

31961

3  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AVENIDA DE  
MEXICO

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
IZTACALA

PROGRAMA DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE  
ESTRÉS PARA ALUMNOS DE ENFERMERÍA

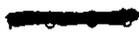
## TESIS

Que para obtener el grado de  
MAESTRA EN MODIFICACIÓN DE CONDUCTA  
p r e s e n t a

MARCELA MÁRQUEZ CEDILLO

273239

Director de tesis: MAESTRO LEONARDO REYNOSO ERAZO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1999



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1.- El Estrés.....	4
1.1 La definición de estrés.....	4
1.2 Breve reseña histórica del estrés.....	4
1.3 Algunos conceptos de estrés.....	6
1.4 Modelos teóricos.....	8
Capítulo 2.- Estrategias de Intervención de Estrés.....	27
2.1 Entrenamiento en Inoculación de Estrés.....	27
2.2 Entrenamiento en Relajación.....	32
2.3 Entrenamiento Asertivo.....	36
Capítulo 3.- Los estudiantes de Enfermería.....	40
3.1 La adolescencia.....	40
3.2 Estrés durante la adolescencia.....	42
3.3 Los estudiantes de enfermería.....	43
3.4 Características de los estudiantes de enfermería.....	46
3.5 El estrés en los estudiantes de enfermería.....	51
Capítulo 4.- Programa de estrategias de reducción de estrés.....	53
4.1 Introducción.....	53
4.2 Objetivo general.....	53
4.3 Metodología.....	54
Diseño de investigación.....	55
Procedimiento.....	55

Sesiones de entrenamiento.....	56
Capítulo 5.- Resultados.....	62
Capítulo 6.- Discusión y Conclusiones.....	73
Capítulo 7.- Bibliografía.....	80
Capítulo 8.- Anexos.....	86

**DEDICATORIA:**

*A la memoria de Alfredo Márquez, mi papá, quien ha sido una persona muy importante en mi vida, que siempre me apoyó y que me dejó como herencia el deseo de superarme a través del estudio.*

*A la memoria de mi amiga Silvia Alarcon Armendariz, quien me ayudo para la elaboración de está tesis, con bibliografía, con su experiencia, escuchándome y brindándome su apoyo en momentos de tristeza e inseguridad; con su partida me ha dejado una gran pena.*

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A mi querida familia, que me quieren y aceptan como soy y me han apoyado en las buenas y en las malas ya que son el mejor regalo que la vida me ha dado.*

*A Dulce, Sara y Margarita, incondicionales amigas.*

*A los maestros Leonardo Reynoso, Laura Evelia Torres, Vidal Vargas, Laura Edna Aragón y César Carrascoza por su asesoría para elaborar mi tesis.*

*A la maestra Silvia Nicolás Cisneros, por todo el apoyo que recibí de la Jefatura de la Carrera de Enfermería, para realizar mi curso-taller de estrategias de reducción de estrés.*

*A todas las personas que contribuyeron para que hoy vea terminada mi tesis de maestría.*

## INTRODUCCIÓN

Hacer una tesis es un compromiso ya que es la culminación de una meta que yo me marque hace muchos años, en 1990 cuando me titule de la Licenciatura en Enfermería, ya que consideraba que me faltaban elementos académicos que fortalecieran mi quehacer docente, que junto con la Licenciatura en Enfermería llego a mi vida profesional, ya que a través de una invitación para trabajar como profesora en el módulo de prácticas de enfermería en la E.N.E.P.I; inicie esa aventura en la docencia para la cual me había preparado en los últimos años.

Elegir la línea de trabajo para la tesis, es una decisión muy importante y difícil ya que debemos de estar convencidas de que es un tema importante, que sea trascendente y lo que más me ha motivado a realizarlo es que en la práctica diaria del personal de enfermería se encuentra a cada paso de cara frente al dolor por la enfermedad o la muerte y por más que se diga que el personal de enfermería somos inhumanas y nos gusta ver sufrir a los pacientes, sabemos que esto está muy lejos de nuestra realidad cotidiana.

Una preocupación que he tenido desde que yo era estudiante de enfermería, es que los estudiantes de enfermería realizan su práctica en los hospitales con pacientes que están sufriendo por la enfermedad, además de encontrarse en un ambiente agresivo, como es el hospital, los alumnos deben atender a los pacientes, considerando todas sus necesidades, pero no se toma en cuenta que los alumnos de enfermería son en su mayoría adolescentes que no cuenta con un repertorio de habilidades que les permita afrontar el estrés.

Cuando entre a la Maestría en Modificación de Conducta conocí la línea de investigación que trabaja el Maestro Leonardo Reynoso Erazo, me intereso mucho su trabajo y acepto ser mi asesor, desde entonces he aprendido todo lo que se de estrés, modelos teóricos, estrategias de intervención, inventarios y todo lo que se puede hacer por las personas para reducir niveles de estrés y en el caso de mi tesis proporcionar un repertorio de habilidades que permita a los estudiantes de enfermería realizar su práctica diaria disfrutándola.

Sabemos que muchos profesionales ha investigado sobre el estrés, y se ha comprobado que hay profesiones que desarrollan altos niveles de estrés, y enfermería es una de ellas, como ejemplo citaremos los trabajos que han desarrollado West, Horan y Games en 1984 con enfermeras profesionales y los de Wernick en 1984 con estudiantes de enfermería (Meichenbaum, 1990)

Así que partimos del hechos de que enfermería es una profesión que desarrolla altos niveles de estrés y elaboramos un programa educativo de estrategias de reducción de estrés, el cual aplicamos a través de un curso, con algunos estudiantes de primer semestre de la Carrera de Enfermería en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El trabajo para la tesis se dividió en dos partes, una , la aplicación del curso y la otra, continuar con la investigación y compilación sobre estrés.

Finalmente nuestro trabajo quedo así:

En el primer capítulo hacemos una breve reseña histórica sobre el estrés, algunos conceptos de estrés y finalizamos con el desarrollo de los tres modelos teóricos que consideramos mas importantes sobre el estrés.

En el segundo capítulo presentamos las estrategias de intervención que aplicamos en el curso de reducción de estrés, las seleccionamos por que consideramos que son técnicas que pueden realizar los alumnos de enfermería durante su práctica en los hospitales y en cualquier momento que lo necesiten.

En el tercer capítulo hablamos de algunas características de los adolescentes ya que los estudiantes de enfermería son en su mayoría adolescentes entre los 14 y 17 años y finalizamos con algunas de las características más importantes de los estudiantes de enfermería.

En el cuarto capítulo describimos las actividades que realizamos en el curso de estrategias de reducción de estrés con los alumnos de primer semestre de enfermería.

En el quinto capítulo presentamos los resultados de nuestro trabajo.

En el sexto capítulo la discusión y las conclusiones

Y en el séptimo capítulo la bibliografía

Y el anexo, con los inventarios que aplicamos durante nuestro curso de estrategias de reducción de estrés.

## CAPITULO 1.- EL ESTRÉS

En este primer capítulo se expone una breve histórica sobre el estrés, en la segunda parte se presentan varios conceptos de estrés y finalmente se presenta tres modelos teóricos de estrés para contar con un marco de teórico de referencia para desarrollar el programa de estrategias de reducción de estrés.

### 1.1 La definición de estrés.

No es fácil encontrar una definición generalmente aceptada de "estrés". La palabra es utilizada con vaguedad y diferentes personas y grupos le dan distintos significados. Médicos, Ingenieros, Psicólogos, Biólogos, Sociólogos, Lingüistas y legos, todos usan el término de manera distinta que les es propia.

Los médicos hablan del estrés en términos de mecanismos fisiológicos; los ingenieros en términos de soporte de carga; los consultores administrativos se refieren a las necesidades de la organización; los lingüistas lo consideran como acentuación silábica, y los legos como cualquier cosa bajo el sol, desde las complicaciones en el balance del presupuesto familiar, hasta los padres que se tensan por ciertas cosas que sus hijos hacen o dejan de hacer. Algunos profesionales sugieren que el estrés es natural e incluso deseable y otros que es algo que padecemos (Fontana, 1995).

### 1.2 Breve reseña histórica del estrés

La palabra estrés, tiene su origen en el idioma inglés (entre los siglos XII y XVI) y viene del término francés antiguo *destresse*, que significaba ser colocado bajo estrechez u opresión (francés antiguo: *estresse*). Por consiguiente su forma inglesa original era *distress*, y a través de los siglos a veces perdía el "di" por mala pronunciación.

Aun cuando el término y sus derivados han existido, durante siglos, es difícil establecer los orígenes del concepto estrés, hasta mediados del siglo XIX. En esta época el fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, y que era esencial que éste, a fin de mantener el propio ajuste frente a tales cambios, alcanzará la estabilidad del *milieu intérieur\** (Bernard, 1867). Este parece ser uno de los primeros reconocimientos, de las consecuencias potenciales de disfunción, provocadas por el rompimiento del equilibrio en el organismo, o sea, de someter a éste al estrés.

\*Medio interno. Del francés.

En 1920 Walter Cannon acuñó el término homeóstasis para denotar el mantenimiento del medio interno (Cannon, 1932). A pesar de que enfocó su investigación hacia las reacciones específicas, esenciales para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia, en realidad se enfrentaba al estrés y se refirió a los "niveles críticos de estrés", los cuales definió como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos. Incluso, empezó a usar el término relacionándolo con la organización social e industrial (Cannon, 1935, 1939)

El inicio del empleo actual del término no tiene su antecedente en Cannon, sino en el médico Hans Selye, endocrinólogo de la Universidad de Montreal, a quien frecuentemente se le llama "padre del concepto de estrés". Sus investigaciones constituyeron las primeras aportaciones significativas al estudio del estrés, y sentaron las bases para llevar a cabo investigaciones en el campo del estrés.

Tal vez la contribución más significativa de Selye ha sido la publicación de una vasta obra sobre estrés. En ella modificó su definición de estrés, para denotar una condición interna del organismo, que se traduce en una respuesta a agentes evocadores. Propuso inclusive un nombre para dichos agentes: estresores, sentando así las bases de gran parte de la terminología actual en este campo (Selye, 1950)

La Segunda Guerra Mundial fue un acontecimiento histórico que tuvo una gran influencia para el comienzo de investigaciones sobre las teorías del estrés en sujetos expuestos a este tipo de ambiente. Un ejemplo lo constituyen los libros escritos por Grinker y Spriegel en 1945 titulado "Men Under Stress"; Kardier y Spiegel (1947) sobre las neurosis traumáticas; Broume (1969, 1970) sobre las reacciones de estrés psicológico y fisiológico en Vietnam y Figley en 1978 sobre las perturbaciones relacionadas con el estrés en los veteranos de Vietnam (citado en Anguiano, 1997)

Casi a la par de Selye, durante los años 40's y 50's, Wolff también escribió trabajos sobre estrés y enfermedad, y aunque también lo consideró como una reacción del organismo nunca trató de explicarlo o definirlo de una manera sistemática como lo hizo Selye.

En un principio los investigadores del estrés fueron fisiólogos y médicos que centraron su atención en los estímulos físicos y las consecuencias fisiológicas.

En las últimas tres décadas ha disminuido el interés por el estudio del estrés desde punto de vista fisiológico, y se ha incrementado en el ámbito de la psicología (Ivancevich, 1992).

A partir de la década de los sesenta destacaron los trabajos de Lazarus sobre el modelo cognitivo de estrés, el interés por el estrés en sí mismo se desplaza en cierta medida hacia el afrontamiento.

Estamos seguros que hay más datos sobre los orígenes del estrés, pero consideramos lo expuesto marca los momentos históricos más importantes sobre el estrés.

### **1.3 Algunos conceptos de estrés**

De la palabra estrés se ha dicho que es la más imprecisa del vocabulario científico, tiene una increíble variedad de significados para diferentes personas.

Como muchas otras palabras, el término "stress" es anterior a su uso sistemático o científico. Fue utilizado ya en el siglo XIV para expresar dureza, tensión adversidad o aflicción (Lazarus y Folkman, 1993).

Walter Cannon (1932) definió al estrés como una respuesta de afrontamiento-o-escape, una constelación de cambios fisiológicos que nos preparan para una vigorosa acción de emergencia. (Smith, 1990). Aunque utilizo el término un poco por casualidad, hablo de que los sujetos se hallaban "bajo estrés" y dio a entender que el grado de estrés podía medirse (Lazarus y Folkman, op. cit)

Hans Selye define al estrés como "aquellas respuestas no específicas del organismo ante cualquier demanda" (Lazarus y Folkman, op. cit).

Miller (1953) define el estrés como "cualquier estimulación vigorosa, extrema o inusual que, representando una amenaza, causé algún cambio significativo en la conducta" (Lazarus y Folkman, op. cit)

Basowitz, Persky, Kolchin y Grinker (1955) definen al estrés como "los estímulos con mayor probabilidad de producir trastornos"

En un principio, el estrés fue estudiado como una reacción a la aplicación de estímulos adversos externos, tales como un choque por quemaduras, la pérdida de sangre o estresores químicos (Hamberger y Lohr, 1984).

Arnold (1967) propone que el término estrés sea reservado solamente para aquellas condiciones caracterizadas por un funcionamiento interrumpido. Arnold (1967) y Burchfield (1979), también distinguen entre estrés psicológico y estrés físico. El estrés psicológico resulta de la pérdida, frustración, conflicto y fracaso. El estrés físico, por otra parte, consta de quemaduras infecciones, lesiones y situaciones parecidas.

Ruff y Korchin (1967) definen al estrés como la situación en la cual una persona es forzada a ejercer un vigoroso esfuerzo para mantener las funciones esenciales en un nivel requerido (Hamberger y Lohr, 1984).

Burchfield (1979) define al estrés como "cualquier cosa que cause una alteración del proceso homeostático psicológico". La homeostasis psicológica se refiere al estado de humor normal, y que es mediado por respuestas conscientes e inconscientes.

Appley & Trumbull, 1967; Glass, 1977; Kimball, 1982; Lazarus, 1967; y Mikail, 1981, definen especialmente el estrés como "un estado que se origina de un desequilibrio real o percibido, mediados por procesos cognitivos"

Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión, en la cual tensión es sinónimo de presión o en un sentido físico, de deformación (Hooke, 1978).

Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental, en el cual estresor puede consistir en un evento externo o en una situación, ambos potencialmente dañinos (Cox, 1988).

El estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo (Cox, op. cit.).

El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984).

Ivancevich (1992) considera al estrés como una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y por procesos psicológicos, la cual es consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas. Dicho con simpleza, estrés implica la interacción del organismo con el medio ambiente.

El estrés es la reacción del organismo a las presiones físicas o psicológicas que el medio externo le impone (Othersen, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) postula que el estrés es "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción" (Mainieri, 1999)

La palabra estrés es un término muy usado por la población en general, que aparentemente sabe su significado y da por sentado que se trata de una sensación de ansiedad (nerviosismo, angustia, inquietud). Este último término se utiliza como sinónimo (Reynoso, 1996)

Como podemos observar hay muchos conceptos de estrés, pero en lo que la mayoría de los investigadores coincide es que es un estado de alteración que obliga a la persona a responder con su particular repertorio de experiencias previas

Nuestro concepto personal es que el estrés es un estado de alteración, que es percibido por el sujeto como amenazante y lo hace responder

#### **1.4 Modelos teóricos**

Así como han surgido tantos investigadores interesados en el estudio del estrés, paralelamente algunos investigadores han trabajado, desarrollando los modelos teóricos, que intentan explicar el origen del estrés y la manera en que se puede controlar o reducir. Los modelos son una pauta importante para estudiar el estrés no solo desde el punto de vista biológico, sino también psicológico.

En este trabajo presentaremos tres modelos teóricos del estrés.

El Modelo de Estrés de Hans Selye.

El Modelo de Estrés de Richard Lazarus

Y El Modelo de Estrés de Howard Leventhal

#### 1.4.1 El modelo de estrés de Hans Selye.

Hans Selye fue un médico endocrinólogo y tal vez por su formación biologicista el desarrollo un modelo de estrés basado en las respuestas fisiológicas del organismo. Los esfuerzos del Selye por descubrir una nueva hormona sexual, arrojaron luz sobre el hecho de que pueden desencadenarse daños en los tejidos mediante una gama heterogénea de agentes, los estímulos nerviosos. Al usar animales de laboratorio en sus experimentos, concluyó que el daño en los tejidos representaba una respuesta no específica a prácticamente cualquier estímulo nocivo, y propuso denominarlo Síndrome General de Adaptación (Selye, 1980).

Se ha dicho que la obra mencionada influyó en las investigaciones realizadas en todos los países, "probablemente con mayor rapidez e intensidad que cualquier otra teoría sobre estrés, que se haya propuesto" (Engel, 1956).

El estrés es definido simplistamente, como la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda. Selye considera al estrés como el denominador común de todas las respuestas adaptativas en el cuerpo. El estado de estrés es manifestado por un síndrome específico que consta de todos los cambios no específicamente producidos dentro del sistema biológico.

De acuerdo a Selye, a partir del estrés se presentan dos tipos de cambio. El primero, la respuesta primaria, no es específica en forma y causalidad. Este tipo se asocia con un daño sistémico corporal. Un segundo tipo consiste en un patrón de respuesta específica y se asocia con la "defensa". Una respuesta primaria puede ser seguida por una respuesta secundaria desde cualquier parte del cuerpo. Existe una relación directa entre la intensidad de una respuesta primaria (daño) y el grado de respuesta defensiva en el cuerpo. Pero es muy importante decir que el estrés no siempre provoca un daño físico.

El estrés se manifiesta siempre por un síndrome - un patrón de respuesta - no solamente por un sólo cambio. El síndrome a través del cual se manifiesta el estrés es el síndrome de adaptación. El Síndrome de Adaptación Local (SAL) consiste en una respuesta al estrés en áreas donde los tejidos son más directamente afectados por los estresores.

El Síndrome General de Adaptación (SGA) afecta a todo el organismo. Sin embargo, las respuestas del Síndrome de Adaptación Local (SAL) y el Síndrome de Adaptación General están en estrecha coordinación con el sistema nervioso y el eje hipófisis-suprarrenal (Hamberger y Lohr, 1984).

Tanto el Síndrome de Adaptación Local como el Síndrome de Adaptación General constan de tres etapas, durante la primera etapa, de alarma, existe una concentración de energía adaptativa en el sitio de la demanda. Aunque inicialmente local, la reacción de alarma puede provocar la activación de los mecanismos de defensa auxiliares que se propagan hasta abarcar sistemas.

La reacción de alarma es relativamente corta y pronto es remplazada por la etapa de resistencia. Durante esta etapa, el sistema ha generado el canal óptimo y más apropiado de defensa para el estresor particular. Las funciones de concentración especial reducen la demanda en la cantidad de energía requerida para adaptarse y generalmente implica la inflamación de algunas áreas de tejido.

Esto para Selye, es la característica más esencial de la adaptación. Sin embargo, si se mantiene por mucho tiempo, el desgaste en el canal de respuesta más apropiado da origen al agotamiento de las defensas apropiadas, tercer etapa, en este punto, con el agotamiento de los canales auxiliares puede ocurrir la enfermedad, la ruptura del tejido y finalmente la muerte.

### El Sistema Nervioso

Según Selye, la respuesta del organismo al estrés empieza en el cerebro, con la percepción del estresor. El cerebro es un órgano altamente complejo y no puede trazarse una línea clara de separación fisiológica entre sus partes. No obstante, está establecido que todos los estímulos externos son recibidos en el cerebro, que a su vez activa otros sistemas del cuerpo, según el caso. La sección del cerebro principalmente responsable de empezar la cadena de respuestas es la corteza cerebral. Desde el punto de vista evolutiva, la corteza es la sección más directamente involucrada en la conducta y en los procesos mentales conscientes. Es en ella donde se registra la percepción de un estresor. La corteza es igualmente responsable de controlar al hipotálamo.

El hipotálamo, ubicado en lo que se llama el cerebro medio, se ocupa de una variedad de procesos viscerales y reguladores. Es parcialmente responsable de regular emociones como el temor, la ira y la euforia, y también tiene que ver en el control de la temperatura corporal y el apetito. De mayor importancia para el efecto de la respuesta al estrés, activa el sistema nervioso autónomo y regula la glándula hipófisis que es la glándula central en el sistema endocrino. Por tanto cuando un individuo queda expuesto a un estresor, es percibido y puesto en contacto a través de los mecanismos adaptativos del sistema nervioso autónomo y el sistema endocrino.

Lo que le confiere un papel tan importante en los procesos de respuesta al estrés. Es la habilidad del hipotálamo para responder a estímulos psicológicos (Ivancevich, 1992).

El sistema nervioso autónomo es responsable de controlar diversas funciones de las que tradicionalmente se pensaba que estaban bajo control involuntario, como las gastrointestinales, cardiovasculares y reproductivas. (Las pruebas que se tienen actualmente sugieren firmemente que ciertos aspectos de estas funciones son, por lo menos en parte controlados voluntariamente).

Cuando un individuo percibe un estresor, el sistema nervioso autónomo, bajo la estimulación del hipotálamo, inicia una serie de movimientos de adaptación o defensa. Esto se logra a través de dos vías del sistema, separadas pero no independientes: el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático. El primero activa diversos sistemas para la defensa. El individuo experimenta los resultados del estado de alarma de este sistema a través del pulso acelerado, sudor, un vacío en el estómago y otras sensaciones que asociamos con amenazas de algún tipo (Selye, 1980).

El sistema parasimpático tiene una responsabilidad casi opuesta a la anterior, a saber, calmar y relajar el organismo (Selye, 1980).

#### El Sistema Endocrino

El sistema endocrino juega un papel integral en la reacción ante el estrés. Esta integrado por numerosas glándulas, que producen una variedad de hormonas, las cuales pasan al torrente sanguíneo y sirve como reguladoras químicas de la actividad fisiológica. En una situación de estrés existe una interacción muy estrecha entre este sistema, el sistema nervioso autónomo y el hipotálamo (Ivancevich, 1992).

Hay glándulas endocrinas que son de especial interés en la respuesta orgánica del estrés y estas son la hipófisis y las suprarrenales. La hipófisis está directamente conectada al hipotálamo por medio de conexiones vasculares, es del tamaño de una bellota y regula la producción y actividad hormonal dentro de todo el sistema endocrino. Cuando esta glándula detecta, a través del hipotálamo y el sistema nervioso autónomo, que existe una situación de estrés, descarga en el torrente sanguíneo hormonas que activan otras partes del sistema endocrino. Estas hormonas preparan al cuerpo para que maneje o se adapte al estresor mediante el aumento del flujo sanguíneo, la respiración etc., ( Respuesta de pelear o huir de la que hablo Cannon ).

Uno de los conjuntos de glándulas del sistema endocrino que entra en actividad y que es muy importante, es el de las glándulas suprarrenales. Las suprarrenales son activadas por la hormona adenocorticotrópica (ACTH) producida en la hipófisis anterior, la corteza suprarrenal produce la secreción de cortisol. El cortisol, al ser liberado en la circulación, favorece una correcta reactivación vascular a de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), así como la estimulación simpática. Otro efecto de la secreción de las catecolaminas consiste en un aumento de los niveles de glucosa sanguínea, que permite a la diferentes células del organismo obtener energía.

Por otra parte, la secreción de cortisol provoca también la elevación de los niveles de glucosa sanguíneos, pero a partir de otras vías metabólicas diferentes a la de las catecolaminas. Además de este efecto el cortisol tiene efectos desinflamatorios, produce aumento de la secreción gástrica ácida y deprime los procesos inmunológicos del organismo (Reynoso, 1990)

Con respecto a las respuestas de estrés localizado, la inflamación se caracteriza por hinchazón (edema), enrojecimiento, calor y dolor. Esto es un proceso de defensa activo. La función de la inflamación es aislar e inactivar al "agresor", al mismo tiempo que las hormonas proinflamatorias están actuando para mediar los procesos defensivos, el proceso inflamatorio es encargado de reparar a través de la rápida proliferación de tejido conectivo. Se cree que esto es una respuesta de la liberación de la hormona del crecimiento.

Selye discute varias señales de respuesta del estrés generalizado, primero se cree que el riñón desempeña un papel importante en el mantenimiento del equilibrio hormonal adaptativo durante el Síndrome de Adaptación General. La función de los riñones es la de regular la composición química de la sangre y los tejidos a través de una filtración selectiva de sustancias químicas.

Durante el efecto del estrés, son secretadas las sustancias presoras renales como la angiotensina y la renina. La renina estimula la corteza suprarrenal para secretar aldosterona, que produce una alta presión sanguínea. La aldosterona, así como otros corticoides que están presente en altas cantidades durante periodos sostenidos de tiempo, provoca, según Selye, una alta presión sanguínea y finalmente un daño renal (Hambergen-Loehr, 1984).

El modelo de Selye un modelo fisiológico.

Como hemos podido observar el modelo de estrés de Hans Selye se concentra únicamente en el Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático y en el Eje Hipófisis-adenocortical, por eso nos permite establecer que es un modelo fisiológico, que explica las respuestas del cuerpo humano, ante estímulos nocivos, además es un modelo patógeno, por que las amenazas del organismo son de tipo fisiológico y las respuestas del organismo se movilizan para luchar contra el estrés (Evans, 1987; Cohen, 1983 y Martínez, 1992).

Para los interesados en el estudio del estrés, con una formación biologicista, este modelo patogénico fue muy atractivo, por que el organismo se defiende ante los agentes agresores y puede ser determinada la causa o causas que producen "mala salud" (Alonso, 1998).

Este modelo biológico de Selye, se nos hace muy interesante y a primera vista se hace muy lógico, pero el aspecto cognitivo-conductual de las personas no se toma para nada en cuenta y consideramos que son parte muy importante para que se desarrolle el estrés.

#### 1.4.2 El modelo cognitivo de Richard Lazarus .

En 1966 Richard S. Lazarus, propuso un modelo teórico basado en dos líneas de investigación, una, teoría de la información, que estudia las operaciones Cognitivas conscientes y la otra basada en teorías Cognitivas de la emoción, que estudia los determinantes inconscientes de la cognición (Valdés, 1985).

En la primera estarían los planes, premisas, conclusiones y estrategias, y en la segunda estarían incluidos los aspectos perceptivos, evaluaciones automáticas, pensamientos subcorticales de información biológica y simbólica, mecanismos defensivos, efectos de experiencias previas y respuestas emocionales. Así se confirma lo que dice David Gelernter (1994) "que no solo se piensa con el cerebro sino también con el cuerpo"

El modelo cognitivo de Lazarus se apoya en un enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, centrado en tres clases de procesos: a) procesos de evaluación, encargados de llegar a una cognición tras operar la información que procede del exterior y de uno mismo; b) procesos automáticos, que dependen del estilo cognitivo y de las conductas automatizadas por el aprendizaje y ) los procesos de esfuerzo, de naturaleza dinámica, e implican una participación activa. El modelo de Lazarus considera el estrés como resultado de una evaluación de daño/pérdida, de amenaza o de desafío.

En el primer caso el sujeto evalúa hechos consumados, en el segundo caso los anticipa y en el tercero, se mueve entre la posibilidad de perder o ganar (Lazarus, 1991)

Existe en psicología una antigua tradición fenomenológica por la que se considera que el significado de un acontecimiento para el individuo determina su respuesta emocional y conductual. El concepto de evaluación cognitiva de Lazarus, hace referencia a los procesos de evaluación que median entre el afrontamiento y la reacción del sujeto. Tales procesos dependen del aparato cognitivo de cada individuo, organizado conforme a modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias antecedentes.

Mediante los procesos de evaluación cognitiva el individuo evalúa el significado e importancia de la situación para su bienestar. Lazarus propone un modelo transaccional para el estudio del estrés, ya que a partir de esto, se puede considerar al afrontamiento como un proceso, y de esta manera abordarlo desde un punto de vista interaccionista, en donde también es importante no sólo los aspectos contextuales, sino también la valoración que el sujeto hace de los mismos. Este proceso lo clasifico en tres fases, que son: la Evaluación Primaria, la Evaluación Secundaria y la Reevaluación.

#### 1)Evaluación Primaria:

Existen tres clases de evaluación primaria: a) Irrelevante, b) Benigna-Positiva y c) Estresante.

Cuando la situación o el ambiente para un individuo no le implica problemas, se puede decir que pertenece a la categoría de irrelevante. El sujeto no manifiesta preocupación o interés por las posibles consecuencias, y no pierde ni gana nada en esta situación. "Aunque este tipo de evaluación "no son de gran interés adaptativo por si mismas, si lo son los procesos cognitivos necesarios para la catalogar de un acontecimiento" (Lazarus y Folkman, 1986, y Lazarus, 1993).

Las evaluaciones estresantes son aquellas en las cuales hay daño o pérdida, el individuo ya ha padecido algún perjuicio, tales como: enfermedades, accidentes, lesiones, daños a la autoestima, pérdida de afecto social o de alguna persona significativa para él. Los acontecimientos más nocivos son aquellos en los cuales ya se han dado pérdida de compromisos importantes.

Lazarus y Folkman hablan de la amenaza y se refieren a aquellos daños o pérdidas que aún no ocurre pero que puede suceder. Aún cuando ya se hayan dado algunos acontecimientos de este tipo, de todas maneras se consideran como amenaza por las implicaciones negativas para el futuro, que toda pérdida

trae como consecuencia. Un factor importante adaptativo de la amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo, y en esta medida, el sujeto puede planear y tratar por anticipado algunas dificultades que tendrá en un futuro.

La tercera clase de evaluación del estrés, el desafío, es parecida a la amenaza, en el sentido de que las dos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia fundamentalmente es que en el desafío hay una valoración de los esfuerzos necesarios para vencer en la confrontación, los cuales se caracterizan por generar emociones "placenteras", tales como: impaciencia, excitación y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, el cual se acompaña de emociones negativas como: miedo, ansiedad o mal humor (Lazarus y Folkman, 1991).

#### Evaluación Secundaria

La evaluación secundaria se caracteriza por una forma de evaluación orientada a determinar qué puede hacerse. Lazarus y Folkman (1986) señalan que la evaluación secundaria no es un mero ejercicio intelectual encaminado al reconocimiento de aquellos recursos que pueden aplicarse en una situación determinada, sino que además es un complejo proceso evaluativo de aquellas opciones afrontativas por el que se obtiene la seguridad de que una opción determinada cumplirá con lo que se espera, así como la seguridad de que uno puede aplicar una estrategia particular o un grupo de ellas en forma efectiva.

Además la evaluación de dichas estrategias implica valorar también las consecuencias de utilizar una estrategias determinadas para una situación en particular, así como las demandas externas y/o internas que podrían sucederse (Citado en Anguiano, 1997)

#### Reevaluación

En esta etapa de reevaluación se observan los logros alcanzados en la evaluación inicial y se replantea una estrategia, de acuerdo a la información recibida del entorno. Los procesos de evaluación cognitiva son mediadores de estas complejas transacciones bidireccionales entre el individuo y el entorno. En este proceso de reevaluación, se le da su justo valor a los agentes amenazantes y puede ser que ya nos se consideren como tales. Y por el contrario una evaluación previa irrelevante puede ser considerada como amenazante y se plantearán nuevas estrategias de afrontamiento. La reevaluación es simplemente una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla.

El concepto de vulnerabilidad se halla estrechamente relacionado con el de evaluación cognitiva. Con frecuencia, la vulnerabilidad se considera en términos de recursos de afrontamiento: una persona vulnerable es aquella cuyos recursos de afrontamiento son insuficientes (Lazarus y Folkman, 1993).

#### El Concepto de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante 40 años. En los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

Los planteamientos tradicionales sobre afrontamiento derivan de dos corrientes distintas: la experimentación animal y la psicología psicoanalítica del yo. El modelo animal se centra en el concepto de drive (o arousal o activación) y generalmente define el afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas y, por tanto, que disminuyen el grado de drive o de activación. Se insiste principalmente en la conducta de evitación y huida.

Cuando el concepto de afrontamiento se formula dentro de la tradición psicoanalítica del yo, se relaciona sobre todo con la cognición, distinguiendo entre varios procesos utilizados por el individuo para determinar las situaciones conflictivas. Los sistemas de afrontamiento basados en el modelo de la psicología del yo, generalmente conciben una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos, que producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados.

El afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno; muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluirían todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o, incluso ignorar aquello que no pudo dominar.

#### El Concepto de Afrontamiento de Lazarus.

Lazarus define el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como desbordantes de los propios recursos.

Etapas en el proceso de afrontamiento.

Algunos investigadores han considerado el proceso de afrontamiento en términos de etapas.

Aunque determinados modelos pueden ser más frecuentes que otros por las formas de respuesta culturalmente compartidas, Lazarus considera que no existe un modelo dominante de etapas de afrontamiento. Pero más importante que la universalidad o frecuencia de las secuencias de afrontamiento, es la necesidad de información sobre la mayor o menor utilidad de determinados modelos para individuos, tipos de estrés psicológico, momentos y condiciones asimismo determinadas.

El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Apartir de los casos observados y de la investigación empírica se puede sostener la idea de que existen estos dos tipos de funciones. El afrontamiento dirigido al problema y el dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

Recursos para el afrontamiento.

Según Lazarus, la forma en que el individuo afronta las situaciones estresante de la vida cotidiana, dependerá principalmente de los recursos de que disponga y de las limitaciones que dificultan el uso de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

Es imposible intentar catalogar todos los recursos que muestran las personas para afrontar las infinitas demandas de la vida, para ello Lazarus, los clasifico así:

Salud y energía

Una persona sana, tiene ganas para enfrentar los problemas de la vida diaria y una persona enferma no tiene "ánimo" para nada.

Creencias positivas

Verse a uno mismo positivamente, solucionando los problemas, nos ayuda, ya que confiamos en nosotros mismos.

Técnicas para la resolución de problemas.

Nos permite tener un amplio repertorios de técnicas para solucionar problemas.

Habilidades sociales

Las habilidades sociales constituyen un impotente recuso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social que representan.

Apoyo social

Siempre ayuda tener alguien en quien confiar y a quien contarle nuestros problemas, ya que los seres humanos somos en general sociable por naturaleza, y recibir apoyo y ayuda de alguien que nos quiere y acepta siempre es grato.

Recursos materiales

Esté recurso no da la felicidad, pero ayuda a dar solución a los problemas económicos y nos ayuda a tener un mejor nivel de vida.

Limitaciones en la utilización de los recursos de afrontamiento.

La .novedad y la complejidad de muchas situaciones estresantes dan lugar a una serie de demandas que muchas veces exceden los recusoso del individuo, como puede ser:

Condiciones personales

Cada persona tiene un desarrollo personal que le permite dar solución a los problemas o contrariamente puede ser un limitante para solucionarlos.

Condiciones ambientales

Es innegable que el calor o el frío interfiere en la actividad de los seres vivos, así como el ruido, la contaminación etc.

Grado de amenaza

El grado de amenaza es un factor que cada persona afronta de manera diferente, con base en su evaluación del grado de amenaza.

El afrontamiento durante el curso de la vida.

Desde hace mucho tiempo se ha venido aceptando que el afrontamiento varía desde la infancia hasta la edad adulta. Los cambios son realmente evidentes en el desarrollo temprano del niño, cuando éste empieza a entender el mundo y a aprender los complejos modos de afrontamiento dirigido al problema y a la emoción (Lazarus y Folkman, 1993).

Consideramos que este modelo es muy completo, ya que considera al sujeto y su entorno y ha servido de base para otros modelos teóricos, como el de Leventhal.

#### 1.4.3 El modelo de emoción y adaptación de Leventhal

El modelo de Leventhal y Nerenz (1983) proponen un modelo para estudiar el estrés, el cual concibe al individuo como un sistema regulador que hace lo posible para alcanzar metas y objetivo; éste cuenta con un sistema de retroalimentación y consta de una entrada compuesta por un campo de estímulos, y una salida formada por las habilidades de afrontamiento y un sistema de monitoreo de salida que permite responder a las consecuencias de la acción en relación a la fijación de metas, la cual denominan valoración (appraisal). Este sistema regulador es una especie de retroalimentación compuesta por un conjunto de elementos dispuestos de manera secuencia o etapas, que son las siguientes:

- 1) Etapa de Entrada, que representa el campo de estímulos y establece los objetivos.
- 2) Etapa de Afrontamiento, que proporciona los planes, la selección y el desarrollo de las respuestas de afrontamiento.
- 3) Etapa de Supervisión, que implica la valoración de las consecuencias de acción en relación con los objetivos iniciales.

Uno de los rasgos importantes de este modelo es la distinción entre el procesamiento de los que se denomina características objetivas del medio, tales como la forma, localización y función de los objetivos externos y el procesamiento de reacciones emociones ante los objetivos, tales como el miedo o la ansiedad (Leventhal, 1970, 1975). Los sistemas operan en paralelo, ambas funciones a partir de la recepción y continúan actuando e interactúan en la interpretación, el afrontamiento y la supervisión.

Los ejemplos utilizados para describir el modelo de Leventhal y Nerenz, tiene su origen en estudios sobre las respuestas de los pacientes ante los síntomas de enfermedad, pero los mismo conceptos pueden aplicarse a una amplia gama de sucesos que producen estrés.

### Fases en el procesamiento

**Representación perceptiva: la valoración primaria**

Esta es la primer etapa del modelo, en la cual se hace una valoración inicial, en la cual el proceso de valoración es automático.

### Registro sensorial

El registro es la captación de la entrada por un órgano sensorial y la conducción de entrada hacia el sistema nervioso central para su procesamiento ulterior. La presencia de emociones inducidas por el estrés puede añadirse a la entrada, ya que el estrés parece generar e intensificar sensaciones corporales. Posteriormente, los estímulos son integrados con los recuerdos para generar una representación perceptiva.

### Atención y elaboración

Una vez que la información alcanza el campo perceptivo, queda disponible para su posterior procesamiento. Los recuerdos perceptivos pueden verse estimulados por las características del suceso y estos recuerdos pueden conducir la atención hacia otros rasgos del estímulo y recuperar información adicional de la memoria.

### Esquemas e interpretación

El esquema actúa como una plantilla: cuando la información sensorial encaja con los rasgos de la plantilla, la integración genera la sensación de enfermedad. El esquema incluye también rasgos temporales y de pronóstico; se esperan consecuencias específicas concretas y abstractas para períodos temporales particulares.

La distinción entre códigos perceptivos y conceptuales es importante porque las valoraciones o interpretaciones basadas en los códigos perceptivos de memoria conducen a la respuesta automática, mientras que las interpretaciones basadas en la memoria conceptual, abstracta, parece requerir la intervención consciente, previa a la acción.

### El proceso de afrontamiento: Planificación y acción

El desarrollo y la ejecución de planes de acción son proceso tan complejos como la construcción de la representación de la amenaza.

### La representación dirige el afrontamiento

En consecuencia, las conductas de afrontamiento reflejan los rasgos básicos de la representación. Los planes y las acciones se orientan para abordar tanto los rasgos concretos, como los abstractos, de la enfermedad.

Dado el gran número de sucesos que regulan el afrontamiento, resulta evidente que una dirección eficaz requiere una diferenciación clara de los objetivos y una fragmentación, o secuencia temporal clara de la conducta. El individuo necesita saber cuándo son prioritarios los objetivos emocionales y reconocer que, al prestar atención a una presión emocional inmediata, puede estar sacrificando momentáneamente la solución de problemas.

Esto también significa darse cuenta de que controlar las presiones emocionales inmediatamente, puede facilitar una mayor eficacia posterior en la resolución de problemas. La habilidad de demorar y limitar el propio campo de actividad hace referencia a las estrategias de secuenciación temporal del afrontamiento.

### El esquema.

Una característica generalizada del afrontamiento de la enfermedad es el grado en que conductas diseñadas para hacer frente a episodios presentes de la enfermedad repiten acciones más apropiadas para episodios anteriores. Esta tendencia a la reiteración puede deberse a la influencia directiva de la sintomatología concreta y a las reacciones emocionales de temor, dolor y malestar. Los efectos y los síntomas centran a la persona en los beneficios inmediatos, y esta inmediatez de la atención parece favorecer las tendencias a repetir conductas previas de enfermedad.

### Recursos de afrontamiento

Los pacientes aprovechan una gran variedad de recursos para hacer frente a las demandas de las enfermedades graves; entre ellos resulta esencial su propia capacidad para generar respuestas de afrontamiento, o lo que Bandura (1977) ha denominado sentido de la auto-eficacia (Meichenbaum y Jaremko, 1987)

Las personas que poseen una historia de autorregulación eficaz, que pueden diferenciar problemas, generar planes y actuar, probablemente desarrollarán estas estrategias para enfrentarse a las amenazas de la enfermedad.

#### Proceso de valoración

La etapa final del proceso regulador es el control y cambio de los efectos del afrontamiento, de manera que se almacenen los objetivos deseados, proceso que Lazarus (1966) denomina valoración secundaria. Las conclusiones que se obtienen de los procesos de valoración dependen de los criterios elegidos para evaluar los resultados, de la realicen sobre los éxitos y fracasos de afrontamiento.

Los resultados de afrontamiento pueden atribuirse a la eficacia (o ineficacia) de la respuesta de afrontamiento específico, la adecuación de las habilidades generales de afrontamiento del individuo o su competencia, los recursos de que dispone y la naturaleza de la amenaza.

La valoración es importante porque contribuye a determinar la estabilidad del proceso autorregulador, o sea, determinar si el sistema es coherente y regulador, o incoherente y no regulador (Schwartz, 1979).

#### Establecimiento de objetivos

El que una respuesta sea considerada como un éxito o un fracaso depende, en gran medida, de los criterios utilizados en la valoración. Los objetivos deben ser claros y precisos, para que sean alcanzables.

#### Regulación de la información afectiva

El modelo postula la existencia de dos tipos básicos de retroalimentación la objetiva (abstracta y concreta) y la emocional. Al interrumpir el proceso de afrontamiento de los problemas objetivos, el individuo deja de centrarse en la información necesaria para modificar su conducta del modo más eficaz, con el fin de controlar los estímulos provocadores de estrés.

#### La estabilidad de los sistemas autorreguladores

El sistema regulador es dinámico, dado que sus características en un punto determinado dependen de los sucesos que hayan ocurrido anteriormente.

De ahí que las interpretaciones ulteriores sean influidas por las anteriores, las habilidades de afrontamiento posteriores por la práctica previa de la actividad de afrontar y las valoraciones posteriores por las consecuencias del establecimiento de objetivos, el control y la explicación (atribución) de los resultados de afrontamiento realizados con anterioridad.

A medida que el sistema repite su conducta, se va haciendo automático; los síntomas se interpretan por medio de esquemas familiares, el afrontamiento se estereotipa y las valoraciones y explicaciones encajan con las expectativas e ignoran las fluctuaciones menores de los resultados.

Cuando una respuesta de afrontamiento fracasa reiteradamente, el sistema comienza a buscar un modo nuevo de regulación, si la búsqueda no tiene éxito y el individuo carece de un enfoque sistemático del proceso de búsqueda (Bruner, 1957), la conducta se va haciendo crecientemente errática y azarosa. A medida que esto ocurre, resulta menos probable que tenga lugar una respuesta eficaz de afrontamiento o que el individuo detecte su impacto si es que ocurre.

#### Algunas implicaciones para el control del malestar

La preparación debería ser global, no parcial

Es necesario proponer objetivos de cambio para cada una de las tres fases del proceso regulador, o sea la interpretación y representación del agente provocador del estrés, las habilidades de afrontamiento y los criterios de valoración (Averill, 1979). Ya que el afrontamiento es dirigido por la representación y valorado respecto a los criterios establecidos por la representación, la acción autorreguladora estable requiere una integración coherente de los tres sistemas.

La información que modifica las valoraciones de los resultados pueden ser el punto de partida más eficaz para desarrollar criterios, destinados a seleccionar respuestas de afrontamiento, y para elaborar una representación válida de los problemas de estrés y enfermedad ( Meichenbaum y Jaremko, 1987 )

La autorregulación exige el diagnóstico del medio externo y del medio afectivo. Para entrenar a un paciente en el control del estrés es necesario un análisis cuidadoso de los estímulos que suscitan estrés y de la "realidad" que configuran los puntos críticos de la intervención, ya que el afrontamiento basado en representaciones discrepantes difícilmente producirá una retroalimentación estable.

Resulta esencial diagnosticar los estados afectivos asociados a las situaciones específicas de estrés. Dado que hay una gran variedad de cambios fisiológicos internos y de estímulo ambiental relativamente poco llamativos que pueden generar emociones, resulta probable que en muchas situaciones de estrés se produzcan explicaciones atribuciones y estrategias de afrontamiento inadecuadas.

El cambio de las representaciones objetivas y afectivas del problema requiere la modificación de los esquemas concretos y abstractos.

Cualquiera que sea el estímulo que genera estrés, su representación cognitiva incluirá tanto componentes abstractos como concretos. Los conceptos abstractos de ofensa, fracaso, herida y trabajo, están asociados con un conjunto de imágenes perceptivas concretas. Además de poder disponer fácilmente de ellos, los recuerdos perceptivos concretos sobre estrés perceptivo y generalizado y episodios de enfermedad parecen servir como esquemas básicos para organizar la producción de respuestas de afrontamiento.

Establecimiento de una jerarquía de criterios y de líneas de desarrollo temporal.

La experiencia de Leventhal, lo lleva a indicar la importancia de establecer una jerarquía de criterios y líneas de desarrollo temporal para el mejor éxito de la autorregulación.

Establecimiento de un enfoque experimental del autocontrol.

El individuo debe estar consciente de que el autocontrol es un proceso de aprendizaje, del cual no se obtienen curas milagrosas, ya que el individuo debe tener expectativas realistas para el tratamiento de su problema de estrés.

Asimismo, debería tomar conciencia, no sólo de las respuestas que ha de aprender -relajación-, sino del tipo de efecto que se supone que la respuesta que va a producir, o sea cómo debería transformar su representación y esquemas subyacentes, y cómo podría valorar que así está ocurriendo. En pocas palabras los pacientes pueden aprender el modelo y emplearlo como guía para organizar sus pensamientos e interpretar los resultados de sus esfuerzos de afrontamiento.

#### Conciencia de los riesgos de la estabilidad y la inestabilidad

El conocimiento de la naturaleza repetitiva de los procesos reguladores conduce, de modo natural, a la preparación para periodos de estabilidad e inestabilidad en el autocontrol. Tomar conciencia del sentimiento de inestabilidad y de la conducta azarosa y carente de objetivos que le acompañan, pueden reducir la sensación de tensión, lo que permite recuperar el control y disipar la inquietud, que de otro modo podría producirse.

#### Entrenamiento en el uso de los recursos ambientales

El entrenamiento en el control de estrés debería incluir un énfasis en la identificación y empleo de los recursos ambientales. Esto consiste en algo más que la utilización de los recursos para la acción; incluye una creciente conciencia del modo como el medio influye sobre la propia representación de los estímulos que suscitan estrés.

Las personas pueden tener una conciencia mínima del grado en el que su adhesión al esquema de enfermedad aguda es sostenido por las expectativas ansiosas y temerosas de sus familiares.

El apoyo social hacia representaciones inadecuadas de la enfermedad puede conducir a substanciales demoras en la búsqueda de tratamiento; tal cosa es cierto para las expectativas inadecuadas de los familiares, como para las de los terapeutas.

Otro aspecto impotente de la preparación para el estrés es el entrenamiento de los pacientes en el arte de abandonar, y posteriormente recuperar, el control de la regulación de las emociones y los problemas ambientales. Hay ocasiones durante el estrés provocado por una enfermedad, en que para resolver adecuadamente los problemas es necesario relajar el control y cederlo a otra persona, circunstancia que también se produce en otras situaciones de estrés distintas a la enfermedad (Meichenbaum y Jaremko, 1987)

En otras palabras, es darle tiempo al problema, para afrontarlo de manera diferente y con más entusiasmo, por que en este espacio de tiempo se descansa y se recargan las energías.

Este modelo de Leventhal y Nerez es un modelo muy interesante, ya que se ha desarrollado con pacientes, y se tienen referencias de que no solo se puede emplear con enfermos, sino también con otros sujetos que tienen estrés.

Los tres modelos que hemos descrito son los mas representativos sobre el estudio del estrés, ya que el modelo biológico de Hans Selye sirvió de base para las investigaciones posteriores.

El modelo de Richard Lazarus y Susan Folkman, es otro modelo que ha sido de gran trascendencia ya que retoma el concepto de afrontamiento y consideran a la evaluación cognitiva como parte central del tratamiento de pacientes con estrés. Consideramos que es muy completo.

Y el modelo de Leventhal y Nerez es un modelo que se basa en el modelo de Lazarus y Folkman, pero ha sido aplicado con enfermos de cáncer y hospitalizados, entre otros.

En el siguiente capítulo hablaremos de las estrategias de intervención que aplicamos con los alumnos de enfermería, en el curso de estrategias de reducción de estrés.

## **CAPÍTULO 2.- ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN**

En este capítulo presentamos las estrategias de intervención que aplicamos en el curso de estrategias de reducción de estrés que consideramos las más adecuadas para ser usadas por los adolescentes estudiantes de enfermería en su práctica hospitalaria.

Las principales técnicas que se han utilizado como estrategias de intervención para abordar el estrés, han sido primordialmente todas las técnicas de la Terapia Cognitivo-Conductual. Pero no debemos olvidar que sea cual sea la técnica que utilicemos para afrontar el estrés, siempre debemos de considerar al cliente como un ser único, con características propias e individuales y en cada caso debemos de evaluar cuál será la mejor estrategia de intervención y adecuarla al cliente.

Sabemos que hay muchas estrategias de intervención para abordar el estrés, pero nosotros seleccionamos tres, para trabajar con los alumnos adolescentes de enfermería, y estas son:

- \*Entrenamiento en Inoculación de Estrés
- \*Entrenamiento en relajación
- \*Entrenamiento asertivo.

### **2.1 Entrenamiento en Inoculación de Estrés**

El entrenamiento en inoculación de estrés surgió a principios de los años setenta (Meichenbaum, 1977), cuando la terapia de conducta se estaba ampliando para incluir procesos cognitivos y de autorregulación. En un principio el entrenamiento en inoculación de estrés se desarrolló como un tratamiento general para las fobias y era un procedimiento cognitivo conductual relativamente específico que se centraba en las habilidades cognitivas y de relajación. Posteriormente, el entrenamiento en inoculación de estrés se aplicó a muchos otros problemas con la ira, dolor y problemas de salud y el estrés laboral (Deffenbacher, en Caballo, 1993)

En especial queremos mencionar los trabajos que se han desarrollado con enfermeras profesionales, (West, Horan y Games, 1984) y estudiantes de enfermería (Wernick, 1984), ya que según Donald Meichenbaum, enfermería es una profesión que desarrolla "altos" niveles de estrés.

El entrenamiento en inoculación de estrés combina elementos de enseñanza didáctica, discusión socrática, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y entrenamiento en relajación, ensayos conductuales e imaginados, autorregistro, autoinstrucción y autorreforzamiento, así como intentos de lograr cambios del entorno (Meichenbaum, 1990)

En ciertos aspectos el entrenamiento en inoculación de estrés es análogo a los conceptos de inoculación médica contra algunas enfermedades biológicas y a la inmunización respecto del cambio de actitud. De manera similar a la inoculación médica, el entrenamiento en inoculación de estrés se propone suscitar "anticuerpos psicológicos", o habilidades de afrontamiento, y reforzar la resistencia mediante la exposición a estímulos estresantes que sean lo bastante fuertes para suscitar defensas sin que sean tan poderosos que las venzan.

De esta forma el paciente desarrolla un sentido de "recursos aprendidos" gracias a su experiencia con éxito al afrontar unos niveles bajos de estrés y hacerse con una defensa prospectiva compuesta de habilidades y expectativas positivas que le ayudarán eficazmente en situaciones todavía más estresantes.

El entrenamiento en inoculación de estrés se ha aplicado como tratamiento previniendo a una amplia variedad de poblaciones, clínicas o no. El entrenamiento en inoculación de estrés se ha aplicado a individuos, parejas y grupos, y su duración ha variado desde una hora, en pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente, hasta sesiones de cuarenta horas administradas a pacientes psiquiátricos o con problemas clínicos crónicos, como dolor en la espalda (Meichenbaum, op. cit.)

#### 2.1.1 Modelo de tratamiento

El entrenamiento en inoculación de estrés implica tres fases que son:

- 1.- Conceptualización
- 2.- Adquisición y ensayo de habilidades
- 3.- Aplicación y consolidación

En la primer fase, el terapeuta y el paciente establecen una relación cálida, de colaboración, (rapor). El estilo del terapeuta, así como las características del paciente, juegan un papel muy importante para establecer una buena relación de cooperación, en la que el paciente se sienta con la confianza de decir lo que siente, lo que le preocupa y qué es lo que se puede hacer para ayudarlo (Kazdin, 1994)

### Recogida e integración de los datos

Es muy importante tener información personal del paciente para elaborar un plan de entrenamiento que se el más adecuado para el paciente.

### La entrevista

En todo trabajo terapéutico con los pacientes es de gran ayuda e importancia, realizar entrevistas ya que nos permite obtener mucha información , realizar una evaluación y plantear el plan de trabajo.

### Memorización basada en imágenes

Algunas veces es muy difícil para el cliente hablar de aspectos muy íntimos, un medio útil para ayudar al paciente es la memorización basada en las imágenes, así como parte del proceso transaccional, el paciente puede tener pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas que pueden ser expresadas.

### El autorregistro

Una de las principales características del entrenamiento en inoculación de estrés es hacer que los pacientes lleguen a ser un colaborador en su terapia, el autorregistro es un "documento" escrito donde en paciente anota las situaciones estresante, qué hizo para afrontarlas y después junto con el terapeuta puede evaluar sus acciones.

### Evaluación conductual

Otra fuente útil de información para contribuir al proceso de conceptualización son las evaluaciones en la vida real.

### Tests psicológico

Finalmente, existen una serie de tests psicológicos estandarizados, así como los que pueden adaptaras a un tipo de población, pueden ser útiles para comprender mejor la naturaleza del estrés que sufren los pacientes.

### El proceso de reconceptualización

La primera fase del entrenamiento en inoculación de estrés, termina con la propuesta del terapeuta a el paciente, sobre un modelo renconceptualizado del estrés del cliente.

La segunda fase de adquisición de habilidades y ensayo, tiene como meta asegurar que el paciente desarrolle la capacidad de ejecutar efectivamente las respuestas de afrontamiento. La directriz central de esta segunda fase del entrenamiento es que el terapeuta evalúe repetidamente el diálogo interno del paciente sobre cada procedimiento.

#### Adiestramiento en relajación

Aunque el orden en que las técnicas de afrontamiento se consideren en el entrenamiento en inoculación de estrés ha variado, la mayoría de los terapeutas comienzan por el adiestramiento en relajación, porque casi todos los pacientes la aprenden con cierta facilidad y es una herramienta muy valiosa de la cual el paciente puede disponer en situaciones estresantes. El entrenamiento en relajación que se puede utilizar es el Jacobson

#### Estrategias cognitivas

El entrenamiento en inoculación de estrés emplea una serie de procedimientos cognitivos: reestructuración cognitiva, resolución de problemas y diálogo dirigido.

#### La reestructuración cognitiva

Cuyo objetivo es hacer que los pacientes sean conscientes del papel que desempeña la cognición y las emociones en la potenciación y mantenimiento del estrés. El objetivo de este ejercicio es que los pacientes reconozcan que sus pensamientos y conclusiones son a menudo inferencias, no hechos y que la manera como procesa la información es falible y está sometida a la distorsión de lo que percibe.

#### Adiestramiento en resolución de problemas

En esta etapa del adiestramiento se plantea una serie de eventos estresante y se trabaja con el paciente para abordar el estrés, esta etapa es de mucho trabajo ya que se practica con un amplio rango de situaciones estresantes, posibles solución, finalmente se debe considerar el fracaso.

#### Adiestramiento en autoinstrucción o autodiálogo dirigido

El adiestramiento en autoinstrucción está diseñado para fomentar una actitud de resolución de problemas y un repertorio de estrategias cognitivas específicas que los pacientes pueden usar como respuesta al estrés.

### Papel de la negación

Hay algunos casos en los que no hacer nada, no pensar en los acontecimientos estresantes, puede ser una respuesta de afrontamiento más adaptativo.

La negación puede tener el valor constructivo de ayudar a los individuos para que no se abrumen y proporcionarles el tiempo necesario para dominar otros recursos de afrontamiento (Lazarus, 1984)

En la tercera fase de aplicación y consolidación, los objetivos son motivar al paciente para que ponga en práctica las respuestas de afrontamiento que ha aprendido a las situaciones de la vida diaria y acrecentar al máximo las oportunidades de un cambio generalizado.

### Ensayo imaginado

Las imágenes se han utilizado en el entrenamiento en inoculación de estrés, para desviar la atención del paciente con dolor y en poblaciones estresadas y como una forma de ensayar las habilidades de afrontamiento. Imaginado una situación estresante, el paciente puede ensayar durante las sesiones, posibles formas de afrontamiento.

### Ensayo conductual, representación de papeles y modelamiento

El ensayo conductual se relaciona estrechamente con el procedimiento de ensayo imaginado. Es necesario asegurar que el paciente sea capaz de practicar y demostrar habilidades conductuales en la sesión de adiestramiento. Las habilidades de afrontamiento varían, según la población específica, y pueden incluir habilidades de comunicación, de apoyo social y control de la ira.

### Exposición "in vivo" graduada

Una vez que el paciente ya cuenta con un repertorio de estrategias para afrontar el estrés, se le pide que ensaye en su casa, las tareas para hacer en su casa deben ser concretas, observables y medibles. Además debemos estar seguros que el paciente comprendió lo que debe hacer.

### Prevención de recaídas

Un aspecto central del entrenamiento en la inoculación de estrés es ayudar a los pacientes para que aprendan a identificar y tratar el fracaso que podría llevar a una recaída. Dado que el estrés es un componente normal de la vida, los pacientes han de reconocer que deben seguir experimentando incluso después de un adiestramiento exitoso.

El objetivo del entrenamiento en inoculación de estrés no es eliminar el estrés sino aprender a responder adaptativamente en situaciones estresantes y ser flexible con respecto al fracaso.

### Consolidación

La última fase del entrenamiento en inoculación de estrés es la consolidación, en esta etapa el terapeuta planea una serie de sesiones de transición de manera que el adiestramiento no finaliza bruscamente, sino paulatinamente y el paciente sabe que siempre que necesite del terapeuta podrá contar con él.

## 2.2 Entrenamiento en Relajación

El entrenamiento en relajación constituyen un conjunto de procedimientos de intervención útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología cognitiva-conductual. Tiene sus orígenes formales en los primeros años de nuestro siglo.

Jacobson empezó su trabajo en 1908 en la Universidad de Harvard. Sus primeras investigaciones le llevaron a la conclusión de que la tensión implicaba un esfuerzo que se manifestaba en el acotamiento de las fibras musculares, que esta tensión se presentaba cuando una persona manifestaba ansiedad, y que tal ansiedad podría ser eliminada haciendo desaparecer la tensión. La relajación de fibras musculares, es decir, la ausencia completa de toda contracciones, se vio como el opuesto fisiológico directo de la tensión y por esto era un tratamiento lógico para las personas tensas o ansiosas.

Descubrió que, tensado y relajando sistemáticamente varios grupos musculares y aprendiendo a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda. La culminación de los estudios fue la Relajación Progresiva (1938)

Aun el relajamiento ordinario que tiene lugar cuando uno está acostado, produce a menudo un efecto calmante muy notable. Se ha encontrado que hay una relación definida entre el grado de relajación muscular y la producción de cambio emocionales contrarios a la respuesta de ansiedad (Wolpe, 1985)

EL procedimiento de Jacobson implica un formato de entrenamiento muy estructurado que se compone de 50 sesiones de una hora, Wolpe (1982) presentó un enfoque de menos sesiones, que lograba buenos resultados, no

hay ninguna secuencia necesaria para entrenar a los grupos musculares en la relajación, pero la secuencia adoptada debe ser ordenada.

El entrenamiento en relajación ha sido considerado como la "aspirina de la medicina conductual" ya que es la técnica más utilizada por los psicólogos que prefieren apoyarse en la teoría conductual (Ramírez, 1996)

### 2.2.1 Modelo de tratamiento

El entrenamiento en relajación, constituye un proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto (Turpin, 1989) De ahí que cualquier definición de la relajación deba hacer referencia necesariamente a sus componentes fisiológicos, patrón reducido de actividad somática y autónoma, subjetivos, informes verbales de tranquilidad y sosiego y conductuales, estado de tranquilidad motora, así como sus principales vías de interacción e influencia.

Jacobson opina que se debe comenzar el entrenamiento en relajación con los brazos ya que es conveniente para hacer una demostración y porque es fácil revisar la relajación lograda. Se pide al paciente que empuñe la mano dominante lo más fuerte que le sea posible, luego se le indica al paciente que con su mano no dominante toque los músculos de la mano contraria, así como los músculos del antebrazo, finalmente se le pide que abra y deje caer su mano.

Jacobson utilizó el electromiograma, como una forma de comprobar que el paciente estaba relajando los músculos, en los años setenta se contó con equipo más adecuado que traduce los potenciales musculares en señales auditivas cuya altura, cae conforme la tensión disminuye. Afortunadamente no es necesario depender de estos aparatos para valorar la efectividad del entrenamiento en relajación (Wolpe, 1985)

### 2.2.2 Técnica de Relajación Progresiva

Primera sesión.- Mano y antebrazo dominante, bíceps dominante, se aprieta el puño, se empuja el codo contra el brazo del sillón. Mano, antebrazo y bíceps no dominante, se aprieta el puño, se empuja el codo contra el brazo del sillón.

Segunda sesión.- Frente y cuero cabelludo, se levantan las cejas tan alto como sea posible. Ojos y nariz, se aprietan los ojos al tiempo que se arruga la nariz.

Tercera sesión.- Boca mandíbulas, se aprietan los dientes mientras se llevan las comisuras de la boca hacia las orejas. Se aprieta la boca hacia afuera, se abre la boca.

Cuarta sesión.- Cuello, se dobla hacia la derecha, se dobla hacia la izquierda, se dobla hacia adelante y se dobla hacia atrás.

Quinta sesión.- Hombros, pecho y espalda, se inspira profundamente manteniendo la respiración al mismo tiempo que se llevan los hombros hacia atrás intentado que se junten los omoplatos.

Sexta sesión.- Estómago, se mete hacia adentro conteniendo la respiración. Se saca hacia afuera conteniendo la respiración.

Séptima sesión.- Pierna y muslo derecho, se intenta subir con fuerza la pierna sin despegar el pie del suelo. Pantorrilla, se dobla el pie hacia arriba tirando con los dedos, sin despegar el talón del piso. Pie derecho, se estira la punta del pie y se doblan los dedos hacia adentro. Pierna, pantorrilla y pie izquierdos, igual que el derecho.

Octava sesión.- Secuencia completa, sólo relajación muscular (Vera, en Caballo, 1993)

### 2. 2. 3. Relajación Autógena

El entrenamiento en relajación autógena de Schultz, es otra técnica clásica muy conocida en relajación. Consiste en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en el sujeto estados de relajación a través de autosugestiones sobre:

- 1) Sensación de pesadez y calor en las piernas y los brazos
- 2) Regulación de los latidos de su corazón
- 3) Sensaciones de tranquilidad y confianza en sí mismo
- 4) Concentración pasiva en su respiración

Al igual que en el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, el paciente debe practicar varias veces al día hasta que llegue a conseguir relajarse casi de manera automática.

### Secuencia de Relajación Autógena.

Se debe sentar el paciente en un sillón cómodo, donde pueda apoyar su cabeza, los brazos y las piernas.

Después el paciente centra su atención en su respiración, la cual será más lenta y calmada.

El siguiente paso es pedir al paciente que cierre los ojos y piense que se encuentra en un sitio muy agradable, por ejemplo en la playa y siente los tibios rayos del sol en su piel, y siente una gran pesadez en sus brazos y en su abdomen y en todo el cuerpo y esta experiencia es muy agradable.

Sabemos que hay otras variaciones del entrenamiento en relajación como es la respuesta de relajación o la relajación pasiva pero consideramos que tanto la relajación progresiva de Jacobson como la relajación autógena son técnicas muy completas.

Además nosotros hemos empleado una combinación de ambas técnicas (progresiva y autógena) ya que trabajamos la respiración del paciente, la inducción a imaginar situaciones placenteras para el paciente y las tensión y relajación de los grupos musculares tratando de seguir la secuencia de Jacobson

Para algunos pacientes es difícil relajar algunos grupos musculares, en este caso consideramos que no se debe forzar al paciente a ejercitar dicho grupo muscular, ya que se pueden trabajar otros musculos y tal vez con el tiempo y el entrenamiento se podrá lograr trabajar sobre todos los grupos musculares.

La evaluación de la capacidad del paciente para relajarse, depende en parte de sus informes sobre el grado de calma que le produce la relajación, y en parte, de las impresiones que él mismo tiene al observarse.

Estamos conscientes de que no todos los problemas se solucionan con el entrenamiento en relajación, pero nos apoyamos en las experiencias que han tenido muchos terapeutas como Kirsta (1986), Marshall (1994) Carruthers (1996) entre otros.

Además personalmente utilizamos el entrenamiento en relajación y nos ha dado muy buen resultado y la aplicación con los pacientes ha sido muy satisfactoria.

### 2.3 Entrenamiento Asertiva

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos. En términos simples, el entrenamiento asertivo abarca todo procedimiento terapéutico tendiente a incrementar la capacidad del cliente para adoptar esa conducta de manera socialmente apropiada.

La asertividad beneficia al cliente en dos formas: significativas en primer lugar se considera que comportarse de manera más asertiva inspira en el cliente un mayor sentimiento de bienestar, Wolpe (1969) considera que la respuesta asertiva es muy similar a la relajación muscular profunda, en cuanto a su capacidad para disminuir la ansiedad.

En segundo lugar, se admite que al comportarse de manera más asertiva, el cliente será más capaz de lograr recompensas sociales, así como materiales, obteniendo mayor satisfacción de la vida (Rimm y Masters, 1987)

#### 2.3.1 Antecedentes

Leschke (1914) hizo un primer estudio, sobre la interrelación existente entre los diversos estados emocionales. Arnold (1945) reunió las evidencias de un antagonismo fisiológico entre la ira y la ansiedad (Wolpe, 1985)

Aunque los orígenes del entrenamiento asertivo se atribuyen a Salter (1949), y a su libro *Conditioned reflex therapy*. Posteriormente Wolpe (1958) retomó las ideas de Salter, que hasta entonces no habían tenido mucha difusión, y las incluyó en su libro *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Wolpe utilizó por primera vez el término de "conducta asertiva". Posteriormente Arnold Lazarus y Wolpe incluían ya el entrenamiento asertivo como una técnica de terapia conductual. Alberti y Emmons (1970), escribieron un libro (*Your perfect right*) dedicado exclusivamente al tema de la "asertividad".

Las técnicas específicas de Salter se presentaron en forma breve en *Conditioned Reflex Therapy*, junto con un gran número de casos ilustrativos. Sus seis ejercicios son:

- 1.- El empleo de externar los sentimientos, implica la práctica de expresar libremente cualquier sentimiento.
- 2.- El empleo de la expresión facial, implica la práctica de expresiones faciales que normalmente acompañan a diferentes emociones.
- 3.- Expresar una opinión contraria cuando se está en desacuerdo.
- 4.- Practicar el uso del pronombre yo.
- 5.- Practicar en concordar cuando se le alaba a uno.
- 6.- Practicar en improvisar (Rimm y Masters, 1987)

Mientras que se trabaja en Estados Unidos en Entrenamiento asertivo y la Habilidades Sociales, en Inglaterra también trabajaba sobre en el concepto de habilidades aplicado a las interacciones hombre-máquina, que tenía mucha relación con la asertividad.

### 2.3.2 Modelo de tratamiento

El procedimiento básico consiste en identificar primero, con la ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultad. La entrevista, el autorregistro y el empleo de situaciones análogas, así como la observación de la vida real, constituyen herramientas frecuentemente utilizadas en la determinación de problemas.

Una vez que ha identificado el problema, el paso siguiente consiste en analizar por qué el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada.

Antes de empezar con el entrenamiento asertivo, es muy importante informar al paciente sobre la naturaleza del entrenamiento asertivo, los objetivos a alcanzar en la terapia y lo que esperamos que haga el paciente. Además es importante motivar al paciente para que participe y nos comente todo lo referente a su terapia.

Algunos terapeutas consideran necesario enseñar al paciente la técnica de relajación para que el paciente tenga una herramienta que le permita disminuir el estrés.

Posteriormente se procede a construir un sistema de creencias que tenga el respeto por los derechos del paciente y los de los demás, por supuesto este sistema lo elaboran conjuntamente el paciente y el terapeuta, siendo siempre el paciente quien da la pauta para su elaboración. Algunos psicólogos basan el sistema de creencias en los derechos humanos.

Otra etapa del entrenamiento asertivo, en enseñar al paciente a entender e identificar las respuestas asertivas, no asertivas y agresivas, de manera que para el paciente quede claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzaste que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos que se han propuesto.

La siguiente etapa aborda la reestructuración cognitiva de los modos pensar incorrectos del sujeto socialmente inadecuado, la cual se realiza a través de autoanálisis racional, asesorado por el terapeuta.

La última etapa es muy importante y la constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. En el ensayo conductual el paciente representa cortas escenas que simulan las situaciones de la vida real. Se le pide al paciente que describa brevemente la situación-problema real. Las preguntas qué, quién, cómo, cuándo y dónde son útiles para enmarcar la escena, así como para determinar la manera específica en que el sujeto quiere actuar. Se finaliza la actuación y se pide al paciente que exponga su punto de vista, además de que se puede emplear la técnica de relajación para que el paciente se sienta mejor (Caballo, 1993)

Sabemos que hay otras estrategias de intervención que se pueden utilizar en el tratamiento del estrés, como es el biofeedback, pero la experiencia que hemos tenido con los entrenamientos que planteamos en este capítulo han sido buenas.

Seleccionamos estas estrategias de intervención, por que son muy completas y pueden ser realizadas por los alumnos durante la práctica en los hospitales y en su vida diaria.

En el siguiente capítulo hablamos de las características de los adolescentes y los estudiantes de enfermería.

## CAPÍTULO 3.- LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

En este capítulo hablamos de los adolescentes, ya que el mayor porcentaje de estudiantes de enfermería se encuentran en esta etapa de vida, presentamos algunos estudios sobre la adolescencia, desde la antigüedad hasta el presente siglo, para continuar con la definición de adolescente, algunos cambios biológicos y psicológicos de los adolescentes, el estrés en la adolescencia y terminamos con algunas características de los estudiantes de enfermería

### 3.1 La adolescencia

El ser humano para sobrevivir, debe ser alimentado y protegido durante varios años. Se desarrolla con lentitud y posee una estructura cognoscitiva que alcanza su nivel óptimo de funcionamiento a los 15 años de edad. El ser humano tiene mucho que aprender porque, de todos los seres vivos sólo él puede aprender y recordar sucesos del pasado, hacer juicios sobre el futuro, aprender un lenguaje simbólico para comunicarse con los demás y manejar conceptos de espacio y tiempo.

Al examinar la secuencia del desarrollo de los seres humanos, observamos que se ha considerado como una serie de etapas, cada una de las cuales tiene características y problemas propios. Estas etapas son:

ETAPA	EDAD
Primer Infancia	Recién Nacido a 3 años
Segunda Infancia	De 3 a 5 años
Edad Escolar	De 5 a 12 años
Adolescencia	Dividida en dos etapas
Pubertad	De 12 a 13 años
Adolescencia	De 13 a 18 años
Adulto	De 18 a 60 años
Senil	De 60 en adelante

Fuente: Bee, 1988

La etapa que nos interesa estudiar es la adolescencia. El término adolescente tienen una larga historia que se remonta al latín *adolescere*, que significa "crecer hacia" o "crecer" (ad, "hacia", *olscere*, "crecer o ser alimentado") (Horrocks, 1993).

### 3.1.1. La adolescencia en la antigüedad

Desde la antigüedad se han desarrollado muchas investigaciones sobre la adolescencia, los registros escritos se remontan hasta los primeros días de la historia escrita y continúan hasta nuestros días. Como ejemplo tenemos, los rites de passage de las culturas primitivas, las civilizaciones antiguas reconocían este periodo de la adolescencia, por medio de ceremonias especiales y aun cultos. En Roma, durante la festividad de la liberalia, se describía a los muchachos de 16 años como " los que visten toga virilis".

En los primeros cuatro libros de la Odisea, se puede leer la historia de Telémaco, hijo único de Ulises. Aristóteles en su *Historia animalium* describió los aspectos físicos de la pubertad y, con cierto detalle, las características sexuales secundarias correspondientes a la edad. En el siglo XVII, Franck ofreció una conferencia en la Universidad de Leipzig acerca de la educación de los niños y de los púberes en *Informatione actatis puerilis et pubes centis*.

Rousseau (1772), en "Emilio", describió con atención los eventos del período comprendido entre los 12 y los 15 años, a la que llamó la edad de la razón. Observó que la llegada de la pubertad es el suceso más crítico en la secuencia del desarrollo bien definido con lo que se anticipó a muchos autores modernos. Burnham (1891) escribió, que la educación de todo maestro de enseñanza superior se debería incluir un estudio de psicología de la adolescencia (Horrocks, 1993)

### 3.1.2 La adolescencia en el Siglo XX

En Norteamérica, Graville Stanley Hall en 1904, realiza el primer estudio de carácter científico sobre la psicología del adolescente. En su libro "Adolescente", marca los resultados de una investigación en donde pone en evidencia la idea de evolución y de un período específico de la vida; la adolescencia. En este libro realiza un análisis del extenso material acumulado que, ha servido de base para muchas investigaciones posteriores. El profesor Fowler D: Brooks (1959), elaboró un plan de trabajo, retomando el plan de Stanley Hall, que incluía una serie de etapas de la evolución infantil y juvenil.

En México, en 1956 se llevó a cabo un curso sobre adolescencia, este curso fue desarrollado por el Dr. Ezequiel Chávez, el curso se basó en los aspectos psicológicos y sociales de los adolescentes mexicanos (Molina y Rivera, 1993)

### 3.1.3 Definición de adolescencia

Un ser humano se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse (Horrocks, 1993)

La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto (Sorenso, citado en Hurlock, 1990)

La etapa de vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital (Aberastury y Knobel, 1987).

Arnold Gesell define la adolescencia como " un periodo relativamente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismos" (Horrocks, 1993)

Como podemos ver cada autor tiene su propia definición de adolescencia, pero en lo que todos coinciden es en que es una etapa de cambio que prepara a la persona para la vida adulta.

### 3.1.4. Cambios biológicos en la adolescencia

En la adolescencia ocurren cambios biológicos en tres niveles fundamentalmente que son: un primer nivel donde la actividad de las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior produce el estímulo fisiológicos necesario para la el desarrollo sexual que se ocurre en este periodo de la vida. En segundo nivel tenemos las consecuencias inmediatas de la secreción de la ganonadotrófina hipofisaria y de la secreción de la hormona del crecimiento de la hipófisis: la producción de óvulos y espermatozoides maduros y también el aumento de la secreción de la hormona adrenocroticales. En el tercer nivel se encuentra el desarrollo de las características sexuales secundarias ( como el crecimiento de los genitales ) y el desarrollo de las características sexuales secundarias ( con el desarrollo de las glándulas mamarias, la modificación de la cintura, el crecimiento del vello axilar y pubiano, y los cambios de voz) A lo que se agrega las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo que se dan en este periodo de vida.

### 3.1.5 Cambios Psicológicos en la adolescencia

Al adolescente se le ha descrito como una persona emocional, sumamente voluble y egocéntrico, que tiene poco contacto con la realidad y es incapaz de la autocrítica. También se le ha llamado inestable, perfeccionista y sensible (Fountain ,1981)

El adolescente es reactivo en el proceso de formar y consolidar sus juicios acerca del mundo que lo rodea. En esta etapa se desarrolla más la necesidad de formar un concepto de sí mismo. Al mismo tiempo que el adolescente confronta el mundo y capta una impresión de él, debe relacionarlo consigo mismo y mediante juicios de valor integrarlo o rechazarlo a su concepto de sí mismo.

Otra característica del adolescente es que se aísla. Ya que se siente inseguro de muchas situaciones de su vida diaria, debido a que está involucrado en muchas experiencias nuevas, nuevos valores y nuevas actitudes y tratando de integrarlas con las que tenían además esta pasando por nuevos cambios y sensaciones, y no esta seguro de cómo hacerle frente a su medio. Busca alguien en quien apoyarse y que lo comprenda y generalmente este apoyo lo encuentra con sus amigos y compañeros de su misma edad. Con los cuales comparte las misma situaciones y un estado de ánimo similar.

En esta etapa de la adolescencia surge en los jóvenes la necesidad de la autoafirmación, ya que el adolescente había dependido casi completamente de sus padres para todos los aspectos importantes y trascendentales de su vida, ahora él quiere tomar sus propias decisiones y ser independiente.

Otro aspecto que se ha observado es la influencia de la familia, en esta etapa de vida la opinión familiar ya no es el criterio para calificar lo bueno o lo malo. Se hace cada vez más evidente la ausencia de ideas comunes en las relaciones adolescente-padres. Hay muchas razones para esta ausencia: madurez, interés, responsabilidad, función, etc (Horrockrs, 1993)

### 3.2. Estrés durante la adolescencia

Hall y Kiell (1989) consideran que la adolescencia es una época de gran agitación y desorden. Kiell afirma que dicha agitación es universal y que sólo moderadamente influyen en ella los factores culturales. Bernett (1970) sostiene que la adolescencia es un proceso de desarrollo generador de ansiedad, tensión y angustia.

Muchos autores opinan que el periodo de la adolescencia contiene cierto potencial de problemas y estrés, pero que las circunstancias personales y culturales pueden servir como paliativo para las presiones, aun que también pueden crearlas. (Levy, 1969) Según Dragunova (1972) el estrés en la adolescencias se produce como resultado de los cambios que demandan una revisión de las relaciones y la imagen de sí mismo. Si recordamos los conceptos de estrés de Hans Selye y de Richard Lazarus, en donde consideran al estrés como un cambio que altera el organismo y nos hace sentir amenazados, estaremos de acuerdo que todas la etapas de la vida conllevan al estrés, y el período de la adolescencia con tantos cambios físicos, psicológicos y sociales también tiene su parte de estrés (Horrocks, 1993)

### 3.3 Los estudiantes de enfermería

El presente trabajo se centra en los estudiantes de enfermería, es por está razón que en la siguiente parte del capítulo se describen algunos aspectos importantes sobre los alumnos de enfermería.

Los jóvenes que ingresan a la Carrera de Enfermería, en su mayoría son adolescentes ya que el 94.21 %, tienen entre 14 y 18 años. (UNAM,1996,1997)

EDAD	ENFERMERÍA		BACHILLERATO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
14 años	26	5.64	2428	5.64
15 años	174	37.74	16481	55.19
16 años	103	22.34	6144	20.57
17 años	48	10.41	2102	7.04
18 años	20	4.34	978	3.28
19 a + de 30	90	19.53	1729	5.79
TOTAL	461	100.00	29862	100.00

Fuente: Cuaderno de Planeación Universitaria, UNAM, 1997

En este cuadro observamos que entre los 15 y 16 años se encuentra el mayor porcentaje de alumnos que ingresan a la Carrera de Enfermería y en relación al bachillerato el mayor porcentaje lo ocupan los adolescentes 15 años. En algunos grupos de edad el porcentaje es casi el mismo, tanto para enfermería como para bachillerato, como en los de 14, 16 y 18 años.

### 3.3.1 Niveles Académicos

Según la Dirección de Escuelas de Enfermería de la Secretaría de Salud, existen en el país una gran variedad de modelos para la formación del personal de enfermería, como ejemplo tenemos:

\*Licenciatura en Enfermería

\*Enfermera Nivel técnico

\*Bachillerato conjuntamente con técnico en enfermería

\*Técnica de Enfermería con bachillerato (Martínez, 1993)

No obstante la amplia gama de preparación académica y actividades, la imagen que se tiene de una enfermera es la de una mujer con uniforme blanco que brinda cuidados a personas enfermas y generalmente hospitalizadas.

Actualmente en la Universidad Nacional Autónoma de México, se imparte la carrera de Enfermería, a nivel de Licenciatura en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza, y nivel técnico en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, los alumnos que ingresan a la ENEP Iztacala, son alumnos que vienen de secundaria.

### 3.3.2 Elección de la Carrera

En el medio educativo se conoce que la decisión de elegir una profesión, es el resultado de la confluencia de diversos factores psicológicos, sociales y económicos. En caso de enfermería desde el punto de vista vocacional en términos generales, se han mencionado algunas determinantes que se conjuntan para el establecimiento de una línea vocacional y estas determinantes son:

Una experiencia traumática que motiva a la persona a estudiar enfermería.

La carrera de enfermería ofrece una oportunidad de ayudar a las personas que sufren, ya que la mayoría de las personas hemos tenido algún familiar cercano hospitalizado y hemos sentido el deshumanismo del personal de hospital. También se tiene información de personas que después de haber ayudado a algún amigo o vecino en una enfermedad, o bien después de algún accidente o haber visitado a alguien en un hospital o haber sido atendido como paciente interno o externo en un hospital han decidido estudiar enfermería. (Pettersson, 1995)

Otra razón por la cual las personas quieren estudiar enfermería es, el deseo de ayudar a los demás, Lartigue y Biro, (1986) han realizado investigación con enfermeras, y han encontrado que la tendencia a solidarizarse con los semejantes, en situaciones de desventaja, carencia y dolor, tiene relación con la historia personal de cada individuo, como es el caso de haber experimentado algún tipo de marginación afectiva, económica, etc. En mi experiencia como profesora de enfermería, yo he encontrado que la gran mayoría de mis alumnos dicen querer estudiar enfermería, para ayudar a los demás.

Otra razón que se ha encontrado para estudiar enfermería, es el contacto con una enfermera en nuestra historia personal. De manera que su imagen puede despertar un interés hacia sus actividades. En una investigación realizada por Murrells, 1995, encontró que el 40 % (404/1015) de las enfermeras investigadas tenían familiares enfermeras y esto las hizo decidirse por estudiar la carrera de enfermería.

Desde esta perspectiva, es imposible ignorar el entorno social que forma parte de manera integral la familia, no sólo como proveedora de recursos sino también como generadora de expectativas, las cuales estarán directamente relacionadas con su inserción social y su nivel educativo, así como con sus características culturales (Lartigue y Fernández, 1998)

En México para la elección de la carrera de Enfermería, los aspectos económicos juegan un papel importante, debido a que representa una opción para el acceso rápido al mercado de trabajo, ya que es posible estudiar enfermería nivel técnico después de la secundaria. Actualmente los estudiantes de enfermería pueden ingresar a trabajar como auxiliares de enfermería cuando han cursado sólo los dos primeros semestres de la carrera, contando a corto plazo con recursos para continuar estudiando. La familia como proveedora de recursos económicos, guarda una dimensión especial, existen evidencias sobre la correlación entre nivel de vida socioeconómico y las oportunidades de acceso al sistema educativo, fundamentalmente con el ingreso o nivel de escolaridad de los padres. A medida que se avanza a través de los distintos grados y niveles del sistema educativos, éste tiende a hacerse más discriminatorio, para los alumnos cuyas familias pertenecen a sectores más bajos. (Conacyt, 1989). Además de que el número de jóvenes que quieren estudiar son mucho más que el número de escuelas públicas y la gran mayoría de los estudiantes no cuentan con apoyo económico para estudiar en una escuela privada.

### 3.4 Características de los estudiantes de enfermería

#### 3.4.1 Género

En todas las sociedades, la mujer ha estado estrechamente ligada a la atención de la salud, principalmente por sus funciones de madre. Este ha sido el caso de México, desde tiempos prehispánicos. Existen muchos indicios en los documentos de nuestra cultura autóctona, acerca de las funciones que desarrollaba la mujer en la atención de la salud, particularmente en relación con los partos. "La partera entre los aztecas tenían una función muy relevante dentro de la sociedad. Contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. La Tlamatquicitl tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales, de educadora de la salud; en suma poseía la categoría de mujer sabia" ( Ságún, 1938, citado en Castañeda, 1988). En estos inicios se encontraría las raíces de la enfermera mexicana. En México el grupo profesional de enfermería en sus inicios estaba conformado sólo por mujeres. Al paso de los años se han integrado algunos hombres como enfermeros, pero el gremio de enfermería sigue estando constituido en su mayoría por mujeres, como podemos observar en el siguiente cuadro:

SEXO	ENFERMERÍA		BACHILLERATO	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MASCULINO	50	10.31	15661	51.24
FEMENINO	435	89.69	14904	47.65
TOTAL	485	100.00	30565	100.00

Fuente: Cuaderno de Planeación Universitaria, UNAM, 1997

Como podemos observar en este cuadro el número de mujeres que son estudiantes de enfermería es mayor, que el de hombre y en los estudiantes de bachillerato, el número de hombres es de .008%, mayor que el de las mujeres.

#### 3.4.2 Baja extracción social

Había sido una constante histórica en México que los estudiantes de enfermería procedían mayoritariamente de los estratos sociales bajos, ya que desde la Revolución mexicana hasta fines de los años cincuenta, sólo existían dos profesiones a las que podía acceder la mujer: la de profesora y la de enfermera.

Estos eran los únicos canales de movilización ascendente que tenía la mujer, en las últimas cuatro décadas esto ha cambiado y las mujeres tenemos la oportunidad de estudiar alguna licenciatura, pero en nuestra práctica diaria seguimos observando que los alumnos de enfermería (así como los de bachillerato), que son de nivel socioeconómico bajo, ya que muchas veces no pueden seguir estudiando por que no tienen dinero para sus pasajes o para comprar su uniforme, además de que manifiestan la urgente necesidad de trabajar para ayudar en el gasto familiar y ser autosuficientes en lo económico.

En los últimos años hemos sufrido una severa crisis económica que ha afectado a todos por igual y esto los podemos comprobar en el siguiente cuadro, que nos muestra muy pocas diferencias en cuanto a la ocupación de los padres tanto de alumnos de enfermería como de bachillerato (Martínez, 1993)

BACHILLERATO			ENFERMERÍA		BACHILLERATO			ENFERMERÍA	
MAMA	FRECUE NCIA	%	FRECUE NCIA	%	PAPA	FRECUE NCIA	%	FRECUE NCIA	%
1.-	10538	37.68	176	41.71	1.-	817	2.92	23	5.35
2.-	350	1.25	12	2.84	2.-	1056	3.77	28	6.51
3.-	2350	8.40	34	8.06	3.-	491	1.76	9	2.09
4.-	3799	13.58	84	19.91	4.-	58	0.21	0	0.00
5.-	40	0.14	1	0.24	5.-	234	0.84	11	2.56
6.-	549	1.96	17	4.03	6.-	2952	10.55	117	27.21
7.-	6018	21.52	52	12.32	7.-	10673	38.15	127	29.53
8.-	2375	8.49	26	6.16	8.-	3270	11.69	30	6.98
9.-	820	2.93	11	2.61	9.-	4776	17.07	59	13.72
10.-	666	2.38	5	1.18	10.-	1671	5.97	6	1.40
11.-	64	0.23	0	00.0	11.-	281	1.00	1	0.23
12.-	181	0.65	0	00.0	12.-	667	2.28	2	0.47
13.-	215	0.77	4	0.94	13.-	1029	0.77	4	0.95
TOTAL	27965	100	422	100	TOTAL	27975	100	430	100

Fuente: Cuadro de Planeación Universitaria. U.N.A.M. 1997

CLAVE:

- 1.- No trabaja actualmente
- 2.- Jubilado
- 3.- Labores que apoyan el ingreso familiar
- 4.- Trabajador doméstico
- 5.- Comerciante
- 6.- Obrero
- 7.- Empleado
- 8.- Comerciante

- 9.- Trabajador de oficio
- 10.- Ejercicio libre de la profesión
- 11.- Empresario
- 12.- Directivo o funcionario
- 13.- No lo sé

Como podemos ver el porcentaje mayor tanto de madres de alumnos de bachillerato como de enfermería, se encuentra en primer lugar en no trabaja actualmente, el segundo lugar es empleada y el tercer lugar en trabajador doméstico el onceavo y doceavo lugar lo ocupan directivo o funcionario y empresario respectivamente.

Y en los datos de ocupación de los padres, el primer lugar en cuanto a porcentaje lo ocupan los empleados, en el caso del segundo lugar hay una diferencia, ya que los padres de alumnos de bachillerato lo ocupan trabajadores de oficio, mientras que los padres de alumnos de enfermería son obreros.

### 3.4.3. Promedio de Calificación

Algunos alumnos que estudian enfermería, creen que enfermería es una profesión que no requiere de muchos estudios y en la cual no se utilizan las matemáticas, pero la realidad es que enfermería es una profesión que requiere de varios años de estudios formales y reconocidos, además de una continua actualización a través de cursos, seminarios y congresos entre otros, ya que la profesional de enfermería debe dar atención integral a los sujetos que así lo requiere y muchas veces debe dar atención de urgencia a un paciente que esta en riesgo de muerte, en tanto llegan los médicos, ya que el personal de enfermería es el profesional de la salud que está más tiempo con los pacientes.

CALIFICACIONES	BACHILLERATO		ENFERMERIA	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
De 7.0 a 7.5	6.143	20.22	156	32.70
De 7.6 a 8.0	6.642	21.86	133	27.88
De 8.1 a 8.5	6.540	21.53	115	24.11
De 8.6 a 9.0	5.364	17.66	54	11.34
De 9.1 a 9.5	4.108	13.52	15	3.14
De 9.6 a 10	1.582	5.21	4	0.84
<b>T O T A L</b>	<b>30.379</b>	<b>100.00</b>	<b>477</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Cuadernos de Planeación Universitaria. UNAM, 1997

Como podemos observar en el caso de enfermería el 63.61 %, lo ocupan los alumnos que tienen como promedio de calificación entre 7.0 a 8.5 y sólo el 0.84 lo ocupan los alumnos que tienen entre 9.6 a 10 .

#### 3.4.4 Principal aporte económico

Encontramos que el 84.41 % de los alumnos de enfermería dependen económicamente de los padres, y el 8.11 % de los alumnos son el principal sostén económico y en el caso de los alumnos de bachillerato el 92.70 dependen económicamente de los padres y el 4.67 % se sostienen económicamente.

#### 3.4.5 Ingreso familiar mensual

El 50.11 % de las familias de estudiantes de enfermería, tienen un ingreso mensual de menos de dos salarios mínimos, el segundo lugar lo ocupa el 36.29 % que es el intervalo de dos a menos de cuatro salarios mínimos.

En los estudiantes de bachillerato el 37.22 % es de dos a menos de cuatro salarios mínimos y el segundo lugar menos de dos salarios mínimos.

#### 3.4.6 Familia numerosa

Los alumnos de enfermería provienen de una familia numerosa ya que encontramos que el 25.43 % conforman una familia de cuatro integrantes, el 24.15 son cinco de familia y el 13.03 son seis de familia, y se relacionamos estos datos con el ingreso familiar entendemos por que los alumnos de enfermería algunas veces no tienen para el autobús o para comprar el uniforme.

#### 3.4.7 Deserción escolar

Con frecuencia el problema de la deserción escolar se atribuye a los alumnos que no se adaptan a las normas vigentes del sistema escolar, a la falta de interés, ya que su participación en clase es escasa debido al sistema educativo del que provienen; a la carencia de conocimientos básicos o que éstos son insuficientes.

Sin embargo los profesores reconocen en pocas ocasiones que el problema se encuentra en la metodología utilizada que dificulta la claridad de los contenidos; la falta de interés para motivar a los alumnos; las barreras de comunicación debidas al lenguaje utilizado por el profesor que adquiere diferente significado para el alumno; las relaciones de poder que ejerce el profesor dentro del aula ( Salvat, 1988)

La deserción escolar en los alumnos de enfermería en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, es un problema, ya que de 459 alumnos que ingresaron en 1994, hubo una deserción del 23.52 %, en 1995 ingresaron 285 alumnos y hubo una deserción del 37.89 %.

Las causas de la deserción escolar son diversas, pero el mayor número de alumnos que desertan lo hacen en el segundo semestre de la carrera de enfermería, ya que es el semestre en el que los alumnos inician su práctica en los hospitales de segundo nivel de atención médica.

El ser humano y sus condiciones de dolor y sufrimiento es el objeto de trabajo predominante en enfermería, por lo que los alumnos de enfermería deben tener contacto con los paciente, para poder realizar los procedimientos y efectuar su plan de actividades.

El impacto que representa para los adolescentes el tener que convivir con el dolor de los pacientes, producto de su enfermedad, hace que algunos alumnos deserten.

En el contexto del orden, la rutina y la meticulosidad en que se van formado los alumnos, es difícil imaginar el desarrollo de las capacidades humanas, y la interiorización de una imagen positiva de la profesión, por parte de los alumnos.

Los procedimientos clínicos realizados por enfermeras requieren de un buen nivel de capacitación, así como el conocimiento de los procesos biológicos involucrados, por la atención integral al usuario y/o pacientes, implica la sensibilidad y comprensión hacia la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra. Esta situación en mucho, estará determinada también por el contexto social y emocional del individuo, las cuales son circunstancias innegables para quien le brinda atención.

Las exigencias académicas de la escuelas deberían ser la de una filosofía social encaminada a destacar los valores humanos e impregnar de ellos el futuro quehacer de los jóvenes alumnos. Como un recurso útil para que el profesional de enfermería aborde su práctica cotidiana con el dolor, la enfermedad, la muerte y vida, sin permanecer indiferente, enriqueciendo y enriqueciéndose de las experiencias diarias (Lartigue y Fernández, 1998)

A los alumnos se les pide que vean al paciente como un ser humano que tiene muchas necesidades y no como un número ( el de la cama 8 o la cama 234), pero no se les da un repertorio de habilidades para afrontar el estrés que les causa atender un paciente que "huele mal", " está de mal humor" o " se niega a ser atendido".

En muchos sentidos es reconocido en el trabajo de enfermería el componente del contacto humano; a pesar de ello , en el proceso de formación de los alumnos, no se proporciona un conocimiento profundo de la condición humana, desde ninguna de sus perspectivas, filosóficas, psicológicas, éticas, etc. Esta carencia tiene efectos tanto para quien recibe la atención como para quien la da. "El conocimiento humano es el gran ausente, lo humano en los programas de enseñanza, se deja a la imaginación de los alumnos de enfermería." (Fuerbringer, 1995)

El sistema educativo en enfermería en México, comparte los mismos problemas que otras carreras, sin embargo sus características de un sistema en transición del nivel técnico al de licenciatura, así como la heterogeneidad del grupo que lo conforma, dificultan alcanzar el desarrollo de la profesión.

El momento ideal para asimilar los conceptos básicos, desarrollar las capacidades humanas e impregnarse de una filosofía humanista, se da en el proceso formativo, de tal forma que el destino de la enfermera será a la larga, en favor de una mejor formación, para quienes eligen la carrera (Lartigue y Fernández, 1998)

### **3.5 El estrés en los estudiantes de enfermería**

La naturaleza de la formación de los estudiantes de enfermería, tiene la particularidad del contacto humano y en su mayoría de los casos, suele darse en situaciones críticas y diferentes a las de otros estudiantes afines ya que nuestras alumnas son adolescentes, que aun no cuentan con un repertorio de habilidades sociales que les permita desarrollarse en el ambiente hospitalario, por ende los estudiantes de enfermería deben disponer de recursos que les ayuden a realizar su práctica diaria.

Algunos psicólogos han desarrollado investigaciones con enfermeras, o estudiantes de enfermería, y han encontrado que enfermería es una profesión con un alto componente de estrés ya que se desarrolla de cara frente al dolor humano, producto de la enfermedad o la muerte. Al respecto Donald Meichenbaum, ha dicho que hay profesiones que "quemar a quien las ejerce" (traducción castellana al original en inglés), y este es el caso de enfermería. (Meichenbaum, 1983)

Las estudiantes de enfermería y en general todos los profesionales de enfermería deben disponer de conocimientos que les permitan identificar el estrés y contar con un repertorio de estrategias de reducción de estrés, que le permita disminuir los niveles de estrés y además enseñar a sus pacientes algunas de estas estrategias ya que los pacientes también tienen estrés.

En los planes de estudios de la escuela de enfermería se deben incluir materias que les ayuden a realizar su prácticas en condiciones más agradables y con menos riesgo para su propia salud. Sabemos que esto es difícil pero no imposible ya que se puede hacer más tiempo de práctica en las Instituciones de Primer Nivel de Atención Médica.

En el siguiente capítulo desarrollamos el programa de trabajo de estrategias de reducción de estrés que aplicamos a un grupo de alumnos de enfermería.

## **CAPÍTULO 4.- PROGRAMA DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE ESTRÉS**

En este capítulo presentamos el desarrollo del curso de estrategias de reducción de estrés.

### **4.1 Introducción**

Todas las profesiones desarrollan diferentes grados de estrés, pero sin duda enfermería es una profesión con un alto grado de estrés ya que el ser humano y su condición de dolor y sufrimiento por la enfermedad, la invalidez o la muerte son el objeto de trabajo predominante (Lartigue y Fernández, 1998)

Los estudiantes de enfermería realizan su práctica en los hospitales con pacientes que están sufriendo por la enfermedad, además de encontrarse en un ambiente agresivo, como es el hospital, los alumnos deben atender a los pacientes, considerando todas sus necesidades, pero no se toma en cuenta que los alumnos de enfermería son en su mayoría adolescentes que no cuentan con un repertorio de habilidades para afrontar el estrés.

Selye (1984), dice que todos los hechos de la vida son estresantes y sólo se deja de tener estrés con la muerte, pero hay varios "niveles de estrés", algunos son bajos y sirven como estímulo para realizar algunas actividades y otros son altos y pueden hacer daño a la persona que los experimenta.

El estrés puede ser controlado. Es posible reducir el estrés excesivo y toda persona es capaz de manejar sus reacciones de estrés. La persona puede entrenarse mejorando determinadas facultades que le ayudarán a identificar estresores y modificar sus perjudiciales reacciones a través de un programa de estrategias de reducción de estrés ( Baum, 1990)

Una vez que la persona posee esos conocimientos y facultades, estará capacitada para manejar cualquier situación de estrés que se le presente, pero además, sabrá cómo disminuir el estrés excesivo impidiendo que aumente y se desarrolle desde el primer momento.

### **4.2 Objetivo general**

Aplicar un programa educativo de Estrategias de Reducción de Estrés a un grupo de estudiantes de primer semestre de la Carrera de Enfermería de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, a través de un curso-taller.

#### **Objetivos específicos**

Al término del programa educativo de Estrategias de Reducción de Estrés, los alumnos de enfermería, identificarán situaciones estresantes tanto de la vida cotidiana como en la práctica clínica.

Al término del programa educativo de Estrategias de Reducción de Estrés, los alumnos de enfermería, contarán con un repertorio de habilidades que les permitirá afrontar las situaciones estresantes en su práctica clínica

#### **4.3. Metodología**

##### **Población de trabajo**

30 alumnos de primer semestre de la carrera de enfermería de la ENEPI, la selección será por oportunidad, con base en una invitación para participar en el curso-taller

##### **Material**

Lápices, papel, formato de inventarios y entrevistas, acetatos con la información de los temas que conforman el programa, retroproyector, computadora, disquettes e impresora.

##### **Escenario**

El Curso-taller de Estrategias de Reducción de Estrés se llevó a cabo en el aula A5101 y en el laboratorio L602 de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, en doce sesiones de 150 minutos, los viernes de 14.00 a 16.30 hrs.

##### **Instrumentos de evaluación**

Entrevistas

Cédulas de Identificación

Inventarios

Cuestionarios pretests y postest

##### **Entrevistas**

El objetivo de las entrevistas fue para establecer una relación de colaboración con los alumnos, se analizaron las expectativas de los alumnos y se les informo en donde localizarnos.

**Cédulas de identificación**

Las cédulas de identificación contienen datos generales de los alumnos (ver anexo 1)

**Inventarios**

Los inventarios que utilizamos fueron, "El Inventario de Estrés Cotidiano de Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport, de 1987, reducido a 43 ítems (Ver anexo 2) y un inventario sobre "Situaciones Estresantes en el Hospital", que nosotros diseñamos, con 27 ítems. (Ver anexo 3)

**Cuestionarios**

Los cuestionarios pretest y postest, con ocho preguntas abiertas, sobre estrés, técnica de relajación y asertividad. (Ver anexo 4)

**Diseño de investigación**

Cuasiexperimental de un grupo simple con pretest y postest. El diseño de investigación consideró dos variables independientes, la edad y el género.

**Variable Independiente**

Programa de estrategias

**Variable dependiente**

Reducción de estrés.

**Procedimiento**

1.- Como primer paso se procedió a estructurar el programa de Estrategias de Reducción de Estrés, y programar las sesiones de entrenamiento, las cuales fueron los días viernes de las 14.00 a las 16.30 hrs.

2.- Nos entrevistamos con la Jefe de la Carrera de Enfermería, de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala para que nos apoyara, proporcionándonos la aula y el laboratorio, así como su autorización para realizar el curso-taller.

3.- Una vez que contamos con la autorización y el apoyo de la Jefe de la Carrera de Enfermería, realizamos la promoción del Curso-taller, visitando grupo por grupo de los alumnos de enfermería de primer semestre, invitando a los alumnos para asistir al curso-taller y les dejamos algunos trípticos con información del curso-taller.

4.- Después fueron las inscripciones y tuvimos 40 alumnos inscritos, pero en la segunda semana de iniciado el curso-taller, sólo se presentaron 18 alumnos, las razones por las cuales tuvimos un índice de deserción tan alto (55 %) fueron por que:

el 45 % de los alumnos se cambiaron de turno o plantel

el 5 % se dieron de baja

y el otro 5 % trabajaban y no podían asistir al curso-taller por incompatibilidad de horario

### **Sesiones de entrenamiento**

En la Primer Sesión

Tema: Encuadre del Curso-taller

Dinámica de integración grupal "Yo y el grupo" (Acevedo, 1998)

Aplicación de Pretest

Aplicación del Inventario de Estrés Cotidiano

Se entregaron los programas del curso-taller y se calendarizaron las entrevistas con cada alumno de acuerdo a sus necesidades.

En la entrevista se trato de establecer una relación de colaboración con el alumno, en esta entrevista se le pide al alumno que llene su cédula de identificación y se establecen objetivos a corto, mediano y largo plazo sobre lo que el estudiante quiere alcanzar.

Segunda Sesión

Tema: ¿Qué es el estrés?

En esta sesión se expuso a los alumnos varios conceptos de estrés, además de la naturaleza del estrés y cómo hacerle frente, a través de los modelos teóricos.

Se presento el modelo biológico de Hans Selye y se proporcionaron las bases conceptuales de la Técnica de Relajación, enseñando a los alumnos los tipos de respiración (Torácica, abdominal, jadeando y metiendo y sacando aire con la boca y la nariz). Se dejó de tarea para la casa, elaborar un concepto personal de estrés y ejercitar los tipos de respiración.

Nota: En cada sesión nos apoyamos con breves resúmenes conteniendo los puntos más importantes de cada tema, mismos que al inicio de la sesión se repartían, se daban 10 minutos para que los leyeran y después, a través de acetatos se exponían los temas

### Tercera Sesión

Tema: El afrontamiento del Estrés

Se inicio la sesión, pidiendo a los alumnos que expusieran sus conceptos de estrés y que nos comentaran qué habían sentido al realizar el ejercicio de respiración, en la segunda parte se expuso el modelo de afrontamiento de Lazarus y la actividad final fue enseñar a los a los alumnos la tensión y relajación muscular, para los cual pedimos a los alumnos que colocaran su brazo sobre la mesa y que apretaran lo más posible el puño, y dejarlo así por espacio de un minuto y luego abrir la mano rápidamente, y repetir varias veces el ejercicio, en tanto nosotros supervisábamos que los alumnos hicieran bien la práctica. Debido a que la técnica de relajación completa nos llevaría muchas sesiones, sólo enseñamos a tensar y relajar algunos grupos musculares, como fueron los musculos de la cara, los brazos, las piernas, los pies y los dedos de los pies.

Como tarea para la casa se les dejó hacer la técnica de relajación completa según Jacobson (En Caballo, 1991) y seleccionar el grupo muscular que pueden tensar y relajar estando ya en su práctica clínica. Y hacer la práctica de tensión y relajación muscular cuando menos una vez al día.

### Cuarta Sesión

Tema: El adiestramiento en inoculación de estrés

En esta sesión se inicia con la exposición del adiestramiento en inoculación de estrés

Y la segunda parte de esta sesión se pide a los participantes que nos comenten cómo les fue con su práctica y que fue lo que sintieron. Se expone la parte final de la técnica de relajación que es imaginar experiencias personales agradables y placenteras.

Y se finaliza la sesión practicando la técnica de relajación completa y les pedimos a los alumnos que ejerciten la técnica de relajación completa dos veces a día y que escriban que fue lo que sintieron después de hacer su práctica.

#### Quinta Sesión

Tema: El autorregistro y el diario personal

En esta sesión expusimos el tema de autorregistros y el diario personal, destacando la impotencia que tiene el hacer las anotaciones, para lo cual presentamos varios ejemplos y les dimos un formato de registro que nosotros elaboramos (ver anexo).

Finalizamos esta sesión proporcionando ejemplos de situaciones estresantes, tanto de la vida cotidiana, como llegar tarde a la escuela y situaciones estresantes en el hospital y cómo a través de la técnica de relajación los alumnos pueden disminuir los niveles de estrés. La tarea para esta semana fue hacer sus autorregistros o diario personal y practicar la técnica de relajación todos los días.

#### Sexta Sesión

Tema: Conducta No-assertiva

Se revisaron los autorregistros y se les pidió a los alumnos que comentaran ¿cómo se habían sentido? y ¿qué le había parecido escribir su autorregistro o el diario personal?, a los alumnos que no lo hicieron los invitamos a que lo hicieran y programamos una entrevista individual para ayudarlos.

Se expuso el tema de la conducta no-assertiva, causas comunes, efectos del comportamiento no-assertivo, características, ventajas y desventajas de la conducta no assertiva (Aguilar, 1987)

Finalizamos la sesión realizando un ejercicio de la técnica de relajación completa. La tarea para la casa fue seguir haciendo sus autorregistros o diario personal y practicar la técnica de relajación.

### Séptima Sesión

Tema: Conducta agresiva

Se revisaron los autorregistros y se pidió a los alumnos que hicieran comentarios.

Se expuso el tema de conducta agresiva, causas comunes, efectos del comportamiento agresivo, características, ventajas y desventajas de la conducta agresiva

Finalizamos la sesión preguntando ¿cómo le había ido con su práctica de relajación en su casa? y ¿cómo se habían sentido ejercitando la técnica de relajación?, hicimos un ejercicio de relajación con los alumnos y la tarea para la casa fue seguir elaborando los autorregistros o el diario personal y ejercitar la técnica de relajación, tratando de aplicarla en situaciones estresantes de su vida cotidiana.

### Octava Sesión

Tema El entrenamiento asertivo

Iniciamos la sesión con un breve comentario por parte de los alumnos sobre sus autorregistros.

Expusimos el tema del entrenamiento asertivo, haciendo énfasis en los beneficios que pueden lograr respondiendo asertivamente, además de considerar que en algunas situaciones lo más asertivo será no ser asertivo (Trujano, 1986)

Términos la sesión pidiendo a los alumnos que habían podido practicar la técnica de relajación en situaciones estresantes, qué habían sentido y cómo habían manejado la situación, se pidió a los alumnos que durante la siguiente semana trataran de identificar qué conductas presentan (es decir no-asertiva, agresiva y asertiva) y tratar de responder asertivamente, y continuar ejercitando la técnica de relajación en situaciones estresantes.

### Novena Sesión

Tema: Algunas técnicas utilizadas en Entrenamiento Asertivo y Adiestramiento en Inoculación de Estrés

Iniciamos la sesión pidiendo a los alumnos que expusieran sus experiencias con su práctica en la asertividad y la técnica de relajación aplicada en situaciones estresantes. Después presentamos el ensayo imaginado, el autodiálogo dirigido y el juego de roles, sus ventajas y se escenificaron situaciones estresante en las cuales los alumnos participaron proporcionaron soluciones.

Se finalizo la sesión pidiendo a los alumnos que practicarán lo que habían aprendido.

#### Décima Sesión

Tema: Práctica in vitro e in vivo

En esta sesión hicimos una visita de dos horas a un hospital, los alumnos por parejas estuvieron en los servicios platicado con las pacientes, con las enfermeras y los médicos y participando en la atención de las pacientes, con acciones sencillas, como tomar y registrar signos vitales, cambiar ropa de cama o administrar un medicamento. Se les recordó la importancia de aplicar la técnica de relajación en situaciones estresantes. Nosotros como instructores estuvimos observando a cada alumno, hablando con ellos y apoyando a los alumnos que estaban muy estresados.

Al terminar la visita, aplicamos el inventario de situaciones estresantes en el hospital y pedimos a los alumnos que nos comentaran sus experiencias y qué les había parecido la visita al hospital. Y les pedimos a los alumnos que elaborarán sus autorregistros ya que en la siguiente sesión trabajaríamos con ellos, además de practicar la técnica de relajación y el estrenamiento asertivo.

#### Onceava Sesión

Tema: Jerarquía de escenas estresantes

Se expusieron los aspectos teóricos sobre la jerarquía de escenas estresantes, sus objetivos, ventajas y aplicaciones.

Después utilizando algunos autorregistros que habíamos preparado previamente, pedimos a los alumnos que elaborar la jerarquía de escenas estresantes. Una vez que observamos que los alumnos habían comprendido, como elaborar la jerarquía, pedimos que cada alumnos elaborar su propia jerarquía de escenas estresantes con sus propios autorregistros.

Terminamos la sesión programado entrevistas individuales con los alumnos para evaluar el logro de los objetivos a corto plazo y realizamos un ejercicio de la técnica de relajación.

### Doceava Sesión

Tema: Fin del Curso-taller

Aplicamos el inventario de estrés cotidiano y el cuestionario post-test, recordamos a los participantes que es muy importante seguir con los obsesivos a mediano y largo plazo, el lugar y cómo nos pueden localizar y la importancia de seguir practicado todo lo que aprendieron en el curso-taller.

Finalizamos con la dinámica grupal "Dos renglones" (Acevedo, 1998) y la entrega de constancias.

En el siguiente capítulo hablaremos de los resultados de este programa de trabajo.

## **CAPITULO 5.- RESULTADOS**

Antes de presentar los resultados queremos recordar que utilizamos los siguientes inventarios:

El cuestionario pretest y postest con ocho preguntas abiertas.  
El inventario de situaciones estresantes en el hospital para alumnos de primer año de la Carrera de Enfermería con 25 ítems.  
Y el inventario de estrés cotidiano con 42 ítems.

Una vez analizada la información que recopilamos en los instrumentos que aplicamos en el curso-taller encontramos lo siguiente:

### **5.1 Cuestionario pretest y postest**

El cuadro 1, muestra el grupo de edad de los alumnos que tomaron el curso, en el pretest el 90 % son adolescentes y en el postest el 95 % y para ambos grupos el mayor porcentaje lo ocupan los rangos de 14 a 16 años.

El cuadro 2, muestra los resultados a la pregunta ¿ Qué es el estrés ? y encontramos que en el cuestionario pretest 24 alumnos no sabían sobre estrés y 16 refieren saber qué es el estrés, y en el postest 17 alumnos aceptan saber sobre estrés y sólo uno refiere no saber.

En el cuadro 3, observamos que en el cuestionario pretest sólo 6 alumnos sabían sobre la técnica de relajación y 34 no saben, en el postest los 18 aceptan conocer la técnica de relajación.

En el cuadro 4, vemos que en el cuestionario pretest sólo 3 alumnos hablan y no hacen la actividad que les pedían y 37 alumnos tienen otra conducta, en el postest 8 alumnos hablan y no la hacen y 8 la hacen o intentan hacerla.

En el cuadro 5, vemos que en el cuestionario pretest a 30 alumnos les gusta escribir y en el cuestionario postest son 16 alumnos a los que les gusta escribir.

En el cuadro 6, observamos en el pretest que a 12 alumnos les gusta escribir canciones, poemas, versos y poesía y a 18 alumnos les gusta escribir su tarea y cartas, en el postest 8 alumnos les gusta escribir poemas, versos y poesía y a 7 su tarea y cartas

En el cuadro 7 vemos que en el cuestionario pretest 11 alumnos escriben su diario personal y 29 no, y en el cuestionario postest 4 escriben su diario y 14 no.

En el cuadro 8, tenemos 10 alumnos que escriben su diario por que les gusta y 30 no lo escriben por que no les gusta ó no contestaron y en el cuestionario postest 4 alumnos escriben su diario por que les gusta y 14 no lo escriben por que no les gusta o no contestaron.

## **5.2 Inventario de situaciones estresantes en el hospital**

Este inventario lo aplicamos a los 18 alumnos que tomaron el curso completo, al final de la visita a un hospital en la décima sesión del curso, y además la aplicamos a 18 sujetos, alumnos de primer semestre de enfermería de la ENEP Iztacala, que no tomaron el curso, pero que aceptaron la invitación de hacer una visita a un hospital y después contestar el inventario. Así tenemos dos grupos de sujetos, los 18 alumnos que tomaron el curso y los 18 alumnos que no lo tomaron.

En el cuadro 9 observamos que para los alumnos que tomaron el curso, las situaciones 14, 17, 18 y 25 son las que tienen el más alto porcentaje, y estas son: 14 - Tomar la presión arterial, 17 - Tocar un cómodo, 18 - Colocar un cómodo y la 25 - El trato del personal de hospital a los pacientes.

Y en el grupo de los alumnos que no tomaron el curso vemos que los porcentajes más altos son para las situaciones: 3, 4, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 17, 18, 21, 24, y 25. y estas son 3 - El olor de la sala de urgencias, 4 - Hablar con los médicos del hospital, 7 - Aplicar un medicamento por vía oral, 9 - Observar la exploración de un paciente, 10 - Hablar con los pacientes, 12 - Observar la instalación de una venoclisis, 14 - Tomar la presión arterial a los pacientes, 15 - tomar la respiración a los pacientes, 17 - Tocar un cómodo, 18 - Colocar un cómodo, 21 - El llanto de los recién nacidos, 24 - Cambiar el pañal a un recién nacido y 25 - El trato del personal del hospital a los pacientes.

Las medias del Inventario de situaciones estresantes en el hospital, tanto de los sujetos que tomaron el curso como las medias de los alumnos que no tomaron el curso. En 22 situaciones la media es mayor para los alumnos que no tomaron el curso

En el cuadro 10, tenemos las medias mínimas y máximas del Inventario de situaciones estresantes para los dos grupos, y tanto para el grupo de alumnos que tomaron el curso como para el grupo de alumnos que no tomaron el curso las medias mínimas son de 1 y las máximas son 2.2

En el cuadro 11, observamos la distribución t de Student para los dos grupos que tienen valor de  $-7.071$  y  $p = .000$

### 5.3 Inventario de estrés cotidiano

En el cuadro 12 tenemos las medias del cuestionario pretest y postest, en el pretest presentamos las medias de los 40 alumnos que iniciaron el curso-taller de estrategias de reducción de estrés, la media mínima es 2 y corresponde a la situación 28, He tenido un accidente menor y la media máxima es 8 y corresponde a la situación 24, He temido estar enfermo.

También tenemos las medias del pretest de los 18 alumnos que terminaron el curso y así tenemos que la media máxima es 6 y corresponde a la situación 27, Algo de propiedad ha sido dañado y la media mínima es 1 y corresponde a la situación 36, Me desempeñe mal en el deporte / juego.

Y en el inventario postest la máxima es 5 y corresponde a la situación número 42, He estado expuesto a una situación u objeto de miedo y la media mínima es 1 y dos situaciones comparten este lugar siendo las número 4, Me he apurado por cumplir con un criterio de tiempo y la número 13, He tratado con un mesero/ dependiente/ vendedor, rudo.

Y en el cuadro 13, presentamos las medias máximas y mínimas del inventario de estrés cotidiano tanto en el pretest como en el postest. En el pretest, para el grupo de 40 alumnos tenemos que la media mínima es 2 y la media máxima es 8 y en el pretest de los 18 alumnos que terminaron el curso la media mínima es 1 y la media máxima es 6.

En el posttest la media mínima del inventario de estrés cotidiano es 1 y la media máxima es 5

Finalmente el cuadro 14 en el presentamos la t de Student para los dos grupos que tiene valor de 9.797 y  $p = .000$

## RESULTADO DE LOS CUESTIONARIOS PRETEST Y POSTEST

### CUADRO 1 ¿ QUÉ EDAD TIENES ?

AÑOS DE EDAD	NUM. ALUMNOS PRETEST	NUM. ALUMNOS POSTEST
14 AÑOS	12	4
15 AÑOS	9	5
16 AÑOS	6	3
17 AÑOS	5	2
18 AÑOS	4	2
MÁS	4	1
TOTAL	40	18

En este cuadro tenemos los resultados de los cuestionarios pretest y posttest de la pregunta 1,y que se refiere a, ¿Qué edad tienes?

### CUADRO 2 ¿QUÉ ES EL ESTRÉS ?

RESPUESTAS	NUM. ALUMNOS PRETEST	NUM. ALUMNOS POSTEST
SI	16	17
NO	18	1
NO CONTESTO	6	0
TOTAL	40	18

El cuadro 2, muestra los resultados de los cuestionario pretest y posttest sobre ¿Que es el estrés?

### CUADRO 3 DESCRIBE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN

RESPUESTA	NUM. ALUMNOS PRETEST	NUM. ALUMNOS POSTEST
SI	6	18
NO	24	
NO CONTESTO	10	
TOTAL	40	18

El cuadro 3, muestra los resultados de los cuestionarios pretest y posttest y la pregunta es ¿Describe la técnica de relajación?

**CUADRO 4 ¿ CUANDO ALGUIEN TE PIDE QUE HAGAS UNA ACTIVIDAD QUE NO PUEDES REALIZAR, TU QUÉ HACES ?**

RESPUESTA	NÚM. ALUMNOS PRETEST	NÚM. ALUMNOS POSTEST
HACERLA	18	3
INTENTO HACERLA	7	3
HABLO Y LA HAGO	2	2
NO LA HAGO	1	-
MOLESTA Y/O ENOJA	4	-
HABLO Y NO LA HAGO	3	8
NO CONTESTO	3	-
HABLA	1	-
IGNORA LA PETICIÓN	1	-
TOTAL	40	18

El cuadro 4, muestra los resultados de los cuestionarios pretest y postest que se refiere a, ¿ Cuando alguien te pide que hagas una actividad que no puedes realizar, tu qué haces?

**CUADRO 5 ¿ TE GUSTA ESCRIBIR ?**

RESPUESTA	NÚM. ALUMNOS PRETEST	NÚM. ALUMNOS POSTEST
SI	30	16
NO	10	2
TOTAL	40	18

El cuadro 5 , muestra los resultados del cuestionario pretest y postest de la pregunta 5, que se refiere a, ¿Te gusta escribir?

**CUADRO 6 ¿ QUÉ ES LO QUE ESCRIBES ?**

RESPUESTA	NÚM. ALUMNOS PRETEST	NÚM. ALUMNOS POSTEST
CANCIONES	5	-
POEMAS, VERSOS Y POESÍA	7	8
NO CONTESTO	10	3
OTROS	18	7
TOTAL	40	18

El cuadro 6, muestra los resultados del los cuestionarios pretest y postest, de la pregunta, ¿Qué es lo que escribes?

CUADRO 7 ¿ ESCRIBES TU "QUERIDO DIARIO" ?

RESPUESTA	NUM. ALUMNOS PRETEST	NUM. ALUMNOS POSTEST
SI	11	4
NO	27	14
NO CONTESTO	2	-
TOTAL	40	18

El cuadro 7, muestra los resultados de los cuestionarios pretest y postest, que se refiere a; ¿Escribes tu "Querido Diario"?

CUADRO 8 ¿ POR QUÉ ?

RESPUESTA	NÚM. ALUMNOS PRETEST	NÚM. ALUMNOS POSTEST
ME GUSTA	10	4
NO ME GUSTA	17	13
NO CONTESTO	13	1
TOTAL	40	18

El cuadro 8, muestra los resultados de los cuestionarios pretest y postest, sobre ¿Por qué ? (escribes tu diario)

CUADRO 9

## INVENTARIO DE SITUACIONES ESTRESANTES EN EL HOSPITAL

SITUACION	CURSO	NO CURSO
1.-	1	1.5
2.-	1.2	1.3
3.-	1.2	1.6
4.-	1.3	1.8
5.-	1.2	1.1
6.-	1	1.5
7.-	1.2	1.5
8.-	1	1.5
9.-	1.5	1.8
10.-	1	1.7
11.-	1.3	1.5
12.-	1.5	2
13.-	1.4	1.5
14.-	1.6	1.6
15.-	1.4	2
16.-	1.3	1.5
17.-	1.6	1.9
18.-	1.7	2.2
19.-	1	1.3
20.-	1.3	1.5
21.-	1.4	1.7
22.-	1	1
23.-	1.3	1.4
24.-	1.4	1.9
25.-	2.2	2
	MEDIAS	MEDIAS

CUADRO 10  
INVENTARIO DE SITUACIONES ESTRESANTES EN EL HOSPITAL

MEDIA	18 ALUMNOS QUE TOMARON EL CURSO	10 ALUMNOS QUE NO TOMARON EL CURSO
MÍNIMA	1	
MÁXIMA	2.2	2.2

CUADRO 11

t DE STUDENT	-7.071	p= .000
--------------	--------	---------

CUADRO 12

## INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO

ALUMNOS	17	18	18
SITUACIÓN	PRETEST	PRETEST	POSTEST
1.-	4.6	3.2	2.2
2.-	4.2	6.4	1.8
3.-	5.2	2.4	1.5
4.-	4.2	2.2	1
5.-	4.5	3.1	1.5
6.-	6	4.6	2
7.-	4.3	3.5	2.2
8.-	5	3.4	3
9.-	7.6	3.2	2
10.-	5	4.4	3.2
11.-	5.9	4.2	4.2
12.-	4.6	2.8	1.6
13.-	3.5	2.3	1
14.-	4.9	3.4	2.2
15.-	3.8	2.5	1.2
16.-	7.2	5.7	4
17.-	5.1	3	2
18.-	5.3	3	2
19.-	7	5.5	3
20.-	4.8	3.2	2
21.-	6.3	3.4	2.2
22.-	4.3	3.5	2
23.-	4.2	2.7	2.5
24.-	8	5.2	4
25.-	4.2	3	3.5
26.-	7	5	3.8
27.-	6.5	6	3.4
28.-	3	2	2
29.-	4.5	2.8	1.4
30.-	3.9	3	2
31.-	5.2	3.9	1.5
32.-	4.8	3.2	2.5
33.-	3.7	2.6	2
34.-	7.2	3.7	3
35.-	4.5	4	2.2
36.-	2.2	1	1.5
37.-	4	2.8	2
38.-	6.5	4	2.6
39.-	4.5	2.6	2
40.-	5.1	4	2.6
41.-	4	2.2	3
42.-	7.2	5.5	5
	MEDIA	MEDIA	MEDIA

CUADRO 13

## INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO

MEDIA	PRETEST ALUMNOS	40	PRETEST ALUMNOS	PRETEST ALUMNOS
MINIMA		2		
MÁXIMA		8	6	5

CUADRO 14

t DE STUDENT	9.78	
--------------	------	--

## CAPÍTULO 6.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Consideramos que la discusión se debe centrar en los resultados del programa de estrategias de reducción de estrés y la importancia que tienen desarrollar programas de afrontamiento del estrés que ayuden a identificar y disminuir el estrés.

En el programa de estrategias de reducción de estrés planteamos dos objetivos específicos que fueron:

Al término del programa educativo de estrategias de reducción de estrés, los alumnos de enfermería, identificarán situaciones estresantes tanto de la vida cotidiana como en la práctica clínica

Al término del programa educativo de estrategias de reducción de estrés, los alumnos de enfermería, contarán con un repertorio de habilidades que les permitirá afrontar las situaciones estresantes en su práctica clínica.

Consideramos que si se lograron los objetivos, por que al analizar los instrumentos de evaluación lo podemos comprobar.

En el cuestionario Pretest tenemos que de 40 alumnos que iniciaron el curso 24 decían no saber qué es el estrés y en el cuestionario postest sólo un alumno de los 18 alumnos que terminaron continua sin saber qué es estrés. (Ver cuadro 2)

En el cuestionario Pretest seis alumnos de los cuarenta que iniciaron el curso, sabían sobre la técnica de relajación y en el cuestionario postest los dieciocho alumnos conocen la técnica de relajación y lo que es más importante, durante el desarrollo del curso tuvimos la oportunidad de comprobar que los alumnos realmente sabían la técnica de relajación y la aplicaban para disminuir el estrés. ( Ver cuadro 3)

En el cuestionario pretest sólo 3 alumnos hablan y no hacen la actividad que le piden y en el cuestionario postest tenemos que 8 alumnos son los que hablan y no hacen la actividad, además durante el curso comprobamos que los alumnos expresaban sus opiniones de manera firme pero respetuosa, además tenemos

referencia de que esta actitud la han continuado en las clases de la Carrera de Enfermería y no siempre ha sido bien aceptado por los profesores.

Del inventario de situaciones estresantes, observamos que los alumnos que no tomaron el curso en 22 situaciones tienen una media más alta que los alumnos que tomaron el curso, nosotros consideramos que es por que los alumnos que tomaron el curso cuentan con un repertorio de conocimientos sobre situaciones estresantes y como disminuir niveles altos de estrés, que le ayuda a afrontar el estrés.

Además, ya que el inventario de situaciones estresantes en el hospital se aplicó al concluir una visita a una unidad hospitalaria, nos permitió observar que los alumnos que no tomaron el curso estaba inquietos, diaforéticos (sudorosos) y en algunos casos no querían que nos separáramos de ellos. Y los alumnos que tomaron el curso estaban tranquilos y participativos. (Ver cuadro 9)

La  $t$  de Student muestra una diferencia significativa con en el grupo de alumnos que tomo el curso.

En el inventario de estrés cotidiano podemos ver en el pretest que todas las medias son más altas en el grupo de 40 alumnos que iniciaron el curso y en el postest 39 situaciones disminuyen las medias. Consideramos que la disminución de la media de tendencia central en el postest, es por que los alumnos tomaron el curso y cuenta con un repertorio de habilidades que les permite afrontar el estrés.

Y la  $t$  de Student muestra una diferencia significativa con los alumnos que tomaron el curso.

Sabemos que hay medidas fisiológicas que se pueden aplicar en este curso para validar los cambios que se esperan lograr en los alumnos, pero estamos seguros que son muy subjetivos y consideramos que los inventarios que aplicamos en el curso, nos llevan a un análisis descriptivo, inferencial y correlativo que tienen criterio de validez.

El curso de Estrategias de Reducción de estrés para alumnos de enfermería fue pensado, como un curso educativo y en este sentido creemos que aun cuando hubiera un leve cambio de conducta de los participantes estamos logrando nuestra meta, y los resultados nos han demostrado que si hubo cambios en los alumnos que tomaron el curso.

La elección de la profesión es un hecho que marca la vida de las personas, aun cuando sea lo que nosotros queremos y deseamos, siempre está permeada de muchos factores que la hacen difícil.

Cuando la mayoría de los estudiantes adolescentes están pensando qué carrera estudiarán, los alumnos de enfermería se encuentran inmersos en lo que será su vida profesional.

Los estudiantes de enfermería que en su mayoría son adolescentes, se "forman como profesionales" en un ambiente hostil que es el hospital, con las profesoras de enfermería que les exigen que se comporten con madurez, con los médicos esos "semidioses" de bata blanca que se creen dueños del saber y a los que deben respetar y obedecer sin cuestionar, y los pacientes que sufren por la enfermedad y que necesitan que les ayuden algunas de sus necesidades básicas.

Pero ¿Cómo satisfacer las necesidades de otros? si aun no satisfacen sus propias necesidades. A largo de esta tesis hemos dicho que hay varios factores que influyen directamente en los estudiantes para hacer más difícil el ejercicio profesional y estos factores son la adolescencia, enfermería es una profesión que desarrolla altos niveles de estrés y los pacientes objeto de práctica de los alumnos de enfermería.

Hemos encontrado en las investigaciones que hemos revisado sobre la adolescencia, que es una de las etapas de vida que se considera dentro de las más difícil, ya que los jóvenes tienen muchos cambios biofísicos, psicológicos y sociales, que ponen a prueba a los individuos.

También hemos encontrado que las interacciones de los adolescentes con su familia son estresantes ya que hay un conflicto generacional que surge entre los adolescentes y su familia, en especial con sus padres. Obregón (1993) comenta que el adolescente pone a prueba su eficiencia y coherencia con la de sus padres, y esto lo lleva a tener relaciones estresantes.

Patterson (1989), Stern y Zevon (1990) y Hoffman (1992) sugieren que la forma como afrontan los adolescentes el estrés, se modifica a medida que el adolescente adquiere nuevas habilidades cognitivas, mayor control emocional y mejor manejo de sus relaciones interpersonales.

No siempre el estrés es malo, cuando los niveles de estrés son bajos, el estrés actúa como factor de motivación para vencer y superar obstáculos. Puede decirse que es un elemento deseable. Pero hay niveles altos de estrés que pueden ser potencialmente perjudiciales para las personas.

La influencia del estrés sobre el bienestar físico y psicológico es algo muy bien documentado (Mainieri, 1999) El estrés ha sido relacionado con enfermedades del corazón, desordenes alimenticios, derrames cerebrales, insomnio, úlceras, dolores de cabeza crónicos, diabetes, depresión y fatiga crónica, es más se habla de que los fetos sufren de estrés in útero. Se estima que de un 50 a 80 por cientos de todos los desórdenes físicos tienen un origen psicosomático o están relacionados al estrés. (Randolfi, 1997)

El científico Bruce S. McEwen, de la Universidad Rockefeller, afirma que cada persona paga un precio por adaptarse a las situaciones estresantes, mediante lo que él denomina "carga alostatica". La define como el desgaste acumulativo que se produce tanto por una actividad extrema o demasiado baja del sistema nervioso central, el eje hipotalámico hipofisiario, el sistema cardiovascular, el metabolismo y inmunológico, los cuales responden al percibir al mundo, el estado de salud y la genética. (Carnegie, 1995)

El personal de salud, particularmente el que trata con pacientes terminales llega a intimar con la muerte, a través de la vida de otras personas. Dichas experiencias pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo con la familia, en especial para las enfermeras que son testigos de aspectos de la vida humana, a los cuales otras personas no están expuestas: por ejemplo dar cuidados a un cadáver o ser testigos de un desfiguramiento traumático o de un grave deterioro físico. (Dickens, 1990)

En este sentido encontramos que Mc-Elioy (1982) trabaja con grupos de enfermeras, a los que llamo Grupos de Apoyo Mutuo en el trabajo. Tales grupos de apoyo para el personal, permite que a través de expresar los sentimientos relacionados con el trabajo y cómo hacer para no sufrir por los cuidados que han de darles a los pacientes y ayudarse a dominar la impotencia producida por la actividad que desarrollan. (Clark, 1985)

Sobre los resultados del curso, hay aspectos como el cualitativo que no son tan fáciles de probar, pero que durante el desarrollo del curso pudimos comprobar y que consideramos que son muy importantes de mencionar, estos aspectos son:

Cuando los alumnos iniciaron el curso los alumnos no conocían la técnica de relajación y ahora ellos la conocen y la practican, esto fue posible comprobar en el desarrollo del curso y la visita al hospital.

Al inicio del curso muchos alumnos no identificaban el estrés y no saben como afrontarlos, ahora los alumnos ya pueden identificar el estrés y cuentan con algunas técnicas que les pueden ayudar a disminuir altos niveles de estrés.

Al inicio del curso los alumnos no conocían el entrenamiento asertivo y ahora lo conocen y lo ejercitan.

Además consideramos que ya que utilizamos tres diferentes instrumentos de evaluación, y con ver los resultados queda por sí sólo demostrado que el curso de estrategias de reducción de estrés ha logrado los objetivos que nos planteamos al programar el curso, ya que hubo cambios de conducta que esperamos lograr en todos los instrumentos postest.

La mayoría de las investigaciones en psicología se interesan en pasar de un análisis descriptivo de los datos a uno inferencial, ya que el inferencial permite probar diferencias significativas y tener criterios de validez y confiabilidad. (Silva.1992)

En el caso de los inventarios que aplicamos en el curso, encontramos que hay diferencias, que nos llevan a concluir que logramos los objetivos planeados.

Hay algunos aspectos que consideramos se deben cambiar, cuando organicemos otros cursos de estrategias de reducción de estrés, como:

Iniciar el curso en la cuarta semana de empezado el semestre, ya que en las primeras semanas hay muchos cambios de plantel o turno que contribuyen a que haya altos niveles de deserción, como nos ocurrió en el curso que impartimos.

Hacer las sesiones cuando menos tres veces a la semana, ya que una vez por semana como lo hicimos en este curso, no hay un seguimiento más continuo y cercano.

Hacer los cursos con grupos más pequeños de diez alumnos como máximo, ya que para un solo instructor es difícil manejar un grupo mayor, pero creemos que solo un instructor debe tener la responsabilidad y libertad de manejar a los alumnos.

El aula donde se impartan las sesiones debe contar con butacas cómodas y debe ser un lugar tranquilo, tal vez, en la Unidad de Seminarios haya un espacio así, ya que en curso que dimos, en las primeras sesiones el aula era muy pequeña, pero semiaislada del ruido y después nos asignaron una aula más grande, pero con mucho ruido.

Se debe tener un seguimiento de los alumnos que hayan tomado el curso de estrategia de reducción de estrés, con reforzamiento de las técnicas de intervención, además de que los alumnos que necesiten sesión individuales tendrán un tiempo y espacio para realizarlo.

Además para pensar en generalizar el curso de estrategias de reducción de estrés para todos los alumnos de enfermería de la ENEP Iztacala es necesario contar con varios Maestros en Modificación de Conducta que tengan como base la Licenciatura en Enfermería, para formar un grupo de trabajo que se identifique con las necesidades de los alumnos de enfermería, ya que estamos ciertas, que una enfermera entiende lo que el alumno de enfermería siente y algunas veces solo con mirarlos sabrá lo que piensa o necesita el alumno.

Con el apoyo de la Jefatura de la Carrera de Enfermería, el programa de estrategias de reducción de estrés, continuará; con el objeto de contar con material para terminar la tesis se hace una pausa, pero queremos continuar en un futuro a mediano plazo.

Finalmente, queremos decir, que hay un largo camino por recorrer ya que, sabemos que tenemos un compromiso moral, de hacer el seguimiento de los alumnos que tomaron el curso, ya que confiaron en nosotros y nos ayudaron aportando datos para la tesis.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## CAPÍTULO 7- BIBLIOGRAFÍA

Aberastury, A y Knobel, M., (1987): La adolescencia normal. Buenos Aires, Editorial Paidós

Acevedo, A. (1987): Aprender jugando 1. México, Editorial Limusa, 57-60

Acevedo, A. (1987): Aprender jugando 2. México, Editorial Limusa, 123-129

Aguilar, K. E., (1987): Cómo ser tu mismo sin culpas. México, Editorial Pax de México

Alonso, P. M. (1998): Estrés, un problema de salud actual. (Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala)

Averill, M.A., (1979): Tesis cognitivas para el tratamiento del estrés. México, Ediciones Roca

Baum, J., (1990): Stress, instructive imagery, and chronic stress. Health Psychology, 9, 653-675

Bernard, M.C., (1987): Behavior, stress, and variability. Behavior Genetics, 18, 293-308

Bruner, B. A., (1957): Psychological cognitive and behavioral aspects of social. Behaviour Research Therapy, 23: 19-28

Carnegie, Mellon, Psychology Department. (1995): How stressed out are others. Journal of Behavioral Medicine 8-23. 234-245

Cannon, W. b., (1935): The wisdom of the body. Psychological Bulletin, 92, 11-135

Clark, C.C., (1980): Burnout Assessment and Intervention. Journal of Nursing Administration, 10 39-43

Clark, A. C., Porter, K.E., (1985): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. New York: Norton, Estados Unidos.

Cohen, F. y Lazarus, R. (1979): Coping with stresses of illness. Stone G; Health Psychology: A Handbook. Hoesey-Bass, Estados Unidos.

Cohen F., Lazarus R.S., (1983): Coping and adaptations and health and illness. En D. Mechanic, Editorial Handbook of health care, and the health professions. New York; Free Press, Estados Unidos, 278-299

Cohen, S. , Manuck, S (1995): Stress, reactivity and Disease. Psychosomatic Medicine. Estados Unidos, Vol. 57 423-426

Cox, W. D., Brady, J.V.(1988): Stress and distress. New York , Pergamon Press, 65-89

Cuaderno de Planeación Universitaria., (1994-1995): Perfil de aspirantes y asignados a bachillerato, técnico en enfermería y licenciatura de la U.N.A.M. Universidad Nacional Autónoma de México, México

Cuaderno de Planeación Universitaria., ( 1997): Perfil de aspirantes y asignados a bachillerato, técnico en enfermería y licenciatura de la UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Deffeubacher. L. J., en Caballo. V. ,(1993): La inoculación de estrés. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta, México, Editorial Siglo Veintiuno

Dikens, H. F., Fuller, J.L., (1990): Stress and immunity: An intergrated view of relation-ships between the bain and immune system. Life Sciences 44, 1995-2008

Engel, G.L., (1956): The need for a new medical model: A Challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136

Epstein, S., Thompson, W.R., (1995): Intervening variables of stress, hassies, and health. Japanese Psychological Research, 31, 143-148

Evans, M. A., Anderson, S.,( 1987): Stress and depressed symptoms . Journal of Consulting and Clinical Psychology , Vol. 65, no. 9 , 1002-1034

Firth, C. J. ( 1987): Emotional distress in junior house officers. British Medical Journal, 297 580-585

Fontana, D., ( 1995): Control del estrés. México, Editorial Manual Moderno.

Fountain, E. P. , Dishion, T. J., (1981): Preventing escalation in problema behaviores with high risk young adolescents. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 34, 545-578

Galernter, N. , Genest, S (1994): Psychology and Health. Capitulo 1 7-30, Illinois, Reasearch Press, Estados Unidos.

Gerbert, B., Maguire, B. ( 1988): Why fear persists: Health Care Professionals and AIDS. Jama 260 23, 3481-3483

- Gunther, K. M. (1986): Stress y conflictos: Métodos de superación. Madrid, España, Segunda Edición. Editorial Paraninfo.
- Hay, D., (1972): The psychological stress os intensive care unit Nursing. Psychosomatic Medicine, 34 109-118.
- Hamberger, L. K., Lohr, J.M., (1984): Stress and stress management: Research and Applications. Springer Publishing Company, New York, Estados Unidos.
- Hooke, J.P., Hurlock, E.B. ( 1978): Psicología de la Adolescencia. México, Editorial Paidós
- Horrocks, J.E., (1984): Psicología de la Adolescencia. México, Editorial Trillas.
- Horrocks, J.E ., ( 1993): Psicología de la adolescencia. México, Editorial Trillas, Cuarta reinpresión.
- Ivancevich, T. G., (1992): El estudio del estrés. México, Editorial Limusa.
- Jayarathne, J.E., Chess, W.A. (1986): Burnout: Its impact on Child Welfare and Their Spouses. Social Work, Jan-Feb; 53-59
- Jenkins, J.F., (1986): Evaluation of Burnout in Oncology Nurses. Cancer Nursing, 9 108-116
- Kazdin, A. E., (1994): Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México, Editorial Manual Moderno
- Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S. , ( 1987): Sigmatization of AIDS parients by pshysicians. American Journal of Plic Health, Vol. 77 789-791
- Lartigue, T., Fernández, V., (1998): Enfermería: Una Profesión de Alto Riesgo. México, Editorial Plaza y Valdes. Universidad Iberoamericana.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1978): Stress-related transactions between person and environment. In L.A. Pervin, Perspectives in interactional psychology 287-327. New York: Plenum
- Lazarus, R. S., Folkman, S., ( 1984): Coping and adaptation. En V.D. Gentry, The handbook of behavioral medicine. New York: Guilford.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., (1986): Estrés y Procesos Cognitivos. Bracelona, España, Editorial Martínez Roca.

- Lazarus, R., (1993): Coping Theory and Research: Past, Present and Future. Psychosomatic Medicine. Vol. 55 234-247.
- Lee, M., Larson R. (1996): Efectiveness of coping in adolescence the case of Korean examination stress. International Journal of Behavioral Development. Dec. Vol. 19 No. 4 851-869
- Mainieri, R.C., (1999): ¿Qué es el estrés? British Medical Journal, 298-300
- Martínez, M.B., Hernández, I.T. (1992): Sociología de una Profesión: el caso de enfermería. México, Editado por el Centro de Estudios Educativos, A.C.
- Mc Kay, M., Davis, M., Fanning P. (1990) Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. España, Ediciones Roca.
- Meichenbaum, D., Jaremko, M. E. (1987): Prevención y reducción del estrés. Bilbao, España, Editorial Desclee de Brouwer.
- Meichenbaum, D., Jaremko, M. (1988): Stress inoculation training. Pergamon Press, New York.
- Meichenbaum, D., (1990): Manual de inoculación de estrés. Universidad de Waterloo, traducción en España, Ediciones Roca.
- Molina, E. G., Rivera, A. R., (1993): Caracterización: pubertad y adolescencia. (Tesis de licenciatura en psicología), México. UNAM, ENEP Iztacala.
- Othersen, M. G., (1999): Secretos para sobrellevar el estrés. Estados Unidos, Revista AWHP's Worksite Health, Vol. 4, No. 3, 40-44.
- Obregón, R. Y., (1993): El adolescente estudiante: experiencia docente. México, Perfiles Educativos. No. 60 53-57.
- Patterson, L., (1995): Adolescent in stress. Journal of Adolescence. Estados Unidos. Vol. 10 39-45.
- Ramírez, E. G., (1996): Psicología pediátrica. ( tesis de Maestría en Modificación de Conducta ). México, UNAM, ENEP Iztacala.
- Randolfi, E. D., (1997): Stress Management and Relaxation Center For The Worksite. Estados Unidos. Perspectives Magazine. Vol. de Octubre 37-44.

- Reynoso, L. E., (1990): Cuide su corazón. México, Editorial Promexa.
- Reynoso, L. E., Selingson, (1995): Aplicación de un modelo de habilidades de afrontamiento en pacientes cancerosos. México, Fotocopiado, UNAM. ENEP Iztacala.
- Reynoso, L. E., Seligson, (1996): Entrenamiento en inoculación de estrés en sujetos posinfartados. México, Fotocopiado, UNAM. ENEP Iztacala.
- Rice, P. L., (1992): Stress and Health. Estados Unidos, Second Edition, Brooks/ Cole Publishing Company, Pacific Grove, California.
- Rimms, D. C., Masters, J.C. (1987): Terapia de la Conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. México, Editorial Trillas.
- Salvat, O. (1988): Estrés. Revista ALCMEON de la Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Mayo 229-274.
- Schneider, P. B. (1987): Psicología aplicada la práctica médica. México, Editorial Paidós.
- Sehwartz, A. E. (1979): Guided Imagery for Groups. Estados Unidos, Whole Person Associates.
- Selye, H. (1956): The stress of life. New York:, Editorial Mc Graw-Hill.
- Selye, H. (1974): Stress without distress. Philadelphia, Lippincott.
- Selye, H. ( 1979): The stress concept and some of its implications. New York: Wiley 11-32
- Selye, H. (1980): The stress concept today. San Francisco Jossey- Bass 127-143
- Siegel, S., Castellan, J. N. (1998): Estadística no paramétrica. Aplicada a las ciencias de la conducta. México, Editorial Trillas.
- Silva, A. R. (1992): Métodos cuantitativos en Psicología. Un enfoque metodológico. México, Editorial Trillas.
- Smith, J. C. (1992): Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación. Un sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación. España, Biblioteca de Psicología, Desclée de Brouwer.

Trujano, P. R., (1986): Establecimiento de un repertorio asertivo y formación como entrenadoras a paraprofesionales de la "Casa-Hogar para servidores domesticas, A. C." en Cuernavaca, Morelos. (Tesis de Maestría en Modificación de Conducta) México, UNAM. ENEP Iztacala.

Valdés, M. , Flores, T. (1985) Psicobiología del estrés. Barcelona, España, Editorial Martínez Roca.

Witkin, G., Lanoil, D. (1984): El estrés de la mujer. México, Editorial Grijalbo.

Wolpe, J. (1985) Práctica de la terapia de la conducta. México, Editorial Trillas.

**CAPÍTULO 8.- ANEXOS****ANEXO 1  
CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Último grado de estudios \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Grupo de enfermería en que estás inscrito \_\_\_\_\_

¿ Quién sostiene económicamente tus estudios ? \_\_\_\_\_

¿Qué esperas del curso-taller ? \_\_\_\_\_

¿Por qué quieres tomar el curso-taller? \_\_\_\_\_

¿Cual será tu compromiso para el curso-taller? \_\_\_\_\_

**ANEXO 4****CUESTIONARIO PRETEST Y POSTEST**

1.- ¿QUÉ EDAD TIENES? \_\_\_\_\_

2.- ¿QUÉ ES EL ESTRÉS? \_\_\_\_\_

3.- ¿DESCRIBE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN? \_\_\_\_\_

4.- ¿CUANDO ALGUIEN TE PIDE QUE HAGAS UNA ACTIVIDAD QUE NO  
PUÉDES REALIZAR, TU QUÉ HACES ? \_\_\_\_\_

5.- ¿TE GUSTA ESCRIBIR? \_\_\_\_\_

6.- ¿QUÉ ES LO QUE ESCRIBES? \_\_\_\_\_

7.- ¿ ESCRIBES TU "QUERIDO DIARIO"? \_\_\_\_\_

8.- ¿ POR QUÉ? \_\_\_\_\_

### ANEXO 3

#### INVENTARIO DE SITUACIONES ESTRESANTES EN EL HOSPITAL PARA ALUMNOS DE PRIMER AÑO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA (MÁRQUEZ, 1998)

---

En seguida se enlistan una variedad de situaciones que pueden ser consideradas como estresantes o no placenteras. Lee cuidadosamente cada una e indica qué tanto te molestó mediante un número del 1 al 6 ( Ver la clasificación más abajo). Por favor contesta en la forma más sincera que te sea posible para poder obtener información precisa.

- 1= No fue molesto
  - 2= Causó muy poca molestia
  - 3= Causó cierta molestia
  - 4= Causó mucha molestia
  - 5= Causó una gran molestia
  - 6= Me causó pánico
- 

#### SITUACIONES

- \_\_\_\_\_ 1.- Entrar al hospital
- \_\_\_\_\_ 2.- El olor del hospital
- \_\_\_\_\_ 3.- El olor de la sala de urgencias
- \_\_\_\_\_ 4.- Hablar con los médicos del hospital
- \_\_\_\_\_ 5.- Hablar con las enfermeras
- \_\_\_\_\_ 6.- Lavarte las manos
- \_\_\_\_\_ 7.- Aplicar un medicamento por vía oral
- \_\_\_\_\_ 8.- Aplicar un medicamento por vía intramuscular
- \_\_\_\_\_ 9.- Observar la exploración a un paciente
- \_\_\_\_\_ 10.- Hablar con los pacientes
- \_\_\_\_\_ 11.- Tocar a los pacientes
- \_\_\_\_\_ 12.- Observar la instalación de una venoclisis

- \_\_\_\_\_ 13.- Tomar la temperatura a los pacientes
- \_\_\_\_\_ 14.- Tomar la presión arterial a los pacientes
- \_\_\_\_\_ 15.- Tomar la respiración a los pacientes
- \_\_\_\_\_ 16.- Tomar el pulso a los pacientes
- \_\_\_\_\_ 17.- Tocar un comodo
- \_\_\_\_\_ 18.- Coloar un comodo
- \_\_\_\_\_ 19.- Ayudar en el tendido de cama de pacientes
- \_\_\_\_\_ 20.- Ayudar a pasar a un paciente al quirófano
- \_\_\_\_\_ 21.- El llanto de los recién nacidos
- \_\_\_\_\_ 22.-Observar como bañan a un bebé
- \_\_\_\_\_ 23.- Tocar a un bebé
- \_\_\_\_\_ 24.- Cambiar el pañal a un recién nacido
- \_\_\_\_\_ 25.- El trato del personal del hospital a los pacientes
- \_\_\_\_\_ 26.- Otros (espefifica qué fue lo que te paso)

**ANEXO 2****INVENTARIO DE ESTRÉS COTIDIANO (ISC)**

(Bratley, P.J; Waggoner, C.D; Jones, G.N; y Rappaport, N. B; 1987)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

En seguida se enlista una variedad de situaciones que pueden ser consideradas como estresantes o no placenteras. Lea cuidadosamente y describe si eso le ha ocurrido dentro de las últimas 24 horas. Si no le ocurrió, escriba una "X" en el espacio respectivo. Si el evento si ocurrió, indique qué tanto le molestó mediante un número del 1 al 7 ( vea la clasificación más abajo). Por favor conteste en la forma más sincera que le sea posible para poder obtener información precisa.

X = No ocurrió en las últimas 24 horas

1 = Sí ocurrió pero no fue molesto

2 = Causó muy poca molestia

3 = Causó poca molestia

4 = Causó cierta molestia

5 = Causó mucha molestia

6 = Causó una gran molestia

7 = Me causó pánico

**SITUACIONES**

- 1.- \_\_\_\_ Desempeñe pobremente una tarea
- 2.- \_\_\_\_ Me desempeñe pobremente debido a otra persona
- 3.- \_\_\_\_ He pensado en un trabajo que he terminado
- 4.- \_\_\_\_ Me he apurado para cumplir con un criterio de tiempo
- 5.- \_\_\_\_ Se me ha interrumpido durante una tarea o actividad
- 6.- \_\_\_\_ Alguien echó a perder mi trabajo ya completo
- 7.- \_\_\_\_ Hice algo en lo cual no soy muy hábil
- 8.- \_\_\_\_ No fui capaz de terminar una tarea
- 9.- \_\_\_\_ He sido desorganizado
- 10.- \_\_\_\_ Se me ha atacado o criticado verbalmente

- 11.- \_\_\_\_ He sido ignorado por otras personas
- 12.- \_\_\_\_ He hablado o actuado en público
- 13.- \_\_\_\_ He tratado con un mesero / dependiente / vendedor, rudo
- 14.- \_\_\_\_ Se me ha interrumpido mientras hablo
- 15.- \_\_\_\_ Se me forzó a socializar
- 16.- \_\_\_\_ Alguien rompió una promesa o cita
- 17.- \_\_\_\_ Competí con alguien
- 18.- \_\_\_\_ Me han clavado la vista
- 19.- \_\_\_\_ No he oído nada de alguien de quien esperaba oír algo
- 20.- \_\_\_\_ He sido malentendido
- 21.- \_\_\_\_ He estado en una situación embarazosa
- 22.- \_\_\_\_ Hice mal una tarea
- 23.- \_\_\_\_ Me despertaron mientras dormía
- 24.- \_\_\_\_ He olvidado algo
- 25.- \_\_\_\_ He temido estar enfermo
- 26.- \_\_\_\_ Me he sentido enfermo
- 27.- \_\_\_\_ Alguien prestó algo sin mi permiso
- 28.- \_\_\_\_ Algo de mi propiedad ha sido dañado
- 29.- \_\_\_\_ He tenido un accidente menor ( he roto algo, rasgar ropa)
- 30.- \_\_\_\_ He pensado en el futuro
- 31.- \_\_\_\_ Se me acabó un artículo personal
- 32.- \_\_\_\_ He discutido con mi novio o novia

- 33.- \_\_\_\_ He discutido con otra persona
- 34.- \_\_\_\_ He esperado más de lo deseado
- 35.- \_\_\_\_ Me han interrumpido mientras pensaba / Descansaba
- 36.- \_\_\_\_ Alguien se metió en la "cola" delante de mí
- 37.- \_\_\_\_ Me desempeñe mal en el deporte / Juego
- 38.- \_\_\_\_ Hice algo que no quería hacer
- 39.- \_\_\_\_ He sido incapaz de completar todos los planes del día
- 40.- \_\_\_\_ Vi un programa de T.V., espectáculo, película, libro perturbador
- 41.- \_\_\_\_ Extravié algo
- 42.- \_\_\_\_ Me ha preocupado mi apariencia personal
- 43.- \_\_\_\_ He estado expuesto a una situación u objeto de miedo

¿Alguna otra situación que haya faltado? Por favor escribalas:

44.- \_\_\_\_\_

45.- \_\_\_\_\_