

FUENTES DE ESTRÉS EN LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado
Titulación: Grado en Enfermería
Facultad de Ciencias de La Salud.
Sección Enfermería
Universidad de La Laguna
Junio 2017

Autora: Yesica Martín Correa

Tutora: María Luz Villaverde Ruíz

RESUMEN

En el Grado de Enfermería, las prácticas clínicas son una parte fundamental de las enseñanzas y tienen una carga importante dentro del plan de estudios.

En el entorno sanitario donde se llevan a cabo las prácticas clínicas suelen estar presentes distintas situaciones o estímulos potencialmente generadores de estrés tales como el contacto con el dolor, el sufrimiento, la muerte, necesidad de interactuar con otros profesionales, pacientes y familiares, el trabajo emocional que conlleva el cuidar..., a lo que se suma el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no están completamente preparados

El objetivo de este estudio, de carácter descriptivo y transversal, es estimar el grado de preocupación frente a determinadas situaciones potencialmente estresantes durante las prácticas clínicas y niveles de ansiedad en una muestra de estudiantes de enfermería de la Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias. Los instrumentos de evaluación serán el cuestionario KEZKAK y el STAI

Palabras clave: ansiedad, estrés laboral, prácticas clínicas

ABSTRACT

In the Nursing Degree, clinical practices are a fundamental part of the teaching and have an important burden within the curriculum.

In the health setting where clinical practices are carried out, different situations or stimuli that are potentially stressors such as contact with pain, suffering, death, need to interact with other professionals, patients and relatives, work Emotional relationship that involves caring ..., plus the fact of having to play a new role for which they are not yet fully prepared

The main aim of this descriptive and cross-sectional study is to estimate the degree of concern about certain potentially stressful situations during clinical practice and anxiety levels in a sample of nursing students from the University of La Laguna, Tenerife, Canary Islands . The evaluation instruments will be the KEZKAK questionnaire and the STAI

Key words: anxiety, job stress, clinical practices

INDICE

1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	2
2.1. Ansiedad.....	3
2.2. Estrés.....	4
2.3. Estrés laboral en enfermería	7
2.4. Estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería.....	10
3. Objetivos.....	13
4. Material y Método.....	14
4.1 Tipo de estudio	14
4.2 Ámbito de estudio y muestra	14
4.3 Variables del estudio	14
4.4 Instrumentos de evaluación	15
4.5 Procedimiento.....	17
4.6 Análisis de los datos	17
5. Limitaciones y consideraciones éticas	18
6. Cronograma	19
7. Bibliografía	20
8. Anexos	25

1. INTRODUCCIÓN

Las prácticas de campo son un componente esencial de las enseñanzas superiores, en el caso concreto de los estudios de grado de enfermería, las prácticas clínicas son un elemento fundamental en la formación y tienen una carga importante dentro del plan de estudios.

Los alumnos del Grado de Enfermería que cursan sus estudios en la Universidad de La Laguna, tienen prácticas clínicas a lo largo de los cuatro cursos de la titulación, durante las mismas rotan por distintas unidades hospitalarias, así como por centros de atención primaria.

En el entorno sanitario donde se llevan a cabo las prácticas clínicas suelen estar presentes distintas situaciones o estímulos potencialmente generadores de estrés tales como el contacto con el dolor, el sufrimiento, la muerte, la necesidad de establecer relaciones con diversos profesionales y pacientes, el trabajo emocional que conlleva el cuidar..., a lo que se suma el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no están completamente preparados (López Medina y Sánchez Criado, 2005; Moya Nicolas y cols, 2013)

El estrés viene determinado no solo por las situaciones potencialmente estresantes o factores ambientales sino también por las características de la persona que valora la situación y sus estrategias de afrontamiento ante dichas situaciones (Lazarus y Folkman, 1986). La valoración que cada persona realiza del entorno potencialmente estresante, así como la forma de afrontarlo constituyen importantes variables a tener en cuenta, que influyen en la naturaleza y magnitud de sus reacciones.

Diversas variables pueden modular el proceso del estrés pudiendo contribuir a un mejor afrontamiento de las situaciones potencialmente estresantes, entre ellas el apoyo social. El apoyo social ha mostrado tener influencia en determinados aspectos relacionados con los procesos de salud-enfermedad, entre ellos la forma de afrontar el estrés (Barra Almagia, E. Apoyo social, estrés y salud).

El estrés aparece cuando hay un desequilibrio o discrepancia entre las demandas internas o externas y los recursos de adaptación (Peiró, 1999). El estrés cuando es intenso o se prolonga en el tiempo puede tener consecuencias negativas, a nivel

emocional, cognitivo, conductual y fisiológico.

Dada la magnitud del fenómeno del estrés por sus potenciales consecuencias, consideramos pertinente la realización de este estudio que tiene como objetivo general estimar los niveles de ansiedad y de preocupación ante determinadas situaciones potencialmente estresantes en las prácticas clínicas en una muestra de estudiantes de 4ª curso de enfermería.

De confirmarse en este estudio un alto nivel de preocupación ante los estresores que se presentan en las prácticas clínicas, se dispondría de una nueva evidencia para recomendar la implementación de programas de formación específicos de afrontamiento del estrés lo que revertiría en un beneficio no solo para los futuros profesionales sino también para la práctica asistencial y la relación con los pacientes y compañeros.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANSIEDAD

El campo de la psicología ha mostrado un enorme interés por el estudio de la ansiedad, siendo abordada desde diferentes enfoques pero sin llegar a desarrollar una definición unánime (Sierra y cols, 2003)

La ansiedad ha sido considerada bien como un rasgo general de la personalidad, bien como una reacción emocional a una situación; sin embargo, desde ambos enfoques se ha ido ampliando el concepto, lo que ha propiciado que en la actualidad sea entendida como una respuesta emocional compleja, adaptativa y pluridimensional. Miguel-Tobal, teniendo en cuenta las posturas de diferentes autores y tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, plantea la siguiente definición de la ansiedad “la ansiedad es una respuesta emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas que engloban aspectos cognitivos, fisiológicos y motores” (Miguel-Tobal, 1996).

Desde la psicología de la personalidad, Spielberg (1966) desarrolla la teoría de ansiedad estado-rasgo. La ansiedad rasgo es una tendencia relativamente estable que conlleva a que la persona tenga una predisposición a percibir las situaciones como peligrosas o amenazantes, a responder con ansiedad en diversas circunstancias que no necesariamente son amenazantes, además, sus niveles de ansiedad serán más duraderos ante la sensación de peligro y presentan una tendencia a la sobreexcitación del sistema nervioso autónomo ante eventos interpretados como ansiógenos. El estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo. Es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una activación del sistema nervioso autónomo (Spielberg y cols, 1988).

La ansiedad estado se refiere a la reacción emocional del sujeto ante un evento y estará directamente relacionado con el nivel de ansiedad rasgo que el sujeto presente; por tanto, una mayor predisposición a presentar ansiedad rasgo, se relacionaría con una mayor tendencia a reaccionar con ansiedad ante un rango más amplio de situaciones o con mayor intensidad (Miguel-Tobal, 1996)

Muchos de los elementos que se recogen bajo el concepto de ansiedad han sido integrados bajo el concepto de estrés; por lo que en la práctica, se siguen utilizando estos términos de manera indiscriminada e intercambiable (Sierra y cols, 2003)

2.2. ESTRÉS

El estrés es otro concepto complejo que ha sido definido de distintas formas según los distintos enfoques que han abordado su estudio, planteándose tres orientaciones principales: el estrés como respuesta ante situaciones que exigen una fuerte demanda al individuo, el enfoque psicosocial que se refiere al estrés en términos de situaciones o elementos externos que exigen una fuerte demanda al individuo y por último, como la interacción entre la persona y el ambiente (estrés como proceso o transacción), que será la que marque el desarrollo de la teoría general del estrés (Sierra y cols, 2003).

El estrés como proceso o transacción, entre la situación y el sujeto, se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos disponibles del sujeto para afrontarles y es definido por Lazarus y Folkman (1986) como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

Las fuentes generadoras de estrés son diversas, puede ser una demanda ambiental, social o interna y el grado de reacción de estrés va a depender no solo de estos eventos sino también del tipo de evaluación que haga la persona de los mismos.

En el concepto de estrés como transacción, se pone de relieve la importancia de los procesos de valoración-evaluación cognitiva y de afrontamiento que median entre los estímulos o estresores y las respuestas de estrés, procesos que resulta difícil separar y que son interdependientes (Sandin, 1995)

Lazarus y Folkman (1986) consideran la valoración cognitiva como un proceso cognitivo básico y central entre el acontecimiento y la reacción y distinguen dos formas de evaluación. La evaluación primaria se refiere a la valoración de la situación como tal, de forma que la misma puede ser evaluada como irrelevante, beneficiosa o estresante; a su vez, las situaciones estresantes pueden ser interpretadas de tres formas: daño o pérdida, amenaza o desafío-reto. La evaluación secundaria se corresponde con la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee a nivel personal, social y material, para hacer frente a las demandas. Sobre esta valoración influyen las características objetivas de la situación o acontecimiento, las experiencias pasadas y las características personales. La reevaluación se refiere a los cambios que se pueden producir en las valoraciones iniciales a medida que se va disponiendo de nueva información.

Tras la valoración se pasa al proceso de afrontamiento que es definido como. *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes (adaptativos y flexibles) que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (Lazarus y Folkman, 1986).

El afrontamiento del estrés consiste, por tanto, en todos los esfuerzos cognitivos y/o conductuales que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes y/o el malestar emocional asociado a la respuesta del estrés (Sandin, 1995)

Se distinguen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento, que están referidos al foco de actuación del sujeto, sobre sus emociones o sobre la situación misma

- Afrontamiento centrado en el problema. Directamente se opta por modificar o manejar la situación estresante, el problema que está causando el malestar.
- Afrontamiento centrado en la emoción. Tiene como objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación.

Las formas de afrontamiento pueden ser adaptativas o no. Las adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el distress fisiológico, minimizar o disminuir las reacciones emocionales negativas o resolver los problemas y mejorar el rendimiento y ajuste social (Campos y cols, 2004)

Factores moduladores: factores personales y factores externos

Existen una serie de factores personales o variables disposicionales que influyen en la forma de percibir, de evaluar, de afrontar y de reaccionar ante situaciones estresantes, factores que pueden explicar las diferencias individuales en las reacciones de estrés, (Sandín, 1995, 2003). Factores como el tipo de personalidad, los estilos de afrontamiento, el locus de control, la autoestima, el sentido de la autoeficacia, entre otros.

Entre los factores externos que intervienen o influyen en el afrontamiento y que pueden ser considerados recursos de afrontamiento externos, se han señalado los recursos materiales (educación, dinero, etc.) y el apoyo social.

“El apoyo social se puede concebir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social”. Cumple con varias

funciones, que se podrían agrupar en: una función emocional (confort, cuidado, intimidad, etc.), una función informativa (recibir consejos, orientación, información, etc.) y una función instrumental que conlleva la disponibilidad de ayuda directa en forma de servicios o recursos. También se ha diferenciado entre el apoyo recibido y el percibido que se refiere a la apreciación que tiene el sujeto de la adecuación del apoyo proporcionado por la red social (Barra Almagia, 2004).

Existen diferentes modelos que explican la forma en que el apoyo social influye en el estrés. Entre ellos se encuentran el modelo de amortiguación y el modelo de efectos principales. El primero propone que el apoyo social sirve como factor protector o amortiguador contra los efectos negativos del estrés, es decir, ayudaría a la persona a valorar el estresor como menos amenazante y a afrontarlo mejor. El modelo de efectos principales prioriza el valor de este apoyo, considerándolo como un recurso útil no sólo para afrontar el estrés sino para prevenirlo, de forma que el apoyo social tiene efectos positivos aun en ausencia de situaciones de estrés. (Castro y cols, 1997)

Resultados y consecuencias del estrés.

En el concepto del estrés se han diferenciado dos acepciones: el “eustres” es aquel en el que la respuesta de adaptación está a la altura de la demanda; se da una respuesta adaptativa que moviliza los recursos psicológicos y fisiológicos que permiten hacer frente a las demandas y que contribuyen a un rendimiento adecuado y eficaz y es indispensable para el funcionamiento y adaptación del organismo al medio y el distrés que se corresponde con una respuesta de adaptación desequilibrada (excesiva o insuficiente) en relación con la demanda y que tiene consecuencias desagradables, aumentando la vulnerabilidad psicológica y física del individuo (Fernández Martínez, 2009).

Los resultados o consecuencias del distrés se pueden agrupar en:

- Fisiológicas, comprenden las respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nervioso autónomo que implican una liberación de catecolaminas y corticosteroides.
- Emocionales, tales como ansiedad, irritabilidad, enfado, ira, tristeza, culpa, entre otras.
- Cognitivas: dificultad de concentración, pensamientos intrusivos y negativos, preocupación excesiva, etc.

- Motoras o conductuales: comprende los comportamientos observables que incluyen desde tics, tartamudeos, etc. hasta conductas de evitación o de huida como son los comportamientos de riesgo para la salud (abandono de hábitos saludables, consumo de tóxicos, etc.), violencia, etc.

El estrés puede afectar a la salud a través de una vía directa, de forma que los cambios fisiológicos inducidos por el estrés de ser intensos o mantenidos en el tiempo podrían conducir al desarrollo de enfermedades y/o a través de una vía indirecta, influyendo negativamente sobre algunos comportamientos saludables como son el ejercicio, la relajación, el sueño, los hábitos de alimentación, etc., y favoreciendo otros que suponen un riesgo para la salud como el consumo de tóxicos (Sandin, 1995, Fierro, 1997)

Los efectos negativos del estrés pueden afectar a diferentes áreas y están relacionados con diversas enfermedades tanto físicas como somáticas (alteraciones del sueño, ansiedad y depresión, accidentes cerebrovasculares, migrañas, enfermedades cardiovasculares o gastrointestinales, etc.) (Casado Morales, 1994; Sierra y cols, 2003)

2.3. ESTRÉS LABORAL EN ENFERMERÍA

Según el Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH, 1999), el estrés de trabajo se define como “el conjunto de respuestas nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. El estrés en el trabajo puede conducir a una mala salud o a una lesión”

En la guía sobre el estrés relacionado con el trabajo de La Comisión Europea se define el estrés en el trabajo como *“el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación”* (Comisión Europea, 1999)

El estrés también ha sido definido como “una desfavorable interacción entre las características del trabajador y las condiciones del trabajo que conduce a

perturbaciones psicológicas y comportamientos malsanos, y finalmente a la enfermedad” (Parkes, 2001)

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA) aportó datos que indicaban que el 51% de los trabajadores europeos consideran que el estrés laboral es habitual en su lugar de trabajo y ha referido que tanto el estrés laboral (segundo problema de salud, después de los trastornos musculoesqueléticos, relacionado con el trabajo que afecta al 28% de los trabajadores de la UE) como los riesgos psicosociales se encuentran entre “los problemas que más dificultades plantean en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo” y cuyas consecuencias afectan a la salud de los trabajadores y a las organizaciones, además de a la economía (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003).

Tanto el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (MESS) como el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) ubican las actividades sanitarias como uno de los trabajos que adquieren mayores niveles de estrés (López Fernández y Pérez Quintana, 2004).

Parece existir un cierto consenso acerca de que los trabajadores de la salud son uno de los colectivos profesionales que experimentan mayores niveles de estrés laboral. Concretamente, la profesión enfermera ha sido considerada altamente estresante y como una de las que presentan un mayor índice de estrés laboral (Tomás Sábado y Fernández Donaire, 2002). Esta alta susceptibilidad al estrés es un fenómeno descrito a nivel mundial (Fernández Martínez, 2009).

En general, las profesiones que se dedican a la prestación de servicios suelen ser las más afectadas. Estos se caracterizan porque requieren un contacto directo con las personas a las que atienden durante la mayor parte de la jornada laboral (ejemplo, médicos, enfermeros, profesores, entre otros) (Grazziano y Ferraz Bianchi, 2010; Grau y cols, 2005). Las altas demandas emocionales que requiere el cuidado a pacientes, hace que estos profesionales sean especialmente vulnerable a presentar alteraciones del bienestar psicológico (Enriquez Hernandez y cols, 2009)

Según El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT, 1997) los factores psicosociales hacen referencia a “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionados con la organización, el contenido de trabajo y la realización de la tarea, que tienen capacidad

para afectar al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo”.

Entre los principales factores psicosociales de riesgo laboral, que pueden causar estrés en los trabajadores de enfermería, según distintos estudios de referencia, cabe citar: los relacionados con el contenido del trabajo o las tareas a realizar (contacto con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, atención y comunicación con pacientes y familiares, consecuencias de los errores propios para el paciente, realizar procedimientos dolorosos), el grado de responsabilidad, el conflicto y la ambigüedad de rol, los contactos sociales (relaciones interpersonales y/o grupales), el clima de la organización, el coste emocional de cuidar, la sobrecarga de trabajo (exceso de tareas o gran número de horas de trabajo), la necesidad de mantenimiento y desarrollo de una cualificación profesional, los horarios irregulares o trabajo a turnos, rotación interservicios y el ambiente físico en el que se realiza el trabajo (Más Pons y Escribá Aguir, 1998; Porras Cabrera y cols, 2005).

El estrés laboral en los profesionales de enfermería se ha relacionado con distintas alteraciones físicas y psicológicas, insatisfacción en el trabajo, baja motivación, absentismo laboral, frecuentes cambios de puesto trabajo, deseo de abandonar el ámbito hospitalario o abandono de la profesión (Martín Arribas, 2007). El estrés laboral continuado no solo afecta al bienestar y la salud de los profesionales sino que en algunos casos supondrá una inadecuada atención a los pacientes y sus familiares, pudiendo interferir en el desarrollo de su labor asistencial de una forma eficiente y satisfactoria (Limonero y cols, 2004).

Otra de las posibles consecuencias del estrés laboral crónico sería el desarrollo del “Síndrome de Burnout” o “Síndrome de desgaste profesional”. Maslach y Jackson (1986) lo definieron como “una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico que se caracteriza por agotamiento físico y/o psicológico, despersonalización y falta de realización personal”. El agotamiento emocional (físico y/o psicológico) se refiere a la “sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario con los demás”, la despersonalización a la “respuesta de frialdad de trato hacia las demás personas que debe atender” y la baja realización personal en el trabajo a “la disminución de sentimientos de competencia y éxito profesional”. Este síndrome lo padecen con mayor frecuencia las personas que por razón de su profesión mantienen un contacto directo con usuarios. Razón por lo que es muy importante para los sanitarios prevenir

lo mayor posible el estrés laboral, para no acabar cayendo en el descuido de los cuidados y la atención de enfermería (Arias y cols, 2007)

2.4. FUENTES DE ESTRÉS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Orlandini (1999) tomando como definición de estrés una tensión excesiva, concluye que “desde los grados preescolares a la formación universitaria de postgrado, cuando una persona está en periodo de aprendizaje, experimenta tensión”. A esta tensión se le denomina estrés académico y ocurre tanto en el estudio individual, como en el aula escolar”. En el contexto universitario, los alumnos se ven sometidos a una gran cantidad de estrés académico: la evaluación de los profesores, sus padres y ellos mismos, las obligaciones académicas,... (citado por Mazo Zea y cols, 2013)

Zryewskij y Davis describieron las principales fuentes de estrés de los estudiantes de enfermería, comprobando que el área académica y clínica producían el 78,4% de las situaciones académicas estresantes, el área social el 8% y el área personal el 13,6%. (citados por López y López, 2011 y Moya y cols, 2013)

Las prácticas son un componente importante en todas las titulaciones, pero en la de enfermería es fundamental porque ponen al alumno en contacto con la realidad asistencial, ponen en práctica los conocimientos teóricos aprendidos, además, el campo de actuación enfermero es muy amplio ya que abarca desde la neonatología a la geriatría, y desde la prevención y educación para la salud hasta los cuidados paliativos (Antolin y cols, 2007; López y López, 2011; Moya y cols, 2013)

Haciendo un análisis desde los estudiantes de enfermería, también se considera un grupo con un estrés añadido en comparación al resto de estudiantes lo cual se debe a las prácticas clínicas ya que entran en contacto con una diversidad de situaciones potencialmente estresantes presentes en el mundo sanitario como son el dolor, la enfermedad, el sufrimiento o la muerte así como la interrelación con otros profesionales (Antolín Rodríguez y cols, 2007) o por el hecho de tener que desempeñar un nuevo rol para el que aún no están completamente preparados (López y López, 2011; Moya y cols, 2013)

Según algunos estudios las situaciones vividas con más intensidad por los estudiantes de enfermería durante las prácticas asistenciales se encuentran: el

sufrimiento, el contacto con pacientes terminales y el afrontamiento de la muerte, las situaciones de patología crítica, el paro cardiorespiratoria, la relación con el entorno y su familia, la diferencia entre la teoría y la práctica, la falta de destreza en las técnicas (López Medina y Sánchez Criado, 2005).

A partir de la revisión de estudios sobre el tema se ha detectado que lo que más le preocupan a los estudiantes de enfermería, tanto al comienzo como al final de la carrera, en las prácticas, en orden de importancia es (Antolin y cols, 2007; Moya y cols, 2013, López González y cols, 2013; Zupiria Gorostidi y cols, 2006):

- Falta de competencia. A medida que se coge destreza y experiencia pierde poder estresor.
- Impotencia e incertidumbre.
- Dañarse en la relación con el enfermo.
- La implicación emocional.
- No controlar la relación con el enfermo.
- El contacto con el sufrimiento.
- La relación con los compañeros.

Al final de la carrera éste orden se mantiene pero aumenta la preocupación frente a casos como “Encontrarme en una situación sin saber qué hacer”, “Encontrarme ante una situación de urgencia” o “Recibir órdenes contradictorias”.

Determinados servicios, generalmente producen más estrés, especialmente si no se tiene experiencia en ellos. Estos son los que requieren un conocimiento más especializado y cuyas técnicas de trabajo varían mucho o que especialmente entran en contacto con el sufrimiento y muerte del paciente (oncología, cuidados paliativos), pero sobre todo en aquellas en las que se desarrollan cuidados a pacientes en estado crítico o de riesgo en los que de manera continua y exhaustiva se vigilan todos los parámetros vitales (como son las unidades de terapia intensiva “UTI), es un trabajo más complejo e intenso que requieren enfermeros aptos con conocimiento específico, con habilidad para tomar decisiones e implementarlas en tiempo útil y estar preparado para actuar rápida y eficazmente ante cualquier imprevisto (Rodrigues Pereira y Susa Ferreira, 2011; Da Silva y Ferreira, 2008). A los estudiantes de enfermería, durante su rotación práctica, también les estresa más estos servicios (López González y cols, 2013;

En la medida que el profesional novato vaya adquiriendo experiencia, los temores

relacionados con el dominio de la tarea van disminuyendo y se empiezan a valorar en mayor medida aspectos relacionados con el funcionamiento del sistema, organización laboral, relación con el equipo de trabajo, sobrecarga laboral, entre otras; sin embargo, hay fuentes de estrés que no desaparecen con el tiempo ni con la experiencia y conviene que el profesional aprenda a convivir con ellas y a que le afecten lo menos posible a su bienestar, estos son; contacto con el sufrimiento, implicación emocional, la impotencia e incertidumbre, no controlar la relación con el enfermo, la relación con los compañeros, la sobrecarga laboral (López González y cols, 2013; Zupiria Gorostidi y cols, 2006; Moran Peña, 2007)

En cuanto a los efectos del estrés, existen evidencias de que el estrés académico afecta al plano conductual, aumentando los hábitos insanos como son el consumo de café y bebidas psicoactivas, pocas horas de sueño, alimentación inadecuada...; al plano cognitivo y al plano fisiológico, son muchos los estudios que evidencian relación entre el estrés académico y problemas de salud. (Martín Monzón, 2007)

3. OBJETIVOS

General

- Estimar los niveles de ansiedad estado-rasgo y de preocupación ante distintas situaciones potencialmente estresantes en las prácticas clínicas en una muestra de estudiantes de 4º curso del grado de enfermería de la ULL, así como las relaciones que se establecen entre estas variables

Específicos

- Evaluar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo.
- Estimar el grado de preocupación frente a situaciones potenciales de estrés durante las prácticas clínicas y cuáles son las principales fuentes de estrés
- Analizar la relación entre la variable ansiedad y estrés percibido
- Explorar si ciertas variables como el sexo o vivir con la familiar presentan relación con las variables estrés y ansiedad

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de un estudio de corte cuantitativo, observacional, descriptivo y de carácter transversal

4.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO Y MUESTRA.

La población objeto de estudio serán los estudiantes de Grado de Enfermería de 4º curso, matriculados en la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias.

Todos los sujetos de esta población tendrán las mismas probabilidades de participar en el estudio, de forma que la muestra final se configurará siguiendo el criterio de disponibilidad, voluntad de colaborar de los potenciales participantes.

Criterios de inclusión: Estar matriculados en la asignatura de “prácticum” que se cursa en 4º curso y estar realizando o haber finalizado las prácticas clínicas incluidas en el mismo, ambos sexos, aceptar participar.

4.3. VARIABLES.

- Sexo: variable nominal dicotómica con las categorías hombre, mujer
- Edad. Esta variable se expresará en rangos 18-25 años y >25 años con fines de comparación entre grupos
- Vivir con la familia: Variable nominal con las categorías “sí” y “no”
- Preocupación ante situaciones estresantes durante las prácticas clínicas según es evaluada con el cuestionario Kezkak: Variable de escala. Esta variable también será tratada categóricamente con los siguientes rangos: nivel de preocupación nulo o bajo: puntuación entre 0-0,9: nivel de preocupación media: puntuación entre 1- 1,9: niveles de preocupación medio; nivel de preocupación alto: puntuación entre 2-3: nivel de preocupación alto
- Ansiedad estado y ansiedad rasgo valorada con la escala STAI. Variable de escala

4.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

1.Cuestionario KEZKAK

Se trata de un cuestionario autoaplicado creado y validado por Zupiria y cols (2003), para medir específicamente los estresores que tienen los estudiantes de enfermería en sus prácticas clínicas.

EL cuestionario consta de 41 ítems que reflejan las distintas situaciones potencialmente estresantes. Se le pregunta al sujeto por la preocupación que le genera cada una de las situaciones propuestas, siendo cuatro las opciones de respuesta en una escala de tipo Likert, 0: no preocupa nada, 1: preocupa algo, 2: preocupa bastante y 3: preocupa mucho. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 3.

El análisis factorial arroja nueve factores que tienen una alta consistencia interna. Estos factores son:

1. Falta de competencia (ítems 2, 16,15, 4, 17, 6, 3, 26, 13, 5,1).
2. Contacto con el sufrimiento (ítems 29, 9, 27, 14, 18, 34, 31, 32, 10, 39).
3. Relación con tutores y compañeros (ítems 12, 28, 19, 25, 1, 20).
4. Impotencia e incertidumbre (ítems 2, 36, 17, 6, 3, 20, 38, 14, 23, 32, 41).
5. No controlar la relación con el enfermo (ítems 17, 20, 29, 5, 7, 30, 33, 39).
6. Implicación emocional (ítems 8, 31, 22, 21).
7. Dañarse en la relación con el enfermo (ítems 15, 26, 14, 24, 11).
8. El enfermo busca una relación íntima (ítems 40, 37).
9. Sobrecarga (ítems 36, 35, 34, 31, 30).

Se puede obtener una puntuación total y también una puntuación por factores. La puntuación que se obtenga en cada uno de estos nueve factores tendrá rangos distintos porque cada uno tiene diferente número de ítems, de manera que, para poder distinguir cuáles de ellos se percibirán como más estresantes se obtendrá una puntuación ponderada de cada uno (se dividirá la puntuación obtenida por el número de ítems de cada factor) de forma que el resultado obtenido en cada una de estas subescalas puede oscilar también entre 0 y 3 puntos.

Este instrumento presenta una alta consistencia interna (α de Cronbach = 0,95), una fiabilidad considerable (0,72 a los 2 meses y 0,68 a los 6 meses) y una validez concurrente aceptable (0,39 con ansiedad rasgo medida por el cuestionario STAI). (Zupiria Gorostidi y cols, 2006)

2. Cuestionario STAI-R y STAI-E (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). (Anexo 1)

Desarrollado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970, fue adaptado y validado para población española en 1982 (Spielberg y cols, 2008).

Se trata de un inventario de carácter psicométrico y de autoevaluación que consta de dos escalas que miden facetas diferentes pero relacionadas de la ansiedad: el estado y el rasgo.

- La ansiedad estado se describe como un estado o condición emocional transitoria del ser humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos de tensión y aprensión, así como hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad. El marco de referencia es “ahora mismo, en este momento”.
- La ansiedad rasgo consiste en una propensión ansiosa relativamente estable que diferencia a los individuos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su AE. La ansiedad rasgo es similar a los constructos llamados “disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos de la situación” o bien “disposiciones comportamentales adquiridas”. El marco de referencia es “en general, en la mayoría de las ocasiones”.

Consta de un total de 40 ítems, la mitad pertenecen a la Subescala Estado y la otra mitad se corresponde con la Subescala Rasgo. En la elaboración del STAI se han intercalado ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. Las opciones de respuesta también obedecen a una escala tipo Likert y oscilan entre: nada=0, algo=1, bastante=2, mucho=3 (Subescala Ansiedad-Estado) y casi nunca=0, a veces=1, a menudo=2, casi siempre=3 (Subescala Ansiedad-Rasgo).

La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de los 20 ítems correspondientes y oscila entre 0 y 60 puntos en cada uno de los conceptos. No existen puntos de corte propuestos, a mayor puntuación mayor nivel de ansiedad estado.

Las propiedades psicométricas de la versión española, según informan sus autores, resultan muy similares a la versión original (alfa de Cronbach 0,93 para la sub-escala AE y 0,87 para la sub-escala de AR y correlación test-retest de 0,86).

4.5. PROCEDIMIENTO

En un primer momento se procederá a publicar un punto de encuentro para la exposición del estudio y sus objetivos, utilizando para ello un soporte informático, concretamente el aula virtual habilitada para los alumnos en el campo virtual de la Universidad de La Laguna, donde aparecerá en el apartado de novedades un comunicado sobre el estudio a realizar, de forma que los alumnos recibirán un mensaje privado en relación a este tema.

Se creará un documento con el fin de aplicar los cuestionarios a la población objeto de estudio, de manera que se obtenga una encuesta fácil y clara de contestar. Este documento se trasladará a formato digital, utilizando la aplicación de encuestas de Google, y se distribuirá a los alumnos a través del foro del Aula Virtual de la asignatura “Prácticum” en la que todos están matriculados.

En este documento también se les informa de las condiciones de participación, siendo totalmente anónima y opcional. Los alumnos tendrán un plazo de 30 días para contestar a las preguntas formuladas, pudiendo contestar solamente en una ocasión. Los cuestionarios serán remitidos de manera automática al buzón virtual del investigador una vez contestadas. También se facilitará un correo para resolver las dudas que pueden surgir.

Tras la recogida de los datos, los mismos se codificarán en base de datos para posteriormente ser procesados estadísticamente

4.6. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Estadística descriptiva

Las características de la muestra se describen resumiendo las variables nominales con la frecuencia relativa (%) de sus categorías. Las variables de escala que no siguen una distribución normal se resumen con Mediana (Rango). Las variables de escala con distribución normal se expresarán con la media y la desviación típica

Estadística paramétrica:

- Para analizar la relación entre las variables nominales o cualitativas entre

cualquier cantidad de grupos de otra variable nominal se realizará mediante la prueba de la χ^2 de Pearson.

- Las comparaciones de las variables de escala que no sigan distribución normal entre dos grupos (categorías de una variable nominal dicotómica) se realizarán con la prueba U de Mann-Whitney, y entre más de dos grupos (entre las categorías de una variable nominal con más de dos categorías) con la prueba H de Kruskal-Wallis.
- Las comparaciones de variables de escala con distribución normal entre dos grupos (categoría de variables dicotómicas) se efectuarán con la prueba t de Student para muestras independientes y entre más de dos grupos o categorías (variables nominales con más de dos categorías) con la prueba ANOVA
- Las asociaciones entre variables de escala emplearán la estimación del coeficiente de correlación lineal r de Pearson si ambas se distribuyen normal o rho de Spearman si alguna de ellas al menos no lo hace.

Se considerará significación estadística una $p < 0,05$.

Por otra parte, para comprobar la consistencia interna de las encuestas y su fiabilidad se utilizará el alpha de Cronbach.

Los datos recogidos se informatizarán y tratarán estadísticamente con el paquete de programas estadísticos SPSS-PC.

5. LIMITACIONES Y CUESTIONES ÉTICAS.

Falta de participación en el estudio dado que la misma es de carácter voluntario.

El estudio está basado en medidas de autoevaluación, que son instrumentos más subjetivos, por lo que cabe la posibilidad de que los participantes falseen las respuestas, razón por la que se pedirá especial sinceridad dado el carácter anónimo de los datos.

El estudio no conlleva ningún riesgo para los participantes. Para respetar el anonimato, en ningún momento se solicitará en los cuestionarios datos de identificación personal. Los datos serán tratados exclusivamente a nivel estadístico.

6. CRONOGRAMA.

Las fases del estudio, así como el tiempo estimado para llevarlas a cabo sería

Fases del estudio	Tiempo estimado
1º fase: búsqueda bibliográfica y análisis documental	1 mes
2º fase: elaboración del proyecto: desarrollo del marco conceptual y metodológico del estudio	2 meses
3º fase: captación de los participantes y cumplimentación de la escala	3 meses
4º fase: análisis de los datos, discusión de los resultados y redacción del informe final	4 meses

7. BIBLIOGRAFÍA

López Medina, IM., Sánchez Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clin* 2005 [consultado 12 de mayo de 2017];, 15, 307-313. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13082986-S300>

Moya Nicolás M, Larrosa Sánchez S, López Marín C, López Rodríguez I, Morales Ruiz L y Simón Gómez A. (2013). Percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas. *EG [Revista en internet]* Julio 2013 [consultado el 12 de abril de 2017]; 12(3): 232-243. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.12.3.166261>

Lazarus RJ y Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, 1986)

Barra Almagia, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.

Peiró, J.M. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide

Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-Estar y Subjetividad*, 3(1): 10-59

Miguel-Tobal JJ. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana)

Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1988). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. 2ª ed. Madrid. TEA Ediciones

Sandín, B. (1995). El estrés. En: A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de Psicopatología*, 2, 3-52. Madrid: McGraw-Hill.

Campos, M., Iraurgi, J. y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*, 82, 25-44)

Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2003 [consultado el 12 de abril de 2017]; 3(1): 141-157. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337301099>.

Castro, R., Campero, L. Y Hernández, B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. Revista De Saúde Pública, vol 31, 4, 425-435. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n4/2277.pdf>

Fernández Martínez, M.E. (2009). Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis Doctoral. Universidad de León, Departamento de Psicología, Sociología y Fisiología.

Fierro A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. Estrés y Salud. Valencia: Promolibro

Casado Morales MI. (1994) Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología.

Comisión Europea: Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo ¿La sal de la vida o el beso de la muerte? .1999. [consultado el 13 de Marzo de 2017]; Disponible:[http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo%20Estres%20Lab oral.pdf](http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo%20Estres%20Lab%20oral.pdf))

Parkes K. (2001). Intervenciones para la gestión del estrés en organizaciones. En: Buendía J, Ramos F (ed.). Empleo, estrés y salud. Madrid. Ediciones Piramide, 109-129

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003). [fecha de acceso 09 de marzo 2017]. _Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/309>

Fernández JA y Pérez Quintana F. (2004). ¿De qué estrés hablan los estudios sobre su medida en enfermería? Resultados a partir de una revisión bibliográfica (1980-2003). Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones [Revista en internet] [consultado el 13 de Marzo de 2017]; 20(1): 65-75. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317996005>

Tomás Sábado, J; Fernández Donaire, L. (2002). Estrés Laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios. *Metas de Enfermería*, V (45), 6-12)

Grazziano ES y Ferraz Bianchi ER. (2010) Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. EG [Revista en internet] febrero 2010 [consultado el 5 de abril de 2017]; 9 (1): 1-20. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/93801/90451>

Grau A, Suñer R y García MM. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* [en línea]. 2005 [consultado el 5 de febrero de 2017]; 19(6): 463-70. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/gsv19n6/original6.pdf>

Gil-Monte PR. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.

Enriquez Hernandez CB, Sanchez espinosa A, Santos Aceo SG, Daberkow FC, Ruiz Montalvo ME y Castellanos Contreras, E. (2009). Estresores laborales en personal de enfermería identificados mediante una escala de adaptación. *Desarrollo Cientif Enferm*, vol. 17 (nº 3, abril), 2009, 110-12).

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1997). NTP 443: Factores psicosociales: metodología de evaluación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España.

Más Pons, R., Escribá Aguir, V. (1998). La versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 529-538

Porras Cabrera A, Bilbao Guerrero C y Vila Blasco B. (2005) Identificación de estresores laborales en profesionales de enfermería. *Presencia ene-jun*, 1 (1). [consultado el 24 de marzo 2016]. Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n1/14articulo.php> [ISSN:1885-0219].

Martín Arribas. MC. (2007). Estrés relacionado con el trabajo modelo de demanda-control-apoyo social y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enferm Intensiva*; 18 (4), 168-181

Limonero, J.T., 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

Maslach, C, Jackson, SE. (1986). *Maslach Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press

Arias F. Y cols. Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [en línea] nº 13 [consultado el 2 marzo 2017]. Disponible en < <http://www.revenf.ucr.ac.cr/desgaste.pdf>> [ISSN:1409-4568].

Mazo Zea R., Londoño Martínez K., Gutiérrez Vélez YF. (2013). Niveles de estrés académico en estudiantes universitarios. *Informes psicológicos*. 13 (2), 121-125.

López VF., López M. (2011). Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Ciencia y Enfermería XVII* (2), 47-52

Antolín Rodríguez R, Puialto Durán MJ, Moure Fernández ML, Quintero Antolín T. (2007). Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. *EG* [Revista en internet] 2007 [consultado el 23 de febrero de 2017] 6(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/264/219>

López Medina, IM., Sánchez Criado, V. (2005). Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enferm Clin* 2005 [consultado el 23 de febrero de 2017], 15, 307-313. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13082986-S300>

López González JM, Orbañanos Peiro L y Cibanal JML. (2013). Identificación de estresores en las prácticas clínicas y evolución de los mismos en una promoción de alumnos de enfermería. *Sanid. mil.* 69(1), 13-21

Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturrioz MJ, Alberdi Erice MJ, Barandiaran Lasa MT, Huitzi Egileor X y Sanz Cascante X. (2006). Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de la diplomatura. *Enferm Clin.* 16(5): 231-7.

Rodrigues Pereira VMC y de Sousa Ferreira AS. (2011). Factores generadores de estrés en enfermeros en Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*

[Revista en internet]. Julio-agosto 2011 [consultado el 28 de febrero de 2017]; 19(4): [09 pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_23.pdf

Da Silva RC y Ferreira MA. (2008). Una nueva perspectiva sobre el conocimiento especializado en enfermería: un debate epistemológico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Revista en línea]. 2008 [consultado el 20 de enero de 2017]; 16(6): 1042-1048. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n6/es_17.pdf

Moran Peña L. (2007). La formación de profesionales reflexivos y la práctica de enfermería. ENEO-UNAM. [Revista en internet] 2007 Enero-Abril [consultado el 10 de abril de 2017]; 4(1). Disponible en <http://132.247.146.34/index.php/reu/article/view/30305>)

Martín Monzón IM. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Apuntes de psicología*. 25 (1), 87-99

Zupiria Gorostidi X, Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ y Barandiaran Lasa M. KEZKAK (2003). cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Gac Sanit.* [Revista en internet] 2003 [fecha de acceso: 23 de marzo de 2017]; 17(1): 37-51. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/gs/v17n1/orig5.pdf>

Spielberg, C.D., Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. (2008). Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Adaptación española de Buela-Casal G, Guillen-Riquelme A, Seisdedos Cubero N. (7º ed. Rev.). Madrid: TEA Ediciones SA

8. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO KEZKAK.

Lee cada frase y puntúa de 0 a 3 (0: NADA; 1: ALGO; 2: BASTANTE; 3: MUCHO) dependiendo de las preocupaciones de cada uno. No hay respuestas buenas ni malas. No emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta señalando la respuesta que mejor describa tu preocupación.

	NADA 0	ALGO 1	BASTANTE 2	MUCHO 3
1. No sentirme integrado/a en el equipo de trabajo				
2. Hacer mal mi trabajo y perjudicar al paciente				
3. Sentir que no puedo ayudar al paciente				
4. Hacer daño psicológico al paciente				
5. No saber cómo responder a las expectativas de los pacientes.				
6. Hacer daño físico al paciente.				
7. No saber cómo responder al paciente.				
8. Que me afecten las emociones del paciente.				
9. Tener que dar malas noticias.				
10. Tener que hablar con el paciente de su sufrimiento.				
11. Que el paciente me trate mal.				
12. La relación con los profesionales de la salud.				
13. Contagiarme a través del paciente.				
14. Que un paciente que estaba mejorando comience a empeorar.				
15. Pincharme con una aguja infectada.				
16. Confundirme de medicación.				
17. "Meter la pata".				
18. Ver morir a un paciente.				
19. La relación con el profesor responsable de prácticas de la escuela				
20. Encontrarme en alguna una situación sin saber qué hacer.				
21. Implicarme demasiado con el paciente.				
22. Que mi responsabilidad en el cuidado del paciente sea importante.				

23. No poder llegar a todos los paciente.				
24. Que el paciente no me respete.				
25. La relación con profesor asociado clínico				
26. Recibir la denuncia de un paciente.				
27. Tener que estar con la familia del paciente cuando éste se está muriendo				
28. La relación con los compañeros estudiantes de enfermería				
29. Encontrarme ante una situación de urgencia.				
30. Tener que estar con un paciente con el que es difícil comunicarse.				
31. Tener que estar con un paciente al que se la ha ocultado una mala noticia.				
32. Tener que realizar procedimientos que producen dolor al paciente.				
33. No saber cómo "cortar" al paciente				
34. Tener que trabajar con pacientes agresivos.				
35. La sobrecarga de trabajo.				
36. Recibir órdenes contradictorias.				
37. Que un enfermo del otro sexo se me insinúe.				
38. No encontrar al médico cuando la situación lo requiere				
39. Tener que estar con un paciente terminal.				
40. Que el paciente toque ciertas partes de mi cuerpo.				
41. Las diferencias entre los que aprendemos en clase y lo que vemos en prácticas.				

ANEXO II. CUESTIONARIO STAI" (Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE; 1986).

ANSIEDAD-ESTADO (STAI-E).

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y **señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo *se siente usted ahora mismo, en este momento***. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	NADA	ALGO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy contrariado				
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)				
6. Me siento alterado				
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras				
8. Me siento descansado				
9. Me siento angustiado				
10. Me siento confortable				
11. Tengo confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Estoy desasosegado				
14. Me siento muy atado (como oprimido)				
15. Estoy relajado				
16. Me siento satisfecho				
17. Estoy preocupado				
18. Me siento aturdido y sobreexcitado				
19. Me siento alegre				
20. En este momento me siento bien				

ANSIEDAD-RASGO (STAI-R).

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y **señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones**. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Me gustaría ser tan feliz como otros				
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26. Me siento descansado				
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. Soy feliz				
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32. Me falta confianza en mí mismo				
33. Me siento seguro				
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35. Me siento triste (melancólico)				
36. Estoy satisfecho.				
37. Me rondan y me molestan pensamientos sin importancia				
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos				
39. Soy una persona estable.				
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado				

