es fiquen tres o quatre infermeres a canviar el malalt monitor per ací monitor per allà perfusió per ací perfusió per allà i tu clar no tens la suficient soltura”

E6.1 *“...yo me voy al control de enfermería donde están todos los medicamentos y me quedé mirando, vale ya tengo la nitro pero ¿cómo se prepara la bomba? porque yo no había preparado nunca ninguna yo no sabía cómo se hacía... nada...de”*

“...me sentí un poco bloqueada, es que no sé qué hacer, no sé dónde está todo ¿qué hago aquí? Y pensé y digo vale ahora estoy en prácticas y tengo una enfermera que me refuerza pero y el día que me suelten allí y el primer día y me pasa una cosa así y ¿qué hago?...”

“...haces muchas prácticas pero no te da tiempo a aprenderlo todo...”

“...en urgencias es que tienes que responder a muchas demandas diferentes y muy rápido y lo has de hacer de la mejor manera posible eso es mucha presión y...”

E7.2 *“... tens estrès perquè administres medicació i no saps pa que's i quan acabes que ja està estabilitzat, dius això pa que era? me'n vaig a buscar-ho...”*

“...que actúen súper de pressa estan molt segurs de lo que fan...”

“...realment és perquè no has tingut temps d'anar a buscar antes pa que és perquè la urgència era més posar-li-ho que saber lo que era i a mí lo que m'ha creat més estrès és el mig de les circumstàncies tindre que ajudar a una persona sense poder-li dir el perquè li ho fas i això...”

E9.1 *“...pita un respirador, pita un monitor y tú no sabes qué está pitando ¿porqué está pitando? y te estresas porque dices tú... me levanto no sé hacer nada y entonces dices ¿qué hago? y...”*

“...desde el principio intenté que no me afectara pero tal y luego sobre todo cuando más me afectó es cuando yo más realmente me di cuenta de la situación es cuando fui a poner una bomba. Había pulsado para la parte de la izquierda de la bomba y no debí de pulsar bien que me salió mal. Estaba marcada la de la derecha y había puesto los mililitros hora en la que no era y...”

E9.2 “...estava un poc nerviosa... va començar a pitar la màquina, lo respirador i la veritat no sabia ni què fer perquè dic no sé si lo pacient me s'està ofegant. No sabia lo que estava pitant me vaig ficar tan nerviosa que...”

“...limpio l'apòsit en la mala sort de que al estirar un poc va sortir el catéter. Jo ja portava un mal dia per lo que es veu, saps? i allavontes li vaig taponar...”

Las aportaciones de los estudiantes reflejan la ansiedad que les genera el enfrentarse a nuevos escenarios como es el triaje (clasificación del riesgo), es un proceso que ellos perciben como una gestión compleja para manejar con seguridad al paciente. La alta tecnología, el miedo a un error, no conocer la ubicación del material, todo comporta que algunas técnicas que ya han practicado anteriormente, en un momento de máxima urgencia se conviertan en inseguridades. La rapidez ante una situación y dar lo mejor de uno mismo, en definitiva, el hecho de responder a todas estas situaciones en el entorno de críticos, genera en ellos grados variables de intranquilidad.

Otras expresiones de los estudiantes ilustran el modelo de enfermería que observan:

E7.1 “... però bé no passa res i a mi ja me començaven les suors...però no passa res és normal i la dona per allí rondant-me. Vale, i llavors jo més nerviosa encara. I me'n vaig a l'altre home però, i me deia... ella... en la primera punxà .. - ¿por qué no puedes? No es normal siempre lo han pinchado a la primera tal y cual y...”

E6.2 “...yo que hacía pinchando sola a este chico... y yo no estoy a la altura de esta situación...”

“...considero que reaccioné relativamente rápido en ir a buscar ayuda...”

E8.2 “...yo que no sabía dónde meterme con una cara de susto de decirme ¿qué hago yo aquí? Ahora me pedían cosas, estaba yo que no sabía dónde estaba nada. La verdad, me puse nervioso de decir, por favor tierra trágame...”

Unos estudiantes acceden a las prácticas con unas características personales por las que pueden compensar las situaciones estresantes con sus propios recursos naturales. En otros estudiantes, por sus propias ansiedades, deberán recibir un apoyo más sistematizado. En conjunto, se trata de que el estudiante pueda tomar la calma suficiente, haciéndoles saber por parte del tutor que las prácticas son un espacio de aprendizaje (Zupiria et al., 2006).

Algunos comentarios pueden ilustrar sus sensaciones delante de los enfermos y sus familias. Ellos lo expresan de la siguiente manera:

E10.2 *“...estic en un altre món, vull dir allò que dius: jo que faig ací? això me supera de totes les maneres perquè era lo llenguatge... A part del llenguatge tots els pacients anaven súper connectadíssims i a banda és una sensació també del meu caràcter perquè jo sóc una persona molt nerviosa i...”*

“i... les famílies tampoc no saps com dirigir-te perquè són famílies que estan passant-s’ho molt malament moltes vegades están plorant i...”

“...tu estàs veient lo patiment de cara i de cop i en una magnitud gran llavors per a mi és una àrea bastant complexa...”

E1.3 *“...i me vaig posar molt nerviosa perquè no trobava res i veia que estava enrederint els procediments i que la meua actitud podia estar empitjorant la situació de la pacient i...”*

“... be és una situació complicada i que poc a poc podré agarrar habilitat conforme vagin passant los dies. Ho vaig afrontar-ho bé. Estick contenta.”

E6.3. *“... y me quedé a un lado. Me puse nerviosa porque pensé: en esa situación yo no sería capaz porque todo es nuevo para mí. Estoy en una planta que es difícil, que todavía me queda mucho que aprender pero luego recapacitando pensé esto es la experiencia y al fin y al cabo cuando pasa el tiempo vas aprendiendo y eso...”*

E8.3 *“... jo vaig sentir dos sensacions. Una que a la dona de seguida la van remuntar i va sortir fora de perill. Una va ser bona perquè vaig sentir una sensació de pau al vore que la dona havia sortit de perill i l'altra dolenta per vore-ho jo tan perfecte. Ho feien, la coordinació que portaven que ningú es va estressar en cap moment que el metge antes d' acabar de sol·licitar una cosa a la infermera, la infermera ja ho tenia preparat i jo pensava, seré capaç de fer lo mateix? de treballar coordinadament? saber reaccionar?”*

E4.3 *“...i va ser un moment súper estressant estaven tots que no sabien cap on anar i mosatros encara més.. total que no sabíem què fer, les infermeres estaven ... “*

“...en el follón de tot no sabíem ni sondar-lo i...”

“...va ser més que res pel tema dels nervis. Com estàvem molt nervioses no sabíem com reaccionar i lo que he pogut aprendre és que en una situació d’estrès que tens que guardar una miqueta el control. La pròxima vegada ja sabrem com controlar-ho més, però la pressió esta la tindrem igual i no res, això...”

E7.3 *“...i bé el que vaig sentir, pos vaig vore que encara no estic preparada per a actuar en rapidesa...”*

“...vaig tindre uns sentiments de por i vaig vere que això es una cosa que encara tenim que millorar, sobretot jo, i que també suposo que és un tipo de pacient molt jove, i una situació molt greu i clar, me va costar una mica...”

E3.3 *“...més que res la situació de saber prioritzar, saber controlar una mica la situació i... que me va causar una mica d’estrès...”*

Las aportaciones de los estudiantes reflejan la importancia que tiene para ellos el hecho de enfrentarse a situaciones complejas.

En cuanto al factor 2, que aglutina ítems que se refieren a situaciones de contacto con el sufrimiento, podemos aportar algunas reflexiones. El contacto con el sufrimiento es percibido como un importante estresor por parte de los estudiantes y la principal fuente de estrés para las enfermeras hospitalarias en activo.

El contacto con el sufrimiento lo expresa de la siguiente manera este estudiante:

E8.1. *“...no sé com comunicaves la notícia. Lo difícil que ha de ser dir-li. Com ho dius? Què li dic? Què no li dic? Si nego dir-li no m’he equivocat de diagnòstic No sé ... penso que és molt difícil tot.”*

Su expresión nos da a entender que un área importante en el proceso de E-A, sería el tomar conciencia del continuo contacto con el sufrimiento implícito en la profesión, que es persistente a lo largo del grado. También convendría desarrollar habilidades y vemos la necesidad de fomentar espacios de asimilación para ayudar a sobrellevar este sufrimiento.

El tercer factor reúne ítems que tienen que ver con la relación con los tutores y compañeros. Se ha visto en estudiantes de enfermería que el 50% de los principales

estresores tienen que ver con el área interpersonal y la principal dificultad inconfesable es la falta de asertividad.

Respecto a las relaciones interpersonales que se producen en el entorno de las prácticas, lo expresan de la siguiente manera:

E1.1 *“...hay mal rollo, vendrá, nos chillará...”*

E2.2 *“...te echan la bronca ahí, en el momento, te ponen mala cara y eso y alguna me hizo un comentario en plan de que “vas muy perdida” o algo así y...”*

“...en Suecia, los tres meses que estuve, sí que vi que era un equipo el médico cuando hablaba con la enfermera y con la auxiliar. Les pedía la opinión y les pedía... me...”

“...aquí no se ve tanto, se ve más la jerarquía de...”

E9.2 *“...li vaig demanar hasta disculpes i tot per la faenada que li havia ocasionat, perquè havia de tornar a ficar el catèter i tal. Però és que la contestació d'ella va ser “jo ja ho sabia que passaria això”, i clar això com t'ho empenys volent dir... no ho sé, me vaig sentir com bastant frustada... no...”*

E10.2 *“...me sento molt millor. Sento que encara estic bastant verda, però ja no ho veig en la negativitat aquesta. Ja és d'un altra manera. També lo que és l'equip i això te van ajudant, te van recolzant, i bé en principi és tot això ...”*

E2.3 *“...a part de la vergonya que vaig passar, jo me vaig sentir fatal, saps? Jo acabo de donar una explicació que em sortia del problema i tu m'acabes de fotre enlaire l'explicació. Ho vaig resoldre sí, pues bueno... acotxant lo cap davant dels familiars, vaig fer lo que en aquell moment em va manar la infermera i...”*

E5.3 *“... clar jo en aquell moment, a lo millor ara pensant-ho bé, potser hagués pogut dir algo. Però me va pillar tan de cop que no vaig dir res i me va deixar sense paraules. Ja m'han explicat que no li agraden la gent de practiques, que vol anar a soles. I el caràcter que té, pos molt bé...”*

“...me'n vaig tornar, vaig respirar, vaig fer unes quantes respiracions profundes... i...”

Los estudiantes resaltan en sus expresiones las dificultades en sus relaciones interpersonales, en la que la asertividad en algunos casos no está presente, este es un valor importante a tener en cuenta en el día a día del trabajo en equipo.

El cuarto factor está en relación con sensación de impotencia e incertidumbre en cuanto al deseo de ayudar a los demás. Nos gustaría ser omnipotentes, pero la realidad se encarga de frustrar continuamente nuestro deseo, haciéndonos sentir impotencia e incertidumbre, sentimientos muy frecuentes en los profesionales de la salud.

Sus aportaciones respecto a sentir impotencia e incertidumbre son:

E4.1 “...teníamos que ir rápido, que yo me posicionaría a un lado ayudándola a monitorizar pero que ella me iría diciendo la medicación que irían poniendo para la intubación, que yo lo fuera anotando; la hora y la medicación. A mi aquí ya me cogió de todo. Los primeros pensamientos fueron de mucha incertidumbre inseguridad...”

“...tuve angustia por la situación por la gravedad de la situación, de la persona, del paciente, por los familiares, un poco por todo y sentí impotencia por no saber qué hacer, preocupación de todo lo que me había dicho de hacerlo bien un poco presionada, supongo, que al ser el segundo día... yo por allí...”

E1.2 “...y yo lo identifiqué y no miré si era del paciente o no y ... luego resultó que no era de ese paciente y... mmm... y fui corriendo al laboratorio. Yo sentí rabia impotencia y frustración...”

E3.2 “...et sents un poc de dir... mmm frustrat de dir... això ho has donat en classe no me'n recorde de res. Vinc ací supose que ho tinc que saber i elles intenten ajudar-te. Es lo que és, però realment ho has de saber tu i...”

“...vull ajudar però no sé lo que fer. Llavors para no molestar tu estàs ací un rato mirant i continuar fent això perquè és un moment súper estressant...”

E8.3 “...vaig notar inseguretat...”

“...la família estava molt angoixada i això...”

E10.1 “...me vaig sentir com una mica incompetent, la veritat, però ho vaig entendre. Ho vaig entendre perquè després ho vam parlar amb la infermera.

Me va dir, “clar t’he tret el cateter perquè hi havia molta pressa” i ho vam parlar però bé, bé... quina és la lectura positiva que se n’ha de fer d’això? És que realment ha d’haver molta comunicació entre els professionals. Molta...”

E7.2 *“... i el pacient te diu “i això pa que és?” i no saber contestar-li. Imagina’t la inseguretat que li dones al pacient de...”*

E10.2 *“...l’adrenalina está que te munta a mi me bloqueja totalment i, a vore com surto d’esta, saps? És lo que me va passar. Va ser un estrès total. Me vaig angoixar a tope, mmm m’ho vaig passar malament, la veritat perquè...”*

“...jo no valc per això, no és lo meu jo això. No ho vull ser mai de la vida i... me va provocar molta angoixa. I me va bloquejar, i bé no m’ho vaig passar bé però al final va arribar un dia que vaig dir, ploro, me desfogo en privat i dic ja no puc caure més baix. A partir d’ara només tindrè que preguntar perquè, si jaestic allí súper malament. Llavors sí vaig plorar, i me va anar bé perquè el dia següent ho vaig encarar d’un altra manera la veritat i...”

En referencia a la “incertidumbre”, las aportaciones de los estudiantes demuestran que de las circunstancias que provoca más estrés, ya que ello provoca un estado de constante autoevaluación. Evidentemente en los estudiantes más ansiosos este rasgo se verá incrementado.

El estudiante destaca las diferencias entre lo aprendido y lo que se encuentra en la realidad clínica. El hecho de trabajar la tolerancia a la frustración puede ayudar a la comprensión de que los estudiantes aún están en periodo de aprendizaje, que todos pasamos por ello y que lo importante es aprender, aunque no todos lo hagamos al mismo ritmo.

El factor cinco tiene que ver con no controlar la relación con el enfermo. Es un factor presente a lo largo de la profesión enfermera y que nos sugiere la necesidad de formación.

Los estudiantes lo expresan diciendo:

E5.2 *“...me produeixen estrès però una d’elles és la impossibilitat de comunicar-me en lo pacient i...”*

“...a mi me va suposar un nerviosisme i una frustració lo fet d’estar explicant i que la dona te mirés en cara de “no estic entenen lo que m’estàs dient” mmm...”

“...esta situació a mi me va suposar bastant d’estrès. La importància que té la comunicació en lo nostre treball que hem de sapiguer com comunicar-nos, com donar la informació. Que és això que mos distingeix de ser bons o mals professionals ...”

Las expresiones de los estudiantes evidencian la dificultades en la comunicación, no saber cómo responder a las expectativas del paciente.

El factor seis agrupa ítems relacionados con la implicación emocional, tanto con el paciente como con el trabajo. El temor a sufrir puede llevar a desarrollar actitudes defensivas que nos permitan desarrollar con efectividad la labor de enfermería.

La implicación emocional en el cuidado queda reflejada en sus aportaciones:

E1.1 *“...me crea una sensación de angustia tener que pinchar a un niño, aguantar a un niño cuando está llorando, se pone sudado y no sé cómo enfocarlo. Me pongo en la posición de la madre, pongo a mi hijo en el sitio del niño que estamos pinchando... y la verdad es que me hace sentir muy mal, hay veces que me pondría a llorar y diría no puedo hacerlo...”*

E2.1 *“...la família em crida: que pots venir un moment?... fan cara de preocupats... necessiten saber si el seu familiar sent dolor, si crec que ha millorat des d’ahir, quants dies crec que li queden, què vol dir allò que marca al monitor? Per què pita el monitor?...”*

“...el pas d’un pacient que és ingressat en una unitat de crítics, suposa una experiència intensa, tant per a ell com per al seu entorn més pròxim. El pacient és separat o distanciat del seu entorn més pròxim, sotmès a tècniques invasives doloroses i molts cops sent la mort pròxima a ell...”

“...com a estudiant, els sentiments de la família i neguits els sentim més pròxims i vivim el dolor de la família com a nostre....”

“..Tot això fa que jo senti el seus sentiments i preocupacions com a propis, em poso al seu lloc i penso que jo també voldria saber-ho tot sobre l’evolució i preocupacions del meu familiar ingressat...”

E7.1 *“...me vaig sentir molt insegura. Pensava, jo realment valc per estar ací...? Si la cosa més simple que porten 4 anys ensenyant-me no sé ni fer-ho... Perquè si dius, són coses difícils bé, però casi me crec que valdria més les bones que les difícils i això. I vaig sentir molt de nervi...i... de lo que tracta això...”*

E6.2 *“...yo soy muy de ver si hago daño, no sé, y conocer un poco al paciente mínimamente...”*

“¿...qué le pasa a mi hijo que se me va a morir? y yo cada vez más nerviosa y...”

E11.2 *“...yo creo que era del susto que era, que yo para tranquilizarme a mí y yo tranquilizaba a la mujer o sea que yo era por ella los demás... ..y yo me quedé así que no sabía ni dónde ponerme...”*

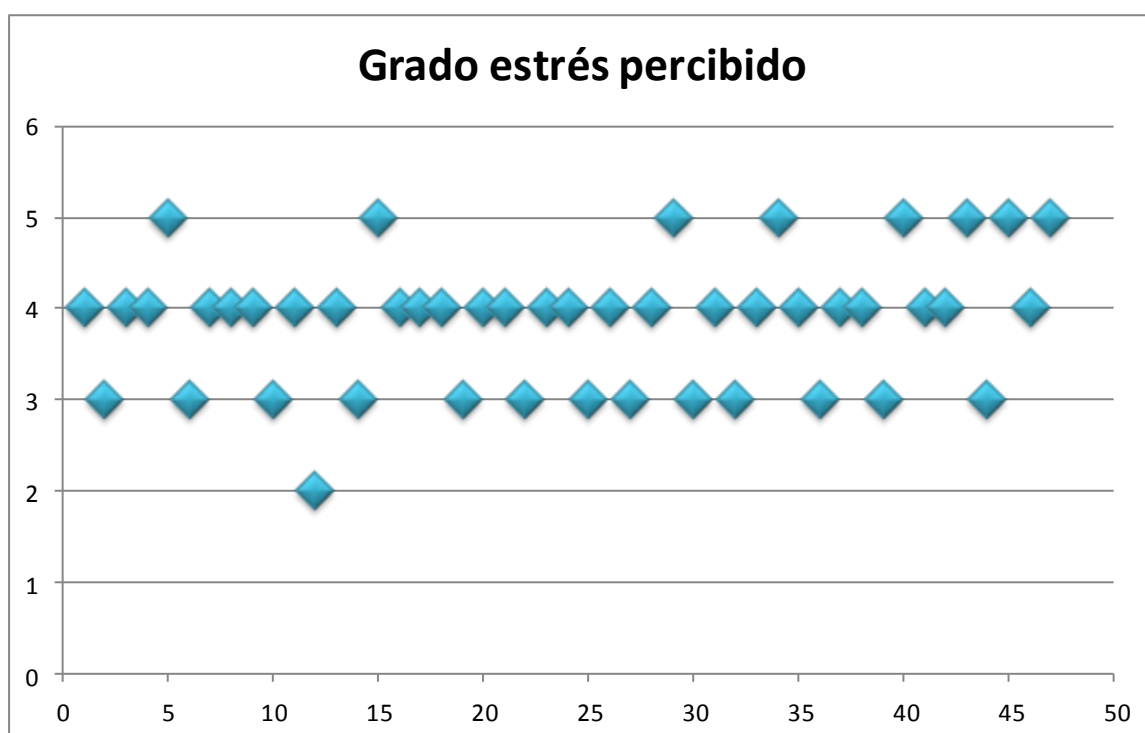
E7.3 *“...estava allí la família i allò era molt traumàtic. T’agarraven ganes de plorar i jo vaig pensar, Déu meu!...”*

La proximidad del cuidado con la implicación emocional queda reflejada en sus expresiones. Se percibe la necesidad de seguir trabajando la relación y comunicación con el enfermo sobre sus emociones.

Resultados del objetivo 8: *Comparar el grado de estrés percibido pre y post intervención.*

Tal como muestra la gráfica 2, la mayoría de estudiantes tienen un grado de estrés de 4 sobre 5 antes de realizar las prácticas.

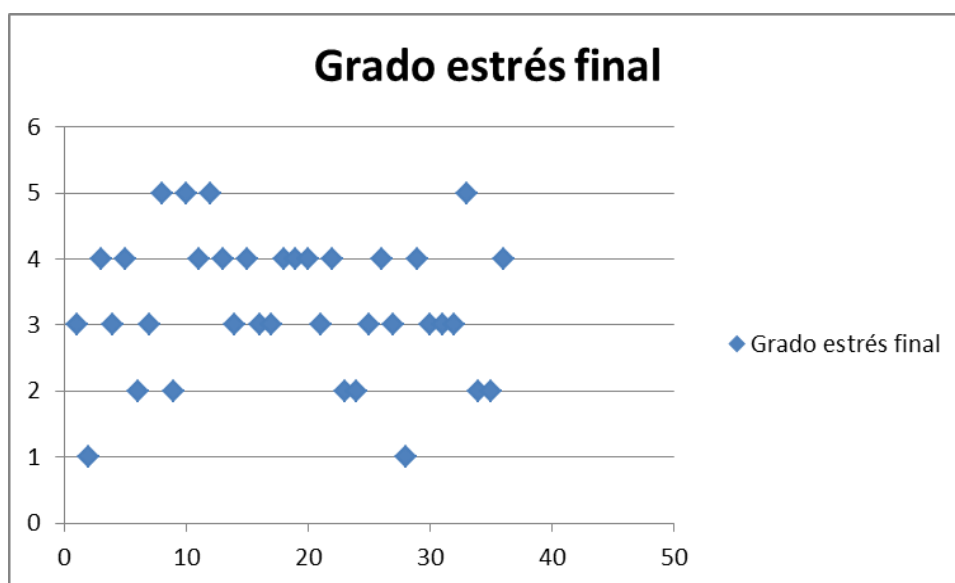
Gráfica 2. Grado de estrés percibido antes de realizar las prácticas



La gráfica 3 expresa el grado de estrés final en una escala Likert, después de realizar las prácticas.

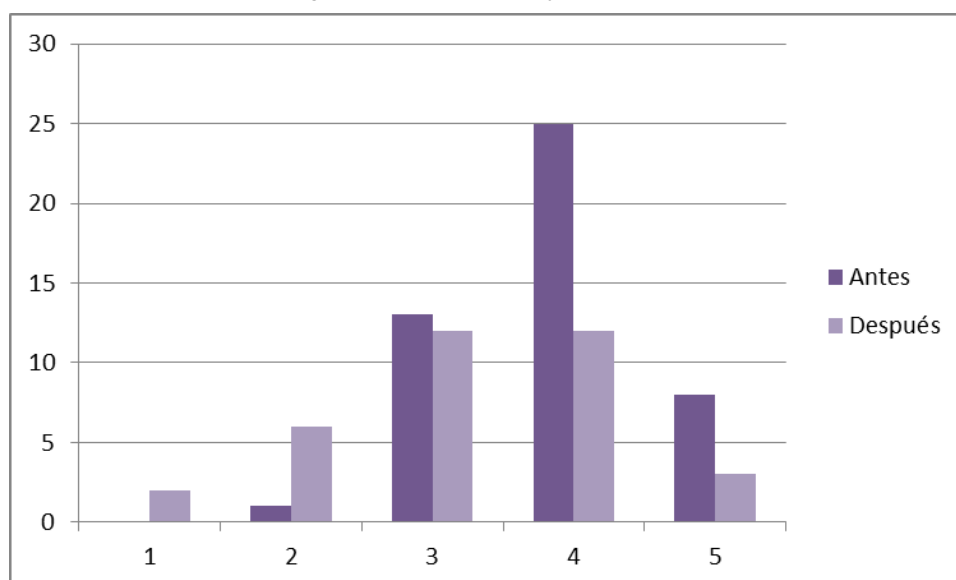
La gráfica 3 pone de manifiesto que la mayoría de estudiantes oscilan entre la puntuación de 3, 4 sobre 5 al terminar la realización de las prácticas y tras la intervención.

Gráfica 3. Grado de estrés percibido tras la intervención



Al comparar el grado de estrés percibido previo y post intervención en la gráfica 4, observamos que ha disminuido el estrés después de la intervención y tras la realización de las prácticas.

Gráfica 4. Comparación del grado de estrés antes y después de la intervención



Resultados del objetivo 9: *Comparar el nivel de estrés previo y posterior que experimentan los estudiantes tras implementar el programa de intervención.*

A continuación en la tabla 26 se presentan las medias de los factores del cuestionario KEZKAK de estrés anticipatorio y percepción de estrés final tras la intervención realizada.

Tabla 26. Estrés anticipatorio y estrés final tras la intervención

Factor	Estrés anticipatorio	Estrés final	P*
	$\bar{X} \pm DE$	$\bar{X} \pm DE$	
F1. Falta de competencia	2,0±0,4	1,8±0,4	0,006
F2. Contacto con el sufrimiento	1,6±0,5	1,4±0,5	0,001
F3. Relación con los tutores y compañeros	1,8±0,4	1,4±0,5	<0,0001
F4. Impotencia e incertidumbre	2,0±0,3	1,8±0,4	0,007
F5. No controlar la relación con el enfermo	1,7±0,3	1,5±0,4	0,009
F6. Implicación emocional	1,5±0,4	1,2±0,8	0,009
F7. Dañarse en la relación con el enfermo	1,6±0,5	1,5±0,5	0,700
F8. El enfermo busca una relación íntima	1,3±0,7	1,2±0,8	0,136
F9. Sobrecarga	1,7±0,4	1,6±0,4	0,331

*T-student muestras relacionadas

Los estudiantes presentan valores elevados de estrés antes de las prácticas en siete de los nueve factores, siendo los factores F1 “falta de competencia” y F4 “impotencia e incertidumbre” seguidos por el F3 “relación con los tutores”, los más elevados.

Después de realizar las prácticas y tras la intervención se observa una disminución general en todos los factores y sólo tres siguen presentando valores elevados, aunque menores que los obtenidos antes de las prácticas.

Existen diferencias significativas entre el antes y el después de realizar las prácticas tras la intervención en seis de los nueve factores, F1 “falta de competencia”, F2 “contacto con el sufrimiento”, F3 “relación con los tutores”, F4 “impotencia e incertidumbre”, F5 “no controlar la relación con el enfermo” y F6 “implicación emocional”. El resultado es una disminución de la percepción de estrés, alcanzando incluso niveles aceptables, excepto en el F1 “falta de competencia” y F4 “impotencia e incertidumbre”.

La tabla 27 muestra la evolución del estrés en los estudiantes en dos cursos consecutivos en el CTE, entre la primera fase de la investigación fase 1 “diagnóstica” y la segunda fase “intervención y efectividad”. Observamos que tras la intervención aparece una disminución significativa en todos los factores. Solo dos, F1 “la falta de competencia” y F4 “impotencia e incertidumbre” siguen presentando valores elevados, aunque menores que los obtenidos antes de las prácticas.

La tabla 27. Comparación de la evolución de estrés por factores en los estudiantes de CTE en las dos fases de la investigación

Factores	2012-13 Fase 1 “diagnóstica”		2013-14 Fase 2 “intervención y efectividad”		P*
	Previo Prácticas $\bar{x} \pm DE$	Posterior Prácticas $\bar{x} \pm DE$	Previo Prácticas $\bar{x} \pm DE$	Posterior Prácticas $\bar{x} \pm DE$	
F1 Falta de competencia	2,4±0,39	2,0±0,51	2,0±0,44	1,8±0,48	<0,0001
F2 Contacto con el sufrimiento	1,9±0,59	1,6±0,53	1,6±0,51	1,4±0,50	0,017
F3 Relación con los tutores y compañeros	2,0±0,53	1,7±0,56	1,8±0,49	1,4±0,58	0,001
F4 Impotencia e incertidumbre	2,3±0,26	2,0±0,41	2,0±0,37	1,8±0,43	<0,0001
F5 No controlar la relación con el enfermo	2,0±0,49	1,7±0,51	1,7±0,38	1,5±0,48	0,003
F6 Implicación emocional	1,7±0,52	1,4±0,48	1,5±0,43	1,2±0,57	0,001
F7 Dañarse en la relación con el enfermo	2,0±0,53	1,7±0,54	1,6±0,58	1,5±0,59	0,023
F8 El enfermo busca una relación íntima	1,8±0,77	1,5±0,78	1,3±0,77	1,2±0,87	0,029
F9 Sobrecarga	1,8±0,46	1,7±0,53	1,7±0,48	1,6±0,49	0,519

En la tabla 28 se muestra el estrés total antes de realizar las prácticas y después de realizarlas en el CTE, en el curso 2012-13 y en el curso 2013-14 tras la intervención.

Observamos que existen diferencias significativas de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas en el sentido que se aprecia una disminución de estrés entre el curso 2012-13 y en el curso 2013-14 tras la realización de las prácticas y la intervención.

Tabla 28. Comparación de la evolución del estrés total en los estudiantes del CTE en las dos fases de la investigación

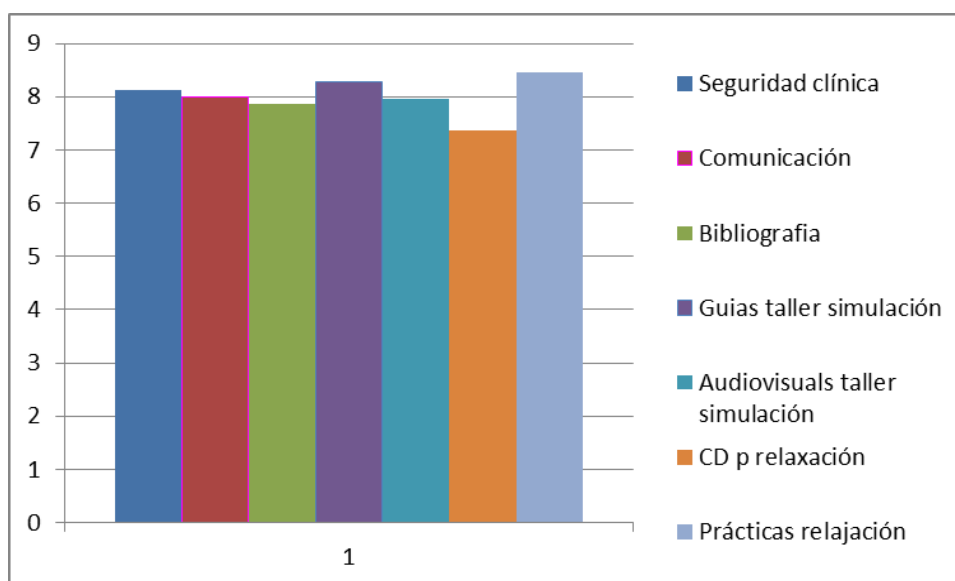
CTE	Curso 2012-13		Curso 2013-14		P*
	Estrés previo $\bar{X} \pm DE$	Estrés posterior $\bar{X} \pm DE$	Estrés previo $\bar{X} \pm DE$	Estrés posterior $\bar{X} \pm DE$	
	2,0±0,36	1,7±0,42	1,7±0,38	1,5±0,45	<0,0001

ANOVA

Resultados del objetivo 10: *Valorar la satisfacción de los estudiantes con los recursos programados en la intervención efectuada.*

En la valoración de los recursos se ha obtenido una valoración de notable en todos ellos, tal como muestra la gráfica 5, siendo los ejercicios de relajación el que obtiene la puntuación más alta.

Gráfica 5. Valoración de los recursos diseñados



Al finalizar las prácticas en unidades de críticos se recogen las propuestas de mejora aportadas por los estudiantes. Estas aportaciones se han transcrito respetando el idioma original.

De los 47 estudiantes en prácticas en unidades de críticos de cuarto, se obtuvieron 31 aportaciones que se describen a continuación y se valoraran en el futuro.

Aportaciones:

1. *"Allargar la duració del cicle de pràctiques en unitats de crítics".*
2. *"Més temps de pràctiques clíniques a les unitats de crítics"*
3. *"Més temps en la unitat de crítics ja que són unes pràctiques que t'aporten molt d'aprenentatge tant a nivell personal com professional".*
4. *"Menys treballs escrits".*
5. *"Alguna pràctica més de relaxació durant les pràctiques".*
6. *"Suggerixo que l'estada en aquestes pràctiques hauria de ser més llarga, perquè són unes pràctiques en les que pots enriquir i ampliar el teu aprenentatge. A més, penso que estaria molt bé que podríem fer tant pràctiques en la unitat de crítics com en la UCI".*
7. *"L'únic suggeriment que m'agradaria fer es que aquest període de pràctiques fos més llarg, ja que, per a mi, és un dels serveis on s'adquireixen més aprenentatges (tant a nivell tècnic com humà), i això ajudaria a formar professionals més qualificats".*
8. *"Tal com han anat avançant les pràctiques, el nivell d'estrès ha anat disminuint progressivament, donat que ens hem anat habituant i integrant una mica més a la unitat. Encara així, el fet de veure el munt de coneixements que ens queden per adquirir fa que el nivell d'estrès encara sigui moderat".*
9. *"He valorat amb un 4 el moment de màxim estrès durant tot el període de pràctiques, referint-me a l'angoixa dels primers dies. A partir de la segona setmana aquest ha disminuït, tenint com a màxim un 3 els dies de més caos".*
10. *"Crec que és imprescindible que tothom pugui passar per una unitat de crítics en algun moment de la carrera, ja que és una àrea totalment essencial i a ningú se li hauria de privar del dret d'aprendre".*

11. "Em va parèixer molt útil lo de les sessions clíniques ja que constantment les estan posant en pràctica. Es una àrea de la salut imprescindible i que hauria de passar tothom perquè s'aprèn moltíssim i t'enriqueixes com a futur professional".

12. "Les pràctiques de crítics són molt importants ja que són unitats que treballen molt diferent a les d'hospitalització restants. Crec que tothom deuria passar almenys un cop per unitats com aquestes"

13. "Mayor duración de estas prácticas ya que en mi opinión se aprenden muchos conocimientos y técnicas que en otro lugar de prácticas no se llegan a aprender".

14. "Que las prácticas de crítico, que son tan importantes, sean más duraderas puesto que tanto si después trabajas en este bloque, como si trabajas en atención primaria o en cualquier planta, los conocimientos adquiridos en ellas son aplicables y muy valiosos, y sin embargo, si realizas prácticas en otros servicios, no son tan globales los conocimientos adquiridos. Para mi es imprescindible pasar por crítico."

15. "Crec que el bloc de pràctiques hospitalàries en el pacient crític és necessari per a tots els estudiants d'infermeria. Penso que és imprescindible acabar la carrera havent passat per aquests serveis, ja sigui UMI o urgències".

16. "En el planing de prácticas: al acabar, el último viernes, podría ser libre para poder acabar los trabajos. Ya que el lunes siguiente comenzamos otro bloque".

17. "Des del meu punt de vista crec que han sigut unes pràctiques molt satisfactòries, ja que no havia tingut l'oportunitat encara d'estar en la unitat d'urgències. És una unitat on aprens molt en tots els aspectes, ja sigui comunicació, tècniques etc".

18. "Penso que tots els alumnes d'infermeria haurien de tindre unes pràctiques en urgències, abans d'acabar la carrera professional".

19. "Ha estat molt bona idea modificar les sessions clíniques de teòriques a pràctiques incloses dins de l'horari habitual, ja que és més útil, molt equànime, més dinàmic i facilita la vida personal amb la professional i un assoliment dels conceptes d'una manera integradora".

20. "És una àrea molt recomanable per a realitzar-la tothom, es podria dir imprescindible conjuntament amb Urgències. L'aprenentatge està garantit i estaria bé poder allargar més temps aquests períodes per lo que ens aporten".

21. "Jo penso que en la unitat d'urgències com hem canviat d'àrea cada 3 dies i quan ja començàvem a conèixer bé aquella part de la unitat ja ens canviàvem. Farien falta una o més, dos setmanes en aquesta unitat. I al començament, al seminari inicial, faria falta parlar tant de la seguretat clínica i de la comunicació que fem, com una sessió de ECG. També estaria bé tindre com una presentació de la unitat i de cada àrea per no ser tan perduts el primer dia de cada àrea".

22. "He estat molt a gust i molt contenta i he après moltíssim. L'únic que voldria dir és que en aquesta unitat, l'estudiant sofreix al principi molt d'estrès i amb la pràctica del temps va disminuint. També considero que en aquestes pràctiques seria convenient estar molt més temps de quatre setmanes ja que és un lloc on s'aprenen moltes tècniques i maneres diferents de tractar als pacients."

23. "Crec que les pràctiques a aquesta unitat, haurien de tenir més durada, ja que és un lloc on podem viure diferents tipus de situacions crítiques que ens capaciten en un futur per a poder prendre decisions amb rapidesa davant d'una situació d'urgència vital".

24. "Vam comentar amb la tutora, que no teníem molts coneixements sobre els ECG i es va decidir fer un seminari per esclarir alguns dubtes però penso que s'hagués pogut realitzar la primera setmana de pràctiques en lloc de l'última".

25. "Mi estrés no siempre está relacionado en las prácticas, aunque si tengo que medir los problemas que me han supuesto algo de estrés, sobre todo diría la dificultad por encontrar al profesional cuando se me presentan dudas, o tengo la necesidad de comunicar algo y por las circunstancias debo esperarme a encontrar el momento adecuado. Por otro lado considero que este lugar de prácticas precisa de más tiempo (6-8 semanas) para conocer, practicar y adquirir diferentes técnicas y métodos".

26. "Augmentar les setmanes de pràctiques a urgències".

27. "Ampliar lo máximo posible este período de prácticas, para aprender lo máximo".

28."Crec que les pràctiques clíniques a la unitat tindrien que ser més llargues ja que, és una unitat més complexa i necessites més temps per conèixer com es treballa en aquesta unitat".

29."Valorar el poder realitzar dos horaris (matí i tarda) diferents de seminaris pensant amb la gent que fa torns impossibles de combinar amb l'horari actual dels seminaris i que pot ser que siguin de fora".

30."Poder fer tots els alumnes un seminari / taller d'ECG al principi de les pràctiques per què els alumnes puguin posar en pràctica els coneixements d'una manera més aclaridora al estar els conceptes refrescats i amb suport de les tutores de la unitat".

31."La durada del cicle de les pràctiques hauria de ser igual per a tots els grups d'alumnes per a que tots puguem aprendre i gaudir de les pràctiques durant el mateix. A més, m'ha paregut que 4 setmanes de durada del cicle ha sigut molt poc temps per poder adquirir els coneixements, tècniques i habilitats necessaris per un total desenvolupament en el servei d'Urgències. També es podria realitzar un seminari d'interpretació d'ECG previ a l'inici del període de pràctiques amb l'objectiu de que els alumnes puguem habitar-nos més a la lectura d'aquests".

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

DISCUSIÓN

Para redactar la discusión se ha tenido en cuenta el análisis de los resultados de forma integrada tanto cualitativos como cuantitativos.

Los resultados obtenidos parecen indicar que los estudiantes de grado de la facultad de enfermería de la Universitat Rovira i Virgili antes de realizar las prácticas clínicas presentan una percepción de estrés elevada, no obstante hemos de resaltar que después de realizarlas y tras la intervención se observa que disminuye de forma considerable la percepción de estrés.

El grado de enfermería tiene como objetivo que los estudiantes adquieran las competencias, habilidades y destrezas necesarias para poder realizar los procedimientos enfermeros con un alto nivel de calidad, para ello disponen de una importante carga lectiva práctica. En las prácticas clínicas los estudiantes se incorporan en equipos de trabajo donde se enfrentan a situaciones nuevas donde la relación con los pacientes y profesionales les ayuda a tomar contacto real con el trabajo asistencial que van a realizar en el futuro. El contacto con el sufrimiento, la muerte de los pacientes, sus familias, hace que el estudiante tome conciencia de la realidad asistencial, donde algunas veces no disponen de estrategias de afrontamiento eficaces, teniendo en cuenta que el acto de ayudar a morir con dignidad y acompañar en el sufrimiento requiere de una formación, conocimiento y madurez que en algunos casos puede resultar insuficiente.

Hacer frente a esta realidad no depende solo de los posibles recursos que el estudiante dispone ni de la predisposición del tutor de prácticas, sino de establecer un programa de intervención reglado que abarque tanto la dimensión personal como la asistencial para mitigar el efecto estresante de estas vivencias del dolor y de la muerte. Esta tesis además de valorar el grado de estrés, pretende proporcionar recursos que sean útiles a los estudiantes y también a los profesionales encargados de la docencia de los futuros profesionales de enfermería.

Uno de los puntos clave de la tesis ha sido el instrumento utilizado para la recogida de datos: el cuestionario **KEZKAK**. En este trabajo nos ha permitido conocer desde el análisis cuantitativo y cualitativo, los principales estresores de las prácticas clínicas, así como detectar lo que continúa estresando o minimiza el estrés en los estudiantes de enfermería a medida que adquieren experiencia.

En cuanto a las variables sociodemográficas, como es habitual en enfermería, la representación de la muestra está formada mayoritariamente por mujeres 84,7%, la media de edad es de $26,0 \pm 7,5$ años (21-55). Estos resultados coinciden con otros estudios realizados en otras áreas geográficas, lo que nos indica que este es el perfil sociodemográfico más prevalente o más común de los estudiantes de enfermería (García, Labajos & Fernández, 2014a; López-Medina & Sánchez-Criado, 2005; Zupiria et al., 2003; Antolin et al., 2007).

Un 61% de estudiantes no trabajan, la mayoría no tienen personas a su cargo, un 59 % residen en el domicilio familiar y un 62% no disponen de beca. Las mujeres que no trabajan y que no tienen pareja presentan los valores más altos de percepción de estrés. Los factores que han obtenido las puntuaciones más altas han sido “falta de competencia”, “impotencia e incertidumbre” estos resultados coinciden con otros estudios (García, Labajos & Fernández, 2014a).

El hecho de simultanear trabajo y estudios ha generado una fuente de controversia, ya que conciliar el tiempo entre ambos compromisos podría generar en el estudiante-trabajador un mayor nivel de estrés. Los resultados de nuestro estudio evidencian lo contrario: los estudiantes que trabajan, estudian y tienen pareja no solo no han tenido más estrés sino que en todos los factores experimentan valores más bajos con respecto a los otros. De acuerdo con García, Labajos & Fernández (2014a) una posible explicación es que la seguridad, los recursos relacionales y la capacidad de afrontamiento que se adquiere por estar en el mundo laboral, frente a la mayor vulnerabilidad de los estudiantes que aún no disponen de demasiadas habilidades sociales, les permiten interactuar en el entorno clínico con mayor asertividad y este puede ser el motivo de la disminución de la percepción de estrés en aquellos estudiantes que trabajan, estudian y tienen pareja.

La primera fase de la investigación fase “diagnóstica”, muestra que en los tres campus estudiados CTE, SBP, CC el valor más elevado es el F1 “falta de competencia” y el segundo más elevado en los tres campus es el F4 “impotencia y incertidumbre” y en SBP el F4 “impotencia y incertidumbre” y el F3 “relación con los tutores y compañeros” presenta el mismo valor. Estos resultados coinciden con otros estudios similares (Zupiria et al., 2003b; López-Medina, 2005; Antolín et al., 2007; Cobo cuenca et al., 2012; Moya et al., 2013; Sánchez Donaire et al., 2013; García, Labajos & Fernández, 2014a).

El CTE es el que presenta los valores más elevados de percepción de estrés tanto antes como después de realizar las prácticas.

Al tratarse de una población en formación, los estudiantes sienten que no tienen la habilidad y seguridad suficiente para la prestación de cuidados. Este hecho puede explicar el miedo a realizar un trabajo incorrectamente. El factor 1 “falta de competencia” tiene que ver con el temor a dañar, o no poder ayudar al paciente o a resultar dañado. Al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello conlleva tanto para el paciente como para el propio estudiante (Zupiria et al., 2003b).

García, Labajos & Fernández (2014a) apunta que lo que más estrés genera a los estudiantes es la falta de competencia, lo que implica un elevado sentido de la responsabilidad ante las prácticas. En este sentido conviene explicarles que a medida que vayan adquiriendo conocimientos poseerán más experiencia, ello hará que estas sensaciones vayan disminuyendo.

El factor 3 “relación con los tutores y compañeros” tiene que ver con las relaciones interpersonales. En otras investigaciones los estudiantes de enfermería experimentan como principales estresores las relaciones interpersonales y que la principal dificultad inconfesable de los estudiantes es la falta de asertividad. Zupiria (2003b) afirma que les parece más estresante a estudiantes más ansiosos y a los más jóvenes. Algunos autores obtienen resultados parecidos como (Sánchez, 1992; López & Sánchez, 2005; Zupiria et al., 2003b).

Los estudiantes que ya han realizado prácticas clínicas ya conocen la realidad, han tenido contacto con los pacientes y tutores de prácticas, han vivido más de cerca esas situaciones y saben lo que se espera de ellos, ya han contrastado su capacitación y falta de experiencia, lo cual les genera en un principio una mayor preocupación, se enfrentan a situaciones de reafirmación de su identidad dentro de la estructura profesional sanitaria, pero también es verdad que a medida que van adquiriendo experiencia y mayor formación disminuye la preocupación. Si miramos los resultados en otros trabajos (Tomás-Sábado, Aradilla & Guix, 2004; Brown & Edelman, 2000) vemos que existen evidencias donde se afirma que únicamente la experiencia profesional y la edad, representa un moderado, aunque significativo efecto reductor del estrés, pero nos está indicando que es un área a continuar desarrollando en el proceso enseñanza–aprendizaje (E-A). Resultaría interesante trabajar estos aspectos

en interacción docente y estudiante desde una perspectiva dialéctica lo cual favorecería el clima laboral.

El factor 4 “impotencia e incertidumbre”, está relacionado únicamente con la ansiedad rasgo. Les parece más estresante a los más ansiosos, pero no tiene relación con el sexo, con el curso, ni con la edad. Se trata pues de un factor presente en las enfermeras hospitalarias, parece que es un factor estresor que acompaña a los profesionales de enfermería a lo largo de la vida profesional, que nos orienta sobre el aprendizaje en técnicas de relajación, desarrollo de la tolerancia a la frustración, aprender a pedir ayuda y utilizar recursos para el desahogo y asimilación (Zupiria et al., 2003b).

En esta primera fase nuestro objetivo ha sido recoger información que nos permita diagnosticar y tomar decisiones sobre la necesidad o conveniencia de diseñar e implementar una intervención dirigida a paliar los efectos del estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Coincide con las indicaciones de otros estudios sobre la necesidad de establecer programas de intervención reglados (López & Cibanal, 2011).

Dada la trascendencia del estrés detectado en los estudiantes, la segunda fase “intervención y efectividad” ha estado centrada en el diseño de la intervención y su implementación en los estudiantes del CTE que fueron elegidos grupo piloto por ser los que obtuvieron los niveles de estrés más elevados. Tras la implementación se siguió la investigación para comprobar la efectividad del programa de intervención en los estudiantes en prácticas clínicas en unidades de críticos. Algunos autores enfatizan sobre los buenos resultados de intervenciones realizadas en entornos de cuidados, de forma que contribuyen al bienestar de las personas que lo reciben (Navea, 2012; Zupiria & Tazon, 1997; Badanta & , Castillo, 2012; Flórez-Torres et al., 2011).

El diseño de la intervención se ha basado en los resultados obtenidos en la primera fase de la investigación y en las recomendaciones de la bibliografía consultada de trabajos similares como (Zupiria & Tazón, 1997; Navea, 2012; Bandata & Castillo, 2012; Florez-Torres, 2011; Casañas et al., 2009; Pades, 2012; Fabricius, 1991; Gil-Monte, 2001; Limonero, 2012; Arandilla-Herrero & Tomas-Sábado, 2006; Shedler, 2010; Ticona, Paucar & Llenena, 2010; Godbey & Courage, 1994).

Estos autores plantean la idea de un programa intervención para afrontar las situaciones adversas o estresantes de la vida. En nuestro estudio la implementación de la intervención ha pretendido dotar a los estudiantes de estrategias y recursos de afrontamiento y los resultados han mostrado la satisfacción de los estudiantes. Los recursos programados obtuvieron buenos resultados pues se considera que la implementación de la intervención ha sido efectiva por contribuir a disminuir la percepción de estrés y ayudar a una mejor adaptación.

Otras experiencias evidencian que la implementación de programas de intervención frente a situaciones nuevas que les provocan a los estudiantes grados de incertidumbre y temor en entornos de alta complejidad y dureza, puede repercutir en el desarrollo de recursos de afrontamiento y habilidades para el control del estrés generado en las prácticas clínicas. Las referencias de otros autores están en la misma línea, en sus trabajos quedan explícitas las estrategias de afrontamiento como un elemento de gran ayuda para los estudiantes y profesionales de enfermería (Sánchez, 1992; Escriba, 2000; Tomás-Sábado & Fernández Donaire, 2002; Fernández et al 2005; López-Medina, 2005; Pades, 2006; Zupiria, 2006; Antolin et al., 2007; Benbunan et al., 2007; Jenaro-Rio, Flores-Robaina & Gonzalez-Gil, 2007; González-Cabanach et al., 2009; Lora et al., 2008; Limonero et al., 2010; López & López, 2011; López & Cibanal, 2011; De la Piedra et al., 2011; Blanco-Daza, 2012; Moya et al., 2013; Sánchez-Donaire et al., 2013; Giménez et al., 2013; Giménez, 2015).

Un punto importante de la investigación ha sido la implementación de la intervención con todos los recursos y seminarios programados. Los estudiantes han descubierto y reforzado estrategias, sus estrategias, de acuerdo con Lluch (2002) los cambios exigen que las personas se adapten, adopten estrategias para reforzar su bienestar y ello les ha permitido crecer y madurar como personas.

La utilización de técnicas grupales para explorar sus vivencias mediante grupos focales (GF), donde el estudiante ha dispuesto de un espacio abierto para hablar de sus experiencias durante las prácticas, ha facilitado el reconocimiento de situaciones que le generaban estrés y ha aprendido a identificar qué estrategias de afrontamiento utiliza habitualmente ante situaciones similares. Creemos que estos espacios han constituido un excelente marco para reflexionar sobre las situaciones vividas, su significado y la manera de canalizarlas e integrarlas en su formación. Es importante tener en cuenta que estas vivencias les acompañarán en su día a día en el trabajo de

enfermería y la conveniencia de acostumbrarse a vivir con ellas y a trabajarlas, comprobando que a todos les suceden cosas parecidas, el llamado fenómeno de universalización, dando la opción al estudiante de aprender de las dificultades, a afrontarlas en lugar de aprender a huir. Experiencias cercanas a las descritas en sus trabajos plasman expectativas y temores, y que el tiempo y la experiencia van a ser sus aliados (Donaduzzi, 2015; Zupiria et al., 2008; Ashmore. & Carver, 2000; Platzer, Blake. & Ashford. 2000; Zupiria & Tazón, 1997; Zupiria,1999; Totonika et al., 2003 citado por Zupiria, 2006).

Los estudiantes acceden a las prácticas con unas características personales por las que pueden compensar las situaciones estresantes con sus propios recursos naturales. Muchos de ellos poseen la calma y la coherencia suficiente para que la situación no les desborde. Al poseer esta estabilidad personal les permite realizar unos buenos cuidados cuando perciben la presión del entorno. Otros estudiantes, por sus propias ansiedades, deberán recibir un apoyo más sistematizado. En conjunto, se trata de que el estudiante pueda tomar la calma suficiente, haciéndole saber por parte del tutor que las prácticas son un espacio de aprendizaje y, que en este momento es tiempo de aprender, no solo las técnicas sino también recursos para afrontar el estrés que les provocan las diferentes situaciones a las que constantemente se están enfrentando (Zupiria, 2006).

Las aportaciones de los estudiantes en el GF, refuerzan y complementan los resultados obtenidos a partir del cuestionario utilizado y reflejan la importancia que tiene para ellos el hecho de enfrentarse a situaciones complejas. Se relacionan empáticamente con los pacientes y sus familias. Tienen la sensación que ellos no pueden ayudar en situaciones difíciles o incluso que su presencia pueda ser perjudicial. Pero se percibe en su discurso una situación ambivalente, miedo ante la situación y deseo de ser buenos profesionales, les impulsa las ganas de ir hacia adelante en sus habilidades competenciales. Contrasta el sentimiento de falta de capacitación y la inexperiencia, con la ilusión esperanzadora de que ellos podrán alcanzar este ideal. Son capaces de reflexionar sobre el estrés, pensando que este estará menos presente con el paso del tiempo y a la vez son capaces de relativizar el tiempo necesario para llegar a estos objetivos. Dichas percepciones son compatibles con resultados de investigaciones realizadas por otros autores (Admi, 1997; Zupiria et al., 2003b; López-Medina et al., 2005; García-Rodríguez 2014a).

En el contacto con el sufrimiento los estudiantes nos dan a entender en su discurso que tomar conciencia de este sufrimiento está implícito en la profesión, que persiste a lo largo del grado. Se hace necesario trabajar en el desarrollo de habilidades que refuercen su tolerancia y acompañarlo a través de espacios de asimilación que ayuden a sobrellevar este sufrimiento (Zupiria et al., 2003b).

Referente a las “relaciones interpersonales”, sus expresiones ponen de manifiesto que la asertividad en algunos casos no está presente. Este es un valor importante a tener en cuenta en el día a día del trabajo en equipo. Sánchez (1992) (citado por Zupiria X et al 2003) observa que trabajar estos aspectos interpersonales puede resultar de gran ayuda, añade la importancia de contemplar la edad, ya que a más edad se incrementa la asertividad, por tanto es un factor atenuante como hemos citado anteriormente. Trabajar con el estudiante habilidades sociales para ir adquiriendo asertividad, puede ser de gran ayuda, a mayor asertividad mayor empatía por ser dos aspectos vinculantes. Estos aspectos también los describen otros autores (Escribá, Más, Cardenas.& Perez,1999 citado por Zupiria et al., 2003; Sánchez, 1992).

Las aportaciones de los estudiantes, acerca de la “incertidumbre”, es sin duda una de las circunstancias que provoca más estrés, ya que ello induce un estado de constante autoevaluación. Evidentemente en los estudiantes más ansiosos este rasgo se verá incrementado.

El estudiante destaca las diferencias entre lo aprendido y lo que se encuentra en la realidad clínica, lo que comúnmente se llamada tensión de rol. En este sentido Antolín (2007) propone que podrían ser útiles técnicas de relajación, aprender a pedir ayuda y desarrollar el autoconocimiento. El hecho de trabajar la tolerancia a la frustración a través de sesiones grupales, la utilización de espacios de compartir y asimilación, ayuda a la comprensión que los estudiantes aún están en periodo de aprendizaje, que todos pasamos por ello y que lo importante es aprender, aunque no todos lo hagan al mismo tiempo. Estos resultados coinciden con otros revisados (Escribá, Más, Cárdenas.& Pérez,1999 citado por Zupiria et al., 2003; Antolín et al., 2007).

Los estudiantes de enfermería manifiestan que el hecho de poder hablar de lo que les preocupa ya les produce cierto alivio y mejoran su sintomatología aumentando su realización personal, actúan como grupos de ayuda mutua. Autores como García-Rodríguez apoyan la conveniencia de seguir con estudios cualitativos sobre el

contexto y sobre el ámbito personal (García-Rodríguez, 2014a; Peralta et al., 2011; Espinoza, Valverde & Vindas, 2011).

Las expresiones de los estudiantes evidencian dificultades en la comunicación, “no saber cómo responder a las expectativas del paciente”, ello nos sugiere la necesidad de reforzar habilidades en comunicación y de interrelación con el paciente. Referenciado por (Escribá, Más, Cardenas & Pérez, 1999 citado por Zupiria et al., 2003).

La proximidad del cuidado con la implicación emocional queda reflejada en sus expresiones, se percibe la necesidad de seguir trabajando la relación y comunicación con el enfermo sobre sus emociones. En contrapartida, la distancia emocional excesiva puede ser debida al temor a la sobreimplicación, en consecuencia la posibilidad de una relación poco empática y fría producto de la disociación afectiva en nosotros mismos puede alterar la relación con el enfermo. No resulta fácil conseguir la distancia correcta para llegar a ser una profesional respetuosa y humana en la relación con el enfermo. Mantener una equidistancia correcta que permita hacer nuestro trabajo con seguridad y a la vez tener la empatía suficiente, será uno de los principales logros que todo profesional deberá adquirir (Zupiria et al., 2003; Zupiria et al., 2006).

La aparición en los discursos de los estudiantes de aspectos relacionados con la “inseguridad ante situaciones nuevas”, en los primeros momentos de la formación, es normal y deseable. La implicación del estudiante, favorecerá un mayor grado de atención en estos primeros momentos, para que posteriormente adquiera la seguridad necesaria en el desarrollo de su profesión. Son estas primeras etapas en las cuales los tutores deberán estar más implicados y acompañar al estudiante para que gane en seguridad y clarifique sus actuaciones en vistas a un futuro. Se pretende alcanzar un apoyo seguro para que una respuesta ansiosa normal no devenga en patológica.

Es cierto que los profesionales de enfermería se sienten incómodos y muchas veces desbordados emocionalmente y necesitan estrategias de afrontamiento eficaces para superar la ansiedad que les genera el día a día. Asumir nuestras propias emociones ante el sufrimiento hace que nos sintamos menos vulnerables a la ansiedad derivada de estas situaciones. Centrarnos en estrategias que faciliten la expresión de los sentimientos, de los miedos y de las debilidades de los participantes, puede contribuir

a superar las resistencias y fomentar el diálogo sobre estos procesos (Aradilla & Tomás-Sábado, 2006).

Teniendo en cuenta que la dimensión emocional es un factor clave en el ámbito de las interacciones personales, resulta inherente potenciar aspectos como el conocimiento y la comprensión de las emociones, la aceptación de uno mismo, el autocontrol, la empatía o la capacidad de afrontar eficazmente los problemas. Considerar la calidad del sistema de apoyo social con el que cuenta la persona como nos lo indican los siguientes autores (Lo R, 2002; Piñeiro, 2013; González-Cabanach, 2009).

Tras la exploración de los discursos, al comparar el nivel previo y posterior de estrés que experimentaban los estudiantes en la fase 2 después de implementar el programa de intervención, observamos que existe en todos los factores una disminución significativa de la percepción de estrés. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros trabajos, el pasar a la acción y en nuestro caso la implementación de la intervención ha disminuido considerablemente la percepción de estrés que presentaban los estudiantes al inicio de la investigación. A pesar de ello el factor 1 “falta de competencia” y el factor 4 “impotencia e incertidumbre” siguen presentando los valores más altos de percepción de estrés. Estos resultados coinciden con otros estudios revisados (Amat et al., 1990; Antolín et al., 2007; Admi, 1997; Brown & Edelman, 2000; Pades & Homar, 2006; Zupiria et al., 2003; Zupiria et al., 2006).

Los estudiantes han mostrado satisfacción con los recursos diseñados y utilizados en la intervención. Los estudiantes otorgaron una puntuación de notable a todos, siendo la relajación la que presentó la máxima puntuación.

Un 48% de la muestra estudiada apuntan que les hubiera gustado una mayor duración del periodo de prácticas en unidades de críticos. Los estudiantes han adquirido seguridad y confianza en sí mismos tras la realización de las prácticas y después de la intervención. La repetición de escenarios clínicos usuales e inusuales, visualización de vídeos, prácticas de relajación, y sesiones grupales han contribuido a disminuir el estrés que experimentaban en un inicio. Autores como Junquera, 2014; Antolín., 2007, sugieren la utilización de estas estrategias de intervención para disminuir el estrés relacionado con las prácticas en estudiantes de enfermería.

Villar (2006) publicó una investigación basada en las causas de estrés realizada a estudiantes de psicología que realizaban prácticum. Villar evidenció resultados similares: falta de preparación, conocimientos, habilidades y experiencia, inseguridad para trabajar con los clientes, exceso de responsabilidad y de presión asociado al miedo a cometer errores y no estar a la altura de lo esperado, preocupación con los tutores. En definitiva, que se formen expectativas muy altas y no puedan estar, los estudiantes, a la altura de las circunstancias.

El estrés constituye un proceso complejo y una vivencia personal intensa. La capacidad de adaptarse al entorno y a las personas, así como las formas de percibir lo que nos rodea, nos hace únicos y singulares. Identificar como es el entorno donde nos movemos e identificar los factores estresantes, ayuda a poner en marcha mecanismos individuales de afrontamiento y dota al estudiante del bienestar suficiente para emprender una vida laboral satisfactoria. Como docentes sería interesante profundizar más sobre lo que les está pasando a nuestros estudiantes en las prácticas clínicas, donde fluyen un sinnúmero de emociones, preocupaciones, inquietudes que para los estudiantes son en muchos casos nuevas, irrepetibles e inolvidables.

La efectividad del programa se ha visto reflejada con estos resultados obtenidos. Han contribuido a ayudar a los estudiantes en su autoconocimiento, pues es difícil entender al otro sin un previo conocimiento de nosotros mismos. Ha facilitado su participación, fomentado el aprendizaje activo y les ha ayudado a comprender que este trabajo personal no finaliza con los estudios de enfermería sino más bien que es el punto de partida para llegar a ser un buen profesional y que se debe ir trabajando de forma continuada en el tiempo.

Al comparar el estrés previo y posterior a la realización de las prácticas en la Fase 1 “diagnóstica” con la Fase 2 “intervención y efectividad”, se ha detectado una disminución considerable de estrés en los estudiantes que han participado en la intervención. Todos los factores presentan una disminución significativa, excepto en el F1 “falta de competencia” y el F4 “impotencia y incertidumbre” que siguen presentando valores elevados de estrés. Estos resultados nos indican la efectividad de la intervención diseñada y nos animan a continuar trabajando en acciones de mejora, para una posible generalización en las prácticas clínicas del grado de enfermería.

Podemos decir que el diseño y la implementación de la intervención como innovación docente en los estudios de grado de la Facultad de Enfermería de la URV, ha sido una experiencia muy positiva para todos los estudiantes ya que así lo han expresado en sus aportaciones y en la valoración de los recursos puestos a su disposición.

Con todo lo expuesto somos conscientes que estos resultados forman parte de una primera experiencia. Serán necesarias más investigaciones para poder generalizar los resultados encontrados. El análisis de los resultados nos ha permitido identificar limitaciones y futuras líneas de investigación que se especifican en el capítulo siguiente.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

CAPÍTULO 7: LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Limitación 1

La muestra utilizada no incluye a los estudiantes de primer y segundo curso y el predominio del género femenino en enfermería propio de la profesión.

Futura línea de investigación

Diseñar estudios longitudinales que incluyan muestras desde el inicio del grado y hacer su seguimiento a lo largo de los cuatro años. Contemplar otras variables psicológicas, competencia personal, optimismo, sentido de la coherencia. Aumentar el tamaño de la muestra y realizar el estudio en los tres campus de la Facultad de Enfermería.

Limitación 2

El diseño y posterior implementación del programa de intervención nos ha permitido realizar un pilotaje del posible impacto y la efectividad en los estudiantes implicados. Se ha disminuido la percepción de estrés y ha ayudado a gestionar mejor los recursos de que disponían en un inicio, entre ellos las emociones. Al no disponer de un grupo de control, no se puede determinar que la mejora evidenciada solo se deba al efecto de la intervención.

Futura línea de investigación

Realizar un diseño de estudio experimental con un grupo control que permita comprobar el efecto de la intervención.

El programa de intervención se podría generalizar en el contexto de las prácticas clínicas del grado de enfermería como herramienta de ayuda para controlar mejor el estrés, dotando a los futuros profesionales de estrategias y recursos de afrontamiento que les permitan ahora y en el futuro adaptarse a las situaciones generadoras de estrés que comporta la práctica clínica.

Analizar con más detalle el papel que las estrategias de afrontamiento sobre el estrés y la ansiedad ante situaciones críticas.

Los resultados obtenidos en la fase dos servirán para revisar y mejorar la intervención y en caso de resultados favorables, generalizarlo en otras asignaturas del grado de enfermería e incluso en otros grados.

Sería interesante pasar el cuestionario en otros contextos y comprobar lo que es estresor para los estudiantes de enfermería de la práctica clínica, distinguiendo entre lo que es universal y lo que es sociocultural.

Limitación 3

En el conjunto de ítems recogidos en el cuestionario están mucho más representados aquellos que tienen que ver con la relación con el enfermo, contacto con el sufrimiento, y con las actividades de enfermería, que con los que tiene que ver con la relación con otros profesionales o con la organización del trabajo.

Futura línea de investigación

Explorar otros instrumentos y/o técnicas de recogida de datos.

Limitación 4

En este estudio no se ha contemplado la carga docente como un estresor añadido importante a tener en cuenta, se ha focalizado en las prácticas clínicas, la formación de enfermeras se caracteriza por ser una práctica compleja y multifuncional.

Futura línea de investigación

Añadir a las variables sociodemográficas y de interés, variables relacionadas con la carga docente, periodo de prácticas, turno o servicio entre otros.

Ampliar este mismo estudio en las prácticas de otros ámbitos hospitalarios, salud mental, materno infantil...y así poder establecer cuáles son los factores causales en diferentes servicios o unidades. Tener en cuenta en el diseño del plan de estudios, preparación previa del estudiante antes de iniciar las prácticas, y la necesidad de apoyo, tutorización individualizada que permita disminuir el estrés. Potenciando la capacidad crítica del alumno, así como el desarrollo de la reflexión ante un determinado fenómeno de salud-enfermedad.

Dada la complejidad del E-A, las enfermeras asistenciales pueden contribuir al respecto asumiendo un rol preponderante en la formación de alumnos, siendo imprescindible dotarles de voz en todo el proceso.

CAPÍTULO 8: CONCLUSIONES

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

CONCLUSIONES

Las principales conclusiones que se extraen de acuerdo a los objetivos planteados son:

Objetivo 1: *Describir las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería de la URV.*

Las características sociodemográficas de los estudiantes de enfermería son mayoritariamente mujeres, la media de edad es de 26 años, que no trabajan, que no tienen personas a su cargo, que residen en el domicilio familiar y que la mayoría no dispone de beca.

Objetivo 2: *Identificar los factores causantes de estrés que experimentan los estudiantes previo al realizar las Prácticas Clínicas Hospitalarias I en los tres Campus de Enfermería, CTE, SBP, CC de la URV.*

Los estudiantes de enfermería de los tres campus presentan valores altos de percepción de estrés. Siendo los estudiantes del CTE los que presentan los valores más elevados. En los tres campus el valor más elevado es el F1 “falta de competencia” y el segundo más elevado es, en los tres campus, el F4 “impotencia y incertidumbre”, y en la SBP obtiene la segunda mayor puntuación el F3 “relación con los tutores y compañeros”.

Objetivo 3: *Analizar si existe relación entre las variables sociodemográficas y los factores estresores antes de realizar las prácticas clínicas.*

Entre las características sociodemográficas y factores estresores antes de realizar las prácticas clínicas en CTE, SBP y CC, las estudiantes que no trabajan, que no tienen pareja y que no tienen personas a su cargo presentan valores más elevados de estrés.

Por sexos, en las puntuaciones obtenidas en los factores, F1 “falta de competencia”, F2 “contacto con el sufrimiento”, F4 “impotencia y incertidumbre”, F5 “no controlar la relación con el enfermo”, F9 “sobrecarga”, se observan diferencias significativas de manera que las mujeres presentan valores más elevados de estrés que los hombres.

Entre las estudiantes que trabajan y las que no lo hacen, en los factores F1 "falta de competencia", F2 "contacto con el sufrimiento", F3 "relación con los tutores y compañeros", F4 "impotencia y incertidumbre", F5 "no controlar la relación con el enfermo", presentan valores más elevados de estrés las personas que no trabajan.

Entre las estudiantes que tienen pareja y las que no, en los factores F2 "contacto con el sufrimiento", y F5 "no controlar la relación con el enfermo", presentan valores más elevados de estrés las personas que no tienen pareja.

Entre las estudiantes que tienen personas a su cargo y las que no, en el factor F5 "no controlar la relación con el enfermo", experimentan valores más altos las estudiantes que no tienen personas a su cargo.

Objetivo 4: *Comparar los factores causales de estrés de los estudiantes de enfermería de la URV previo y posterior a la realización de las Prácticas Clínicas Hospitalarias I.*

La percepción de estrés total que experimentan los estudiantes en los tres campus estudiados, disminuye después de realizar las prácticas en todos los casos. Siendo los estudiantes del CTE los que presentan los valores más elevados tanto antes como después de realizar las prácticas.

La percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas en los CTE, SBP y CC y en los nueve factores del KEZKAK (datos apareados), existe una disminución de la percepción de estrés después de realizar las prácticas.

En el CTE la percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas, en los nueve factores del KEZKAK (datos apareados) después de realizar las prácticas disminuye en todos los factores, pero siguen presentando los valores más elevados F1 "falta de competencia", F4 "impotencia e incertidumbre".

En la SBP la percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas, en los nueve factores del KEZKAK (datos apareados) no existen diferencias significativas entre antes y después de realizar las prácticas, excepto en el F5 "no controlar la relación con el enfermo".

En CC la percepción de estrés previo y posterior a la realización de las prácticas clínicas, en los nueve factores del KEZKAK (datos apareados), existen diferencias estadísticamente significativas entre el antes y después de realizar las prácticas, excepto en los factores F6 "implicación emocional" y F8 "el enfermo busca una relación íntima".

Objetivo 5 *Diseñar un programa de intervención que proporcione recursos para enfrentarse a las situaciones estresantes.*

Se ha diseñado una intervención con la intención de dotar a los estudiantes de estrategias y recursos de afrontamiento que les ayuden a una mejor adaptación a las situaciones generadores de estrés en las prácticas clínicas.

Objetivo 6 *Identificar las preocupaciones que experimentan los estudiantes antes de la realización de las prácticas.*

Las preocupaciones de los estudiantes se han categorizado según los nueve factores del cuestionario KEZKAK, identificando las preocupaciones de los estudiantes en la falta de competencia un 48%, la relación con los tutores y compañeros un 21% y no controlar la relación con el paciente un 12%.

Objetivo 7 *Explorar las vivencias que experimentan los estudiantes durante las prácticas clínicas.*

Los resultados cualitativos nos confirman que las vivencias que experimentan los estudiantes durante las prácticas están relacionadas con:

El miedo a dañar, o no poder ayudar al paciente o resultar dañado, tienen que ver con la falta de competencia. Al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí mismo.

La relación con los tutores y compañeros. Se ha visto en estudiantes de enfermería que los principales estresores tienen que ver con el área interpersonal y la principal dificultad inconfesable es la falta de asertividad.

El deseo de ayudar a los demás. Nos gustaría ser omnipotentes, pero la realidad se encarga de frustrar continuamente nuestro deseo haciéndonos sentir **impotencia e incertidumbre**, sentimientos muy frecuentes en los profesionales de la salud.

La **implicación emocional**, tanto con el paciente como con el trabajo. El temor a sufrir puede llevar al desarrollo de actitudes defensivas que no permitan desarrollar con efectividad la labor de enfermería.

Estos resultados refuerzan los datos analizados a partir de la administración del cuestionario KEZKAK

Objetivo 8 *Comparar el grado de estrés percibido pre y post intervención.*

Al comparar el grado de estrés percibido entre antes y después de la intervención, se pone en evidencia que los estudiantes han experimentado un descenso entre la pre y la post intervención y tras la realización de las prácticas.

Objetivo 9 *Comparar el nivel previo y posterior de estrés que experimentan los estudiantes tras implementar el programa de intervención.*

Los estudiantes presentan valores elevados de estrés antes de las prácticas en siete de los nueve factores, siendo los factores F1 “falta de competencia”, F3 “relación con los tutores”, F4 “impotencia e incertidumbre”, los más elevados.

Después de realizar las prácticas y tras la intervención se observa una disminución general en todos los factores y sólo tres siguen presentando valores elevados, aunque menores que los obtenidos antes de las prácticas.

Existen diferencias significativas entre el antes y el después de realizar las prácticas tras la intervención en seis de los nueve factores, F1 “falta de competencia”, F2 “contacto con el sufrimiento”, F3 “relación con los tutores”, F4 “impotencia e incertidumbre”, F5 “no controlar la relación con el enfermo” y F6 “implicación emocional”, resultando en una disminución de la percepción de estrés, alcanzando incluso niveles aceptables excepto en el F1 “falta de competencia” y F4 “impotencia e incertidumbre”.

Al establecer la comparación entre la primera y segunda fase del estudio, podemos afirmar que la intervención ha sido una experiencia positiva y ha producido un descenso general significativo del estrés en todos los factores estudiados.

Objetivo 10 *Valorar la satisfacción de los estudiantes con los recursos programados en la intervención efectuada y propuestas de mejora.*

Los estudiantes de cuarto curso han mostrado una elevada satisfacción respecto a la valoración de los recursos que se han puesto a su disposición a través de la intervención. Los estudiantes han otorgado una puntuación de notable a todos ellos, siendo la relajación la técnica que ha obtenido una puntuación superior.

La investigación efectuada demuestra que los estudiantes sufren estrés durante la realización de las prácticas clínicas. El hecho de convivir con personas que sufren dolor y el contacto con la muerte, constituyen experiencias difíciles de asumir. No obstante, también tenemos que resaltar que el estudiante, durante su formación, va adquiriendo conocimiento y madurez para poder hacer frente al cuidado del paciente desde una perspectiva integral.

Estos resultados nos dan argumentos suficientes para seguir el programa de intervención en el currículo del grado para que ayude a disminuir las consecuencias nocivas del desgaste psíquico que los profesionales de enfermería experimentan. Y que favorezca la adquisición de recursos de afrontamiento para su futuro como profesionales.

Finalmente, resaltar que en el trascurso de la investigación han ido surgiendo reflexiones sobre puntos fuertes y aspectos a mejorar en las prácticas clínicas, actitudes de autoconocimiento y responsabilidad en el aprendizaje, ayudando a los estudiantes a identificar sus posibilidades y recursos personales.

La investigación llevada a cabo aporta información valiosa para en un futuro poder proponer cambios en las revisiones de los planes de estudio que contribuyan a mejorar el proceso enseñanza aprendizaje. Como conclusión final los resultados obtenidos nos han permitido alcanzar los objetivos y dar respuesta a la hipótesis planteada.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

CAPITULO 9: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Acebedo-Urdiales, S., Rodero-Sánchez, V., Vives-Relats, C. & Aguarón-García M.J. (2007). La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica. *Index Enferm*, 16 (56), 40-44. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100009

Admi H. (1997). Nursing students stress during the inicial clinical experience. *J Nurs Educ*. 36(7), 323-327. Recuperado de <http://www.medscape.com/medline/abstract/9309567>

Agència per la qualitat del Sistema Universitari de Catalunya (2016). Recuperado de http://www.aqu.cat/index_es.html

Agüero Caro, M. (2005). El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. *Presencia*. 2005 1(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n1/r7articulo.php>

Aimar, A. N. M. (2009). El cuidado de la incertidumbre en la vida cotidiana de las personas. *Index de Enfermería* 18 (2), 111-115. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200009

Albacar Rioboo, N., Lleixá-Fortuño, M., Ferré-Grau, C., Montesó-Curto, P., Bonfill-Accensi, E. & García- Martínez, M. (2012). Valores psicosociales del alumnado y profesorado en los estudios de enfermería. *Rev Presencia*, 8 (15). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n15/p7866r.php>

Alberdi, R., Artigues, B., Cuixart, N. & Aguera, A. (2003). Guías para implantar la metodología enfermera. *Rol de enfermería*, 26, 73-74.

Alegret, J., Castanys, E. & Sellarés., R. (2010). *Alumnado en situación de estrés emocional*. Barcelona: Editorial Graó.

Alemán, S., Calvo, F., Ojeda, B. & Diaz, J. (1998). Las prácticas de enfermería ¿crecimiento o deterioro? Situación de los alumnos previo a las prácticas. *Enfermería Científica*, 194-95, 25-30.

Alves Apóstolo, J.L., Alves Rodrigues, M. & Pineda Olvera, J. (2007). Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería*, 16(56),

26-29. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100006&lng=es&tlng=es.

Alves Pires Scherer, Zeyne., Scherer, E A.& Pimenta Carvalho A.M^a. (2007). Terapia grupal con estudiantes de enfermería durante la transición teórico-práctica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15 (2), 214-223. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000200005&script=sci_arttext&tlng=es

Amat, V., Fernández, C., Orts I., Poveda, MR., Roma, MT. & Ribera, D. (1990). Estrés en estudiantes de enfermería. *Rev. ROL de enfermería* 140, 75-8.

Antolín Rodríguez, R., Pualto Durán, MJ., Moure Fernández, ML. & Quintero Antolin, T. (2007). Situaciones de la práctica clínica que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, 10 1-12. Recuperado de: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/view/264/219>

Antonin M., Ballester, D., Esteve, J., Guilera, A., Perez, I., Ortega, O., Tarruella, M., Peya, M., Guitard, ML. (2009). Perfil y expectativas profesionales del estudiante de enfermería. *Rev Rol* 32 (7-8), 36-44.

Aprender frente a enseñar. El nuevo rol de las escuelas. (2014). *Rol revista de enfermería*, 37 (12), 7.

Arandilla-Herrero, A. & Tomas-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16 (6), 321-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2188120>

Araujo, P. (2011). Proceso de Bolonia: un cambio necesario en el profesorado universitario. *Índex de Enfermería* 20 (3), 145-146. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200001

Ashmore, R. & Carver, N. (2000). Clinical supervision in mental health nursing courses. *British Journal of nursing*, 9 (3), 171-176.

Audit, Resultados programa (2009): Agencia para la evaluación de la calidad y acreditación ANECA, de <http://www.aneca.es/Programas/AUDIT/Resultados2>

Ayala Valenzuela, R., Pérez Uribe, M., & Obando Calderón, I. (2010). Trastornos menores de salud como factores asociados al desempeño académico de estudiantes de enfermería. *Enfermería Global*, 18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834754007.pdf>

Badanta Romero, B. & Castillo López, JM. (2012). Efecto de técnicas de relajación sobre la ansiedad en adultos mayores de un centro de día en Sevilla. *Evidentia*, 9(40). Recuperado en <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7716r.php>

Bahadori Mohammadkarim, Ravangard Ramin, Raadabadi Mehdi, Mosavi Seyed masod, Gholami Fesharaki Mohammad, & Mehrabian Fardin. (2014). Factors Affecting Intensive Care Units Nursing Workload. *Iran Red Crescent Med J.*; 16(8). Recuperado de <http://ircmj.com/30726.pdf>

Balanza Galindo, S., Morales Moreno, I., & Guerrero Muñoz J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, 20 (2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000200006&script=sci_arttext&lng=pt

Barbosa de Pinho, L., & Azevedo dos Santos, S.M. (2006). Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Index Enferm* 15 (54), 20-24. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es&tlng=es

Bardallo-Porras, MD., March i Vila, G., Zabalegui Yárnoz, A., Cabrera Torres, E., Gallart & Fernández-Puebla, A . (2003). Guía para el seguimiento de las prácticas clínicas en la diplomatura de enfermería. Un instrumento para la práctica reflexiva y la evaluación. *Enfermería Global*, 2. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/23890/1/654-3038-2-PB%5b1%5d.pdf>

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Portugal: Geográfica Editora.

Basso Musso, L., Ardiles Vargas B., Bernal Torres, M., Canovas del Canto, MJ., González Melendez, C., Kroff Balloqui, MF., & Soto Cornejo, A. (2008). Factores derivados de los laboratorios intrahospitalarios que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem* 16(5). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/es_02.pdf

Beltrán Salazar, O. (2008). Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir. *Index de Enfermería*, 17 (2), 92-96. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n2/r6519.php>

Benbunan-Bendata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas, JM., Villaverde-Gutiérrez, & Benbunan-Bendata B. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 197-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33770113>

Benítez, G., Quintero, B., & Torres, B. (2001). Prevalencia de riesgo de trastornos psiquiátricos en estudiantes de pregrado de la escuela de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile*, 129 (2). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872001000200008&script=sci_arttext

Bensabat, S. (1987). *Stress*. Bilbao: Mensajeros.

Bernaldo de Quirós-Aragón, M & Labrador-Encinas, F.J. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 323-335. Recuperado de http://aepec.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-223.pdf

Bisquerra Alzina, R. & Perez Escoda, N. (2014). *Importància i necessitat de l'educació emocional a la infància i l'adolescència*. En *Acompanyant el seu present: professionals amb la infància*. Barcelona Generalitat de Catalunya Departament de Benestar Social i Família. Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència. Recuperado de http://ccsegarra.cat/observatori_social/admin/uploads/doc/biblioteca_doc_0910201414_1355_11.acompanyant.pdf

Blanco-Daza, M. (2012). Influencia del tipo de unidad de rotación en el estrés de los alumnos de enfermería. *Evidentia*, 10(42). Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev4201r.php>

Bonfill Accensi, E., Lleixa Fortuño, M., Sáez Vay, F. & Romaguera Genis, S. (2010). Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index de enfermería* 19 (4), 279-282. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000300010

Bonill de las Nieves, C. (2008). La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Índex de Enfermeria*, 17(1), 74-75. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100017

Boude-Figueroa, O. & Ruiz, M. (2008). TIC y el aprendizaje basado en problemas como agentes significativos en el desarrollo de competencias. *Índex de enfermería* 18(1), 18-22. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100004

Bringas, S., Krikorian, A., Hernando, F., Rodríguez, O., Jarabo, J.R., Fernández, E., Gómez, A. M., Calatayud, J., Balibrea, J.L. & Olivares, M. E. (2006). Protocolo de Intervención psicosocial en pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica. *Psicooncología*, 3 (2-3), 407-422.

Brown H, Edelmann R. (2000). Project 2000: a study of expected and experienced stressors and support reported by students and qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 857-64. Recuperado de <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/jan/2000/00000031/00000004/art01344>

Buceta, JM., Bueno Palomino, AM & Mas B. (2001). *Intervención Psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson.

Burnard, PH., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., Bara, P. & Myteveli, J. (2007). A comparative, longitudinal study of stress in student in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today* 28,134-145. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17559986>

Busquets, E. (2008). Ètica i Estètica del tenir cura. *Annals de Medicina* 91,16-20. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnnalsMedicina/article/viewFile/143771/323880>

Calero Martín de Villodres, P. (2004). La Enfermería y la Humanización. *Índex de Enfermeria* 46, 69-70. Recuperado de http://index-enfermeria/46revista/46_articulo_69-70.php

Cano-Vindel, A. (2003). La naturaleza del estrés. *Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)*. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm

Carlotto, M.S., Gonçalves Camara, S. & Brazil Borges, A. (2005). Predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2, 195-205. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/26456722> Predictores del Síndrome de Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería

Carrillo Algarra, A J., García Serrano, L., Cárdenas Orjuela, C., Díaz Sánchez, I. & Yabrudy Wilches, N. (2013). La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enfermería Global* 32. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/revisiones5.pdf>

Carrillo-Saucedo, I., Esparza, O.A., Quiñones, J. & Motañez, P. (2008). Predictores de estrés en estudiantes de post-básicas en enfermería. *Revista científica electrónica de Psicología*, 8, 141-154. Recuperado de <https://www.yumpu.com/es/document/view/13250921/predictores-de-estres-en-estudiantes-de-post->

Casañas, R., Raya, A., Valls, M.M., Totibio, A., Ibañez, L., Pópez, A., & Hidalgo, M. (2009). Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: intervención enfermera. *Rev Presencia*, 5(10). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n10/p6965r.php>

Castanedo Córdoba, I.M., Barragán Gómez, C. & Jiménez Parada, M. (2010). El estrés en su justa medida. *Archivos de Memoria*, 7(4). Recuperado de <http://www.index-f.com/memoria/7/3723.php>.

Cava-Iniesta, J., López Asensio, CR., Martínez Ros, Mª T. & Serrano Navarro, A. (2001). Formación práctica de los alumnos de Enfermería en los centros de salud de Alcantarilla (Murcia). *Sumario. Original*. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/237793638> Formación práctica de los alumnos de Enfermería en los centros de salud de Alcantarilla Murcia

Clausi, A., Torales Elisa, G., Czernik Gabriela, E. & Almirón Lila, M. (2007). Estrés asistencial y laboral en un servicio Hospitalario de clínica Médica de la Ciudad de Corrientes. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(4), 30-39. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/13/52/4_clausi.htm

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2009). Páginas informativas. La enfermería importa. Desarrollar los recursos de enfermería para la salud mental.

Recuperado de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/12a_FS-Recursos_enfermeria_salud_mental-Sp.pdf

Consejo Internacional de Enfermería (CIE). (2009). Páginas informativas. La enfermería importa. Salud mental: abordar los problemas. Recuperado de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/12b_FS-Salud_mental-Sp.pdf

Cobo cuenca, Al., Carbonell Gómez de Zamora R.,Rodriguez Aguilera, C., Vivo Ortega, I., Castellanos Rainero, RM^a., & Sánchez Donaire A. (2012). Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. *Nure Investigación*, 49. Recuperado de <http://docplayer.es/15186161-Estresores-y-ansiedad-de-los-estudiantes-de-enfermeria-en-sus-primeras-practiclas-clinicas.html>

Colell Brunet,R., Limonero Garcia,,JT., & Otero, M^a.D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, V. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14250205>

Colell-Brunet, R. (2010). *Psicología de las relaciones humanas*. Lleida: DEPARIS Edicions.

Collière, M.F. (1991). *Hacia el reconocimiento del ejercicio enfermero*. Notas de Enfermería. 4: 53-66.

Crespo, M (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.

Chrousos, G. & Gold, MD. (1992). The concepts of stress and Stress System Disorders. *Jama* 4 (267). Recuperado de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=395527>

Darwin, C. (2001). *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. Paris: Editions Payot & Rivages.

De la Piedra Cubells, M., Jiménez Sánchez-Rico, A.,Puchait Cuadau, I., Sánchez Nieto, F., & Silva Tomás, P (2011). Causas de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Educare* 21,4.Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/620548/>

De Oliveira, G., Medeiros Germano, R., Nogueira Valença, C., Santos Cossi, M., Gurgel Câmara, A. & Rêgo Pinto, D. (2013). Factores relacionados à identidade profissional do enfermeiro: visão dos discentes. *Enfermería Global*, 12 (29). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000100006&lng=es

Deveraux, G. (1966). La nature du stress. *Revue de Médecine Psychosomatique*, 8, (2)

Devereux, G. (1973). *Ensayos de Enopsiquiatría General*. Barcelona: Barral Editores.

Donaduzzi, Daiany Saldanha da Silveira; Beck, Carmem Lúcia Colomé; Weiller, Teresinha Heck; Fernandes, Marcelo Nunes da Silva. & Viero, Viviani. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Index de Enfermería* 24(1-2), 71-75. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016&lng=pt&tlng=es

Edelman, G.M. & Tononi, G. (2000). *Comment la matière devient conscience*. Paris: Editions Odile Jacob.

Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J. & Arandilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*. 21 (3), 129-135. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/241111270_Miedo_a_la_muerte_en_estudiantes_de_enfermeria

Edwards, K. (2013). Monkey study reveals why middle managers suffer the most stress.

General and comparative endocrinology. Recuperados de <http://lucperino.com/411/le-stress-depend-de-la-hierarchie-sociale.html>

<https://www.sciencedaily.com/releases/2013/04/130402091143.htm>

Escobar, J. & Bonilla-Jiménez. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, 9(1), 51-67. Recuperados de http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen9_numero1/articulo_5.pdf

Escriba Agüir, V., Más Pons, R., Cárdenas Echegaray, M., Burguete Ramos, D. & Fernández Sánchez R. (2000). Estresores laborales y bienestar psicológico. *Rev Rol enfermería*, 23 (7-8), 26-31.

Espinoza Guerrero, M., Valverde Hidalgo, S. & Vindas Salazar, H. (2011). Vivencia holística del estrés en profesionales de enfermería. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/448/44821178001.pdf>

Estrada, D., Tricas, A., & Sanfeliu, V. (2013). Expectativas, habilidades y dificultades que presentan los alumnos durante el prácticum hospitalario. *Recien* 6. Recuperado de <http://docplayer.es/7568134-Expectativas-habilidades-y-dificultades-que-presentan-los-alumnos-durante-el-practicum-hospitalario.html>

Fabricius, J. (1991). Learning to work with feeling-psychodynamic understanding and small group work with junior student nurses. *Nurse Education Today*, 11:134-142.

Falco-Pegueroles, A. & Tomás-Sabado J. (2004). La formación de valores profesionales de los estudiantes de enfermería. *Síntesi bioética enfermería*, 5. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/28212334> La formación en valores profesionales de los estudiantes de enfermería

Farkhondeh, S. & Masoumi, Sara. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing* 4 (6). Recuperado de <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-4-6>

Faro-Basco, M., Isern_Farrés, O., Sansalvador Comas, C. & Casas Baroy, JC. (2004). L'aprenentatge basat en problemes a través de casos clínics simulats. Una proposta metodològica de disseny i avaluació docent. *Documents de recerca*. Recuperado de [http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/9210/\(document_recerca_casos_cl_303_302_255nics_jccasas_i_al\).pdf?sequence=1](http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/9210/(document_recerca_casos_cl_303_302_255nics_jccasas_i_al).pdf?sequence=1)

Feitosa Lima, G., Simonetti, SH., Ferraz Bianchi, ER., & Kobayashi, RM. (2009). Caracterización del estrés de enfermeros que trabajan en hospital especializado en cardiología. *Enfermería Global, revista electrónica*, 28. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/28634/1/Caracterizaci%C3%B3n%20del%20estr%C3%A9s%20de%20enfermeros%20que%20trabajan%20en%20hospital%20especializado%20en%20cardiolog%C3%ADa.pdf>

Feria-Lorenzo, D., Barquero González, A. & León López, R.(2011). La evaluación docente en los nuevos grados universitarios. *Index de enfermería*, 20. (1-2), 106-110. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100022&lng=em

Fernandes dos Santos, M., Aparecida Barbosa, M. & Muñoz, L.A. (2010). La enfermera clínica y las relaciones con los estudiantes de enfermería: un estudio fenomenológico. *Texto contexto enferm*, 19. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/47297095> La enfermera clinica y las relaciones con los estudiantes de enfermeria un estudio fenomenologico

Fernández Castro, J. (1993). Psicología básica y salud. *Anales de psicología* 9 (2), 121-131. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v09/v09_2/01-09_2.pdf

Fernández Martínez, ME., Rodríguez Borrego, MA., Vázquez Casares, A M^a, Liébana Presa, C., & Fernández García, D. (2005). Nivel de estrés de los estudiantes de enfermería. Un estudio comparativo con otras titulaciones. *Rev Presencia*, 1 (2). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n2/r24articulo.php>

Ferrer-Cano, F. (2001). Estrés en profesionales de enfermería de nueva incorporación. *Rev ROL de Enfermería*, 24(3),177-180

Fierro Bardaji, A. (2000). El cuidado de sí mismo y la personalidad sana. *Rev. asoc. Esp. Neuropsiq.* XX (76), 35-47.

Flórez-Torres, I E., Herrera-Alarcon, E, Carpio-Jiménez, E., Veccino-Amador, M. A., Zambrano-Barrios, D., Reyes-Narváez, Y. & Torres-Contreras, S. (2011). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidados intensivo. *Aquichan*. 11 (1), 23-39. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1815/2382>

Fornés Vives J. (2001). Ansiedad-Estrés en enfermería: salud laboral. *Revista ROL de enfermería*, 24 (1), 51-59.

Fornés, J., Martínez-Abascal, M.A. & García de la Banda, G. (2007). Análisis factorial del cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo en profesionales de Enfermería. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 267-283. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-277.pdf

Franco-Justo, C. (2009). Reducción de la percepción de estrés en estudiantes de magisterio mediante la práctica de la meditación flúid. *Apuntes de psicología*, 27 (1), 99-109. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL.%2027_1_2009/vol.%2027_1_7.pdf

García-Bueno, B. & Leza J.C. (2008). Mecanismos inflamatorios/antiinflamatorios en el cerebro tras la exposición a estrés. *Rev Neurol*.46 (11), 675-683. Recuperado de <http://docplayer.es/11184346-Mecanismos-inflamatorios-antiinflamatorios-en-el-cerebro-tras-la-exposicion-a-estres.html>

García–Manjón, JV. (2009). *Hacia el espacio Europeo de Educación Superior: el reto de la adaptación de la Universidad a Bolonia*. La Coruña: Netbiblo.

García-Rodríguez J.J., Labajos Manzanares, M^a T. & Fernández Luque, F. (2014a). Estudio de los estresores en los prácticum de Grado en Enfermería. *Rev. ROL enfermería*, 37(7-8), 488

García–Rodríguez, J.J., Labajos Manzanares, M.T. & Fernández Luque, F. (2014b). Características personales de los estudiantes de enfermería que les hacen vulnerables al estrés. *Revista Enfermería Docente* (102) 20.26. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-102-06.pdf>

García, M.J.& Ruiz, S. (2001). Estrés, calidad de vida y psoriasis: estado actual. *Psiquiatría biológica*, 6 (4). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-estres-calidad-vida-psoriasis-estado-13019839>

García Vázquez, D., Sánchez Fernández, M.D., Fernández Varela, M.M., González García, A. & Conde Fernández, J.M. (2001). Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enfermería Clínica*, 11 (2), 65-71..

Garza, Meléndez, R., Meléndez Méndez, MC., Castañeda Hidalgo, H., Aguilera Pérez, A., Acevedo Porras, G., & Rangel Torres, S. (2011). Nivel de estrés en enfermeras que laboran en Áreas de Hospitalización. *Desarrollo Científico Enferm*.19 (1). Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-015.pdf>

Gascón S., Olmedo M., Ciccotelli H. (2003). La prevención del Burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 55-66. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3942/3797>

Gillespie BM., Chaboyer W., Wallis M. & Grimbeek P. (2007). Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 427-438. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x/abstract>

Gil-Monte, P R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo: aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *PsicoPediaHoy*, 3(5). Recuperado de <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>

Gil-Monte, P.R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo, Maringá*, 7(1), 3-10. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01>

Giménez Velázquez, C., Morales Ruiz, C., Arnaldos González, A., Aroca Rubio, E., & Molina Moreno, C. (2013). Prevalencia del síndrome del Burnout en los profesionales de urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia. *Paraninfo Digital*, 19. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n19/315d.php>

Giménez, J.L. (2015). Estrés en estudiantes de enfermería durante sus prácticas clínicas en unidad de hospitalización a domicilio. Alicante: Universidad de Alicante. Recuperado de <http://web.ua.es/es/ice/jornadas-redes-2015/documentos/tema-3/410770.pdf>

Gine Freixes, N, (2009). Cómo mejorar la docencia universitaria: El punto de vista del estudiantado. *Revista complutense de educación*, 20. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/16257>

Godbey, K I., & Courage, M M. (1994). Stress-management program: intervention in nursing student performance anxiety, *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (3), 190–199. Recuperado de <http://www.oalib.com/references/14536644>

Gold, PW. (2015). The organization of the stress system and its dysregulation in depressive illness. *Molecular Psychiatry*, 20, 32-47.

Goldstein, D. & Mcewen, B. (2002). Allostasis, Homeostats, and the nature of stress. *Stress*, 5 (1). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12171767>

Gomes de Matos e Souza, F., & Carneiro Menezes M^a G. (2005). Estresse nos Estudantes de Medicina da Universidad Federal do Ceará. *Revista Brasileira de Educação Médica* 29 (2), 91-96.

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J.F. & De Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* 31 (6), 318-25. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006

Gómez-Gil, E., Vidal A., Panés, J., Peri, JM., Fernández-Egea, E. & Piqué JM. (2003). Relación entre los acontecimientos estresantes y el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal según la percepción subjetiva del paciente. *Gastroenterología y Hepatología*, 26. (07). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-resumen-alternativo-relationship-between-patientx00027s-subjective-stress-13050353>

González-Cabanach, R., Rodríguez, S., Valle, A., Piñeiro, I., & Millán, P. (2007). Metas académicas y vulnerabilidad al estrés en contextos académicos. *Aula abierta*, 36 (1,2), 3-16. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/28243776> Metas académicas y vulnerabilidad al estrés en contextos académicos

González-Cabanach, R., González Millán, P. & Freire Rodríguez, C. (2009). El afrontamiento del estrés en estudiantes de ciencias de la salud. Diferencias entre hombres y mujeres. *Aula abierta*, 37 (2), 3-10. Recuperado de http://www.academia.edu/15232917/El_afrontamiento_del_estr%C3%A9s_en_estudiantes_de_Ciencias_de_la_Salud._Diferencias_entre_hombres_y_mujeres

González-Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I. & González, P. (2010a). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 3, (1), 75-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1293/129313736006/index.html>

González-Cabanach R., Fernández Cervantes, R. & Freire Rodríguez, C. (2010b). Estresores académicos percibidos por estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Fisioterapia*, 32 (04). Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-fisioterapia-146-articulo-estresores-academicos-percibidos-por-estudiantes-13151536>

González-Esquivel, M. (2005). Sentido del humor, una alternativa saludable en el Trabajo de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm.* 13 (3), 91-92

González Ramírez, M. T. & René Landero Hernández, I. (2008). Síntomas psicosomáticos y estrés: comparación de un modelo estructural entre hombres y mujeres. *Ciencia UANL*, 11(4). Recuperado de http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Gonzalez_Ramirez_2008_articlePSStranslation.pdf

González-Romá, V., Hernández Baeza, A., Ferreres Traver, D., Lloret Segura, S., Tomás Marco, I. & Baleriola Júlvez, J. (1993). La influencia del estrés del rol sobre el riesgo de enfermedad coronaria. *Condiciones de Trabajo y salud* 97, 24-28.

Gorchs Font, N. (2011). L'impacte de la mort en estudiants d'infermeria durant el seu primer període de practiques. (Trabajo final de Master) Facultat de Ciències de la Salut i del Benestar. Recuperado de http://repositori.uvic.cat/bitstream/handle/10854/376/trealu_a2011_gorchs

Grado de enfermería. Objetivos competencias Enlace del BOE Resolución de 22 de noviembre de 2010, de la Secretaría General de Universidades, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 12 de noviembre de 2010, por el que se establece el carácter oficial de determinados títulos de Grado y su inscripción en el Registro de Universidades, Centros y Títulos. BOE 305, Sec.1, 19333 (2010). Recuperado de http://www.urv.cat/cae/graus/graudinfermeria.html#_5

Grado de enfermería. Enlace del BOE. Resolución de 9 de noviembre de 2011, de la Universidad Rovira i Virgili, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería. BOE 281, SEC.III, 18399 (2011). Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2011/11/22/pdfs/BOE-A-2011-18399.pdf>

Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M. & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes Universitarios. *Psicología Conductual*, 8 (1), 57-71. Recuperado de <http://www.funveca.org/revista/PDFespanol/2000/art04.1.08.pdf>

Guerrero, E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. Merida: Departamento de psicología básica. Facultad de psicología. Centro asociado de Merida. UNED. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/blog/estres/2014/07/29/salud-estres-y-factores-psicologicos/>

Gutiérrez-López, C., Veloza-Gómez, M.M., Moreno-Fergusson, M.E., Duran de Villalobos, M.M., López de Mesa, C. & Crespo, O. (2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Revista Aquichan*. 7 (1). Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/98/198>

Heredia D, Sebastian Piemontesi L. & Pérez, E. (2008). Adaptación de la escala de afrontamiento ante la ansiedad y incertidumbre pre-examen (COPEAU). *Aval Psico*, 7 (1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100003

Hernández, J.R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana de Salud Pública*, 29(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu02203.pdf>

Hernández-Zamora, G. & Olmedo Castejon, E. (2004a). Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado"(burnout). *Apuntes de psicología*, 22 (1), 121-136. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL22_1_9.pdf?origin=publication_detail

Hernández-Zamora, G., Olmedo Castejón, E. & Ibáñez Fernández, I. (2004b). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33740206>

Herrera, LM. & Rivera MS. (2011). Prevalencia de malestar psicológico en estudiantes de enfermería relacionada con factores sociodemográficos, académicos y familiares. *Ciencia y enfermería*, 17 2. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200007&lng=es

Hueso Montoro, C. (2006). El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index de Enfermería*, 55, 49-53. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/55/r6396.php>

Hutchinson, M., Wilkes, L., Jackson, D. & Vickers, MH. (2010). Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*. 18, 173-181. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20465745>

Irasema, V., Armendáriz, A.M. & Molina, O. (2012). Afrontamiento al Estrés en Enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos. *Desarrollo Científico. Enferm.*, 20 (5). Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/20pdf/20-160.pdf>

Jaeger, P.H., Szwec, G. (2006). Interview de Paulette Letarte, *Rev.franç. Psychosom*, 28,15-26.

Japcy Margarita Quicedo. & Strfano Vinaccia Alpi. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo" (SDT). *Acta colombiana de psicología* 10 (2):117-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79810212.pdf>

Jenaro-Rio, C., Flores-Robaina, N., & González-Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of clinical and Health Psychology*, 7, 1, 107-121.

Junquera, L., Díaz, JL., Pérez, ML., Leal, C., Rojo, A & Echevarria, P.(2014). Simulación clínica como herramienta pedagógica. Percepción de los alumnos de Grado en Enfermería en la UCAM (Universidad Católica San Antonio de Murcia). *Enfermería Global*, 13 (33). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000100008&script=sci_arttext

Juvé, M. E., Huguet, M., Sanmartin, M.J., Cuevas, B., De la Fuente, C. & Álvarez, G. (2007). Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería en el ámbito hospitalario. *Nursing* 25 (4). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/261172417_Marco_teorico_y_conceptual_para_la_definicion_y_evaluacion_de_competencias_del_profesional_de_enfermeria_en_el_ambito_hospitalario

Kupferman, K. (2006). Diez consejos para ayudar al desarrollo de los estudiantes. *Nursing*, 24(3), 42-43..

Laplanche, J. & Pontalis, B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.

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

Lazarus, R. (2000). *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Le Doux, (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel planeta

Leka, S & Griffiths, A. (1992). La organización del trabajo y el estrés. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/

Lepiani-Díaz, I.L., Dueñas Rodríguez, M., Medialdea Wandossell, J. & Bocchino, A. (2013). Satisfacción de estudiantes de enfermería con el proceso formativo adaptado al Espacio Europeo de Educación Superior. *Enfermería docente*, 101, 22-28. Recuperado de <http://www.index-f.com/edocente/101/r101-022.php>

Lewis S M., Heitkemper M M. & Dirksen S R. (2004). Valoración y cuidados de problemas clínicos. *Enfermería Medicoquirúrgica*, Vol I. Barcelona: Elsevier.

Limonero, JT., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés* 10 (1), 29-41. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/235325244> Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería Influence of perceived emotional intelligence in nursing work stress

Limonero, J.T. & Casacuberta Sevilla, D. (2009). *Motivació i emoció*. Material docent de la UOC. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, Eureca Media.

Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16 (2-3). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/235325225> Competencia personal percibida

a y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería Perceived personal competence and death anxiety in nursing students

Limonero, JT., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, MJ., & Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 20, 1, 183-196.

Lo R. A. (2002). Longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *J Adv Nurs*. 39 (2), 119-26. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12100655>

López, M, & Sánchez, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 15(6),307-13. Recuperado de http://www.elsevier.es/ct-revista-enfermeria-clinica-35-articulo_-percepcion-del-estres-estudiantes-enfermeria-13082986

López González, J.M. & Cibanal Juan, L. (2011). Evolución del impacto emocional de la muerte y el proceso de morir en estudiantes de enfermería. *Rev Metas*, 14(7), 62-66. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80228/>

López, F. & López, MJ. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y enfermería XVII* (2), 47-54. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000200006&script=sci_arttext

López-Medina, I. & Sánchez Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 15(6), 307-13. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13082986&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=118&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v15n06a13082986pdf001.pdf

Lora López, P., Zafra Fernández, J.L., Coronado Carvajal, P. & Vacas Díaz, C. (2008). Una experiencia sobre la utilización del diario reflexivo como instrumento de seguimiento y evaluación de las prácticas hospitalarias del alumnado de enfermería. *Enfermería Global*, 12. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/1351>

López, F. & López MJ. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería XVII*, (2), 47-54. Recuperado en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000200006&script=sci_arttext

López González, J.M. & Cibanal Juan, L. (2011). Evolución del impacto emocional de la muerte y el proceso de morir en estudiantes de Enfermería. *Metas de enfermería*, 14 (7), 62-66. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80228/>

Lozano León, T., Romero Indiano, E.M. & Lozano-León, M.P. (2012). La enfermería reflexiva como paradigma ante la conyuntura socio-económica actual. *Index de enfermería* 21(4), 183-184. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n4/0118.php>

Luthar, SS., Sawyer, JA. & Brown, PJ. (2006). Conceptual issues in studies of resilience: past, present, and future research. *Ann N Y Acad Sci.* 105-15. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17347344>

Lleixá, M. (2009). Competencias enfermeras y espacio europeo de educación superior. *Editorial. Revista de enfermería Rol*, 32 (11), 5.

Lluch, M.T. (2002). Promoción de la salud mental: cuidarse para cuidar mejor. *Matronas Profesión* 7, 10-14. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7542/173/promocion-de-la-salud-mental-cuidarse-para-cuidar-mejor>

Lluch, M.T. & Novel, G. (2003a). La ansiedad y el estrés como componentes básicos del enfermar. En Novel Martí, G., Lluch Canut, M.T., Miguel López de Vergara, M.D. *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Masson.

Lluch, M.T. & Novel, G. (2003b). Técnicas para desarrollar los recursos personales. En Novel Martí, G., Lluch Canut, M.T., Miguel López de Vergara, M.D. *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Masson.

Magela Salome, G., Cunha Espósito, V. H. & Tadeu Reis da Silva, G. (2008). O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta Paul Enfem*, 21(2), 294-99. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/242628416> El ser profesional de enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos

Mahat G. (1996). Stress and coping: first year Nepalese nursing students in clinical setting. *J Nurs Educ*. 35(4). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8830130>

Marriner Tomey, A. & Alligood, M.R. (2007). *Modelos teorías de enfermería*. Madrid: Elsevier.

Martin-Arribas, M.C., Santiago.Santos, I., Rodriguez-Rodrigues, F., Moreno-Casbas, M.T., De Andres-Copa, P., Casadevall-Domenech, A. (2006). Estrés relacionado con el trabajo y exposición laboral en enfermeras de la comunidad de castilla y león. *Enfermeria Clinica*, 16 (3), 119-26.

Martín-Daza, F. (1990). NTP 318: El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España*. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_318.pdf

Martin Monzón, I.M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*, 25(1), 87-99. Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL25_1_7.pdf

Martínez Clares, P., Martínez Juárez, M. & Muñoz Cantero, J.M. (2008). Formación basada en competencias en educación sanitaria: aproximaciones a enfoques y modelos de competencia. *Relieve. Revista electrónica de investigación y evaluación educativa* 14(2). Recuperado de http://www.uv.es/RELIEVE/v14n2/RELIEVEv14n2_1.htm

Marty, M., Lavín, G., Matias Figueroa, M., Maximiliano, Larraín de la C., Demetrio, & Cruz M., Carlos. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. *Revista Chilena de neuro-psiquiatria*, 43 (1). Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000100004&lng=es&tlng=.%2010.4067/S0717-92272005000100004

Mary, C. (2013). Chez les singes, les classes moyennes sont sous pression. *Le monde, cahier sciences et médecine*. Recuperado de <http://lucperino.com/411/le-stress-depend-de-la-hierarchie-sociale.html>

Maza-Cabrera, M, Zavala-Gutiérrez, M. & Merino Escobar, JM. (2008). Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería XV* (1), 39-49. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art06.pdf>

Medina Moya, J.L. (2015). Práctica educativa y práctica de cuidados enfermeros desde una perspectiva reflexiva. *Revista de Enfermería (de Albacete)*, 15. Recuperado de https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/pr%20E1ctica_educativa_y_pr%20E1ctica_de.htm

Medina Moya, J.L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes

Medina Moya, J.L. & Castillo Parra, S. (2006). La enseñanza de la enfermería como una práctica reflexiva. *Texto contexto enferm*, 15. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a14v15n2.pdf>

Melo Williams B. & Ross C., (2010). The impact of nursing curricula on clinical practice anxiety. *Nurse Education Today* 30, 773-778. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20381219>

Mikulic, I. M., Crespi, M., Caruso, A., Elmasian, M., Albornoz, O., García Labandal, L., et al. (2011). Estudio del potencial resiliente y la calidad de vida percibida en estudiantes universitarios. En III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología

Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademica.org/000-052/926.pdf>

Mingote Adán, J.C., Pérez García, S. & Antón, A (2003). Estrés en la enfermería el cuidado del cuidador. Barcelona: Díaz de Santos.

Miro Bonet, M. (2007). Las enfermeras de las unidades de cuidados intensivos asumen un rol fundamental en la humanización de los procesos de toma de decisiones al final de la vida. *Enfermería. Clínica*, 17 (1),46-8. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862107717667>

Molina Chailan, P.M. & Jara Concha P.T. (2010). El saber práctico en enfermería. *Revista cubana de enfermería* 26 (2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200005

Morales-Asensio, J M. (2013). La competencia clínica en estudiantes de grado en enfermería. *Evidentia*, 10 (43). Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n43/ev4300.php>

Morano-Báez,R., Albar-Marín, M^aJ., García-Ramírez, M., Prieto-Guerrero, M^aM., & García-Nieto, A. (2009). Afrontamiento del estrés ocupacional entre profesionales de enfermería hospitalaria desde la investigación acción participativa. *Enfermería Clínica*. 19 (5), 240–248. Recuperado de <http://www.cespyd.es/procomdi/images/b/bb/Afrontamientoestres.pdf>

Moreno-preciado, M. & Ruiz-López, M. (2007). El diario reflexivo: herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de enfermería. Recuperado de <http://universidadeuropea.es/myfiles/pageposts/jiu/jiu2007/archivos/EVAL%20ALTERNATIVAS/Moreno%20Preciado,%20Manuel.pdf>

Morse, J.M. (2003). Principles of mixed methods and multimethod research design. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*, 189-208.

Moscoso, M. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Psicología* III (3). Recuperado de <https://estrescancer.files.wordpress.com/2008/06/stress-emociones-y-salud1.pdf>

Moya Nicolás, M., Larrosa Sánchez, S., López Marín, C., López Rodríguez, I., Morales Ruiz, I. & Simón Gómez, A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de Enfermería ante sus prácticas clínicas. *Enfermería Global*, 31. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/166261>

Muñoz-Páez, O. (2014). Exploración del entorno de aprendizaje clínico de los alumnos de la Facultad de Enfermería de Málaga. *Evidentia*. 11(46). Recuperado de <http://www.index-f.com/evidentia/n46/ev9374r.php>

Muñoz-Zambrano, CL., Rumie-Díaz H., Torres, G. & Villarroel-Julio, K. (2015). Impacto en la salud mental de la (del) enfermera (o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y Enfermería* 21 (1), 45-53. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005

Navea, Martín, A. (2012). Las técnicas de relajación en niños con déficit de atención e hiperactividad. *Rev Presencia*, 8(15). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n15/p7855r.php>

Nicolás, JM., Ruiz, J., Jiménez, X. & Net, A. (2011). *Enfermo crítico y emergencias*. Barcelona: Elsevier.

Oficina d'orientació Universitaria Grau d'infermeria (2016). Pla preexistent Diplomatura d'infermeria 2002. Tarragona: URV. Recuperado de <http://www.urv.cat/cae/graus/graudinfermeria.html>

Ojeda-Herrera, D., Bermúdez González, A. & Mora Ríos, E. (2013). Opiniones docentes sobre la importancia de la salud mental al formar profesionales de enfermería. *Rev Presencia*, 9 (17-18). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9266r.php>

Ojeda-Perez, B., Ramal López, J., Calvo Fracés, F. & Vallespi Montero, R. (2001). Estrategias de afrontamiento al estrés y apoyo social. *Psiquis*, 22 (3), 155-168. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28172047_Estrategias_de_afrontamiento_al_estres_y_apoyo_social

Olivé-Ferrer, MC & Isla-Pera, P. (2015). El modelo Watson para un cambio de paradigma en los cuidados enfermeros. *Rev ROL Enfermería* 38 (2) 123-128

OMS. (2013). *Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020: informe de la secretaria*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud: una conferencia internacional sobre la promoción de la salud*. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/#>

Pades, A. & Homar, C. (2006). El estrés de los estudiantes en las prácticas clínicas de enfermería. *Revista ROL de enfermería*, 29(9), 19-24. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2107901>

Pades Jiménez, A. (2012). Técnicas de intervención verbal durante la entrevista clínica. *Rev Presencia*, 8(16). Recuperado de <http://www.index-f.com/presencia/n16/p9126r.php>

Pardo Álvarez, J., López Herrero, F., Moraña Macías, M., Pérez Collado, M. & Freire Pérez, P. (2002). ¿Estamos quemados en Atención Primaria?. *Medicina de Familia*, 3 (4). Recuperado de <http://samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf>

Perea Baena, J.M. & Sánchez Gil L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index de enfermería*, 17 (3), 164-168. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000300003

Peiró Andrés, A. (2008). Percepción de los alumnos de enfermería de las cualidades, aptitudes y valores observados en los profesionales durante sus prácticas asistenciales. *Ética de los Cuidados*.1(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6763.php>

Peplau, H E. (1992). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat.

Peralta Peña, S.L., Hernández Villa, E A., Rubí Vargas, M., Ontiveros Pérez, M. & Barragán Hernández, O. (2011). Estresores de los Estudiantes de Enfermería en la Práctica Clínica. *Desarrollo Científico Enfermero*, 19(9). Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19/19-308.php>

Pérez, C., Alameda, A. & Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la escuela universitaria de enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española Salud Pública*, 76(5), 517-530. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=287134>

Pérez de Ciriza, A., Otamendi, S., Ezenarro, A. & Asiain, M.C. (1996). Factores desencadenantes de estrés en pacientes ingresados en cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 7, (3).

Piñeiro Fraga, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, 3. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300008

Pla de Salut de Catalunya 2011-2015 (2012). Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Salut. Recuperado de http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/pla_de_salut_2011_2015

Platzer, H., Blake, D. & Ashford, D. (2000). An evaluation of process and outcomes from learning through reflective practice groups on a post-registration nursing course. *Journal of advanced nursing*, 31: 689-695.

Pons X. (2006). La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*. Recuperado de http://www.enfervalencia.org/ei/73/articulos-cientificos/ac_6.pdf

Polo, A., Hernández, J.M. & Poza, C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y estrés*, 2 (2-3), 159-172.

Real Academia de la Lengua. Título del epígrafe “Estrés” Recuperado de <http://www.rae.es/>

Real Academia de la Lengua. Título del epígrafe “Afrontar” Recuperado de <http://www.rae.es/>

Ríos-Rísquez, Ml., Peñalver Hernández, F. & Godoy Fernandez, C. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva* 19(4),169-78. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-burnout-salud-percibida-profesionales-enfermeria-cuidados-intensivos-13130038>

Rodolar D. (2010). L'estrès. Barcelona: Editorial UOC

Rodríguez García, M., Ruiz López, M., González Sanz, P., Fernández Trinidad, M. & De Blas Gómez, I. (2014). Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum. *Cultura de los cuidados*, 38, 25-33. Recuperado de <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2014-n38-experiencias-y-vivencias-del-estudiante-de-4-de-enfermeria-en-el-practicum>

Rodríguez Marín, J. & Zurriaga Llorens, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Junta de Andalucía Conserjería de Salud. EASP Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/ep-escuelasaludpublicaproject/estres-enfermedad-y-hospitalizacion/>

Romero –Massa, E., Lorduy-Bolivar ,J P., Pajaro-Melgar, C. & Pérez-Duque, C. (2011). Relación entre la carga laboral de enfermería y la gravedad del paciente en unidades de cuidados intensivo de adultos. Aquichan: Universidad de la sabana Aquichan. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1899/2475>

Romero de San Pío, E., González Sánchez, S. & Romero de San Pío, M. J. (2014). *Estrés y ansiedad en el entorno de cuidados Intensivos*. *ENE*, 8 (3).

Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300005>

Salas Velasco, M. (2007). *La elaboración del proyecto docente, el método de la economía de la educación y programación de la asignatura*. Barcelona: Editorial UOC.

Salvadores Fuentes, P., Sánchez Sanz, E. & Carmona Monge, F. J. (2011). *Enfermería en cuidados críticos*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.

Sánchez-Alonso, P. & Sierra Ortega, VM. (2014). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en UVI. *Enfermería Global*, 33. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100012

Sánchez M. (1992). Estrés de los estudiantes de enfermería en el periodo práctico. *Enfermería Científica*, 127, 43-6.

Sánchez-Donaire, A., Vivo Ortega, I., Cobo Cuenca, RM^a., Castellano Rainero C., Rodríguez Aguilera, C. & Carbonell Gómez de Zamora, R. (2013). Factores estresores y ansiedad en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas. *Metas de enfermería*, 16(5), 55-60.

Sandelowski, M. (2008). Theoretical saturation. En L.M. Given (Ed.), *The Sage encyclopedia of qualitative methods* 1, 875-876. Thousand Oaks, CA, EE.UU.: Sage

Sandín, B. & Valiente, R.M. (1999). El estrés crónico (III): estrés crónico asociado a factores socioculturales. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik (pp. 155-164).

Sarmiento, P., Botero, J. & Carvajal, G. (2012). Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. *Índex de enfermería*, 22 (4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300009

Saumure, K. & Guiven, L. M. (2008). Data Saturation. En L.M. Given (Ed.), *The Sage encyclopedia of qualitative methods* (Vol. 1, pp. 195-196). Thousand Oaks, CA.: Sage

Schön, D. (2008). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paidós.

Selye, H. (1975). *Tensión sin angustia*. Madrid: Ediciones Punto omega Guadarrama.

Shedler J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109. Recuperado de <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-65-2-98.pdf>

Sherman, GD., Lee, JJ., Cuddy, AJC., Renshon, J., Oveis, C., Gross, JJ. & Lerner, JS. (2012). Leadership is associated with lower levels of stress. *PNAS*, 109 (44). Recuperado de <http://www.pnas.org/content/109/44/17903.abstract>

Sierra, J.C. Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002

Silva Fernandes, N. (2004). Refletindo sobre o refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. *Rev Latino-am Enfermagem* 12(4):691-3. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a17.pdf>

Silva, I, Vieira, M, Dias, S, Isse S, Radûnz, V, Atherino, E, de Santana M.E. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: umacompreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev. esc. Enferm*, 43(3), 697-703. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000300028&lng=pt&tlng=pt

Simón-García, M.J., Blesa Malpica, A.L., Bermejo Pablos, C., Calvo Gutierrez, M^a.A. & Gómez De Enterría Pérez, C. (2005). Estresores laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de críticos. *Enfermería Intensiva* 16(1), 3-14. Recuperado de <http://www.elsevier.es/ct-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estresores-laborales-satisfaccion-enfermeria-una-13072134>

Siles González, J., Solano Ruiz, C., Ferrer Hernández, E., Rizo Baeza, M^aM., Fernández Molina, M.A., Núñez del Castillo, M., Martínez Riera, J.R., Noreña Peña, A.L. & Castell Molina, M. (2009). Las tutorización de prácticas clínicas de enfermería desde la perspectiva de los profesores titulares implicados: un estudio realizado desde la teoría crítica y el modelo estructural dialectico. En VII Jornades de Xarxes d'Investigació en Docència Universitària. Alacant: Universitat d'Alacant. Recuperado de <http://www.eduonline.ua.es/jornadas2009/comunicaciones/8C1.pdf>

Solorzano Aparicio M.L. & Ramos-Flores N. (2006). Rendimiento académico y estrés académico de los estudiantes de la EAP de Enfermería de la Universidad peruana Unión. *Revista de ciencias de la salud* 1 (1)

Soto-Rodríguez, A. & Pérez-Fernández, M.R. (2015). Síndrome de desgaste profesional (burnout) y estrés en personal de enfermería en un hospital de Ourense. *Revista ROL de enfermería* 38(2), 101-106.

Souza-Ramos FR., Itayra Coelho, M., Padilha, S., de Oliveira Vargas, MA. & Rolim Mancia, J. (2007). Foucault & Enfermería arriesgarse a pensar de otros modos. *Índex*

de *Enfermería*, 57, 37-41. Recuperado de <http://www.index-f.com/index-enfermeria/57/sumario.php>

Szwec, (2006). .Avant- propos. *Rev. Franç. Psychosom.* 28, 5-11.

Tam Phun ,E. & Dos santos, C.B. (2010). El consumo de alcohol y el estrés en estudiantes del segundo año de enfermería. *Rec. Latino-Am. Enfermagem*, 18, 496-503. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421939003>

Teixidor, Freixa, M. (2004). *La formación enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional*. Barcelona: Fundació La Caixa

Termes Boladeras, MC, (2013). La resiliencia en profesionales de enfermería: estudio fenomenológico hermenéutico. *Rev Paraninfo digital* 19. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n19/091d.php>

Ticona –Benavente, SB., Paucar Quispe, G. & Llerena Callata, G.(2010). Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la facultad de enfermería-UNSAArequipa. *Enfermería Global*, 9. Recuperado de <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24456/1/Nivel%20de%20estres%20y%20Estrategias%20de%20Afrontamiento%20en%20estudiantes%20de%20la%20Facultad%20de%20EnfermeriaUNSA.%20Arequipa%202006.pdf>

Timmins, F. & Kaliszer, M. (2002). Aspects of nurse education programmes that frequently cause stress to nursing students – fact-finding sample survey. *Nurse Education Today* 22, 203-211. Recuperado de [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(01\)90698-7/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(01)90698-7/pdf)

Tiwari, A. & Tang, C. (2003). From process to outcome: The effect of portfolio assessment on student learning. *Nurse Education Today*;23 (4) 269-277. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691703000121>

Tobo-Medina, N. & Canaval-Eraza, G. E. (2010). Las emociones y el estrés en personas con enfermedad coronaria. *Aquichan*,10 (1), 19-33. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n1/v10n1a03.pdf>

Tomás-Sábado, J. & Guix Llistuella, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería clínica*,

11,104-9. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13016475-S300>

Tomás-Sábado, J. & Fernández-Donaire, L. (2002). Estrés laboral en los profesionales de enfermería hospitalarios. *Metas de Enfermería*, 5 (45), 6-13.

Tomas Sábado, J., & Gómez Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gral Aplic*; 56: 257-79.

Tomás-Sábado, T., Aradilla, A. & Guix, E. (2004). Alexitimia y estrés laboral en los profesionales de la enfermería hospitalaria. *Metas de enfermería*, 7(9), 62-65.

Tomás-Sábado, J. (2009). Factores psicológicos relacionados con el riesgo suicida en estudiantes de enfermería. *Metas de Enfermería*, 12(2), 67-74.

Tomas-Sábado, J., Maynegre-Santaulària, M., Pérez-Bartolomé, M., Alsina-Rodríguez, M., Quinta-Barbero, R. & Granell-Navas S. (2010). Síndrome de burnout y riesgo en enfermeras de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 20 (3),173-178. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862110000707>

Torralla,F. (2002). Ética del cuidar. *Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Editorial MAPFRE.

Triviño, Z. & Stieповich, J. (2007). Indicadores de evaluación en la enseñanza-aprendizaje de enfermería. *Colombia Medica*, 38 (4). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28309810.pdf>

Ulan, P. R. Robinson, ET. & Tolley, E. (2006). *Investigación aplicada en salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la salud

Vila Gangoells, M & Escayola Maranges, A.M^a. (2001). Visión del estudiante de Enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas de enfermería*, 4(40).

Villar, E., Viñas, F., Torrent, A., Serrat, E., Rostan, C, Caparrós B et al. (2006). La ansiedad de los estudiantes ante el prácticum ¿es necesario intervenir? REP:TE. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*, 2(1), 17-32.

Vinogradov, S, & Yalom Irvin, D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupos*. Barcelona: Paidós.

Vives Relats, C., Rodero Sánchez, V., Jiménez Herrera, M., Aparicio Casals, R., Ferré Grau, C. & Cid Buera, D.,(2012). El cuidado humano nos identifica. *Parainfo Digital*.15. Recuperado de <http://www.index-f.com/para/n15/021o.php>

Watson, J. (1991). *Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson*. J Rihel-Sisca coord. Modelos Conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma, 179-92

Zabalza Beraza, MA. (1992). Els processos d'innovació en l'ensenyament universitari. *Temps de Educació* 8., 13-42 Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/TempsEducacio/article/view/140331>

Zabalegui, A. (1999). Prácticas clínicas en enfermería: métodos docentes. *Educación Médica*, 2 (4), 161-166.

Zambrano Plata, G.E. (2006). Estresores en las unidades de cuidado Intensivo. *Aquichan*, 6 (1), 156-169. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/741/74160116.pdf>

Zupiria, X. & Tazón, P. (1997). Experiencias grupales con estudiantes de tercero de enfermería. *Boletín de la APAG*, 6,18-20. Recuperado de <http://www.ehu.eus/xabier.zupiria/ikerketak/apag97.htm>

Zupiria, X., Barandian, M., Uranga, MJ. & Alberdi, MJ. (2003a). KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gaceta sanitaria*, 17 (1), 37-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=636781>

Zupiria, X., Alberdi, M.J., Uranga, MJ, Barandiaran, M., Sanz, X. & Huizi X. (2003b). Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. *Enfermería Científica*, 258-259, 59-58.

Zupiria, X., Uranga-Iturrioz, M.J., Alberdi, M.J, Barandiaran, M., Huitzi, X. & Sanz, X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enfermería clínica*. 16(5):231-7. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106712220>

Zupiria-Gorostidi, X. & Eizmendi-Garatel (2008). Tutorización de prácticas clínicas en estudiantes de enfermería en grupos de supervisión de prácticas. En: Congreso Internacional UNIVEST 08. El estudiante, eje del cambio en la universidad. *Girona: Universitat de Girona*. Recuperado de dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/905/191.pdf?sequence=1

CAPÍTULO 10: FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

FINANCIACIÓN Y DIFUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Artículo** publicado a la revista *Índex de Enfermeria*: Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy.
Autores: Sra. Encarna Bonfill Accensi, Dra. Mar Lleixa Fortuño, Sra. Flor Sáez Vay, Sra. Sara Romaguera Genís
- **Presentación del proyecto de tesis a Sor Tronderlag University College-Trondheim (HiST), abril 2013:** phd project stress of nursing students in the practicum: a proposed intervention.
- **Póster** a las Jornadas Científicas Internacionales organizadas por la Universidad de Barcelona 2013. Percepción de estrés de los estudiantes de enfermería de tercer curso de grado al inicio de las prácticas clínicas.
Autores: Sra. Encarna Bonfill Accensi, Sra. Florencia Sáez Vay, Dra. Mar Lleixá Fortuño, Dra. Núria Albacar Riobóo, Dra. M^a Teresa Salvadó Usach, Sra. Sara Romaguera Genis, Sra. Elena González García
- **Comunicación oral** al Congreso INVESTEN Lleida 2013 Estrés en los estudiantes de enfermería: estudio comparativo pre y post prácticas.
Autores: Sra. Encarna Bonfill Accensi, Dra. Mar Lleixá Fortuño, Dra. Núria Albacar Riobóo, Dra. Maria Teresa Salvadó Usach Sra. Florencia Sáez Vay, Sra. Sara Romaguera Genis, Dra. Pilar Monteso Curto, Sra. Carolina Granero Giner, Sra. Estrella Martínez Segura**.
- **Póster** al XXXI Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental organizado en Toledo 2014. Valoración de la efectividad de una intervención dirigida a estudiantes de prácticas en unidades de críticos.
Autores: Sra. Encarna Bonfill Accensi, Dra. Mar Lleixá Fortuño, Sra. Florencia Sáez Vay Dra. Núria Albacar Riobóo, Dra. Pilar Monteso Curto, Dra. Carme Ferre-Grau

- **Póster** al Congreso Internacional de docencia CIDUI organizado en Tarragona 2014. Estrés de los estudiantes de enfermería al prácticum: diseño de un programa de intervención.
Autores: Sra. Encarna Bonfill Accensi, Sra.Florencia Sáez Vay, Sra. Estrella Martínez Segura, Sra. Carolina Granero Giner, Dra. Carme Ferré Grau, Dra. Núria Albacar Rioboo, Dra. Pilar Monteso Curto, Sr.Gerard Mora López, Sra.Sara Romaguera Genís.
- **Artículo en la revista Presencia:** Diseño de un programa de intervención para afrontar el estrés de los estudiantes de enfermería durante sus prácticas.
Autores: Sra. Encarna Bonfill Accensi, Dra. Mar Lleixà Fortuño, Sra. Estrella Martínez Segura, Dra. Núria Albacar Riobóo, Sra. Florencia Saéz Vay, Dra. Pilar Monteso Curto
- **Proyectos de Innovación docente becados por el Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la URV**

Título del proyecto: Estrès dels estudiants d'infermeria al pràcticum: disseny d'un programa d'intervenció (A06)

Investigador responsable: Sra. Encarna Bonfill Accensi

Equipo del proyecto:

Dra.Mar Lleixà Fortuño,

Dra.Carme Ferré Grau

Sra. Florencia Saéz Vay

Dra. Núria Albacar Riobóo

Sra. Sara Romaguera Genis

Dra.Pilar Monteso Curto

Sra. Estrella Martínez Segura

Sra. Carolina Granero Giner

Título del proyecto: Efectivitat d'un programa d'intervenció dirigit als estudiants d'infermeria en pràctiques en les unitats de crítics (B10/14).

Investigador responsable: Sra. Encarna Bonfill Accensi

Equipo del proyecto:

Dra. Mar Lleixà Fortuño,

Dra. Carme Ferré Grau

Sra. Florencia Saéz Vay

Dra. Núria Albacar Riobóo

Sra. Sara Romaguera Genis

Dra. Pilar Monteso Curto

Sra. Estrella Martínez Segura

Sra. Elsa Pla Canalda

Dra. Roser Ricomá Muntané

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

CAPÍTULO 11: ANEXOS

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 1: Grado de enfermería

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Grado de enfermería

Enlace del BOE Enlace del BOE <http://www.boe.es/boe/dias/2011/11/22/pdfs/BOE-A-2011-18399.pdf>

Publicación del Plan de Estudios en el BOE 22 de noviembre de 2011

Rama Ciencias de la Salud

Duración mínima 4 años

Créditos ECTS 240

Formación básica 60

Obligatorios 150 (incluyen 78 créditos de prácticas clínicas)

Optativos 18

Trabajo fin de Grado 12

Plazas:

Campus Catalunya (Tarragona) 85

Campus Terres de l'Ebre (Tortosa) 75

Seu Baix Penedés (El Vendrell) 40

Horario:

Campus Catalunya (Tarragona): Mañana y tarde

Campus Terres de l'Ebre (Tortosa): Mañana y tarde

Seu Baix Penedés (El Vendrell): Mañana y tarde

Centro donde se imparte

Facultad de Enfermería:

Campus Cataluña de Tarragona

Terres de l'Ebre de Tortosa

Sede Baix Penedès El Vendrell

Lenguas utilizadas:

Catalán

Castellano

Inglés

Estructura

CURSO	ASIGNATURAS FORMACIÓN BÁSICA	ASIGNATURAS OBLIGATORIAS	ASIGNATURAS OPTATIVAS	PRÁCTICAS EXTERNAS	TFG	TOTAL
1r	48	12	--	--	---	60
2n	12	45	3	--	---	60
3r	--	45	15	--	---	60
4t	--	48	--	--	12 (Obligatorios)	60
TOTAL	60	150	18	--	12	240

Contenidos (Itinerario a Tiempo Completo)

Los códigos de las enseñanzas de Grado corresponden, el primero al grupo de Tarragona, el segundo al grupo de Tortosa y el tercero en el grupo del Vendrell.

1º curso

Código	Asignatura	ECTS	Tipología	Materia
Anual				
18204101 18214101 18224101	Enfermería Básica en el Ciclo Vital	9	Obligatoria	
18204005 18214005 18224005	Fundamentos de Psicología Aplicada	6	Básica	Psicología
18204008 18214008 18224008	Tecnologías de la Información y de la Comunicación y Documentación	6	Básica	Comunicación
Primer Cuatrimestre				
18204001 18214001 18224001	Estructura y Función del Cuerpo Humano	6	Básica	Anatomía Humana

18204004	Biología y Microbiología	6	Básica	Biología
18214004				
18224004				
18204009	Ética del Cuidado y Bases Conceptuales de enfermería	6	Básica	Ética
18214009				
18224009				
Segundo Cuatrimestre				
18204002	Función del Cuerpo Humano	6	Básica	Fisiología
18214002				
18224002				
18204003	Bioestadística	6	Básica	Estadística
18214003				
18224003				
18204007	Salud Pública y Educación para la Salud	6	Básica	Educación
18214007				
18224007				
18204109	Introducción a las prácticas clínicas	3	Obligatoria	
18214109				
18224109				

2º curso

Código	Asignatura	ECTS	Tipología	Materia
Anual				
18204107	Farmacología	6	Obligatoria	
18214107				
18224107				
18204110	Prácticas Clínicas I	9	Obligatoria	
18214110				
18224110				
Primer Cuatrimestre				
18204006	Relación Terapéutica y Comunicación en Enfermería	6	Básica	Psicología
18214006				
18224006				

18204102 18214102 18224102	Enfermería en la Gestación, Infancia y Adolescencia	6	Obligatoria	
18204103 18214103 18224103	Enfermería en la Juventud	9	Obligatoria	
18204108 18214108 18224108	Principios de Nutrición en Enfermería	3	Obligatoria	
	Optativa	3	Optativa	

Segundo Cuatrimestre

18204010 18214010 18224010	Antropología y Ciudadanía	6	Básica	Antropología
18204104 18214104 18224104	Enfermería en la Persona Adulta	12	Obligatoria	

3º curso

Código	Asignatura	ECTS	Tipología
Anual			
18204111 18214111 18224111	Prácticas Clínicas Comunitarias I	9	Obligatoria
18204112 18214112 18224112	Prácticas Clínicas Hospitalarias I	9	Obligatoria

Primer Cuatrimestre

18204105 18214105	Enfermería en la Persona Anciana	9	Obligatoria
----------------------	----------------------------------	---	-------------

18224105			
18204115 18214115 18224115	Gestión y Experiencia Organizativa	6	Obligatoria
	Optativas	6	Optativa
Segundo Cuatrimestre			
18204106 18214106 18224106	Enfermería en Situaciones Complejas de Salud Mental	6	Obligatoria
18204116 18214116 18224116	Enfermería en Situaciones Críticas	6	Obligatoria
	Optativas	9	Optativa
4º curso			
Código	Asignatura	ECTS	Tipología
Anual			
18204113 18214113 18224113	Prácticas Clínicas en Unidades de Atención Geriátrica	8	Obligatoria
18204114 18214114 18224114	Prácticas Clínicas en Unidades de Críticos	8	Obligatoria
18204117 18214117 18224117	Prácticas Clínicas en Unidades de Psiquiatría y Salud Mental	8	Obligatoria
18204118 18214118 18224118	Prácticas Clínicas Comunitarias II	8	Obligatoria
18204119 18214119 18224119	Prácticas Clínicas Hospitalarias II	8	Obligatoria
18204120 18214120 18224120	Prácticas Clínicas en Servicios Especiales de Gestión Clínica	8	Obligatoria
18204301	Trabajo de Final de Grado (*)	12	Obligatoria

18214301

18224301

(*) Para poder matricular la asignatura de Trabajo de Fin de Grado, es requisito indispensable haber superado el 70% de los créditos totales del grado. Consulte los prerequisites de superación.

A través del plan de estudios del grado de enfermería de la URV se plantea alcanzar los siguientes objetivos y competencias.

Objetivos:

- Ser capaz de ofrecer una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que son atendidas, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables.
- Planificar y ofrecer cuidados de enfermería dirigidos a las personas, familias o grupos, orientados a los resultados en salud, evaluando su impacto, a través de guías de práctica clínica y asistencial, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida de un problema de salud.
- Conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería.
- Comprender el comportamiento interactivo de la persona en función del género, grupo o comunidad, dentro de su contexto social y cultural.
- Diseñar sistemas de cuidados dirigidos a las personas, familias o grupos, evaluando su impacto y estableciendo las modificaciones oportunas.
- Fundamentar las intervenciones de la enfermería en la evidencia científica y en los medios disponibles.
- Comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como seres individuales, autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional.
- Promover y respetar el derecho de participación, información, autonomía y el consentimiento informado en la toma de decisiones de las personas atendidas, acorde con la forma en que viven su proceso de salud-enfermedad.
- Fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas.
- Proteger la salud y el bienestar de las personas, familias o grupos atendidos, garantizándoles la seguridad.

- Establecer una comunicación eficaz con pacientes, familias, grupos sociales y compañeros y fomentar la educación para la salud.
- Conocer el código ético y deontológico de la enfermería, comprender las implicaciones éticas de la salud en un contexto mundial en transformación, y también conocer los mecanismos de evaluación, considerando los aspectos científico-técnicos y los de calidad.
- Trabajar con el equipo de profesionales como unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multidisciplinar e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales.
- Conocer los sistemas de información sanitaria, realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de la salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial.
- Conocer las estrategias para adaptar medidas de confortabilidad y atención de síntomas, dirigidas al paciente y a la familia, en la aplicación de cuidados paliativos que contribuyan a aliviar la situación de enfermos avanzados y terminales.

Objetivos competencias

http://www.urv.cat/cae/graus/graudinfermeria.html#_5

Competencias:

- Mantener un compromiso ético siguiendo los principios deontológicos y legales en el contexto profesional.
- Conocer, dirigir y aplicar los principios que sustentan los cuidados integrados de enfermería para trabajar de una manera holística, reconociendo la singularidad y la diversidad multicultural.
- Educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort, y promover la participación del paciente, familia y comunidad en su proceso de salud-enfermedad.
- Reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de la profesión.
- Responder a las necesidades de salud de la población, reconociendo las situaciones de riesgo vital y ejecutando maniobras de soporte vital básico y avanzado en aquellas situaciones que lo requieran.
- Aceptar la responsabilidad del aprendizaje y desarrollo profesional.

- Conocer y valorar los cambios asociados a las diferentes etapas del ciclo vital, y su repercusión en la salud, identificando las modificaciones estructurales, funcionales y psicológicas de formas de vida.
- Conocer los procesos fisiopatológicos, los problemas de salud mental y las necesidades nutricionales de estos procesos, reconocer e interpretar factores de riesgo y signos normales o cambiantes de salud-malasalud, sufrimiento e incapacidad de la persona en las diferentes etapas del ciclo vital.
- Responder a las necesidades del paciente, familias y comunidad, planificando, ejecutando y evaluando los cuidados de enfermería.
- Cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente la información y las fuentes de datos para facilitar la elección del paciente.
- Utilizar el juicio clínico en el proceso de cuidado y desarrollar planes de cuidado para alcanzar los estándares de calidad y la práctica basada en la evidencia.
- Utilizar habilidades para mantener la dignidad, privacidad, intimidad, confidencialidad y capacidad de decisión del paciente y familia.
- Tener habilidad para aplicar procedimientos y técnicas conociendo el uso y la indicación de productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería, teniendo en cuenta la seguridad de la persona y del profesional.
- Conocer los diferentes grupos de fármacos, los principios para su autorización, el uso, la indicación y los mecanismos de acción, y evaluar los beneficios, los riesgos y los efectos derivados de la administración y consumo.
- Demostrar habilidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias; identificar los nutrientes que se encuentran en los alimentos, seleccionando las recomendaciones dietéticas adecuadas e identificando los problemas nutricionales, y seleccionando o aplicando los cuidados de enfermería.
- Tener habilidad para identificar situaciones de riesgos, dolor, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o muerte, para responder a las necesidades de salud de las personas a lo largo del ciclo vital, y proporcionar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados y terminales.
- Analizar los datos estadísticos referidos a estudios poblacionales para identificar y analizar la influencia de los factores internos y externos en el nivel de salud de los individuos y grupos para poner en práctica acciones de promoción, prevención y educación sanitaria.
- Identificar, integrar y relacionar el concepto de salud y cuidado desde una perspectiva histórica y comprender la evolución de los conceptos centrales de

la disciplina, y los modelos teóricos más relevantes desde una perspectiva ontológica y epistemológica.

- Conocer e identificar la estructura y la función del cuerpo humano. Comprender las bases moleculares y fisiológicas de las células y tejidos.
- Alcanzar un conocimiento relevante de las evidencias científicas en salud para aplicarlo a la investigación, la toma de decisiones y la resolución de problemas en la práctica enfermera.
- Comunicarse de forma efectiva con pacientes, familia, comunidad y con el equipo interdisciplinario y saber expresar y gestionar las emociones.
- Establecer relaciones terapéuticas con las personas y sus familias.
- Informar, registrar, documentar y derivar cuidados utilizando las tecnologías adecuadas.
- Comprender la función, las actividades y la actitud cooperativa que el profesional ha de desarrollar en un equipo de atención a la salud, así como dirigirlo y coordinarlo.
- Planificar y gestionar el tiempo de forma efectiva mientras se alcanzan los estándares de calidad.
- Educar a los estudiantes, supervisarlos y apoyarlos en los cuidados de la salud, conocer el sistema sanitario español e identificar las características de la función directiva de los servicios de enfermería y la gestión del cuidado.

Objetivos competencias http://www.urv.cat/cae/graus/graudinfermeria.html#_5

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 2. Guía docente prácticas clínicas en unidades de críticos

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Guía docente prácticas clínicas en unidades de críticos

Centre	Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)					
Serveis centre	L Assignatures					
Calendari acadèmic	L PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS					
Ensenyaments						
Grau						
Grau d'Infermeria (2009)	2015_16					
Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)	Assignatura (*)	PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS			Codi	18214114
Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2009)	Ensenyament	Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)			Cicle	1r
Màster Oficial	Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període	Horaris i dates d'examen
Ciències de la Infermeria (2010)		8	Obligatòria	Quart	AN	
Investigació en Ciències de la Infermeria (2012)	Modalitat i llengua d'impartició	Veure grups activitat				
Pla d'acció tutorial	Prerequisits					
Curriculum Nuclear	Departament	Infermeria				
Informació d'interès	Coordinador/a	BONFILL ACCENSI, MARIA ENCARNACIÓ			Adreça electrònica	flor.saez@urv.cat encarna.bonfill@urv.cat mariapilar.vallano@urv.cat estrella.martinez@urv.cat elsa.pla@urv.cat
Què és una guia docent?	Professors/es	SÁEZ VAY, FLORENCIA BONFILL ACCENSI, MARIA ENCARNACIÓ VALLANO LAINA, MARIA PILAR MARTÍNEZ SEGURA, ESTRELLA PLA CANALDA, ELSA				
	Web					
	Descripció general	L'alumne en les seves pràctiques en unitats de crítics durant l'últim any del Grau ha d'aprofundir en el desenvolupament de les competències ja iniciades durant els anys precedents. Al llarg de les diferents experiències serà capaç d'una comprensió més profunda de l'entorn de la persona malalta ingressada a les unitats de crítics, implicant-la amb el seu autocuidatge e incorporant a les famílies en aquest procés. La pràctica clínica, facilitarà a l'alumne, el madurar en aspectes teòrics i clínics específics i situacions de cuidatges , treballats durant el grau i relacionats directament amb els problemes de salut i pacients que es trobaren durant les seves pràctiques. Es farà així una justa adequació de coneixements a la particularitat de cada situació. Els estudiants durant el transcurs d'aquestes pràctiques maduraran en la construcció de l'aprenentatge, creixent a nivell personal i professional, aspectes essencials del cuidatge. L'alumne al finalitzar les pràctiques serà capaç d'assolir un rol professional autònom, sent capaç de prioritzar cuidatges i prendre decisions clíniques en funció de les diverses situacions envers el malalt i les seves famílies.				
	Competències	Resultats d'aprenentatge <td colspan="3">Continguts</td>		Continguts		
	Planificació	Metodologies		Atenció personalitzada		
	Avaluació	Fonts d'informació		Recomanacions		

(*) La Guia docent és el document on es visualitza la proposta acadèmica de la URV. Aquest document és públic i no es pot modificar, llevat de casos excepcionals revisats per l'òrgan competent/ o degudament revisats d'acord amb la normativa vigent



Centre
Serveis centre
Calendari acadèmic
Ensenyaments
Grau
Grau d'Infermeria (2009)
Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)
Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2009)
Màster Oficial
Ciències de la Infermeria (2010)
Investigació en Ciències de la Infermeria (2012)
Pla d'acció tutorial
Curriculum Nuclear
Informació d'interès
Què és una guia docent?

Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)

- Assignatures
- PRÀCTIQUES CLÍNIQUES EN UNITATS DE CRÍTICS
- Avaluació

DADES IDENTIFICATIVES 2015_16

Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNIQUES EN UNITATS DE CRÍTICS	Codi	18214114
Ensenyament	Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)	Cicle	1r

Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període
	8	Obligatòria	Quart	AN

Competències	Resultats d'aprenentatge	Continguts
Planificació	Metodologies	Atenció personalitzada
Avaluació	Fonts d'informació	Recomanacions

Metodologies	Competències	Descripció	Pes
--------------	--------------	------------	-----

Pràctiques clíniques	A1		
	A2		
	A4		
	A5		
	A7		
	A8	Es farà una avaluació continuada on es valorarà la consecució de les competències i els resultats d'aprenentatge del programa de l'assignatura, mitjançant l'observació directa i l'aplicació d'un instrument d'avaluació per mesurar els coneixements, habilitats i actituds. A meitat del cicle de pràctiques l'alumne es farà una autoavaluació que s'utilitzarà per reorientar-lo en el seu aprenentatge.	
	A9		
	A10		
	A11		
	A12		
	A13		60%
	A14		
	A15		
	A19		
	A21		
A23			
A26			
A28			
B1			
B5			
B7			
Sessions clíniques	A1	S'avaluarà l'assistència, l'actitud, el grau de participació, la tolerància als suggeriments i la capacitat de reflexi.	20%
	A2		
	A11		
	A14		
	A19		
	A20		
	A21		
A22			
B3			
Portafolis/ Carpeta d'aprenentatge	A1	Es valorarà el lliurament puntual i acurat, la fonamentació del treball, les evidències aportades i fonts documentals, així com la capacitat d'anàlisi i síntesi	20%
	A2		
	A8		
	A11		
	A14		
A19			
A21			

Altres

Altres comentaris i segona convocatòria

És **obligatori complir** totes les hores de pràctiques, regulades per les directrius europees de l'ensenyament d'infermeria.

La recuperació serà per als estudiants que no hagin assolit els objectius, tinguin faltes d'assistència o que per motius justificats no les puguin realitzar en el període establert, prèvia valoració dels responsables de la assignatura. La recuperació es realitzarà en el període establert per la facultat i sempre abans de la qualificació de l'acta de l'assignatura.







Universitat
Rovira i Virgili

Guia docent 2015_16
Facultat d'Infermeria



Centre Serveis centre	Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)				
Calendari acadèmic	Assignatures PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS				
Ensenyaments	Metodologies				
Grau	DADES IDENTIFICATIVES				2015_16
Grau d'Infermeria (2009)	Assignatura	PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS			Codi
Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)	Ensenyament	Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)			18214114
Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2009)	Descriptors	Crèd.	Tipus	Curs	Període
Màster Oficial		8	Obligatòria	Quart	AN
Ciències de la Infermeria (2010)	Competències	Resultats d'aprenentatge			Continguts
Investigació en Ciències de la Infermeria (2012)	Planificació	Metodologies			Atenció personalitzada
	Avaluació	Fonts d'informació			Recomanacions
Pla d'acció tutorial	Metodologies				
Curriculum Nuclear					
Informació d'interès					
Què és una guia docent?					
Activitats Introdudctòries	Descripció Seminari introductor d'informació sobre el desenvolupament de les pràctiques: Assignació dels llocs, del torn i del tutor/s, horaris, centre de pràctiques, activitats avaluatives, normativa i avaluació final de les pràctiques clíniques.				
Pràctiques clíniques	Es duran a terme durant 5 setmanes. Els eixos d'aprenentatge, relacionats amb les competències d'aquestes pràctiques clíniques son: EIX 1: Desenvolupament personal, relacional, ètic social i cultural. EIX 2: Desenvolupament d'un coneixement científic i del pensament crític. EIX 3: Desenvolupament d'un cuidar integral a l'esser humà				
Sessions clíniques	Es realitzaran en grups reduïts. Els alumnes exposen i reflexionen sobre situacions viscudes a les pràctiques clíniques.				
Portafolis/ Carpeta d'aprenentatge	Realització d'un portafoli on l'alumne recopila i organitza els documents i evidències que promouen la reflexió sobre la seva evolució i trajectòria envers la pràctica clínica i demostren l'assoliment de les competències.				
Atenció personalitzada	Durant els horaris de pràctiques l'estudiant té assignat un tutor/a que el guia en el seu aprenentatge. També té assignat un professor que fa el seguiment de l'aprenentatge dels alumnes.				

 Universitat Rovira i Virgili		Guia docent 2015_16 Facultat d'Infermeria			
Centre Serveis centre Calendari acadèmic Ensenyaments		Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)			
Grau Grau d'Infermeria (2009) Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009) Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2009)		Dades identificatives 2015_16			
Màster Oficial Ciències de la Infermeria (2010) Investigació en Ciències de la Infermeria (2012)		Assignatura Ensenyament	PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)	Codi Cicle	18214114 1r
Pla d'acció tutorial Currículum Nuclear Informació d'interès Què és una guia docent?		Descriptors	Crèd. 8	Tipus Obligatòria	Curs Quart
		Competències	Resultats d'aprenentatge		Continguts
		Planificació	Metodologies		Atenció personalitzada
		Avaluació	Fonts d'informació		Recomanacions
		Tipus A	Codi Resultats d'aprenentatge		
		A1	Reflexiona sobre els principis i valors ètics en el tenir cura de la persona i família		
		A2	Es planteja les implicacions legals que suposen l'omissió de cures o errors en l'administració de tractament		
		A4	És capaç d'analitzar, avaluar i aplicar els principis de la cura en situacions particulars de la pràctica		
		A5	Assumeix la responsabilitat de les funcions que li corresponen, de les seves decisions i de les seves accions		
		A7	Compleix amb els principis de responsabilitat de puntualitat, aspecte net i correctament uniformat, avisa i justifica els imprevistos (retards, faltes...)		
		A8	És capaç d'identificar situacions que requereixen maniobres de suport vital i és capaç d'utilitzar-les		
		A9	Identifica situacions que impliquen transició i canvi de salut en les persones		
		A10	Desenvolupa habilitats de valoració per reconèixer i interpretar en el pacient el procés de malaltia que està vivint.		
		A11	Reconeix factors de risc, complicacions de la malaltia i les seves implicacions per al pacient		
		A12	És capaç de respondre a les necessitats del pacient i família atenent al seu significat contextualitzant la cura en l'entorn		
		A13	És capaç de parlar i informar al pacient i família de manera adequada a la seva comprensió i situació		
		A14	Utilitzar el procés de judici clínic en el cuidatge del pacient i família en situacions de cures.		
		A15	Manté una actitud crítica i reflexiva davant la seva pràctica: es qüestiona el mode en que es fan les coses		
		A19	Desenvolupa habilitats d'implicació i protecció envers el pacient i família.		
		A20	Realitza procediments i cuidatges bàsics de forma adequada garantint el màxim confort i seguretat per a les persones		
		A21	Reconeix les necessitats nutricionals del pacient, les relaciona amb la situació clínica i avalua l'eficàcia de la teràpia nutricional		
		A22	Coneix i administra els fàrmacs d'ús habitual en els diferents àmbits		
		A23	Reconeix signes, símptomes, factors de risc i situacions que impliquin sofriment, malaltia, incapacitat o mort i actua en el suport a la vida i la mort des de la sensibilitat i la compassió		
		A26	Coneix i s'assegura que la seva pràctica estigui basada en guies de pràctica clínica actualitzades i en el que per al pacient sigui important		
		A28	Recolza el seu raonament i decisions en el coneixement científic		
		B1	És capaç de comunicar a la infermera o en sessió clínica, el que ha vist i observat en el pacient		
		B3	Analitzar els pensaments i les emocions associats a situacions que es plantegen en la seva pràctica.		
		B5	Transmet confiança i proximitat, escolta de manera activa i crea un ambient que propicia l'expressió de sentiments de forma terapèutica		
		B7	Identifica situacions de coordinació i lideratge		
		B8	Identifica i valora les activitats tutorialis		
		Tipus B	Codi Resultats d'aprenentatge		
		B1	Adapta els objectius proposats pel professor/a a les seves necessitats d'aprenentatge		
		B3	Identifica necessitats de millora i proposa alternatives		
		B5	Participa de forma activa i comparteix informació, coneixement i experiències		
		B7	Integra la dimensió ambiental en el seu treball a l'hora del reciclatge i l'eliminació de residus		
		Tipus C	Codi Resultats d'aprenentatge		

 Universitat Rovira i Virgili		Guia docent 2015_16 Facultat d'Infermeria					
Centre Serveis centre Calendari acadèmic Ensenyaments		Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009) ↳ Assignatures ↳ PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS ↳ Continguts					
Grau Grau d'Infermeria (2009)		DADES IDENTIFICATIVES				2015_16	
Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)		Assignatura Ensenyament		PRÀCTIQUES CLÍNiques EN UNITATS DE CRÍTICS Grau d'Infermeria (Campus Terres de l'Ebre) (2009)		Codi Cicle	18214114 1r
Grau d'Infermeria (Seu Baix Penedès) (2009)		Descriptors		Crèd.	Tipus	Curs	Període
Màster Oficial Ciències de la Infermeria (2010)		Competències		8	Obligatòria	Quart	AN
Investigació en Ciències de la Infermeria (2012)		Planificació		Resultats d'aprenentatge		Continguts	
Pla d'acció tutorial		Avaluació		Metodologies		Atenció personalitzada	
Currículum Nuclear		Tema		Subtema			
Informació d'interès		EIX 1: Desenvolupament personal, relacional, ètic social i cultural.		Desenvolupar la habilitat de implicació. Pendre consciència de com l'alumne s'involucra davant les diferents situacions de salut i quines emocions li genera així com els recursos que utilitza per gestionar-los. Participació activa com a membre d'un equip multidisciplinar. Respecte per la diversitat amb presència, compassió, acceptació, escolta i compromís ètic.			
Què és una guia docent?		EIX 2: Desenvolupament d'un coneixement científic i del pensament crític.		Relacionar els aspectes teòrics i clínics específics i situacions de cuidatges, treballats els cursos anteriors, relacionats directament amb les patologies i pacients que es trobaran durant les seves pràctiques hospitalàries. fer-se preguntes, donar respostes raonades i prendre decisions adequades a situacions de salut concretes.			
		EIX 3: Desenvolupament d'un cuidar integral a l'esser humà		Conèixer i comprendre la situació particular del pacient i família des d'una vessant holística. Incorporar en els cuidatges el coneixement de la persona, el seu entorn i la situació de salut. Assolir habilitats per garantir entorns de seguretat i confort: prevenció de lesions, administració segura de fàrmacs i prevenció d'infeccions. Actuar per generar confiança en l'entorn. Reflexionar davant les normes i rutines establertes a les diferents Unitats, en relació a les diferències i circumstàncies de cada malalt i les seves famílies.			

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 3. Formulario ad hoc variables sociodemográficas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Formulario ad hoc variables sociodemográficas

Cuestionario de elaboración propia

El presente cuestionario pretende indagar sobre la percepción de estrés en el prácticum de los estudiantes de Grado de Enfermería. Te agradecemos tu participación en esta experiencia y te pedimos que tengas la amabilidad de responder con el máximo interés y sinceridad este cuestionario anónimo. Los resultados se utilizarán exclusivamente para el desarrollo de una investigación (tesis doctoral) de Encarna Bonfill, profesora del departamento de la Facultad de enfermería de la URV. Vuestra información será fundamental en el desarrollo de esta investigación que pretende desarrollar estrategias de mejora en el currículo académico y una posterior inserción laboral a los futuros profesionales.

Por último, agradeceremos nuevamente vuestra colaboración.

Código: 6 dígitos (las 2 iniciales del nombre del padre, las 2 iniciales del nombre de la madre mayúsculas, día de nacimiento formado 00) ejemplo: Josep, Cinta, 13 JOCI13

- Código.....
- Edad.....
- Sexo Mujer.....Hombre.....
- Trabaja Si No
- Pareja..... No pareja.....
- Personas a su cargo
- Residencia en el domicilio familiar Si. No
- Dispone de beca Si. No

Gracias por tu colaboración

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 4. Cuestionario KEZKAK

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Cuestionario KEZKAK

- El factor 1 aglutina ítems relacionados con el temor a dañar, o no poder ayudar al paciente o resultar dañado, tienen que ver con **la falta de competencia**, al estudiante le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí mismo
- El factor 2 aglutina ítems que se refieren a situaciones de **contacto con el sufrimiento**, el contacto con el sufrimiento es percibido como un importante estresor por parte de los estudiantes y la principal fuente de estrés para las enfermeras hospitalarias en activo.
- El factor 3 reúne ítems que tienen que ver con la **relación con los tutores y compañeros**. Se ha visto en estudiantes de enfermería que el 50% de los principales estresores tienen que ver con el área interpersonal y la principal dificultad inconfesable es la falta de asertividad.
- El factor 4 tiene que ver con sentir **impotencia e incertidumbre** en el deseo de ayudar a los demás nos gustaría ser omnipotentes, pero la realidad se encarga de frustrar continuamente nuestro deseo haciéndonos sentir impotencia e incertidumbre, sentimientos muy frecuentes en los profesionales de la salud.
- El factor 5 tiene que ver con **no controlar la relación con el enfermo**, es un factor presente a lo largo de la profesión enfermera y que nos sugiere la necesidad de formación.
- El factor 6 aglutina ítems relacionados con la **implicación emocional**, tanto con el paciente como con el trabajo. El temor a sufrir puede llevar al desarrollo de actitudes defensivas que no permitan desarrollar con efectividad la labor de enfermería.

- El factor 7 tiene que ver con no ser bien tratado por el enfermo y resultar dañado en esa relación, **dañarse en la relación con el enfermo.**
- El factor 8 se refiere a conductas del paciente que busca una relación íntima con el estudiante, una preocupación importante de los estudiantes es el no ser aceptado-respetado por el enfermo **el enfermo busca una relación íntima.**
- El factor 9 se refiere a situaciones de sobrecarga del alumno, recibir órdenes contradictorias, pacientes agresivos, dar malas noticias, **sobrecarga.**

Ítems que forman parte de cada factor estresor

Ítems	1. Falta de competencia
15	Pincharme con una aguja infectada
16	Confundirme de medicación
13	Contagiarme a través del paciente
4	Hacer daño psicológico al paciente
2	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
6	Hacer daño físico al paciente
26	Recibir la denuncia de un paciente
1	No sentirse integrado en el equipo de trabajo
3	Sentir que no puedo ayudar al paciente
17	Meter la pata
5	No saber como responder a las expectativas

Ítems	2. Contacto con el sufrimiento
27	Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo
39	Tener que estar con un paciente terminal
18	Ver morir a un paciente
10	Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento
9	Tener que dar malas noticias
31	Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia
32	Tener que realizar procedimientos que duelen al paciente
29	Encontrarme ante una situación de urgencia
14	Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar
34	Tener que trabajar con pacientes agresivos

Ítems	3. Relación con tutores y compañeros
12	La relación con los profesionales de la salud
28	La relación con los compañeros estudiantes de enfermería
19	La relación con el profesor responsable de prácticas de la escuela
25	La relación con la venia
1	No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo
20	Encontrarme en alguna situación sin saber qué hacer

Ítems	4. impotencia e incertidumbre
23	No poder llegar a todos los pacientes
38	No encontrar al médico cuando la situación lo requiere
14	Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar
41	Las diferencias entre lo que aprendemos en clase y lo que vemos en prácticas
36	Recibir órdenes contradictorias
6	Hacer daño físico al paciente
32	Tener que realizar procedimientos que duelen al paciente
3	Sentir que no puedo ayudar al paciente
17	“Meter la pata”
2	Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente
20	Encontrarme en alguna situación si saber qué hacer

Ítems	5. No controlar la relación con el paciente
5	No saber cómo responder a la expectativas del paciente
33	No saber cómo “cortar” al paciente
7	No saber cómo responder al paciente
30	Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse
29	Encontrarme ante una situación de urgencia
39	Tener que estar con un paciente Terminal
17	“Meter la pata”
20	Encontrarme en una situación sin saber qué hacer

Ítems	6. Implicación emocional
21	Implicarme demasiado con el paciente
8	Que me afecten las emociones del paciente
22	Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante
31	Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia

Ítems	7. Dañarse en la relación con el enfermo
11	Que el paciente me trate mal
24	Que el paciente no me respete
26	Recibir la denuncia de un paciente
15	Pincharme con una aguja infectada
14	Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar

Ítems	8. El enfermo busca una relación íntima
40	Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo
37	Que el enfermo del otro sexo se me insinúe

Ítems	9. Sobrecarga
35	La sobrecarga de trabajo
36	Recibir órdenes contradictorias
34	Tener que trabajar con pacientes agresivos
30	Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse
31	Tener que estar con un paciente al que se le ha ocultado una mala noticia

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 5. KEZKAK (Traducción en catalán) Autor: Tomas Sábado J.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

KEZKAK (Traducció en catalán) Autor: Tomas Sábado J.

Instruccions. Aquest qüestionari es refereix a situacions que poden donar-se en certa freqüència a les teves pràctiques com estudiant d'infermeria. Et demanem que valoris, marcant amb una X, fins a quin punt et preocupen cada una de les següents situacions.

1. No sentir-me integrat/da en l' equip de treball	Gens	Poc	Bastant	Molt
2. Fer malament el meu treball i perjudicar al pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
3. Sentir que no puc ajudar al pacient.	Gens	Poc	Bastant	Molt
4. Fer mal psicològic al pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
5. No saber com respondre a les expectatives dels pacients	Gens	Poc	Bastant	Molt
6. Fer mal físic al pacient.	Gens	Poc	Bastant	Molt
7. No saber com respondre al pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
8. Que m' afectin les emocions del pacient.	Gens	Poc	Bastant	Molt
9. Haver de donar males notícies.	Gens	Poc	Bastant	Molt
10. Haver de parlar amb el pacient del seu patiment.	Gens	Poc	Bastant	Molt
11. Que el pacient em tracti malament	Gens	Poc	Bastant	Molt
12. La relació amb els professionals de la salut	Gens	Poc	Bastant	Molt
13. Contagiar-me a través del pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
14. Que el pacient que estava millorant comenci a empitjorar	Gens	Poc	Bastant	Molt
15. Punxar-me amb una agulla infectada	Gens	Poc	Bastant	Molt
16. Confondre'm de medicació.	Gens	Poc	Bastant	Molt
17. "Ficar la pota"	Gens	Poc	Bastant	Molt
18. Veure morir a un pacient.	Gens	Poc	Bastant	Molt
19. La relació amb el professor responsable de pràctiques de l' escola	Gens	Poc	Bastant	Molt
20. Trobar-me amb alguna situació sense saber què fer.	Gens	Poc	Bastant	Molt
21. Implicar-me massa amb el pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
22. Que la meva responsabilitat en la cura del pacient				

sigui important.	Gens	Poc	Bastant	Molt
23. No poder arribar a tots els pacients	Gens	Poc	Bastant	Molt
24. Que el pacient no em respecti	Gens	Poc	Bastant	Molt
25. La relació amb la infermera responsable de les meves pràctiques a l'hospital	Gens	Poc	Bastant	Molt
26. Rebre la denuncia de un pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
27. Haver d'estar amb la família del pacient quan aquest s'està morint	Gens	Poc	Bastant	Molt
28. La relació amb els companys estudiants d'infermeria	Gens	Poc	Bastant	Molt
29. Trobar-me en una situació d'urgència	Gens	Poc	Bastant	Molt
30. Haver d'estar amb un pacient amb el qual és difícil comunicar-se	Gens	Poc	Bastant	Molt
31. Haver d'estar amb un pacient al qual se li ha amagat una mala notícia.	Gens	Poc	Bastant	Molt
32. Haver de realitzar procediments que són dolorosos al pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
33. No saber com "tallar" al pacient	Gens	Poc	Bastant	Molt
34. Haver de treballar amb pacients agressius	Gens	Poc	Bastant	Molt
35. La sobrecàrrega de treball	Gens	Poc	Bastant	Molt
36. Rebre ordres contradictòries	Gens	Poc	Bastant	Molt
37. Que un malalt de l'altre sexe se m'insinui	Gens	Poc	Bastant	Molt
38. No trobar al metge quan la situació ho requereix	Gens	Poc	Bastant	Molt
39. Haver d'estar amb un pacient terminal	Gens	Poc	Bastant	Molt
40. Que el pacient toqui certes parts del meu cos	Gens	Poc	Bastant	Molt
41. Les diferències entre el què aprenem a classe i el què veiem a les pràctiques	Gens	Poc	Bastant	Molt

Anexo 6. Valoración del grado estrés antes de realizar las prácticas

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Valoración del grado estrés antes de realizar las prácticas

Pregunta abierta relacionada con las preocupaciones en las prácticas clínicas:

1. Qué es lo que más te preocupa antes de realizar las prácticas:

2. Puntúa el grado de estrés percibido teniendo en cuenta que el 1 es lo mínimo y el 5 el máximo de estrés percibido.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 7. Cuestionario postintervención

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Cuestionario postintervención

1. Valora amb una escala de zero al deu la programació de recursos (considerant el zero com gens útil i el deu molt útil)

- Seminari seguretat clínica

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Seminari comunicació

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Recursos disponibles en l'entorn virtual:

Bibliografia

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Guies teòriques dels tallers de simulació

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Audiovisuals dels tallers de simulació

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Guia amb CD para pràctiques de relaxació

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Valoració de la pràctica de relaxació

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- Valoració de com has evolucionat en la pràctica de relaxació

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Puntua el grau d'estrès percebut tenint en compte que el 1 es lo mínim i el 5 el màxim d'estrès.

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Propostes de millora.....
.....
.....
.....
.....

Anexo 8. Consentimiento Informado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Consentimiento Informado



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Títol del projecte:

ESTRÈS DELS ESTUDIANTS D'INFERMERIA AL PRÀCTICUM: DISSENY I EFECTIVITAT D'UN PROGRAMA D'INTERVENCIÓ

Consentiment informat per participar en el programa d' intervenció

Nom.....

DNI.....

Accepto participar en una intervenció que forma part d'un projecte de recerca educativa en les pràctiques clíniques en les unitats de crítics, amb la finalitat de obtenir recursos per un millor afrontament en les pràctiques.

I accepto la gravació del segon seminari per poder analitzar la sessió a posteriori.

Signatura

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 9. Preguntas dinamizadoras del GF de los estudiantes de enfermería

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Preguntas dinamizadoras del GF de los estudiantes de enfermería

“¿Me podríais hablar de situaciones estresantes vividas por vosotros en las prácticas en unidades de críticos...?”

“Háblame de una situación concreta donde hayas experimentado malestar en mayor o menor grado en las prácticas...”

“¿Qué es lo que te parece más estresante del trabajo en las prácticas clínicas en unidades de críticos...?”

“¿Con qué frecuencia experimentas vivencias estresantes en las prácticas clínicas en unidades de críticos...?”

“¿Qué pensamientos o sentimientos te generan estas vivencias...?”

“¿Qué te cuestionas sobre tu actuación y de las personas implicadas...?”

“¿Qué consecuencias te acarrea hacia tu persona vivir situaciones estresantes...?”

“¿Qué consecuencia tiene para el paciente vivir situaciones estresantes...?”

“¿Hasta qué punto te preocupan estas situaciones...?”

“¿Quieres añadir alguna cosa más...?”

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 10. Autorización Xabier Zupiria, autor del cuestionario KEZKAK

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Autorización Xabier Zupiria, autor del cuestionario KEZKAK

Encarna Bonfill



Xabier Zupiria <xabier.zupiria@gmail.com>

13/01/2016

Maria Encarnación Bonfill Accensi ↕

Deleted Items

Tienes mi autorización

Espero que me hagas llegar tu tesis (en pdf).

Suerte con la defensa

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 11. Autorización Joaquín Tomás-Sábado

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Autorización Joaquín Tomás-Sábado

**Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat
Adscrita Universitat Autònoma de Barcelona**

Por la presenta, autorizo a María Encarnación Bonfill Accensi a utilizar la versión catalana del cuestionario KEZKAK en sus trabajos de investigación

Fdo. Joaquín Tomás-Sábado
Sant Cugat del vallès, 18 de enero de 2016

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Anexo 12. Autorización de la decana de la Facultat d'Infermeria de la URV

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi

Autorización de la degana de la Facultat d'Infermeria de la URV



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

FACULTAT D'INFERRERIA

OFICINA DE SUPORT AL DEGANAT
Av. Catalunya, 35
43002 TARRAGONA
TEL. 977 299 429
FAX 977 299 401

Roser Ricomà Muntane, degana de la Facultat d'Infermeria de la URV,

Faig constar que autoritzo la Sra. Encarna Bonfill Accensi a realitzar l'estudi:
"Estrès dels estudiants d'infermeria en les pràctiques clíniques, efectivitat
d'un programa d'intervenció", en els estudiants de 3r i 4rt curs de la Facultat
d'Infermeria de la URV.

I per a què consti, i als efectes oportuns, signo el present document.

Roser Ricomà

Tarragona, 21 de març 2012

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

ESTRÉS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERIA EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: DISEÑO Y EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Encarna Bonfill Accensi



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

