



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Estrés en estudiantes de enfermería una comparación:
FES Iztacala y Escuela de Enfermería Hospital Juárez de México”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A (N)

Adriana Cruz Vázquez

Directora: Mtra. Araceli Silverio Cortés

Dictaminadores: Mtra. Juana Ávila Aguilar

Mtra. Teresa García Gómez



Los reyes Iztacala, Edo. de México, agosto 2014



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.

ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	7
Capítulo 1: Antecedentes históricos y formación del concepto Estrés.....	12
1.1. Eustress y distress.....	19
1.2. Respuestas psicofisiológicas.....	20
1.3. Causas	21
1.4. Consecuencias.....	25
1.4.1 Fisiológicas.....	25
1.4.2 Psicológicas.....	27
1.4.2.1 Síndrome de Burnout.....	27
1.4.2.2 Burnout académico	32
1.5 Instrumentos de medida de estrés	35
Capítulo 2: Afrontamiento.....	36
2.1 Estrategias de afrontamiento.....	39
2.2 Estrategias de intervención del estrés.....	40
2.2.1Relajación muscular.....	41
2.2.2 Desensibilización sistemática.....	41
2.2.3 Inoculación del estrés.....	42
2.2.4 Reestructuración cognitiva.....	44
▪ Terapia Racional Emotiva.....	44
▪ Terapia Cognitiva de Beck.....	44
2.2.5Otras técnicas de corte cognitivo-conductual.....	45
2.2.6 Ejercicio físico.....	46
2.3 Salud, enfermedades y estrés.....	47
Capítulo 3: Estrés académico.....	50

3.1 Modelo explicativo del estrés académico	51
3.2 Estrés en la carrera de enfermería.....	55
3.3 Estrés en profesionales de enfermería	57
3.4 Burnout en enfermería	63
Capítulo 4. Formación de la Enfermería en México.....	69
Metodología.....	74
Resultados.....	78
Análisis de resultados.....	94
Discusión.....	100
Conclusiones.....	106
Bibliografía.....	110
Anexos.....	124
Anexo A.....	125
Anexo B.....	132

AGRADECIMIENTOS

A Antonia mi mamá por ser mi amiga, porque siempre me has impulsado a salir adelante, por todos tus consejos y por tu apoyo, por ser la mejor del mundo.

A Jaime mi papá por ese apoyo incondicional que me brindas día a día, por ser un ejemplo de crecimiento y constancia.

A Javier mi hermano por tu tiempo, por todos tus consejos y el apoyo que siempre me has dado.

A mis amigas por ser esas hermanas y cómplices en mis etapas de crecimiento, por el apoyo que me dan -Ana, Rebeca, Any, Maru, Jaz-.

A mis tías por ser ese ejemplo de mujeres independientes y fuertes.

A Miguel por apoyarme y siempre creer en mí, por darle esa luz a mi vida.

A mis maestras Araceli Silverio Cortés, Juana Ávila Aguilar y Teresa García Gómez por mostrarme lo maravilloso de la psicología y hacer que creciera mi amor por la misma, por sus enseñanzas, su paciencia, por su apoyo y por confiar en mí.

Al psicólogo Luis Herrera Cruz, a la L.E.O. Ma. Guadalupe Escobedo Acosta, a la Dra. Michelle Charlier Kuri y al Dr. Carlos Viveros Contreras por permitirme estudiar a los alumnos del Hospital Juárez de México.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi casa de estudios, por brindarme un excelente desarrollo académico y ser un lugar del que no solo me llevo aprendizajes profesionales sino también experiencias de vida.

A Dios por permitirme llegar a donde estoy, por estar conmigo siempre, por todo lo bueno que me rodea y por la vida misma.

Gracias.

RESUMEN

Debido a que hoy en día el estrés es un fenómeno que ha cobrado importancia por su presencia en diversas poblaciones a nivel mundial, resulta ser tema de interés y estudio científico por sus efectos sobre la salud psicológica y física en las personas. Cabe resaltar que se ha visto que el estrés afecta principalmente a individuos que tienen que lidiar con las exigencias de la vida moderna, como lo son los estudiantes, especialmente de nivel licenciatura, debido a demandas biopsicosociales que experimentan día a día. Tomando esto en cuenta, la presente investigación tuvo como objetivo identificar si existían diferencias en el nivel de estrés académico en estudiantes de la carrera de Enfermería y Obstetricia de dos instituciones que comparten el plan de estudios y tienen un tipo de contexto de estudios diferente para conocer el impacto que tienen éstos dos en los estudiantes, particularmente se trató de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México. Asimismo se buscó identificar el tipo de conductas de estrés y el tipo de estrategias de afrontamiento de estos estudiantes.

Para tal objetivo se empleo un diseño no experimental transeccional descriptivo, se aplicó el inventario SISCO del estrés académico a un total de 71 estudiantes. Los resultados señalaron que el cien por ciento de los estudiantes presentó estrés, en general en nivel medio, presentando principalmente *somnolencia*, *problemas de concentración* y *cambios en el consumo de alimentos* y predominó *la habilidad asertiva* como su

estrategia de afrontamiento. Los resultados se analizaron con la prueba *t de student* y se observó que los alumnos de ambas instituciones tuvieron puntajes similares en el inventario. Los datos permiten concluir que el plan de estudios y el contexto tuvieron un impacto análogo en ambos grupos, y que no hubo diferencias significativas en los alumnos estudiados. Asimismo se puede concluir que es oportuno que los estudiantes aprendan nuevas y mejores estrategias de afrontamiento, siendo un momento adecuado para su atención antes de que se presenten altos niveles de estrés y evitar sus graves consecuencias.

INTRODUCCIÓN

De la relación de cada persona con su medio y las actividades individuales de su organismo surgen estados los cuales influyen de manera somática en cada uno, y resultado de esto se presenta el estrés. El estrés se entiende como un exceso de demandas ambientales sobre la capacidad del individuo para resolverlos, considerando además las necesidades del sujeto con las fuentes de satisfacción de esas necesidades en el entorno laboral. El estrés es algo habitual en la vida de las personas, no puede evitarse, ya que cualquier cambio al que debamos adaptarnos representa estrés. Los sucesos negativos, daño, enfermedad o muerte de un ser querido, son hechos estresantes, así como los sucesos positivos.

En nuestra sociedad actual se ha evidenciado que resulta interesante estudiar a la población de enfermería como profesión en el área de la salud dedicada a la prevención y la promoción de la salud ya que está directamente relacionada con eventos estresantes como la emergencia de la salud.

Así, factores interpersonales como el estado civil, económico, la falta de habilidades sociales, solución de problemas, y factores laborales como sobrecarga de trabajo, situaciones críticas y problemas con relación al tiempo de trabajo, tiempo en hospital, edad, turnos inadecuados, condiciones del lugar de trabajo, errores cometidos, muerte de un paciente y sentirse desvalorizado contribuyen al estrés en esta población.

Cabe destacar que el Profesor Hans Selye, en el segundo simposio internacional sobre el dominio del estrés advirtió del peligro que corremos: *“El hombre moderno debe dominar su estrés y aprender a adaptarse, pues de lo contrario será condenado al fracaso profesional, a la enfermedad y a la muerte prematura”* (Bensabat, 1994).

Con lo que respecta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) el estrés es definido como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”. Entonces, según la OMS, a inicios del presente siglo, las enfermedades provocadas por el estrés habrán superado a las enfermedades infecciosas y se consideraba que en el año 2010 en América Latina y el Caribe, serían más de 88 millones de personas con trastornos afectivos desencadenados por el estrés, y es que los estresores de la vida originan que las

personas se ubiquen en una situación incómoda emocional y somáticamente, debiendo buscar la forma de cómo responder ante sus problemas.

El estrés está relacionado con diversas alteraciones tanto fisiológicas como psicológicas; y ocurre que una de las poblaciones que frecuentemente se ve expuesta a éste son los estudiantes y profesionales de la salud.

Estudios han relacionado el estrés con la ideación suicida, los estudios realizados con estudiantes adolescentes muestran prevalencias de ideación suicida muy altas, que van desde 26% hasta un 50% (González-Forteza, Borges, Gómez y Jiménez, 1996).

En nuestro país, en 2006 Hernández y Gómez indicaron la importante correlación entre los sucesos de vida estresantes y el riesgo suicida, ante un mayor número de sucesos en los jóvenes (13-18 años) el riesgo suicida aumenta.

En 2007 Martín mencionó los efectos del estrés sobre la salud que se presentan en ansiedad, consumo de tabaco, cafeína, fármacos, alteraciones del sueño, y un mayor nivel de estrés durante el periodo de exámenes, un deterioro académico, además de un descenso en el autoconcepto académico. En concordancia Mendoza y colaboradores, en 2010 encontraron en alumnos de enfermería como consumo de estimulantes, alteraciones del sueño y alimentación.

Fernández (2009) comprobó las relaciones, asociaciones y predicciones que existen y en qué grado entre las variables estrés percibido, estrategias de afrontamiento, sentido de coherencia, salud psicológica y estabilidad emocional en alumnos universitarios, encontrando relación entre las cinco variables, además de sí existe mayor coherencia habrá más estabilidad emocional y menor será el estrés; conjuntamente, la extraversión se relaciona positivamente con una alta coherencia, alta autoestima, alta satisfacción en los estudios, la percepción de salud psicológica y menor estrés.

En 2010 Gonzales, Fernández y Freire concluyeron que los estudiantes de ciencias de la salud perciben como estresantes las dimensiones del proceso de enseñanza y aprendizaje.

En nuestro país, en el estado de Veracruz, Francisco en 2009 realizó un estudio para determinar los principales estresores del personal de enfermería en el Hospital de Minatlan, aplicó la Nursing Stress Scale de Gray & Anderson(2002; en: Francisco, 2009) a 41 enfermeras y encontró que los principales estresores son la carga de trabajo, que corresponde al ambiente físico, seguido de la muerte y sufrimiento (de los pacientes), así como la incertidumbre en el tratamiento, los cuales corresponden al ambiente psicológico.

Así mismo Barrios y Carvajal (2010) concluyeron que los síntomas más presentados en relación al estrés eran los síntomas físicos, es decir, el dolor de espalda, cansancio, fatiga y agotamiento, pesadez y opresión en cuello, seguidos por la ansiedad como síntoma psicológico.

Por su parte Benavente, Quispe y Callata (2010) en su estudio sobre la relación entre estrés y afrontamiento en estudiantes de enfermería concluyeron que el evento más estresante fue “la proximidad de exámenes finales”.

Barreto de Costa, Mambelli, Neves, Pagliarini y Macon (2011) destacaron que las instituciones hospitalarias desencadenan estrés, se relacionan con tensión, ansiedad y miedo y además con las habilidades de enfrentamiento. Teniendo la premisa que el ambiente hospitalario y el cuidado a los pacientes desencadenan estrés, buscaron conocer los síntomas, los estresores y los recursos de enfrentamiento en el Hospital Universitario del este de Paraná, Brasil para ello aplicaron un cuestionario sobre los eventos estresantes en el trabajo y sus estrategias de enfrentamiento al estrés, y el inventario de Síntomas de Estrés para Adultos (ISSL) a 139 sujetos de cuatro categorías de personal de salud: técnicos en enfermería, auxiliares de enfermería, enfermeros generales y a los médicos, encontrando que la enfermería en general presentó el mayor nivel de estrés siendo el 60.4%, y de esa cifra el 44.6% estaban en la etapa de *resistencia* siendo ésta la que predominó (en comparación con la fase de *agotamiento* que fue la menos presentada). Además encontraron mayor incidencia de los síntomas físicos (36.7%), siguiéndoles los físicos/psicológicos (16.5%) y los por último los psicológicos (7.2%).

López y López en 2011 estudiaron las situaciones generadoras de estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas en la Universidad de Murcia y

notaron que la principal fue los “resultados de la evaluación de las prácticas”, “desconocimiento ante una situación clínica” y el “riesgo a dañar al paciente”.

En este sentido una de las poblaciones expuesta a grandes niveles de estrés son los enfermeros universitarios, datos que son realmente significativos, debido a que como estudiantes presentan niveles de estrés, y si no aprenden como afrontarlo, una vez que sean profesionales tendrán gran probabilidad de presentarlo, pero esta vez de manera laboral, ya que continuarán con formas inadecuadas de afrontamiento y acumulando estresores, situación que como es sabida repercutirá en su estado de salud física y psicológica (a corto y largo plazo) y así como en su desempeño profesional, lo cual representa una amenaza, ya que son elementos indispensables en el ambiente hospitalario. Además hay evidencia de que puede tener impacto en la calidad del servicio que se brinda, presentando apatía, actitudes negativas hacia su trabajo, falta de atención a los pacientes, así como burnout (deshumanización, fracaso laboral y personal), siendo esto un dato interesante debido a que las enfermeras (os) pueden llegar a atender hasta a cien personas en un solo día.

Por lo cual surge el interés en la relación de estrés y la salud integral de dicha población en la actualidad, quienes están en pro de la salud, pues es un punto importante que compete a los psicólogos para así en un futuro aportar datos al afrontamiento del estrés y de esta manera se intervenga antes de que perjudique psicológica y físicamente a este tipo de profesionales. Por ello es importante detectar el nivel de estrés y los principales causales, para que posteriormente se lleven a cabo estrategias de afrontamiento y cuenten con las herramientas necesarias en la práctica profesional.

De acuerdo a la literatura revisada no se han encontrado estudios de estrés específicamente en estudiantes de enfermería en población mexicana, es por ello que mi interés se enfocó a realizar un estudio en el cual se pudiera contrastar dos instituciones que impartieran la carrera de enfermería para medir el nivel de estrés de los alumnos, teniendo además la interrogante de si existen diferencias significativas en el nivel de estrés en una institución exclusivamente académica y una institución con un contexto hospitalario. Para esto también se tomó en cuenta que el plan de estudios y la diferencia del contexto puede influir en la enseñanza, así como en las demandas del ejercicio académico, y por ende en la presencia del nivel de estrés. Por tal razón, particularmente se escogieron la Facultad de

Estudios Superiores Iztacala y la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México, ya que ambas instituciones cuentan con planes de estudios similares (la FES Iztacala UNAM tiene una convalidación respecto al plan de estudios con la actualización de 2012, con un total de créditos de la carrera de 425, y la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México cuenta con mismo el plan de estudios de la ENEO [Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM] habiendo un total de 430 créditos de la carrera, y contando un contexto hospitalario desde el inicio de la carrera, y un número mayor de horas de estudio), ambas cuentan con prácticas clínicas de acuerdo a las demandas que requiere su carrera, además de que el contenido de las materias que cursan da como resultado que al término de sus estudios cuenten con una adecuada y eficiente formación para ejercer su profesión dando atención de calidad.

Facultad de Estudios Superiores Iztacala	Escuela de enfermería Hospital Juárez de México
Licenciatura en enfermería	Licenciatura en enfermería
Área 1. Bloque específico	Área 1. Bloque 1.
3° semestres tiene un total de 50 créditos	3° semestres tienen total de 55 créditos
Créditos totales de la carrera: 425	Créditos totales de la carrera: 430
Contexto: Universidad- FESI	Contexto: Hospitalario- H.J.M.

NOTA: Facultad de Estudios Superiores Iztacala es una de las cedes de la UNAM que imparte la carrera de Enfermería y Obstetricia, la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México forma parte de la Secretaría de Salud y está incorporada a la UNAM (teniendo ambas el plan de estudios de la ENEO-UNAM).

Tomando en cuenta estos datos y debido a que no se encontraron estudios comparativos en dos grupos de instituciones académicas de este tipo, el presente estudio pretende enriquecer la información del estrés en estudiantes de enfermería.

Con base a lo anterior surgen las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el nivel de estrés en los alumnos de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en comparación con los alumnos de la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México de igual semestre?
- ¿Cuáles son las reacciones psicológicas, físicas y conductuales de los estudiantes de enfermería ante el estrés?
- ¿Qué acciones llevan a cabo para afrontar el estrés?

El objetivo general de la investigación es identificar si existe diferencia significativa en el nivel de estrés académico de estudiantes de la carrera de enfermería en función al impacto que genera el plan de estudios en la FESI y la Escuela de enfermería del Hospital Juárez de México.

Los objetivos particulares de este proyecto son:

- Describir el nivel de estrés académico en ambas poblaciones.
- Identificar el tipo de conductas de estrés de mayor frecuencia.
- Identificar el tipo de estrategias de afrontamiento en ambas poblaciones.

De esta manera el presente proyecto pretende identificar en qué medida se presenta estrés en estudiantes de enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y los de la “Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México” en función de su plan de estudios y con qué técnicas de afrontamiento cuentan los futuros enfermeros (as) para enfrentar las cargas de trabajo y variedad de situaciones que generan estrés en su desempeño como cuidadores primarios y/o secundarios en el área hospitalaria.

En primera instancia se recogen los aspectos más importantes del estrés, para posteriormente profundizar su relación con los estudiantes universitarios de enfermería con la finalidad de resaltar su relevancia no solo a nivel personal, es decir, psicológica sino también social llegando hasta el ámbito laboral y a nivel institucional, en el ámbito de la salud.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y FORMACIÓN DEL CONCEPTO ESTRÉS

Cuando un individuo está expuesto a las constantes demandas medioambientales, ya sea por sus relaciones interpersonales, por su desarrollo profesional u otras circunstancias que requieran la realización de una tarea, utiliza los recursos personales para sobrellevar la situación, sin embargo cuando las demandas superan dichos recursos, se presenta un estado de tensión nerviosa, manifestando ansiedad la cual hace que el organismo del individuo desencadene una serie de respuestas psicofisiológicas con la finalidad de adaptarse, es decir, lograr un equilibrio mediante acciones *aloplásticas*, orientadas a modificar el ambiente, o *autoplásticas* dirigidas a modificarse a sí mismo, este proceso es tan común y es definido como estrés, una situación que todas las personas han experimentado alguna vez en su vida.

Durante mucho tiempo la medicina se aferró a la idea de que el estrés era una reacción convergente de alarma, íntimamente relacionada con la actividad y relaciones biológicas simpático-adrenales, con ruptura homeostática incluida.

Al respecto, el estrés es una reacción natural y necesaria para la supervivencia, es decir un estado adaptativo, es una respuesta ante demandas o presión en donde nuestro sistema realiza cambios para adaptarnos a la situación, lo cual va a depender de cada sujeto. Al estrés también se le conoce como un “mensajero cerebral químico”, debido a que las células cerebrales se comunican entre sí mediante "mensajeros químicos"; así cuando la persona está expuesta a niveles altos de estrés ésta comunicación comienza a deteriorarse.

Las primeras definiciones al concepto fueron en el siglo XIV, donde el término de estrés fue tomado del latín (*stringere*: tensar o estirar) y utilizado por el idioma inglés (*strain*: tensión) para describir la opresión, la adversidad y la dificultad (Moscoso, 1998. En: Correché y Labiano, 2003). Asimismo fue usado para referirse a sufrimientos, apuros, adversidades o aflicciones (Lumsden, 1981. En: Lazarus, 1999). Después en el siglo XVII, el concepto se generalizó ya que, Robert Hooke hizo una contribución, formulando un análisis de ingeniería de estrés el cual tuvo una gran influencia en el siglo XX (Lazarus, 1999).

Posteriormente, el estudio científico del estrés se inició en 1867, cuando el fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que los cambios externos en el ambiente podrían perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos es mantener la estabilidad en ellos y las condiciones del entorno.

Más tarde, en 1922, el fisiólogo norteamericano Walter B. Cannon propone el término *homeostasis*, para refiriéndose a la cualidad de un ser vivo de mantener una relación en equilibrio con su medio interno, en un principio llamado equilibrio *físico-químico esencial*, descrito en su obra *The Wisdom of the Body*.

Posteriormente, en 1929 en sus estudios sobre el proceso fisiológico implicado en el mantenimiento de la homeostasis corporal, Cannon observó la respuesta de *ataque-huida*, respuestas automáticas que emiten los organismos en defensa de estímulos amenazantes externos o internos, la cual conlleva una serie de sucesos que activan el sistema nervioso simpático y el sistema endocrino. Como consecuencia ocurre una elevación en los niveles de adrenalina y noradrenalina en la sangre, junto a un incremento de la tasa cardíaca, la presión sanguínea, el azúcar en sangre, la tasa respiratoria y el movimiento de la sangre desde la piel hacia los músculos (Cannon, 1932).

De igual forma acuñó el concepto “estrés crítico”, para definir el nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar, y a partir del cual empiezan a fallar los mecanismos homeostáticos, con la consiguiente alteración del equilibrio interno y el desarrollo de estados patológicos.

A mediados de 1936, el fisiólogo y médico Hans Selye de la Universidad de Montreal realizó una serie de experimentos que consistían en inyectar extractos ováricos en ratones sometidos bajo un estrés crónico manifestaban un conjunto de signos y síntomas particulares; descubrió que los sistemas orgánicos iniciales y principales que se activan como respuesta al estrés son, a saber: el *sistema nervioso* y el *sistema endocrino*. Selye observó que existía algún mecanismo en el cuerpo que responde de manera general a los “agentes nocivos” externos; de esta manera, identificó el estrés basado en “leyes biológicas demostrables” que años después asociaría al “síndrome de solo estar enfermo” y lo definió ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “síndrome o conjunto de reacciones

fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química” y lo denominó como el Síndrome de Adaptación General (SAG).

Así, sentó las bases del conocimiento de los cambios funcionales orgánicos, entonces según Selye (1935): "El estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga". Dicha respuesta puede ser de tipo psicológica (mental) o fisiológica (física/orgánica). A esto le llamó el *Síndrome de Adaptación General* y, basado en las respuestas fisiológicas de éstos animales, lo dividió en tres fases muy particulares, conocidas como: alarma (pelear o huir), resistencia (adaptación) y desgaste (fatiga, deterioro). El SAG representa un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas generales ante las demandas de un estrés (positivo o negativo). Es una tríada de procesos de adaptación sucesivos como respuesta a los estímulos continuos (a largo plazo o crónico) del estrés. Las funciones orgánicas del cuerpo humano se modifican automáticamente, así pueden ajustarse a los estresores constantes que lo perturban en su medio ambiente psicosocial y físico. Este síndrome de adaptación se desarrolla en tres etapas:

1. *Reacción de Alarma*: el organismo se percata del agente nocivo (estresor), hay alteraciones psicológicas, se activa el sistema nervioso simpático y la corteza y médula de las glándulas suprarrenales (glucocorticoides y adrenalina) para movilizar los recursos energéticos necesarios que harán frente a la situación, hay una disminución de las defensas generales del organismo, y serie compleja de modificaciones bioquímicas que tratan de compensar este estado de excesiva actividad, inestabilidad del nivel de glucosa en la sangre, descargas masivas de adrenalina, aumento del catabolismo general de los tejidos, excitación cardíaca, liberación de las hormonas noradrenalina, epinefrina y cortisona, aumento del tono muscular y trastornos gastrointestinales difusos.

2. *Etapa de Resistencia*: Las defensas alcanzan un nivel superior a lo normal. La duración depende de la intensidad del estímulo del agente estresor, hay un cierto número de variables que pueden contribuir o no a que el organismo logre llegar a esta adaptación. El cuerpo reacciona directamente con la fuente de estrés, olvidando su resistencia a otros estresores.

3. *Etapa de Agotamiento*: Habiendo superado las dos primeras, es aquí donde las defensas generales vuelven a disminuir hasta llegar a un nivel muy bajo. Fallan todas las estrategias de adaptación y los signos de reacción comienzan a hacerse irreversibles. Si el agente estresor continua actuando, el organismo puede sucumbir; pueden producirse síntomas patológicos, enfermedad e incluso la muerte.

Según Seyle (1951), los fenómenos más destacados de la reacción de estrés, serían: “aumento de tamaño de la corteza suprarrenal, con signos histológicos de hiperactividad; involución timolinfática, con manifestaciones típicas en el cuadro hemático (eosinopenia, linfocitopenia, polinucleosis); ulceraciones en el tracto digesto y múltiples reacciones inespecíficas del tipo del shock y estados análogos.

En otros estudios, se encuentra que la definición de estrés de Lazarus y Folkman (1986) explica que “el estrés psicológico es el resultado de 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”; estos autores se centran en la relación entre la persona y su entorno, y en la apreciación, es decir, la valoración cognitiva por parte de la persona de que su entorno le exige demasiado o sobrepasa sus recursos y es perjudicial para su bienestar. Por lo tanto, la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante. En concreto, dieron mucha importancia a la evaluación que hace el sujeto de su entorno.

Mencionaron entonces que el que se dispare la respuesta de estrés depende principalmente de aspectos perceptivos. La activación fisiológica desencadenada por la evaluación que el sujeto hace de la situación y de sus habilidades para hacerle frente (evaluación primaria y secundaria) (Lazarus y Folkman, 1984) pone de relieve, una vez más, la importancia de los aspectos cognitivos como determinantes de la respuesta de estrés (Labrador, 1992). Entonces la evaluación cognitiva funciona como mediadora entre los estímulos y las reacciones de estrés. Finalmente tomaron en cuenta el elemento emocional que conlleva esta situación.

Dichos autores vieron el estrés como un proceso que incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos y que además añade la interacción entre la persona y el ambiente (Lazarus y Folkman, 1986).

Derivado de ésta definición, y dada la importancia que toma las valoraciones cognitivas Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos de evaluación:

- **Primaria.** En la que la persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación es que la situación sea considerada como: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. En este último caso se admiten tres modalidades: amenaza (anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aún no ha ocurrido), daño-pérdida (el individuo recibe un perjuicio real, ya se ha producido daño y lo puede volver a sufrir) y desafío (el individuo valora la situación como un reto, ve la amenaza pero considera que es capaz de superarla si emplea adecuadamente sus recursos, se interpreta como la posibilidad de aprender o ganar). La amenaza y el desafío son evaluaciones anticipatorias.

- **Secundaria.** Se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles y un pronóstico de si cada opción tendrá o no tendrá éxito a la hora de abordar el estresor. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento (coping) y el apoyo social y material. Con la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento y las estrategias, habilidades y capacidades que exige la situación. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. La autoeficacia es una variable clave en el proceso de evaluación como mediador entre las estructuras cognitivas y el resultado de la situación estresante (Karademas y Kalatzi-Azizi, 2004).

- **Reevaluación.** Implica procesos de retroalimentación o feedback que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el proceso mismo de afrontamiento. La reevaluación se refiere por tanto al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno y es debida a que las apreciaciones cambian constantemente a medida que se dispone de nueva información.

Es necesario destacar que los estímulos en sí mismos no se pueden catalogar como estresantes, sino cada individuo da la importancia y clasificación de estresantes o no de acuerdo a sus órganos receptores, los sentidos, la administración subjetiva de los mismos y las creencias.

En concreto la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante o no y se debe tomar en cuenta que las diferencias individuales juegan un papel significativo en los procesos de estrés. Factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en los resultados de salud.

Así se dieron diversas expresiones de la palabra estrés, pues en su definición Lazarus lo plantea como una fuerza externa ejercida en un sistema social, fisiológico o psicológico sobre el organismo. Por ello en los modelos de estrés, suponen que la “fuerza” es similar a un estímulo estresor externo y la tensión es la reacción ante el estímulo (Lazarus, 1999).

Posteriormente Lazarus señaló que el estrés es parte del estudio de las emociones, afirmando que los conceptos estrés, emociones y afrontamiento forman una unidad conceptual, y que centrarse en las emociones durante el proceso de estrés da más información sobre el proceso (Lazarus, 1999).

De esta manera la etiología del estrés desde su descubrimiento ha mantenido el interés por parte de la comunidad científica, es así que ha tenido diversas definiciones de naturaleza fisiológica, como de naturaleza psicológica, donde ambas tienen gran valor, pues

no podemos separarlas o enfocarnos solo en una para su estudio, ya que han aportado datos relevantes.

1.1 Eustress y distress

Por otra parte, el año 1956 en su obra *The Stress of Life*, Selye publicó la clasificación del estrés en dos tipos: el estrés agudo o *eustress* y el estrés crónico o *distress*.

En el *estrés positivo eustres* se activa ante una emergencia de forma automática. Es constructivo en cuanto a que el problema se percibe claramente, se interpreta con mayor rapidez y se toma una decisión inmediatamente, en relativa armonía (Selye, 1974). Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su normal funcionamiento. Se caracteriza porque la estimulación y la activación que se desencadenan permiten alcanzar resultados positivos y como consecuencia satisfacción. De esta manera se puede tener una actitud de confianza en relación a la vida.

Actualmente el concepto de eustrés se conoce con el nombre de activación biológica; y juega un importante papel en la supervivencia del individuo pues es indispensable para el desarrollo, funcionamiento y adaptación del organismo al medio. Esta activación biológica es posible gracias a dos factores:

- El incremento de la vigilancia (arousal), que se produce por el incremento de la actividad reticular al recibir los estímulos sensoriales, y que se traduce en cambios ostensibles en la agudeza perceptiva y en la sincronización músculo-visceral.
- Los efectos energizadores de la respuesta emocional, determinada por el procesamiento límbico de la información biológica.

En nuestra sociedad predomina la idea de que el estrés es una experiencia nociva, sin embargo, esta concepción negativa del estrés no siempre es cierta. El estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos. Gracias al *eustrés*, se puede tener la satisfacción de alcanzar las metas.

En cambio el *estrés negativo o distreses* el estrés en exceso el cual es nocivo para el organismo, se tiene una sensación de que no se puede dar una respuesta efectiva y el cuerpo sufre una activación psicofisiológica desagradable: emociones, sensaciones corporales,

sentimientos y pensamientos que generan malestar, los estímulos pueden llegar a producir diversas enfermedades y trastornos por el desgaste de energía que se necesita y que no le da tiempo al organismo para recuperarse. También aumenta la vulnerabilidad psicológica y física del individuo. Si las experiencias de distrés son muy frecuentes, se inicia un proceso con consecuencias nocivas para la salud física y mental.

El estrés debería ser visto como un continuum en el cual un individuo puede estar en un estado de eustrés, distrés medio/moderado o distrés severo. La progresión a lo largo del continuum eustrés-distrés es subjetiva, depende de la relación entre el individuo y su medio. El estrés es un fenómeno subjetivo basado en percepciones individuales que da lugar a positivas (eustrés) o negativas (distrés) perspectivas (Fernández, 2009).

1.2 Respuestas psicofisiológicas

Como ya se mencionó anteriormente el estrés es un “mensajero cerebral químico”, debido a que las células cerebrales se comunican entre sí mediante "mensajeros químicos"; cuando la persona está expuesta a niveles altos de estrés ésta comunicación comienza a deteriorarse. Existen tres "mensajeros" cerebrales que controlan el sueño, los niveles de energía y las sensaciones de dolor y placer, estos son la serotonina que es la encargada del reloj interno y por lo tanto los ciclos del sueño, la noradrenalina, que es la encargada de los niveles de energía, y la dopamina encargada de la percepción del dolor y del placer, que actúan en armonía cuando hay una tranquilidad y estabilidad en la persona, de no ser así se da una falla en estos mensajeros lo cual dará como resultado problemas para conciliar el sueño, la persona no despertara descansado después de dormir, tendrá falta de energía, puede que se presenten dolores musculares y de ser así también se puede tener sensación de angustia o tristeza. A ésta condición se le llama "sobre-stress".

Ciertos químicos al igual que ciertas drogas pueden temporalmente restaurar la función de los mensajeros o transmisores cerebrales pero no completamente, ni por mucho tiempo. A éstas sustancias las llamaremos "levanta-muertos". El uso de los levanta-muertos causa una sensación de bienestar similar al de una montaña rusa. Donde las personas empiezan a sentir desesperación por cualquier cosa que las haga sentir mejor. Con frecuencia utilizan "calmantes" recetados por su doctor o adquiridos ilegalmente.

Algunos de los síntomas a nivel fisiológico son: dolor de cabeza, insomnio, aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial alta, indigestión o problemas estomacales, pérdida o aumento del apetito, diarrea o estreñimiento, dolores musculares y contracturas, alteraciones de la piel, fatiga, opresión en el pecho, sudoración, sequedad en la boca, temblor corporal, disfunción sexual, ansiedad.

A nivel psicológico: nerviosismo, ansiedad, ganas de llorar, depresión, deseos de gritar, pánico, dificultad de atención y memoria, lentitud de pensamientos, cambios de humor constantes, entre otros. Así, de esta manera queda sentado que el estrés es tanto un estado físico, como mental, el cual siguiendo la línea cognitivo conductual, tiene cogniciones, valoraciones subjetivas de la situación y conductas, las cuales son exigidas al individuo.

1.3 Causas

Las variables estresantes provienen de dos fuentes básicas: nuestro entorno (referente a las condiciones ambientales, como el ruido, aglomeraciones, etcétera.), nuestro cuerpo (dimensión fisiológica) y los pensamientos que éste genere (dimensión cognitiva). En relación a esto cualquier situación que la persona perciba como una demanda o una amenaza o que exija un rápido cambio es productora de estrés, y éstas pueden ser realmente diversas.

Selye enlazaba siempre el estrés con la alteración casi coetánea de la actividad endocrina. Los fisiólogos rusos, Sudakof (1984. En: Fernández, 2001) entre ellos, admitieron la doctrina del canadiense Selye pero se reafirmó y consideró que la respuesta clave se halla en el desarrollo de las reacciones emocionales, siempre componente clave de la actividad humana diferencial y que desde el hipotálamo pueden alterar y muchas veces los sistemas endocrinos como los nerovegetativos, y esto ocurre precisamente cuando el sujeto se siente desbordado en el proceso de la propia defensa, tanto por su duración o persistencia, como por su intensidad, más allá de los umbrales altos y a pesar de los intentos de poner en marcha todas las defensas y todas las estructuras.

Al respecto Lazarus y Cohen (1977), plantearon tres tipos de estresores psicosociales en función del grado en que se manifiesten los cambios en la vida de un individuo:

- Cambios mayores o estresores únicos: extremadamente drásticos en la vida de un sujeto: sufrir graves problemas de salud, ser víctima de violencia, vivir alguna catástrofe natural. De manera general son las situaciones que presentan cambios dramáticos en condiciones altamente traumáticas, cuyas consecuencias se prolongan en el tiempo, y está caracterizado por su capacidad de afectar desde a una sola persona o a un grupo reducido hasta a un gran número de víctimas.
- Cambios o estresores múltiples. En este caso, normalmente sólo una persona o un grupo pequeño, son los afectados por los cambios. Muchas veces son determinados sucesos en los que el individuo pierde el control, por ejemplo, la muerte de un ser querido.
- Cotidianos o microestresores, que son sucesos en las rutinas cotidianas pero de alta frecuencia, denominados “ajetresos diarios”, *dailyhassles* (problemas cotidianos), (Lazarus y Folkman, 1984), los cuales pasan a ser un tipo de estresor importante ya que se encuentran en el proceso de adaptación en el día a día, y por éste motivo son dañinos para el bienestar psicológico, ya que se presentan con gran frecuencia en la vida del individuo. Algunos ejemplos de éstos son las responsabilidades domésticas, las tareas escolares, el trabajo, la salud, la vida personal y la afectividad con la familia y los amigos.

Por su parte Lazarus (1999) dijo también que algunas situaciones que se generan en la sociedad pueden provocar estrés a nivel individual al igual que grupal, algunos ejemplos son:

- Inmigración
- Guerra
- Racismo
- Desastres naturales
- Crisis sociales

- Anarquía social
- Pobreza
- Discriminación
- La división de clases sociales.

Sin embargo existen diversos factores más específicos que causan estrés, algunos de ellos son:

De tipo *emocional*, refiriendo a pleitos, desacuerdos o conflictos personales que causen un cambio en la vida.

Enfermedad, es decir, cambios en la condición física y/o alteraciones que degeneren la salud.

Otro de los estresores más frecuentes es el *trabajo*, con sobrecarga cuantitativa unas veces y cualitativas otras, ésta muchas veces detrás del estrés, vivido cada día.

En relación con el anterior se encuentra el *forzar el cuerpo*, una gran fuente de estrés es exigir demasiado de uno mismo. Si se está trabajando o divirtiéndose 16 horas del día, se reduce el tiempo disponible para descansar. Tarde o temprano la pérdida de energía causará en el cuerpo que se atrase en su capacidad de repararse a sí mismo. No habrá suficiente tiempo ni energía para que el cuerpo reponga aquellas células muertas o restablezca los niveles de neurotransmisores cerebrales. Ocurrirán cambios en el medio-ambiente interno. Ocurrirá un declive en la energía.

Por cambio ocupacional, presentándose un esfuerzo adaptativo que puede producir un mayor estrés en tanto a las nuevas demandas y el criterio del trabajador respecto a su nuevo ámbito laboral.

En relación a este se encuentra la insatisfacción laboral, por la cual el sujeto puede sentir falta de realización personal, incomodidad en sus labores profesionales, e incluso sentir que su trabajo no es lo suficientemente valorado.

Otra causa es la propia desorganización, la falta de programación ocupacional, el no seguimiento de los ritmos trabajo-descanso, la irregularidad en la organización de los tiempos de vigilia y sueño.

Los *ruidos y volúmenes altos*, que van más allá de los umbrales personales. Así mismo, los colores de luz intensos, así como el conjunto de imágenes que entran en el cerebro, que puede desencadenar conductas resultado del estrés. Por *causas medio ambientales*; los climas demasiado fríos o calientes también pueden ser estresantes. La altitud de una ciudad al igual que la contaminación por toxinas o venenos también es estresante. Cualquiera de estos factores amenaza al cuerpo con un cambio en el medio ambiente.

Los grandes *cambios hormonales* en el cuerpo adolescente en donde nuevas hormonas comienzan a ser segregadas. Especialmente en las mujeres que ya han pasado por la pubertad, la ausencia de hormonas es una fuente importante de estrés. En muchas mujeres el estrés causado por esta disminución de hormonas, es suficiente para causar un episodio de sobre-stress. Este sobre-stress temporal es conocido como síndrome premenstrual. También después del parto o de un aborto la ausencia de hormonas podrá causar un episodio de sobre-stress. Otro momento en la vida de una mujer es cuando los niveles de hormonas disminuyen, es decir, la "menopausia", hay declive de hormonas leve y constante, suficiente para causar sobre-stress en muchas mujeres.

Otro factor es *tomar responsabilidad por las acciones de otros*, cuando se toma responsabilidad por las acciones de otra persona, ocurren cambios sobre los cuales no hay ningún control.

Por otra parte, hay autores que asocian los tipos de afrontamiento al estrés de acuerdo con las diferencias en los rasgos de personalidad. Así, Holahan y Moss (1986. En: Naranjo, 2009) mencionan que la autoestima, el autodesprecio, el dominio y la buena disposición son ejemplos de rasgos de la personalidad que desempeñan un papel importante frente a las situaciones estresantes. Friedman y Rosenman establecieron así, dos tipos de personalidades, a las que denominaron el tipo A y el tipo B, y posteriormente se agregaron un tipo C. Teniendo también una gama de tipos intermedios con características de los distintos tipos (Naranjo, 2009).

El tipo A es extrovertido; corresponde a las personas que exteriorizan su estrés mediante conductas excesivas, son impacientes e irritables. Las tipo B por su parte reaccionan con prudencia, tomando el estrés de forma adecuada y natural, reaccionan con

calma y con una buena perspectiva de la situación. Finalmente el tipo C, es el opuesto al primero, pues son introvertidas, apacibles, resignadas.

1.4 Consecuencias

Las respuestas hacia el estrés son múltiples y variadas, sin embargo, a mediano plazo el estado de estrés sostenido desgasta las reservas del organismo y puede producir diversas patologías. Si el estrés persiste durante meses o años produce en consecuencia enfermedades de carácter más permanente, de mayor importancia y gravedad.

Además el estrés desarrolla especialmente una “cascada” de reacciones desde la estimulación simpática adrenal, con aumento de adrenalina y noradrenalina. Esto se explica debido a que el estrés ha sido estudiado desde diversas perspectivas, por ejemplo desde la perspectiva psicobiosocial, donde el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno, se ve como una ecuación de: intensidad estímulo o agente agresor + percepción = respuesta del individuo.

Cabe recalcar que aunque las consecuencias del estrés son diversas, en éste trabajo se tomaron en cuenta las de tipo fisiológicas y psicológicas por su estrecha relación entre ambas en el síndrome de estrés.

1.4.1 Fisiológicas

Datos de estudios empíricos con seres humanos indican que eventos estresantes (exámenes académicos, falta de sueño) se asocian a decrementos en la concentración de linfocitos y células T en el sistema inmunitario. Gripe, gastritis, colitis y úlceras, migraña, contracturas musculares, artritis, alergias, asma, diabetes mellitus, infartos, cáncer, entre algunas de las enfermedades que están relacionadas con el estrés.

Entre las tantas reacciones del estrés se encuentran los hábitos alimenticios, los cuales son condicionados, así como el proceso metabólico nutricional, y llega a tener consecuencias como el retraso de la digestión, inadecuada metabolización, hasta convertirse en trastornos. El comer en mayor cantidad puede funcionar como una estrategia de afrontamiento, y de ello derivan la patología del sobrepeso. Si a esto se une que el estrés

genera el aumento de cortisol (hormona que propicia el acúmulo de grasa), no es de extrañar que el sobrepeso sea una de las principales consecuencias del estrés.

Así el estrés suele tener como manifestación la ansiedad, en cuyo caso se trata de una respuesta emocional provocada por un agente desencadenante (denominado agente estresante) interno o externo. Es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, así habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas.

La ansiedad en pequeñas cantidades es positiva y saludable porque nos mueve a hacer las cosas correctamente, sin embargo, si cada cosa pequeña nos pone ansiosos y nerviosos esta ansiedad generada por el estrés pasa a ser negativa y nociva. De esta manera nos hace susceptibles a los resfriados, trastornos respiratorios, aumenta el riesgo de los problemas de los trastornos cardiacos, presión arterial alta, diabetes, asma, úlceras, colitis y cáncer. Es la defensa natural del organismo que se encuentra dentro de nosotros mismos y que sirve para hacer frente a demandas excepcionales de experiencias difíciles en nuestra vida diaria, es también un importante aumento en el nivel de activación fisiológica y cognitiva con recursos también excepcionales. Experiencias de ansiedad y tensión se asocian a una disminución de la glicemia, crisis de ira y resentimiento fueron asociados al aumento de niveles de glucosa.

Ésta se puede clasificar en dos tipos, la de nivel *normal* y la *patológica*. La primera se manifiesta en episodios poco frecuentes, su intensidad suele ser leve o media, con duración limitada. Básicamente responde frente a un estímulo o situación estresante claramente detectable. No interfiere con la vida cotidiana de las personas, sino al contrario puede ayudar a ser más resolutivas y alcanzar un nivel de eficiencia alto. Por su parte la *ansiedad patológica* se manifiesta reiteradamente, su intensidad es elevada y de prolongada duración. Consiste en una reacción desproporcionada frente a un estímulo o situación estresante, e interfiere significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, por lo cual, requiere tratamiento específico, y de ésta se derivan algunos trastornos de ansiedad.

Tobal (1990) menciona que el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado en gran medida por las características del individuo.

Así mismo se puede considerar como un rasgo de personalidad, ansiedad-rasgo, que se define como una predisposición a interpretar de forma relativamente estable las situaciones como amenazantes, esta propensión hará elevar la ansiedad estado de los sujetos. La ansiedad estado es una condición transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión, inquietud y preocupación, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, que puede variar en intensidad y fluctuar en el tiempo.

1.4.2 Psicológicas

H. Werner (1985; En: Buendía, 1993) esquematizó una secuencia de las respuestas psicológicas esperables cuando el individuo se enfrenta a un acontecimiento amenazante de carácter natural. Primero se da la situación estresante y se pasa por una etapa inmediata de exaltación durante la cual el individuo recupera la autoestima perdida, evitando conductas altruistas. Durante los días que siguen el individuo tiende a mostrar una actitud de solidaridad con el resto de las personas, y un sentimiento de esperanza activa gracias a las interacciones con el grupo social. Después, si se pasan por etapas de desesperanza se da paso a una etapa de desilusión, y pasará a un proceso personal de autoreparación. Cabe mencionar que este esquema aplica en situaciones de secuestros, así como agresiones físicas y sexuales.

1.4.2.1 Síndrome de Burnout

Una consecuencia del estrés laboral crónico es el burnout, la palabra *burnout* es resultado de la combinación de dos palabras inglesas, que son *burn* que significa fuego o quemadura y *out* que significa ahora, traducida entonces como “quemado”, fue acuñada por HerberFreudenberger (1974), quien empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "*Free Clinic*" de Nueva York; quienes se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

Posteriormente Maslach (1976) utilizó el término ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, donde conceptualizó el síndrome como el *desgaste profesional* de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores.

Siguiendo los primeros estudios del síndrome del burnout las especialistas americanas en Psicología de la Salud Maslach y Jackson (1981, 1982) definieron el Burnout como una manifestación comportamental del estrés laboral, también llamado también síndrome de “quemarse por el trabajo”, de estar quemado o de desgaste profesional, y lo entienden como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). Es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces, posee sentimientos negativos principalmente, y tiene repercusiones individuales y sociales.

En su primera conceptualización, Schaufeli y Maslach (1993) desarrollan un modelo de tres componentes: baja realización personal, alto agotamiento emocional y alta despersonalización.

La dimensión de *agotamiento emocional*, considerada por Maslach (1993) como la más próxima a una variable de estrés, se caracteriza por sentimientos de desgaste y agotamiento de los recursos emocionales, también por un sentimiento de que nada se puede ofrecer a los demás, una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. En esta etapa las personas se vuelven bastante irritables, constantemente aparece la queja por la cantidad de trabajo realizado y se pierde la capacidad de disfrutar de las tareas. Desde una mirada externa, se empieza a percibir a la persona permanentemente insatisfecha, quejosa e irritable. Presentando síntomas como cefaleas, dolor de espalda, taquicardia e hipertensión, entre otros.

La *despersonalización* se define como el desarrollo de sentimientos negativos hacia sí mismo, el trabajo y la vida en general, actitudes y conductas de cinismo hacia las

personas destinatarias del trabajo, desapego, pérdida de la capacidad de control, y un “endurecimiento” afectivo.

Por último, la *falta de realización personal* corresponde a la aparición de sentimientos negativos de inadecuación, falta de competencia y eficacia profesional, disminución de las expectativas personales que implica una autoevaluación negativa donde se puede desarrollar rechazo a sí mismo y hacia los logros personales así como sentimientos de fracaso y baja autoestima. En esta etapa hay creciente alejamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.

Extraoficialmente, ésta clasificación se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento, la escala ha tenido tres revisiones, en la última se han introducido al fin las “profesiones no asistenciales” y se ha sustituido el término despersonalización por "cinismo" (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Por otra parte, desde la perspectiva de que el burnout no solo aplica a profesionales no asistenciales destacan los trabajos de Pines y Aronson (1988), que defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social.

Según Edelwich y Brodsky (1980), hay cuatro etapas para el desarrollo del síndrome del burnout, la primera son las *altas expectativas profesionales* (inicio idealista del trabajo, alta motivación, expectativas, sin límites de sacrificio), el *estancamiento* como consecuencia del no cumplimiento de las primeras, la *frustración* (desapego afectivo y comienzo de la desmotivación) y por último la *apatía* generada por falta de recursos para superar la frustración, en ésta se presenta el desinterés como mecanismo de defensa para evitar un daño más grave emocionalmente.

El Modelo Procesual de Leiter surgió a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales.

Existen variables de riesgo, individuales, sociales y organizacionales. Entre las individuales se encuentra el género, pues se ha observado que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres. También la personalidad, como la “personalidad resistente” o *hardypersonality* de Kobassa (1982), constituida por las dimensiones: compromiso, control y el reto. Entre las variables individuales también se encuentra el “sentido de coherencia” (Antonovsky, 1987) que está basado en aspectos activos que desarrollan la salud, compuestos por tres dimensiones *comprensibilidad* (componente cognitivo), *manejabilidad* (componente instrumental) y *significatividad* (componente motivacional).

Por último, el modelo de Gil-Monte (1999), toma base en la interacción de las emociones y las cogniciones que se establecen en las diferentes esferas del funcionamiento del sujeto. Se distinguen aquí dos fases. En la primera, aparece un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo, y un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico, así como por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos. En la segunda fase, los síntomas anteriores se acompañan de sentimiento de culpa.

Leiter y Maslach (2005) sostienen que para que el síndrome aparezca, a las condiciones contextuales deben sumarse ciertos factores personales. Entre ellos, se han identificado los siguientes:

- Deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes.
- Trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento.
- Relaciones negativas y antagonismos con los colegas.

Respecto a las variables de tipo social, las más distinguidas elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, el apoyo social en general (familia, amigos, pareja, compañeros, vecinos, grupos de autoayuda, etcétera), y por último las organizacionales se refieren a la carga laboral, y el contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales).

Por otra parte, el burnout tiene manifestaciones físicas, psicológicas y sociales. En las primeras se citan: cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, síntomas gastrointestinales, hipertensión arterial y trastornos del apetito. Las manifestaciones psicológicas incluyen, entre otras: irritabilidad, déficit atencional y trastornos de la memoria. En cuanto a lo social, la afectación de las relaciones interpersonales se expresa en conductas que afectan la relación con los miembros de la familia, con otros allegados y con colegas.

A partir de éstos componentes se elaboró el "MaslachBurnoutInventory" (MBI) de Maslach y Jackson (1981), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas y con el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte (2005).

Respecto a las consecuencias del síndrome, en su mayoría son de carácter emocional, de acuerdo a Maslach ya que la mayoría de los ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad (ver tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las consecuencias del síndrome de Burnout.

EMOCINALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión.	Pérdida de significado.	Evitación de responsabilidades.	Evitación de contactos.
Indefensión.	Pérdida de valores.	Absentismo.	Conflictos interpersonales.
Desesperanza.	Desaparición de expectativas.	Conductas inadaptativas.	Malhumor
Irritación.	Modificación de autoconcepto	Desorganización.	Aislamiento.
Apatía	Desorientación cognitiva.	Sobreimplicación.	Formación de grupos críticos.
Desilusión.	Pérdida de la creatividad.	Evitación de decisiones.	Evitación profesional.
Pesimismo.	Distracción.	Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	
Hostilidad.	Cinismo		
Falta de tolerancia	Criticismo Generalizado.		
Supresión de sentimientos			

Moreno-Jiménez, González y Garrosa (2001). En: Buendía y Ramos, (2001).

Los cognitivos son la frustración y los pensamientos ligados a la depresión y las valoraciones de autosabotaje y/o autoeficacia. Por su parte las de carácter conductual se engloban en la pérdida de acción preactiva, y las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y en general, hábitos dañinos para la salud.

1.4.2.2 Burnout académico

El estudio del *burnout* en estudiantes universitarios es una línea de investigación novedosa y escasa. De acuerdo a las últimas investigaciones del burnout, en donde se ha dado una ampliación de la población afectada por el síndrome, se ha considerado como una población expuesta a los estudiantes en sus procesos académicos.

Bresó (2008), señala que los estudiantes al igual que cualquier trabajador, mantienen una relación de compensación directa e indirecta con la institución universitaria, evidenciada en apoyos económicos, becas, reconocimientos o premios.

El burnout académico corresponde a las transacciones del desempeño y la tensión que presenta el estudiante, relación en la que entran a jugar aspectos del proceso aprendizaje y de la enseñanza.

Los estudios realizados en este sentido han estado dirigidos a la confirmación de la incidencia del síndrome en estas muestras pre profesionales. El primer trabajo que abordó el Síndrome de Burnout Estudiantil fue el de Balogum (1995. En: Pineiro, 2006), y fue hasta el año 2002 en que fue estudiado nuevamente en estudiantes, a partir de la estandarización del MBI-GS en estudiantes universitarios, lo cual dio origen a la publicación del BurnoutInventoryStudentSurvey (MBI-SS) realizado por Schaufeli, Martínez, Marques, Salanova y Bakker (2002), que hizo posible estudiar el Burnout fuera del ámbito ocupacional al definir sus dimensiones en referencia al “estudio”.

De este modo, a través de la investigación empírica se ha podido demostrar que los estudiantes también sufren de este síndrome a consecuencia de sus estudios escolares, revelando la prevalencia de niveles de agotamiento emocional, despersonalización y falta de eficacia o sensación de incompetencia respecto a sus actividades académicas

principalmente en estudiantes universitarios del área de ciencias de la salud (Aranda, Pando, Velásquez, Acosta y Pérez, 2003; Borda y cols.,2007; Cano y Martín, 2005; Carlotto, Goncalves y Borges,2005; Extremera, Rey y Durán, 2005).

Conjuntamente algunos de estos estudios coinciden en señalar que los estudiantes que presentan burnout, tienen como consecuencia un bajo rendimiento académico, efecto de la baja realización personal, pues las expectativas de logro no se ven realizadas y se disminuye el interés académico (Salanova, Grau, Martínez y Llonens, 2004).

Caballero, Hederich y Palacio (2010) indican que las variables generadoras del síndrome de burnout académico son las variables del contexto académico, variables del contexto ambiental y/o social y variables intrapersonales.

En esta línea Rosales y Rosales (2013) mencionan algunos elementos causales del burnout estudiantil:

- Las altas exigencias planteadas.
- Las dificultades materiales que se afrontan aun con la ayuda institucional.
- La condición física y los estados de salud.
- Los estilos de vida.
- Las características de personalidad.
- Nivel o clasificación del sistema nervioso.
- Las motivaciones o razones por las que realiza estudios superiores.

Finalmente tomando en cuenta que el estrés y el burnout son dos síndromes que parecen similares debido a que comparten algunos síntomas o procesos de evolución vale la pena destacar sus limitantes. El estrés general y síndrome de Burnout se distingue con facilidad pues el primero es un proceso psicofisiológico que conlleva efectos positivos (eustres) y negativos (distress), mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Además el primero se puede experimentar como una adaptación a cualquier contexto y/o situación, y el Burnot como la mayoría de los autores estiman, es un

síndrome que se presenta ante demandas prolongadas del contexto laboral o escolar, puede surgir tras la exposición a estrés, es decir, es subsecuente a éste; y por último una diferencia fundamental es que mientras el estrés puede desaparecer tras un período adecuado de descanso y reposo, el burnout no declina con las vacaciones ni con otras formas de descanso.

1.5 Instrumentos de medida de estrés

A continuación se hace un listado de los instrumentos de estrés -general- más utilizados.

Tabla 2. Instrumentos para la evaluación de estrés general y estrés académico.

Autor (es) y año	Nombre del instrumento
Thomas Holmes y Richard Rahe, 1967	Escala de estrés de Holmes y Rahe
Farquhart, 1979	Test de Estrés Simple y de la Tensión
Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983	Escala de percepción global de estrés-EPGP
Seppo Aro, 1980	Escala de Síntomas de Estrés, de Seppo Aro (ESE)
J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles, 1992	Test EAE (Escala de Apreciación del Estrés).
Magaz, García y Del Valle, 1998	Escala Magallanes de estrés
Lipp y Malagris, 2000	Inventario de síntomas de estrés para adultos ISSL
Novack K.M., 2002	Perfil de estrés Novack
Byrne y cols., 2007	Adolescent Stress Questionnaire- ASQ
Olivia, Jimenez, Parra y Sanchez, 2008	Inventario de acontecimientos vitales estresantes (AVE)
Fimian y cols., 1989	<i>Student Stress Inventory SSI</i>
Hernández, Polo y Pozo, 1996	<i>Inventario de Estrés Académico- IEA</i>
Huaquín, Moyano y Loaíza 2000	<i>Test de Estrés General Universitario- TEGU</i>
Barraza, 2007	<i>Inventario SISCO del estrés académico</i>

NOTA: en color rojo se marcan los instrumentos de medición del estrés académico. Para una mayor información de los instrumentos ver anexo 1.

2. AFRONTAMIENTO

Como lo mencionó Lazarus, el estrés es un concepto que tiene un conjunto de emociones y recíprocamente debe de conllevar un tipo de afrontamiento; siendo el segundo un elemento importante, debido a que existe una relación entre estos conceptos, pues si una persona no cuenta con las habilidades para enfrentar las situaciones demandantes presenta grandes niveles de estrés, manifestando posiblemente los síntomas de la fase de alarma siendo ésta la más grave, lo cual como se ha mencionado puede traer consecuencias a nivel biológico (patologías cardíacas, dolores musculares frecuentes, fatiga, etcétera), como psicológico (burnout, depresión, suicidio) y hasta llegar a la muerte. Ante esto, la psicología ha realizado aportaciones mediante técnicas de afrontamiento para lidiar con el estrés. Pero para conocer al respecto, primero debemos saber a fondo que es el afrontamiento.

Dado que autores conceptualizaron el estrés se buscó también cómo sobrellevarlo, así surgió el concepto de afrontamiento, el cual ha sido de importancia para la psicología desde hace ya más de cuarenta años.

El afrontamiento, conocido también como “manejo” es el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes. Podría decirse que estrés y manejo son recíprocos, ya que cuando el manejo es inefectivo, el nivel de estrés es alto, sin embargo cuando el manejo es efectivo el nivel de estrés es bajo.

Asimismo se han propuesto dos enfoques de afrontamiento, el primero se basa en la noción de afrontamiento como un *estilo personal* para enfrentar la situación estresante y el segundo como un *proceso*. Es importante tomar en cuenta que esto puede deberse como señala Folkman (1982), a la inexistencia de un cuerpo teórico o de un modelo de evaluación apropiado.

Siguiendo la premisa de afrontamiento como un *estilo personal* se han propuesto diversos modelos. El primero dado por Byrne (1964) que a su vez explicó dos estilos, el *repositor* y el *sensibilizador*. El primero tiende a la negación y evitación de las demandas y hay una baja experiencia de ansiedad. Por su parte el estilo sensibilizador es vigilante y expansivo y presenta un alto grado de ansiedad. De manera que este estilo es un constructo unidimensional de dos polos para el afrontamiento del estrés.

Stone y Neale (1984) propusieron ocho categorías de afrontamiento: distracción, redefinición de la situación, acción directa, catarsis, aceptación, soporte social, relajación y religiosidad

Otros estilos cognitivos son el incrementador (*monitoring*) y el atenuador (*blunting*) de Miller (1987). El cual se basó en el modo en que los individuos procesan cognitivamente la información de amenaza. El término *monitoring* hace referencia al grado en que el individuo está alerta y sensibilizado con respecto a la demanda o amenaza, mientras que el *blunting* se refiere al grado con que la persona evita o transforma cognitivamente la información de amenaza.

Por su parte Kohlman (1993) expuso los modos *vigilante-rígido*, el modo *evitador-rígido*, el modo *flexible* y el modo *inconsistente*. El primero es similar al sensibilizador de Byrne, el modo evitador-rígido al represor del mismo autor, mientras que el modo flexible se refiere a personas no defensivas que hacen un uso flexible de estrategias relacionadas con la situación y el cuarto, el modo inconsistente se refiere al que presentan las personas ansiosas, es un afrontamiento ineficaz.

Asimismo, Moos (1986) mencionó una categorización según dos dimensiones diferentes: Método de *actuación* (aproximación evitación), y la focalización de la respuesta (tarea-emoción), tanto cognitivo como conductual, lo que da ocho posibilidades de afrontamiento. Así el afrontamiento de aproximación se focaliza en el problema y refleja los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar o resolver los estresantes vitales. En cambio, el afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en una emoción; refleja intentos cognitivos y conductuales para evitar pensar en un estresante y sus implicaciones, o para manejar el afecto asociado al mismo.

El segundo modelo y mayormente tomado en cuenta es un enfoque de afrontamiento como *proceso* dado por Lazarus, debido a que hizo una de las principales contribuciones sobre la formulación del *proceso*, ya que como mencionó el afrontamiento debe ser sensible a las demandas relacionales cambiantes (Lazarus y Folkman, 1984. En: Lazarus, 1999).

Es un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus y Folkman, 1984). Esto se pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que el sujeto valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente.

Posteriormente Lazarus y Folkman (1984, p.141) ofrecieron la perspectiva de manejo, es decir, afrontamiento, como proceso de la siguiente manera: “Definimos el manejo como los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas” (Lazarus, 1999).

Para expresarlo de una forma más sencilla, el manejo es el esfuerzo por resolver el estrés psicológico.

Estos autores entienden que el afrontamiento es un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Además cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no, aunque los individuos utilizan predominantemente modos de afrontamiento más o menos estables para abordar el problema (Lazarus, 1993).

Lazarus explica también que “no existe estrategia de manejo universalmente efectiva o inefectiva”, considera que el afrontamiento es independiente de los resultados, es decir, puede ser adaptativo o no, dependiente del contexto y de la evaluación de lo que puede hacerse o no para cambiar la situación (Lazarus, 1999).

Menciona que el manejo debe medirse aislado de sus resultados, de forma de que la efectividad de cada estrategia de manejo pueda ser apropiadamente evaluada, la eficacia depende del tipo de persona, el tipo de amenaza, el escenario del encuentro estresante y la

modalidad del resultado, es decir, el bienestar, funcionamiento social o la salud somática subjetiva.

Por otra parte Lazarus y Folkman (1988. En: Lazarus, 1999) junto con sus colaboradores del Proyecto de estrés y manejo de Berkeley para la medición del manejo elaboraron el “Cuestionario-Entrevista de Formas de Manejo” que fue traducido en muchos idiomas para ser usado en gran parte del mundo (Lazarus, 1999).

De la misma manera en que definieron el estrés también expusieron la evaluación cognitiva y el afrontamiento, en donde se realizan dos evaluaciones, la primaria y la secundaria para afrontar la situación.

La evaluación primaria hace referencia al proceso de evaluación de la situación y del impacto del evento estresante para la persona, es decir, el grado de importancia de la situación que la persona percibe. Si el resultado de esta evaluación es el conceptualizarla como daño, amenaza y/o desafío, la situación podrá catalogarse como estresante y da lugar a que la persona elabore inmediatamente una respuesta potencial de afrontamiento, conllevando efectos emocionales.

En la evaluación secundaria se analizan las disponibilidades del sujeto, se valoran las habilidades personales de afrontamiento y la persona percibe los recursos que tiene para resolver la situación de manera efectiva. Una vez valoradas la situación y los recursos personales se pasa a generar las estrategias de afrontamiento que puedan resolver el problema y/o controlar las emociones (Lazarus y Folkman, 1984).

2.1 Estrategias de afrontamiento

En esta línea, existen dos principales tipos del afrontamiento, la centrada en el problema y la centrada en la emoción (Lazarus y Folkman, 1980. En: Lazarus, 1999). En el primer caso, se busca alterar la relación individuo-ambiente manipulando el entorno, este tipo de afrontamiento se presenta cuando la situación evaluada como susceptible de cambio. En el afrontamiento dirigido a la emoción busca regular la respuesta emocional que aparece como resultado de la situación estresante.

Hernández, Cerezo y López (2007) mencionaron cuatro estilos con los siguientes métodos: acción directa, enfocada a alterar la interacción individuo-ambiente, la segunda es la inhibición de la acción, en donde el individuo se resista actuar debido a que evalúa la situación como riesgosa, la siguiente es la búsqueda de información, que su objetivo es reunir los elementos que podrían dar paso a una reevaluación, y el afrontamiento cognoscitivo en el que se busca atenuar la sensación de malestar cambiando el significado del evento estresante aun sin la modificación del ambiente mismo.

Así, las conductas de afrontamiento cambian en función de los resultados y la evaluación de ello. Asimismo, existen tres tipos de evaluación de afrontamiento, la primera es la apreciación primaria, que es el acercamiento cognitivo y emocional y el individuo valora el acontecimiento como irrelevante (no afecta el bienestar del individuo y le es indiferente), benigno (representa un estímulo positivo para el individuo) o estresante (afecta directamente al individuo). La segunda evaluación es la secundaria que valora los recursos de afrontamiento y las posibles consecuencias y el tercero es la reevaluación en donde el individuo se enfrenta a la situación estresante y ésta evaluación permite cambios significativos tanto en el individuo como del evento.

2.2 Estrategias de intervención del estrés

Sabemos que el estrés no puede eliminarse totalmente, ya que es un estado adaptativo del organismo durante toda la vida, incluso puede ser positivo si sabemos manejarlo eficazmente.

Es imprescindible que si no se logra manejar el estrés de manera propia, se busque el apoyo psicológico, es decir, terapéutico, ya que a nivel de terapias se han propuesto diversos métodos para afrontar el estrés, uno de los más destacados y eficaces es la técnica de la inoculación del estrés. La inoculación del estrés es una técnica conductual-cognitiva que enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de situaciones estresantes. Permite desarrollar nuevas formas de reaccionar, aprendiendo a relajarse en lugar de la habitual respuesta de miedo o cólera.

Los procedimientos básicos fueron formulados como “entrenamiento en técnicas de afrontamiento”, por Marvin Goldfried en 1973 y por Suin y Richardson en 1971, como una

prolongación del trabajo de Wolpe en relajación muscular profunda y en desensibilización sistemática (Muñoz y Bermejo, 2001).

2.2.1 Relajación muscular

Los procedimientos de la relajación progresiva de Jacobson (1938) fueron diseñados para adiestrar al paciente en el uso de su propia iniciativa para aprender a “localizar tensión cuando se producen durante la irritabilidad y la excitación nerviosa, y suprimirlas mediante el relajamiento” (p.40. En: Phares y Trull,1999). Cuando se somete a relajamiento progresivo, el sujeto debe recostarse o sentarse en una posición cómoda, por ejemplo, en un sillón reclinable, la habitación debe estar silenciosa y tenuemente alumbrada; se le recomienda al sujeto llevar ropa cómoda y no llevar objetos que le distraigan, ni el uso de lentes. Durante el procedimiento se debe enseñar al sujeto a reconocer la presencia de contracciones, es decir, tensión. Una vez que se tienen estos elementos se le indica que la instrucción será que tense lo más que pueda los músculos y experimente la sensación, luego que progresivamente los distense y perciba la relajación de los músculos de su cuerpo así como la sensación armoniosa que esto le proporciona.

En un principio se estudian los grupos de músculos grandes, a medida que el sujeto aprende a reconocer la contracción de esos músculos y relajarlos, se van incluyendo otras partes de cuerpo. La progresión de Jacobson da comienzo con los músculos de área del brazo (antebrazo, bíceps, mano) y pasa luego a otros grupos de músculos de orden similar a este: pies, tobillos, piernas, músculos abdominales, músculos respiratorios, hombros, músculos de la espalda, músculos del cuello, faciales y oculares.

En general se pueden dedicar seis sesiones al entrenamiento en relajación y las instrucciones se pueden grabar con facilidad y reproducirse en casa para practicarlas.

2.2.2 Desensibilización sistemática

Desarrollada por Salter (1949) y Wolpe (1958), es una técnica para reducir ansiedad y se basa en un principio aparentemente simple de que no se puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo (contracondicionamiento). El propósito es enseñar a los pacientes a relajarse, utilizando comúnmente la relajación de Jacobson ,y entonces una vez

en estado de relajación, introducir en forma gradual series de estímulos productores de ansiedad que van en aumento. para garantizar que el relajamiento sustituirá a la ansiedad, el sujeto imagina las “escenas” de ansiedad en un orden jerárquico determinado de ante mano; de la cual se presenta en primer lugar el reactivo que provoca menos ansiedad hasta llegar al que provoca mayor ansiedad. Esta técnica no se tiene que presentar necesariamente en formar imaginara, se puede aplicar en el ambiente real y en presencia del estímulo temido (situación).

2.2.3 Inoculación del estrés

A principios de la década de los setenta de la mano de uno de los grupos de investigación más productivo de los últimos treinta años en Psicología clínica, Donald Meichembaum reunió en la Universidad de Waterloo un grupo de trabajo para una nueva estrategia de intervención psicológica a la que denomino *Inoculación del Estrés* (IE).Meichembaum y Cameron presentaron en 1972 un documento hacia la universidad, presentándola como “técnica para el control del estrés, la ansiedad, la ira, o el dolor a través de un entrenamiento en habilidades” (Muñoz y Bermejo, 2001). Así, extendieron estas técnicas en 1974 en su programa de inoculación de estrés, siendo ésta una de las primeras estrategias de intervención psicológica.

Meichembaumexpusó en su libro, “Modificación de la conducta cognitiva”, que una respuesta de miedo o cólera puede concebirse como una interacción de dos elementos fundamentales: 1) una elevada actividad fisiológica (aumento de la tasa cardíaca y respiratoria, sudor, tensión muscular, escalofríos, un “nudo en la garganta”); y 2) pensamientos que interpretan la situación como peligrosa, amenazadora, o injusta, y que atribuyen la activación fisiológica a emociones de miedo o cólera. Según Meichembaum hay poca relación entre la situación real de estrés y la respuesta emocional. Las fuerzas que realmente crean las emociones son la apreciación del peligro, el resultado esperado, la intención que se atribuye a otras personas y como se interpretan las propias respuestas somáticas.

Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan:

- Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica.

- Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un arsenal de pensamientos positivos para afrontar el estrés, como el temor a hablar en público, las fobias y otros tipos de situaciones, como la preparación al parto o los exámenes.
- Se puede decir que su utilidad se relaciona con identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en un futuro.

Esta técnica se lleva a cabo en tres pasos:

Primer paso: Consiste en elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresantes hasta los generar mayor estrés. Distinguir entre el error de ejecución y déficit de habilidad. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora que produce ansiedad. Formular el plan de tratamiento y análisis de tareas.

Segundo paso: Creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés (habilidades comunicativas, asertivas, hábitos de organización, etcétera), los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales. Fomentar la integración y ejecución de habilidades.

Tercer paso: Utilización de las habilidades de relajación y de afrontamiento real (*in vivo*) mediante una exposición gradual para ejercer presión sobre los hechos que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés. Fomentar el mantenimiento y generalización de la autoeficacia en relación a situaciones que la persona ve como de alto riesgo.

La inoculación del estrés es eficaz para conseguir la reducción de la ansiedad interpersonal y general, así como la ansiedad ante entrevistas, a hablar en público, y ante los exámenes.

2.2.4 Reestructuración cognitiva

- **Terapia racional emotiva (TRE)**

La inoculación del estrés puede ser apoyada con la Terapia Racional Emotiva conductual de Ellis (1950) la cual toma en cuenta que las emociones y conductas son resultado de pensamientos, asunciones y creencias sobre la persona misma, los demás y el mundo en general, por ello es como las personas se sienten y comportan, y se destaca que éstas se pueden elegir con libertad, y a veces existe una necesidad de cambio en el sistema de creencias, la cual se da por la discriminación de pensamientos irracionales que son aquellos que distorsionan la realidad. La conducta esta en términos de una cadena de acontecimientos, *A-B-C-D-E* (Elis, 1971). Donde *A* es un acontecimiento externo activador al que la persona se expone y *B* una serie de pensamientos (autoverbalización implícitas) que la persona crea en respuesta a *A*. *C* constituyen las consecuencias emocionales y conductuales que resultan de *B*. *D* representa los intentos del terapeuta por debatir y modificar lo que ocurre en *B*, y finalmente *E* son las emociones y conductas nuevas surgidas a raíz de *D*. El objetivo fundamental de la terapia es estudiar las autoverbalizaciones implícitas en el cliente que pueden explicar sus reacciones al ambiente, se enseña a la persona a retar, cuestionar y disputar (punto *D*) energéticamente sus creencias irracionales. Además el terapeuta anima al cliente al llevar a cabo asignaciones de *tareas para el hogar*, a través de las cuales puede poner a prueba sus habilidades de afrontamiento.

- **Terapia cognitiva de Beck**

Siguiendo esta línea se encuentra la reestructuración cognitiva de Beck, la cual refiere que el cliente con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. En ésta los pensamientos son considerados como hipótesis y terapeuta y paciente trabajan juntos para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles.

Por ello en su terapia toman importancia tres conceptos: 1) los eventos cognitivos, 2) los procesos cognitivos y 3) las estructuras cognitivas. Los primeros son la corriente de

pensamiento e imágenes que tenemos pero que con frecuencia no se pone atención, los procesos cognitivos se refiere a “*como*” pensamos, a los procesos automáticos del sistema cognitivo, entre los cuales se encuentran el razonamiento dicotómico, la sobregeneralización, la magnificación y la inferencia arbitraria; y por último las estructuras cognitivas se refiere a los esquemas, asunciones implícitas o las premisas que determinan a que eventos se presta atención y cómo se interpretan éstos.

Se realiza entonces entrenando al sujeto a identificar este tipo de pensamientos automáticos autoderrotistas y los reemplace por pensamientos y conductas mas objetivas, autoestimulantes y dirigidas a la resolución de problemas.

Todo esto ha aportado a la evolución de la inoculación del estrés (IE), desde una técnica de control del estrés, ira, ansiedad, etcétera, hacia un esquema de organización de entrenamientos de inoculación de estrés (EIE).

2.2.5 Otras técnicas de corte cognitivo- conductual

Cabe destacar que actualmente, existen técnicas más recientes, las cuales también han mostrado su eficacia en el tratamiento de intervención de estrés, como las mencionadas en el estudio de Correché y Labiano (2003), la Técnica de expresión emocional escrita de Pennebaker (1985, citado en: Correché y Labiano, 2003) donde en la expresión emocional como su nombre lo dice, se revelan emociones negativas de manera escrita y así se puede reducir la actividad fisiológica en el organismo en el estado de estrés.

Además de técnicas como la solución de problemas, técnica descrita en un principio por John Dewey (1933), que describía una estrategia para solución de problemas que consta de cinco pasos: 1) reconocimiento del problema, 2) definición o especificación del mismo, 3) planteamiento de soluciones posibles, 4) de entre ellas, selección de la solución óptima, 5) puesta en práctica de esta solución. Posteriormente D'Zurilla y Golfried (1971) propusieron un modelo de resolución de problemas que también se compone de cinco pasos; en primer lugar se da al sujeto una serie de orientaciones generales que le ayudarán a reconocer las situaciones problemáticas y sus reacciones ante ellas, y a ponerle en aviso sobre qué problemas pueden solucionarse en cada momento. En segundo lugar se descompone la definición global o abstracta del problema en unidades específicas que

pueden abordarse más fácilmente, buscando todos hechos e información disponible. En tercer lugar se animará al cliente a plantear todas las alternativas de acción posibles que se le ocurran. En cuarto lugar, el cliente debe decidir entre ellas y de ser posible ensayar las estrategias. Por último se debe llevar a la práctica la alternativa elegida y verificar si era o no realmente la mejor solución.

Siguiendo esta línea se encuentra la técnica Biofeedback (autocontrol), la cual se refiere a procedimientos que se utilizan para que los sujetos puedan controlar respuestas del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso central. El primer paso es hacer que el cliente identifique los estímulos con los que la conducta está asociada el sujeto puede ser ayudado por algún aparato que le indique la información sobre el funcionamiento de una víscera.

Se puede explicar sobre varias líneas, una es la del aprendizaje operante, en donde Miller y cols. mencionaron que toda respuesta adecuada se refuerza, en la medida que significa un “mejoramiento” de su salud. La retroacción biológica se puede aplicar en trastornos orgánicos del sistema muscular, sistemas viscerales, en general, epilepsia, entre otros.

2.2.6 Ejercicio físico

La activación o ejercicio físico, es un método de afrontamiento natural, ya que con éste se realiza la activación de adrenalina y endorfinas que generan una sensación de bienestar. Moya-Albiol y Salvador (2003) señalan que el ejercicio físico agudo afecta la respuesta psicofisiológica al estrés, debido a que la condición física modula los efectos del ejercicio sobre las respuestas cardiovasculares al estrés mental, ya que los sujetos aeróbicamente en forma tienen menor reactividad y mejor recuperación cardiovascular a los estresores psicosociales. En general, los niveles de testosterona y de cortisol aumentan tras esfuerzos físicos agudos breves o moderados y de alta intensidad, y el ejercicio físico agudo-moderado y habitual tiene efectos por extensión sobre la salud. La actividad física podría actuar como una variable amortiguadora de los efectos del estrés sobre la experiencia de síntomas de malestar físico (Brown, 1991; Brown y Siegel, 1988; Remor y Pérez-Llantada, 2007).

Dentro de las terapias psicológicas enfocada específicamente al estrés me parece importante resaltar que éstas terapias han demostrado gran eficacia para afrontar situaciones estresantes, también es muy importante que el terapeuta cuente con las habilidades necesarias para llevar a cabo una intervención satisfactoria, así como establecer una relación terapeuta-paciente que pueda aportar beneficios a los consultantes. También me es relevante que como terapeuta se tenga la información óptima y técnicas para estar lo suficientemente preparados y dominar las estrategias de afrontamiento y aplicarlas adecuadamente.

2.3 Salud, enfermedades y estrés

Se tiene evidencia de que el estrés está muy relacionado con las enfermedades, pues en el siglo XX es destacable la participación de psicólogos en la investigación del “redescubrimiento” del estrés y su potencial relevancia como factor desencadenante de la enfermedad o perturbador de la salud (Buendía, 1993).

El principio de generalidad es que cualquier clase de estrés aumenta la vulnerabilidad para toda enfermedad (Selye, 1960).

Como se ha mencionado el estrés es un estado de sobreesfuerzo (generalmente psíquico) del organismo, y esto lleva a la vulnerabilidad del mismo, entonces atenta contra la salud del individuo. Investigaciones como las de Cohen, Tyrrell y Smith (1991), sustentan que los cambios que produce el estrés en el proceso inmunológico aumentan la probabilidad de aparición de enfermedades infecciosas.

Por ello, surgió un área específica de la ciencia psicológica, es decir, *psicología de la salud*, y ésta representa un área de la psicología en el campo de la salud (promoción y mantenimiento).

Si bien el estrés surge por sobrecarga del organismo con respecto a las necesidades del medio ambiente, es importante que aquellas circunstancias que afectan al individuo cambien, pues estas experiencias perturban la salud, causando la necesidad de un reajuste sustancial en las condiciones del organismo. Y esto deriva a un afrontamiento, en el cual se

ponen en juego las defensas del organismo, pues se está poniendo en una etapa adaptativa forzada.

Si el estrés al ser no es tratado de una manera adecuada, puede ser un amenaza para la salud o en algunos casos puede ser consecuencia de algunas enfermedades, cuenta con esa ambivalencia, así mismo se le considera como la *enfermedad del siglo XXI*.

En esta línea Fisher (1988) hizo una interesante aportación respecto del papel que pueden jugar los diferentes estilos de afrontamiento en el desencadenamiento de estrés y en la aparición de enfermedades. Según su teoría, combinando la epidemiología morbosa con el estudio de formas predominantes de afrontamiento, llegó a la conclusión de que la tendencia a enfermar de una u otra manera covaría con unos determinados patrones de afrontamiento. Así, los grupos cuyas estrategias de afrontamiento son de control y consisten fundamentalmente en centrarse en el problema tienden a desarrollar enfermedades tales como úlceras o alteraciones cardiovasculares. Este afrontamiento correlaciona también con niveles altos de catecolaminas y colesterol elevado. Por el contrario, los grupos cuyas estrategias tienden al bajo control tales como evitación o indefensión presentan otros patrones de enfermar tales como cáncer y enfermedades infecciosas. En estos grupos se produce como en los anteriores incrementos en las catecolaminas y el colesterol, pero también un incremento en ACTH y el cortisol.

Al respecto, las mujeres y los hombres muestran propensión a tener diferentes tipos de trastornos psicológicos derivados del estrés, ya que responden de manera diferente al mismo. Las mujeres son más propensas que los hombres a decir que se sienten enfermas o angustiadas, lo que puede derivar en un riesgo de depresión y ansiedad. Los hombres son más propensos a beber después de una experiencia negativa, tienen una mayor respuesta al estrés en forma de aceleración cardiovascular, pero no reportan grandes niveles de malestar o ansiedad.

Por otra parte, hay enfermedades que suelen ser en parte provocadas, mantenidas o agravadas por el estrés. Pues al realizarse esfuerzos físicos y mentales durante las fases del estrés, producen cambios en el organismo, lo cual da como resultado enfermedades debidas a la falta de adaptación al estrés.

Sin embargo, existen enfermedades *por estrés*, las cuales tienen una función, la adaptación. Algunas de estas enfermedades son la úlcera gastroduodenal, la hipertensión arterial, los trastornos de ritmo cardíaco, las enfermedades coronarias, las depresiones nerviosas y también las enfermedades de la piel, las jaquecas, entre otras.

Un punto muy importante a tocar es que no existen enfermedades del corazón que no afecte a los demás órganos. Las consecuencias fisiológicas de este síndrome pueden llamarse como lo hizo Bensabat (1994) “reacción fisiológica de defensa”, es decir, una respuesta provocada por diversos estímulos acompañados de cambios cardiovasculares

Cabe mencionar, que en las enfermedades que tienen relación con el estrés existe gran mortalidad es importante el estudio de esta relación, pues en el ámbito psicológico existen diversas técnicas de afrontamiento del estrés que han sido efectivas para la mejora de la calidad de vida.

Debido a que el estrés ha sido estudiado por su intrínseca relación con problemas psicológicos, médicos, laborales y fisiológicos, entre otros; es importante identificar su presencia, las estrategias de afrontamiento y evitar sus consecuencias graves como el estrés crónico o agudo.

3. ESTRÉS ACADÉMICO

Cuando hablamos de estrés podemos mencionar que el contexto juega un papel importante, y que no es el mismo estrés que se puede presentar en una situación en el hogar que en la escuela, debido a que el cursar los estudios representa un constante desafío de habilidades de aprendizajes, además de la competencia con los compañeros para demostrar los conocimientos y así sobresalir académicamente. Sin embargo, esto tiene una intrínseca relación con otras circunstancias personales, de índole económico, familiares, etcétera, que influyen para el cumplimiento de todas las actividades que tienen los estudiantes.

De esta manera el estrés está en presencia de la reacción del organismo ante los estímulos del entorno y evaluación que hace cada persona. Así, los estresores son estímulos ante los cuales el organismo tiene que enfrentarse provocando una reacción fisiológica y psicológica en cadena que exigen al organismo cambios para superar la situación. Cabe destacar que el estrés se puede clasificar respecto al lugar en donde se encuentran los estímulos estresantes, así como el estrés laboral o *burnout*, estrés académico, etcétera.

Así, el estrés está presente en diversos contextos como lo es el escolar, de esta manera surge el término estrés académico y se utiliza para designar el impacto que el sistema educativo, con sus presiones, demandas y disfunciones tiene sobre los alumnos.

En esta línea Fisher (1986) presentó un *Modelo de control*, el cual sostiene que los eventos vitales y/o trascendentes provocan cambios en el nivel de exigencia junto con una reducción del control del individuo sobre varios aspectos del nuevo estilo de vida. Dichos cambios crean discrepancias e introducen novedades que pueden hacer decrecer el nivel de control personal en relación al ambiente. Desde este modelo se propugna la importancia del control personal en el entendimiento del estrés académico. El control hace referencia al dominio sobre los eventos diarios o situaciones cotidianas, esto es, la habilidad para manejar el ambiente, lo que, sí se consigue, es percibido por el individuo como placentero.

Así mismo, Fisher (1984, 1986) considera que la entrada en la Universidad (con los cambios que esto supone) representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el individuo puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta

de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés y, en último término, potencial generador -con otros factores- del fracaso académico universitario.

En 1996 Polo y cols. definieron al estrés académico “como aquel que se produce en relación con el ámbito educativo” (p.159).

Polo, Hernández y Poza (1996) indicaron que los alumnos piensan de forma negativa o se preocupan ante determinadas situaciones académicas, además confirmaron el Modelo de control de Fisher (1986) en el sentido en que la sensación de no poder abarcar todo lo que han de hacer acentúa la sensación de falta de control, y que va en relación de las valoraciones de las situaciones estresantes y por ello presentaron en su estudio respuestas principalmente de corte cognitivo. Esto recalca la importancia que tienen las cogniciones en la vida de los individuos, donde los acontecimientos influyen en nuestras emociones, pero son nuestras exigencias y falsas necesidades lo que nos perturba emocionalmente (Ellis, 1950).

3.1 Modelo explicativo del estrés académico

De acuerdo con el ambiente escolar Barraza (2005) define entonces que “el estrés académico es aquel que padecen los alumnos de educación media superior y superior y que tiene como fuente exclusiva a estresores relacionados con las actividades a desarrollar en el ámbito escolar”.

Como se puede observar Barraza lo enfoca únicamente en estudiantes de cierto nivel académico, los de educación media superior. Para lograr entender a profundidad la importancia del estrés académico presentó un modelo a partir de la teoría general de los sistemas (Bertalanfy, 1991. En: Barraza, 2006), el Modelo transaccional del estrés (Cohen y Lazarus, 1979; Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2000. En: Barraza, 2006). Toma en cuenta las perspectivas sistémica y cognoscitivas, donde la primera toma lugar a partir del modelo multidimensional e integral partiendo del supuesto de que toda esfera de la realidad tiene una construcción sistémica, es decir, constituye un sistema, por microscópico que sea, y por lo tanto es posible su conocimiento real bajo modelos sistémicos. El cual presenta el siguiente postulado:

El ser humano como sistema abierto se relaciona con el entorno en un continuo flujo de entrada (input) y salida (output) para alcanzar un equilibrio sistémico. Por su parte el supuesto cognositivista permite explicar los procesos psicológicos que realiza el ser humano para interpretar los input y decidir los output; representado en el siguiente postulado: La relación de la persona con su entorno se ve mediatizada por un proceso cognoscitivo de valoración de las demandas del entorno (entrada), y de los recursos internos necesarios para enfrentar esas demandas, que conduce necesariamente a la definición de la forma de enfrentar esa demanda (salida).El cual explicó en base a tres puntos:

- 1. La relación persona-entorno se da a través de tres componentes principales: acontecimiento estresante (entrada), interpretación del acontecimiento y activación del organismo (salida).*
- 2. El ser humano realiza una valoración cognitiva del acontecimiento potencialmente estresante y de los recursos de que dispone para enfrentarlo. La cual puede ser de tiponeutra, positiva o negativa, y en cualquiera el organismo tiene que tomar acciones.*
- 3. Cuando no existe un equilibrio entre los acontecimientos considerados estresantes y los recursos de que dispone la persona para enfrentarlos sobreviene el estrés que obliga a la persona a utilizar diferentes estrategias de afrontamiento.*

En el específico caso del estrés académico se puede ilustrar de la siguiente manera: el alumno se ve sometido a una serie de demandas que, tras ser valoradas como estresores (input), provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante) que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio) que obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento (output). Así el autor reconoce tres componentes sistémico procesuales del estrés académico: estímulos estresores (input), síntomas (indicadores del desequilibrio sistémico) y estrategias de afrontamiento (output); de esta manera se logro tener un modelo de estrés académico multidimensional, entonces según Barraza (2006):

El estrés académico es un proceso sistémico de carácter adaptativo y esencialmentepsicológico, que se presenta de manera descriptiva en tres

momentos: primero, el alumno se ve sometido, en contextos escolares, a una serie de demandas que, bajo la valoración del propio alumno son consideradas estresores (*input*); segundo, esos estresores provocan un desequilibrio sistémico (situación estresante), que se manifiesta en una serie de síntomas (indicadores del desequilibrio) y tercero, ese desequilibrio sistémico obliga al alumno a realizar acciones de afrontamiento (*output*) para restaurar el equilibrio sistémico.

Una vez dado el modelo también es importante mencionar las situaciones que desencadenan estrés dentro del contexto académico, en el que diversos autores han enlistado los principales estresores, Polo, Hernández y Poza (1996) mencionaron:

- Realización de un examen.
- Exposición de trabajos en clase.
- Intervención en el aula (responder a una pregunta de un profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etcétera.).
- Tutorías.
- Sobrecarga académica “trabajos prácticos obligatorios y/o informes”.
- Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas.
- Competitividad entre compañeros.
- Realización de trabajos obligatorios para aprobar las asignaturas (búsqueda de material necesario, redactar el trabajo, etcétera.)
- Tarea de estudio.
- Trabajar en grupo.

Por su parte en la escala de acontecimientos vitales de Rahe y Holmes (1967) se pueden identificar situaciones propias del estrés académico:

- Comienzo o final de la escolarización(ubicada en el rubro 28 de la lista y con un valor de 26 puntos)
- Cambio de escuela(ubicada en el rubro 34 con un valor de 20 puntos).

Según Barraza (2007; 2012) los principales estresores académicos son:

- Sobrecarga académica, de estudios, tareas o trabajos escolares.
- Realización de un examen
- Tener tiempo limitado para realizar un examen
- Las evaluaciones de los profesores
- Intervenciones o participaciones en clase
- Falta o límite de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas
- Exposición de trabajos en clase.
- Excesos de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares.
- Realización de trabajos obligatorios para aprobar la asignatura.
- La tarea de estudio
- El tipo de trabajo que le han solicitado los profesores.
- Intervención en el aula
- Mantener un buen rendimiento o promedio académico
- Competitividad grupal.
- Ambiente físico desagradable
- Problemas o conflictos con los profesores, o con los compañeros.

En lo que respecta a los exámenes también se ha descrito que tiene que ver con el tipo, la dificultad percibida, la gran cantidad, la esfera del examen, la espera de los resultados, y en cuanto a los profesores hay aspectos estresantes en relación a su actuación, el trabajar agusto con el docente, la falta de ética, su incompetencia, así como su personalidad y carácter.

En cuanto a la variable género y su relación con los estresores, Barraza (2012) en su investigación indicó que la variable género no influye en relación a los estresores, aclarando que es importante comparar con posteriores estudios.

Cabe destacar que el estar expuesto a estas circunstancias estresantes desencadena consecuencias físicas importantes, Glaser y cols. (1993) confirman los cambios en la respuesta inmune asociados con el estrés académico, en este caso, evidenciados por una baja actividad de los linfocitos T y de su respuesta ante los mitógenos.

Así, se pone de manifiesto que el estrés académico cobra gran relevancia como lo menciona Wolf (1994) “El estrés universitario afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales”.

Recalcando, en su estudio de las características del estrés académico en alumnos de educación media superior en 2005, Barraza mencionó que los síntomas de estrés académico que se presentaron con mayor frecuencia fueron la fatiga crónica, la somnolencia, la inquietud, los sentimientos de depresión y tristeza, ansiedad, problemas de concentración y bloqueo mental, siendo en su mayoría de carácter psicológico, destacándose de los físicos y comportamentales. Posteriormente apuntó la existencia de una relación positiva entre el *burnout* estudiantil como producto de estrés académico recurrente o prolongado (Barraza, 2009).

Lo anterior visualiza el estrés en estudiantes de forma general, sin embargo, una población de estudiantes en la que es común encontrar grandes niveles de estrés es la población de enfermería, en donde en un principio lo presentan en el contexto escolar y después tienen que lidiar con él en el ámbito laboral, debido a que invierten gran parte de su tiempo en actividades propias de su profesión, que afecta su salud integral en lo físico, psicológico, social así como en el desempeño de sus labores.

3.2 Estrés en la carrera de enfermería

Se ha evidenciado que existen áreas en las que existe un mayor nivel de estrés, una es la de Ciencias de la salud, donde la Enfermería en particular lo presenta durante su periodo de formación, ya que no sólo tienen que acudir a clases teóricas sino que también deben asistir a prácticas clínicas y demostración con una carga horaria superior al resto de alumnos universitarios.

Así el curso de una carrera universitaria tiene propensión a desarrollar niveles de estrés desencadenando problemas de emocionales, cognitivos y fisiológico, y en este sentido universitarios de enfermería se enfrentan a situaciones como la competitividad, las responsabilidades, las constantes evoluciones, exposiciones, realización de trabajos, y por otra parte a situaciones interpersonales como presiones familiares, económicas y sociales.

Como lo señala Watson y cols. (2009) específicamente en estudiantes de enfermería se ha observado una relación entre el estrés y el malestar psicológico.

Zryewskij y Davis describieron las principales fuentes de estrés de los estudiantes de enfermería. Comprobaron que las áreas académica y clínica generaban el 78,4% de los acontecimientos estresantes, el área social el 8% y el área personal el 3,6% (1987. En: Fernández, 2009.)

De manera que cuando el estrés sobrepasa los recursos del estudiante se deteriora su desempeño y puede dañar su salud, y eso está en relación directa con las estrategias de afrontamiento con los que cuentan.

En concordancia Collados y García (2012) concluyeron que una situación muy preocupante entre los alumnos que comienzan la carrera de enfermería es el “desconocimiento de una situación clínica”, seguido por la “importancia e incertidumbre ante situaciones determinadas y riesgo a sufrir contagio”, “los daños o lesiones en la relación con el paciente” y la “valoración de sus prácticas”. Mencionaron también que se genera una disminución significativa en el nivel de estrés de los estudiantes con el transcurso de la carrera, es decir, que mientras más avanzado se esté en los semestres, se tiene un mayor control de las situaciones estresantes y por ende un menor nivel de estrés.

Ayala, Pérez y Obando en 2010 investigaron el impacto del estrés en estudiantes de primer año de enfermería de una universidad de Chile, los cuales tuvieron un promedio de 7.5 en relación a las situaciones del cuestionario Trastornos Menores de Salud (Icart, Pulpón, Icart, 2006), todos presentaron por lo menos 2 de los trastornos del instrumento, siendo el más alto “el dormir lo suficiente pero aun despertar cansado” (62.9%), “cefaleas” y “dolores en músculos, huesos y articulaciones” con un 54.8%, y un “aporte calórico superior a los requerimientos” 56.5%; concluyeron que es necesario realizar acciones a favor de la protección de la salud. Además el hecho de que los estudiantes refieran que *tras haber dormido no se sienten recuperados del cansancio*, podría explicar la desconcentración, el desinterés, el olvido, la desatención, la dificultad de agilidad mental, así como el poco vigor físico, y todo esto estar relacionado con los problemas de desempeño académico.

En datos más recientes del 2013, Mamani realizó un estudio en Córdoba en alumnos de enfermería de entre 18 y 40 años de edad en donde concluyó que los factores que más estrés provocan en las prácticas hospitalarias son “los parciales y trabajos prácticos frecuentes”, “la falta de tiempo para estudiar” y el “temor a cometer algún error en los cuidados de enfermería de un paciente”.

Así, algunos aspectos que los autores destacan son poner en práctica los conocimientos teóricos con los de la práctica habitual de los centros asistenciales y en su realización van adquiriendo habilidades y actitudes propias que les serán necesarias en su futuro como profesionales sanitarios, todo esto lleva a que tengan grandes niveles de estrés.

3.3 Estrés en profesionales de enfermería

Igualmente en el ambiente hospitalario existen diversas situaciones estresantes como la adaptación hospitalaria, el rendimiento laboral, el ausentismo, que pueden tener efectos negativos reflejados en los servicios que prestan. Los frecuentes encuentros con el dolor, la muerte, la competitividad laboral, las cargas de trabajo, desencadenan desequilibrio emocional, así como enfermedades psicosomáticas como úlceras gástricas, aumento del colesterol, hipertensión arterial, comportamientos agresivos, enfermedades de la piel, migrañas, depresión, disfunciones digestivas y coronarias, así como una disminución inmunológica, entre otras.

En un estudio realizado en México a enfermeras se encontró que las causas del ausentismo que están relacionadas al estrés laboral fueron de un 36.5% de todas las inasistencias en un año, los accidentes de trabajo 28% y por enfermedad general 27.7%.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento e intervención es importante determinar las más adecuadas para esta profesión. sin embargo en el terreno laboral es difícil que el individuo modifique el ambiente, ya que tendría que cambiar a toda la organización. Por ello, las estrategias de afrontamiento a nivel individual son más funcionales, entre éstas se encuentran la práctica de la relajación, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y solución de problemas, así como la reestructuración cognitiva.

Entre las estrategias de afrontamiento que se han encontrado en la población de enfermería están la adquisición de destrezas; entrenamiento en relajación para la adecuada utilización de las emociones, biofeedback, meditación y entrenamiento físico. El entrenamiento en relajación consiste en el aprendizaje y realización de la respiración profunda, para liberar la tensión muscular y aumentar el nivel de oxigenación, aunado de alguna de las técnicas de relajación específicas como la imaginación y/o la relajación muscular. La biofeedback es empleada para promover el autoconocimiento de la activación fisiológica (taquicardia, diaforesis, hipertermia corporal, enrojecimiento facial), e identificar los momentos en que se sienten intranquilas, ansiosas o estresadas. Una vez conociendo estos signos, se promueve el control y la disminución de los mismos, evitando o disminuyendo la presencia de estrés. Otra estrategia es la meditación la cual ayuda al entendimiento y comprensión del funcionamiento mental, se practica durante 15 ó 20 minutos por la mañana y la tarde, sentado cómodamente antes de iniciar la jornada laboral.

Finalmente el entrenamiento físico, es necesario y adaptarlo al estilo de vida y constitución corporal de cada persona, se recomienda empezar con el ejercicio de menor exigencia (caminar) y aumentarlo progresivamente.

Como se mencionó anteriormente existen técnicas importantes de modificación de los procesos cognitivos, como la reestructuración cognitiva (para modificar pensamientos negativos por pensamientos positivos), entrenamiento en resolución de problemas (para buscar alternativas y elegir la mejor opción), las cuales están fundamentadas en la psicología cognitivo conductual y han mostrado su efectividad en la intervención del estrés. En el caso de la profesión de enfermería son muy necesarias por ejemplo en áreas críticas como son las unidades de cuidados intensivos, urgencias, quirófano, etcétera; para poder establecer una comunicación directa, clara y rápida sobre un procedimiento de urgencia para algún paciente y brindarle cuidados de calidad.

Por ello en 2007 Mamani, Obando, Uribe y Vivanco realizaron en Perú una revisión del concepto de estrés en relación a la prestación de salud, la cual está relacionada directamente con la atención al usuario en las diferentes especialidades para una atención adecuada, oportuna, con eficacia y eficiencia. Las necesidades de la salud y el hecho de

acudir a brindar atención a los pacientes que ingresan a la sala de emergencia genera un alto grado de estrés en los profesionales de la salud, en caso particular en los trabajadores de enfermería, lo cual ha causado gran interés debido a sus consecuencias en la salud y desempeño, ya que se tiene cierta influencia de factores psicosociales.

En 1993 Chuchon y Artazcoz afirmaron que el trabajo excesivo en las enfermeras es negativo, sobretodo cuando existe demasiado quehacer y/o si el trabajo es demasiado difícil (Mammani, Obando, Uribe y Vivanco, 2007).

Así mismo, Escriba (2005. En: Mamani, Obando, Uribe y Vivanco, 2007) mencionó que el sufrimiento, la falta de apoyo, la sobrecarga de trabajo, la presión de tiempo, problemas en relación con el equipo de enfermería, conflictos con los médicos y falta de apoyo en el trabajo.

Otros factores importantes son los descansos inadecuados que no respetan los ciclos biológicos así como las jornadas de trabajo prolongadas.

Mc Cue (1988. En: Mammani, Obando, Uribe y Vivanco, 2007) dijo que las fuentes de estrés son: la identificación profesional, los periodos de transición, la excesiva responsabilidad, el aislamiento social, dudas acerca de la especialidad escogida, apremio económico y la falta de sueño. Estos autores mencionaron que algunas consecuencias extremas son el suicidio o las arritmias cardíacas, entre algunas. Otro autor, Sotillo (2000) menciona al estrés como causante de accidentes en el trabajo.

Quick y Quick (2006. En: Mammani, Obando, Uribe y Vivanco, 2007) establecieron dos tipos de consecuencias de estrés: la directa e indirecta; en la primera se encuentra ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, rotación de personal, poca membrecía y participación; la indirecta se relaciona con la ejecución del trabajo y los aspectos organizacionales como: cantidad y calidad de la productividad, accidentes, maquinarias averiadas y demoras en su reparación. Las consecuencias son la fatiga o el daño y la habilidad del cuerpo de defenderse puede verse comprometida seriamente.

Los factores de riesgo que pueden causar estrés están relacionados con el grado de responsabilidad del profesional de la salud, sobrecarga de trabajo y la presión del tiempo, el

contacto con la muerte, el sufrimiento, el conflicto y la ambigüedad de roles, el clima organizacional, los horarios irregulares, no tener oportunidad de exponer quejas, inestabilidad laboral, falta de apoyo por parte de los compañeros, problemas de interrelación con el equipo multidisciplinario. Las cuales no difieren mucho con respecto a la licenciatura, pues también se presenta exceso de responsabilidad, la sobrecarga de tareas y trabajos académico y la presión con respecto al tiempo. Todo ello afecta en la calidad de vida del profesional y su entorno más próximo, así como también en el desempeño laboral disminuyendo la calidad de los cuidados y la productividad. Las consecuencias del estrés se ven reflejadas principalmente por el ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, poca participación e identificación, así como en los aspectos de la ejecución del trabajo.

Con lo anterior es importante tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento del estrés de las enfermeras, así como la pertinencia, aplicabilidad y ejemplos para promover su realización, tomando en cuenta las condiciones ambientales, la flexibilidad de horarios, enriquecimiento en el puesto de trabajo, estructura organizacional, incentivación, estilos de dirección, grupos semi-autónomos de trabajo, son indispensables para poder realizar las estrategias de afrontamiento clasificadas en los siguientes rubros: adquisición de destrezas, modificación de los procesos cognitivos y adquisición de nuevas habilidades.

También se han realizado estudios en profesionales de la enfermería ya en el ámbito laboral, Pafaro y De Martino (2004) donde realizaron un estudio comparativo que tuvo como objetivo investigar presencia y nivel de estrés emocional, síntomas físicos y psicológicos e intensidad del estrés en enfermeros que realizan doble jornada de trabajo y otros que no lo hacen en el Hospital de oncología pediátrica de Campinas. Con una muestra de 33 enfermeros, los cuales 24 tenían doble jornada y 9 con una jornada, se les aplicó el Inventario de Síntoma de Stress LIPP y la Escala Analógica Visual, los autores concluyeron que los enfermeros de doble jornada tenían un nivel de 70.84% de estrés encontrándose en la fase de resistencia; con referencia a los niveles de estrés los mismos se encontraban en el nivel medio de estrés; así mismo hubo predominio de los síntomas psicológicos (37.50%) y los enfermeros con doble jornada estaban más estresados que los de jornada única.

Siendo que las enfermeras pasan la mayor parte de su tiempo en el ambiente hospitalario y deben lidiar con situaciones estresantes y todavía ofrecer atención de calidad

a los pacientes, especialmente a los tratados en la terapia intensiva, es frecuente que muestren un fuerte desgaste. El cual se ha relacionado con el desgaste emocional, el descontrol de situaciones de alta demanda de trabajo, la sensación de cansancio, la fatiga y alteraciones de salud. Ante esto Cavalheiro, Moura y Lopes (2008) realizaron un estudio con el fin de identificar la presencia de estrés en enfermeros (as) en unidades de terapia intensiva, identificar los agentes estresantes y los síntomas asociados al estrés, y evaluaron la correlación de éstos. Se trató de un estudio realizado en el Hospital Israelita Albert Einstein, en Sao Paulo y trabajaron con una muestra de 75 enfermeros. Encontraron que los conflictos en las funciones, la sobrecarga de trabajo y las situaciones críticas se relacionaban con el tiempo de trabajo, la edad y el turno de trabajo; que más de la mitad (58.6%) expresaron insatisfacción en el trabajo y ésta se relacionaba con el estrés y eran la razón de el agotamiento y el ausentismo.

En concordancia con otros estudios Barrios y Carbajal mencionan que el estrés es uno de los problemas de salud más graves en la actualidad. Por ello, en 2010 realizaron una investigación con el objetivo de determinar el nivel de estrés en el personal de enfermería en el Hospital Ruiz y Paez Bolívar, Edo-Bolívar. Mediante un estudio retrospectivo transversal, con una muestra de 44 enfermeros (as) a los que les aplicó un cuestionario sobre los estresores en enfermería, encontraron que el 63.64% tenían un nivel de estrés bajo, que el rango de edad que más estrés tuvo fue de 25 a 28 con un 25%; entre los estresores ambientales se encontró en primer lugar el exceso de calor (95.45%) y en las condiciones de trabajo la ausencia del personal médico (95.45%).

En las respuestas fisiológicas el mayor porcentaje lo representó el dolor y la rigidez en la espalda con un 54.55%, en segundo lugar se ubica cansancio, fatiga y agotamiento frecuentemente con un 52.27%, el tercer lugar lo ocupa la pesadez o compresión a nivel del cuello con un 47.72%. En relación a las respuestas psicológicas o conductuales psicológicos la ansiedad fue el mayor con un 54.55%. Por otro lado el 100% de los participantes comparte las eventualidades o situaciones que se presentan en el trabajo, se consideran capaces de realizarse una autocrítica y de manejar una situación imprevista respectivamente.

En relación a este estudio, en España, Gómez, Puga y Godoy (2012) realizaron un estudio transversal con una muestra de 94 profesionales de enfermería de las unidades hospitalaria y extrahospitalaria de cuidados paliativos del SERGAS (Servicio Galego de Saúde) que se le aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y el *MaslachBurnotInventory*, siendo que el 87% eran mujeres y el 13% hombres, los cuales tuvieron un nivel de cansancio emocional de 46%, de despersonalización un 52% y de realización personal reducida un 59%. En cuanto a las correlaciones el cansancio emocional tuvo relación con el ambiente físico, en la despersonalización tiene relación con discusiones con los familiares y en realización personal reducida con la plantilla de trabajo y los turnos nocturnos.

Otro estudio importante fue el de Espinoza, Valverde y Vindas (2011) en donde utilizaron el programa Holístico del Modelos de Newman en enfermeras el cual toma en cuenta a la persona-entorno-salud-enfermería para reducir la tensión en el desarrollo y mantenimiento de la salud, y hallaron como principales variables en relación del estrés entre la hipertensión arterial, desgaste de las rodillas, depresión, colitis, epilepsia, cardiopatía congénita, lumbalgias, lupus y migraña esto dentro de las variables fisiológicas, mientras que en las psicológicas destacaron el enojo, culpa, depresión, retraimiento, apatía, tristeza, ansiedad, pérdida de control, y finalmente en la variables socioculturales las dobles jornadas de trabajo. Además encontraron que la mayoría de sus participantes definieron el estrés en relación con adjetivos negativos.

Debido a que no se había estudiado el estrés en enfermería en el área de cardiología, Lima, Simonetti, Ferraz-Bianchi y Kobayashi realizaron un estudio para caracterizar el estrés en enfermeros en un Hospital Especializado en Cardiología mediante el estudio cuantitativo, descriptivo correlacional. Les aplicaron la escala Bianchi de Estresse, la escala de Estrés en el Trabajo y la Escala de Estrés Percibido, se encontró que las puntuaciones más bajas de estrés fueron las relacionadas con los cuidados de enfermería a los pacientes (dominio D, lo que demuestra que los cursos de especialización contribuyen a una mayor seguridad y control de la práctica de la salud) y las actividades que más puntuaron en el nivel medio de estrés estaban relacionados con gestión de personal (dominio C), condiciones de trabajo para la realización de actividades (dominio F) y la

coordinación de las actividades de la unidad (dominio E). Los factores mencionados como causas de la satisfacción en el trabajo fueron el reconocimiento en general (cuyos componentes engloban la valoración del trabajo realizado), reconocimiento por parte de los administradores, la retroalimentación que reciben (*feedback*), el prestigio de las actividades realizadas y la valorización de la cualificación profesional, y también se encontró que las enfermeras que tienen postgraduación presentaron una media mayor de estrés en comparación con las que no lo poseen. Finalmente los autores toman en cuenta las acciones para reducir el estrés de la enfermería y la valoración de su trabajo deben ser herramientas para lograr una atención de calidad con excelencia.

3.4 Burnout en enfermería

De esta manera el burnout como consecuencia del estrés crónico laboral o académico también se ha evidenciado en la población de enfermería. Así diversos autores han realizado diversas investigaciones en la profesión de enfermería. Un ejemplo es la investigación de Manzano y Ramos (2001) los cuales aplicaron el MBI en 265 enfermeras y encontraron que los años de experiencia favorecen el control personal percibido, disminuyendo el grado de indefensión hacia la presencia del burnout. Por su parte Carmona, Sanz y Marín (2001) y, Martínez-López y López-Solache (2005) mencionan que una variable sociodemográfica que puede modular el burnout es el estado civil, explican los primeros autores que esto se debe al apoyo socioemocional recibido por parte de la pareja y la calidad de las relaciones, dandorazón a lo que señalado los segundos autores, pues en su estudio vieron que el síndrome de burnout se asocia con personas que no tienen pareja estable, pues encontraron diferencias significativas entre enfermeras solteras y casadas en la baja realización personal, y en enfermeros solteros y casados en la despersonalización; asimismo hallaron que la relación de pareja evaluada como “difícil” o “indiferente” determinó puntajes altos en las subescalas y en el inventario en general.

En su estudio Brofman y Pinto (2007), en Bolivia con el MBI y la escala de satisfacción marital de Barragán, encontraron que ante mayor satisfacción marital menor es la probabilidad de presentar indicadores del síndrome de burnout, esto debido a que hallaron que más del 50% de sus participantes presentaron un nivel de mediano a alto en cuanto a satisfacción marital, pues vieron una alta correlación negativa en la satisfacción

general y burnout, lo que quiere decir que a mayor satisfacción marital menor burnout en las personas, pero a mayor burnout menor satisfacción marital.

Otro dato interesante es el que obtuvieron Bencomo, Paz y Liebste (2005), encontraron que los profesionales de enfermería con alto nivel de burnout tenían los rasgos de personalidad siguientes: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico. Aquellas personas con bajo nivel de burnout presentaron las siguientes características de personalidad: optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos, capacidad para establecer contactos interpersonales y alto ajuste psicológico. La conclusión más importante de estos investigadores es que el síndrome de burnout no se relaciona con una personalidad tipo, sino, que se trata de rasgos de personalidad que se encuentran asociados con la capacidad de ajuste psicológico.

En cuanto a las dimensiones del burnout que predominan en las enfermeras (os), en 2003 Villena, Mendo y Vásquez estudiaron a 56 enfermeras pertenecientes a tres hospitales de Trujillo, Venezuela, encontrando un nivel bajo en las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y alto en la dimensión de baja realización personal. En coincidencia Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez (2004) encontraron en un hospital de Madrid que los trabajadores de enfermería están más despersonalizados que los auxiliares y técnicos de enfermería, asimismo la dimensión más elevada de burnout fue la baja realización personal (20.80%), los trabajadores con turnos rotatorios estaban más “quemados” que los suplentes. Hallaron relación entre el grado de satisfacción, la opinión sobre la política de personal y el grado de identificación con el centro sanitario negativas se obtenían puntuaciones altas en cuanto al agotamiento, la despersonalización.

En otro estudio, Molina, Ávalos y Jiménez (2005) encontrando que el 7% de 117 enfermeras estudiadas registraron los tres indicadores del síndrome de burnout con puntuaciones altas y establecieron que las funciones generales se relacionan más con el desgaste emocional que las actividades en especialidades. En el mismo año, en Madrid Díaz-Muñoz estudio a profesionales de enfermería del área de cardiología y encontraron que hubo cansancio emocional en 7.7%, despersonalización 30.8% y falta de realización

personal 38.5%, sin embargo ninguno de los participantes presentó como tal el síndrome del quemado, aunque si tenían alguno de los elementos en mayor o menor grado; asimismo, solo el 7.7 % tuvo un bajo grado de afectación simultáneamente en las tres subescalas. Además como el estudio fue en las categorías de enfermera general y auxiliares de enfermera, vieron que los primeros obtuvieron mayores puntuaciones en cada subescala. Por último el sexo, el estado civil, el apoyo emocional, la categoría profesional, la edad, la antigüedad, el puesto y el lugar de trabajo fueron las variables que se relacionaron positivamente con el burnout.

Más tarde Reyes, Soloaga, Pérez, y Dos Santos (2007) aplicaron el cuestionario breve de burnout de Moreno y Jiménez (1997) a personal médico y de enfermería, y encontraron que el 73.3% presentaron burnout, en los médicos fue el 100% y enfermeros (as) el 63.6%. Predomino la dimensión despersonalización. Una diferencia era que los médicos desempeñaban otra actividad laboral fuera del hospital, mientras de los enfermeros (as) no, ya que sus turnos de trabajo de las segundas comprendía todo el día. En cuanto a las consecuencias del burnout predominaron las físicas en enfermeros (as) y las sociales en los médicos. En cuanto a las situaciones generadoras de estrés, el trabajar con pacientes terminales les estresa más a los enfermeros(as) que a los médicos. Finalmente la propuesta del personal de enfermería que predomino fue “mejorar el equipamiento” de los médicos “mejor organización”.

Otro estudio, realizado en Unidades de emergencia y Servicios de Atención Médica de Urgencias (SAMU) Melita, Cruz y Merino (2008) encontraron el síndrome de burnout con promedio de 62.57 para la escala global de burnout y 19.58 para cansancio emocional, de un 8.15 para despersonalización y de un 34.85 para baja realización profesional. Los profesionales con mayor experiencia laboral presentaron niveles más elevados de baja realización profesional (36.61) y predominó el cansancio emocional. SAMU, ubicándose en las edades comprendidas entre 22 y 39 años. en concordancia, Gutiérrez y Pedraza (2010) en un hospital encontraron que el 88% de las enfermeras estudiadas tuvo un afrontamiento inadecuado, y que el 55% presentó ansiedad y depresión, siendo los más afectados el grupo de 26-31 años de edad.

Martínez, Centeno, Sanz-Rubiales y Del Valle (2009) estudiaron el burnout en un grupo de enfermeras de cuidados paliativos (CP) y uno de otras aéreas (NCP) encontrando que un 58% (NCP) y 62 (CP) % presentan cansancio emocional elevado, un 66 % (NCP) - 59%(CP) un nivel importante de despersonalización, y un 66% (NCP) y70% (CP) una baja realización personal, siendo ésta ultima la más sobresaliente; además el 33% de la población resulto “quemada” y el 34% “muy quemada”.

Roth y Pinto (2010) estudiaron a un grupo de enfermería y solo el 8% (17 enfermeras) presentó burnout, 39% con despersonalización y agotamiento emocional y 35% en baja realización personal. Hallaron también que la satisfacción laboral tuvo relación positiva con la realización personal, el estilo de gerencia y el interés que se les da a las sugerencias, y negativamente con la despersonalización y el agotamiento emocional. Además relaciones del agotamiento emocional con extraversión y neocriticismo, despersonalización con el neocriticismo, realización personal apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión y amabilidad. En cuanto relaciones de las variables sociodemográficas con los componentes de burnout, el estado civil se relacionó con la realización personal y la antigüedad con la despersonalización.

En nuestro país fue el de Balseiro, Torres y Ayala (2007) estudiaron un hospital privado y uno público del D.F. y encontraron que en el hospital privado tenían un nivel II de burnout y en el hospital público el nivel I. En ambas las áreas más afectadas fueron, en lo fisiológico las varices, molestias gastrointestinales, fatiga, cansancio, agotamiento, afecciones respiratorias, cefaleas, molestias cardiovasculares; en cuanto a lo psicológico la angustia, en lo conductual los cambios en el peso y, la dimensión laboral (sueldo bajo) predominó en el hospital privado. Las estrategias de afrontamiento del grupo estudiado fueron: dormir y descansar, relajarse, escuchar música, leer y estar tranquilos en ambos hospitales. En cuanto a las propuestas la que predominó fue “dos días de descanso” en el hospital privado, y completar la plantilla de personal, más organización en el trabajo y no agredir al personal.

En 2009 Cabana, García, García, Melis y Dávila en su estudio sobre el burnout, los varones mostraron mayor cansancio emocional y predominó en el nivel medio 50%, despersonalización y realización personal en el nivel bajo, las mujeres tuvieron nivel medio

de baja realización personal y bajo la despersonalización. Además los solteros tuvieron mayor cansancio emocional (12.5%), mayor despersonalización, en conclusión el género masculino fue el más afectado por el síndrome del burnout.

También en nuestro país, en 2009 Rodríguez y cols. estudiaron al personal de enfermería de dos hospitales de Ecatepec, Edo. de México, y la prevalencia del síndrome de Burnout en el hospital de Ecatepec fue de 27% (88% nivel de burnout alto), y en el hospital de Cuautitlán 24% (82% nivel de burnout alto). Los principales factores del síndrome encontrados fueron: el turno, el servicio, el enlace de turno, ausentismo, la gravedad del paciente, y supervisión por jefes de servicio. Además el personal masculino presentó mayor nivel de burnout.

En el estado de Tabasco, Zavala-González y cols. (2010) estudiaron al personal médico y de enfermería de la unidad médico familiar y vieron que el 2.6% con síndrome de burnout, predominando la baja realización personal ($x=40.9$), siendo la afectación de esta de un 68.4%.

Joffre (2009) realizó un estudio en el Hospital general de Tamaulipas con 208 enfermeras, en su mayoría del turno vespertino y nocturno, donde el 91.5% de las enfermeras tuvo al menos una de las dimensiones del síndrome; con 63.2% nivel bajo de burnout, 19.8% en nivel medio y 8.5% en niveles altos, y sólo 8.5% de las enfermeras no presentaron ninguna dimensión. Por último no obtuvo relación del género con respecto a cada una de las dimensiones del Burnout.

Tapia, García, Cesar-Vargas, Franco-Alcántar, Gómez y Rodríguez (2009) estudiaron el burnout en el hospital regional de Morelia Michoacán, y se presentó en el 91.5% de las enfermeras al menos una dimensión, siendo un 8.5% quemadas en un nivel alto. Encontró cansancio emocional en una cuarta parte de la población encuestada (26.4%), despersonalización 20.8% y nivel bajo de realización profesional 81.1%. No obtuvo diferencias entre el estado civil casados con los solteros (as).

A la fecha el burnout académico en la carrera de enfermería es bastante escaso, por ello Barraza, Carrasco y Arreola (2009) estudiaron un grupo de enfermería y obstetricia de una universidad de Durango y vieron que todos los alumnos lo poseían, aunque predominó

el nivel bajo, además encontraron aspectos interesantes como: *la asistencia a clases a diario cansa, somnolencia durante las clases* y *cansancio antes de haber terminado el horario de clases* entre los estudiantes, así se pone en manifiesto que desde la universidad los próximos enfermeros están manifestando afectaciones de salud en las esferas fisiológica y también en la psicológica.

4 FORMACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO

Una vez que se sabe que la profesión de enfermería en particular tiene una prevalencia de estrés, cabe resaltar la consolidación y el progreso de la carrera en nuestro país, siendo ésta de gran importancia ya que muestra los esfuerzos para lograr un alto nivel de preparación a sus practicantes.

Actualmente la enfermería responde a intervenciones autónomas, interdependientes y dependientes del cuidado de la salud de la población, mediante enfoques académicos innovadores, para llegar a este punto, se tuvo que pasar por una serie de modelos educativos que fueron marcando pequeños y grandes avances.

La historia de la enfermería en México comienza con las clases del médico Ignacio Torres durante el virreinato en marzo de 1831 cuando abrió una escuela para dar lecciones de obstetricia y desterrar algunas prácticas consideradas perjudiciales, enseñando a las parteras a prestar un servicio más eficiente.

Para 1833, la Escuela de Medicina del Establecimiento de Ciencias Médicas puso una carrera de enfermería que duraba dos años. Ya en el siglo XIX la situación de las enfermeras era distinta. En primer lugar cabe aclarar que con el nombre de “*enfermera*”(o) se denominan las actividades (de cualquier índole) que mujeres y hombres realizaban en los hospitales fundados desde el siglo XVI en la Nueva España.

Posteriormente el 23 de agosto de 1845 la célebre enfermera mexicana Sor Micaela Ayanz junto con el licenciado José Urbano Fonseca fundaron el hospital de San Pablo, actual Hospital Juárez. Fue hasta 1854, que la escuela se establece en el edificio de la Santa Inquisición de la Nueva España y ahí está hasta la fecha. En el seno mismo de la Facultad de Medicina, existió la Escuela de Enfermería y Obstetricia, desde los últimos lustros del siglo XIX, pero organizada en toda forma a principios del siglo XX.

Años después, por acuerdo del presidente Díaz en 1898 se estableció la “Escuela Práctica y Gratuita de Enfermeros” establecida en el Hospital de Maternidad e Infancia, donde fungía como director el Dr. Eduardo Liceága. Esta escuela estaba pensada para personas de ambos sexos, que trabajaran en los hospitales o que reunieran requisitos como:

amplia cultura social revelada por sus sentimientos humanísticos, un trato afable con los enfermos, instrucción primaria, entre otros, sin embargo no hubo hombres que accedieran a estudiar enfermería, situación que se asocia a que ellos tenían más acceso a estudiar otras profesiones.

Los primeros profesores de ésta fueron un médico varón y Lillie Cooper, egresados de la escuela Médico y Quirúrgica de Michigan, posteriormente se incorporó Rose Crowder egresada de la escuela de enfermeras del Hospital del este de Illinois y Rose Warden, que junto con el Dr. Eduardo Liceága, establecieron el plan de trabajo y reglamento que orientó la preparación de las jóvenes en el cuidado de los enfermos, la manera de informar a los médicos y de administrar los pabellones, acordando además las prácticas en el Hospital de Maternidad e Infancia y el Hospital San Andrés tres días a la semana.

De esta manera y gracias a los esfuerzos del doctor Fernando López se crea la Escuela de Enfermería, que fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, abriendo sus puertas a las alumnas que habían terminado la educación primaria completa para cursar la “carrera de enfermería”, que contaba con una currícula de tres años (Primer año llevarían Anatomía, Fisiología y Curaciones, segundo año llevarían Higiene y Curaciones en General, tercer año verían pequeña farmacia, Curaciones, Cuidados de los niños, parturientas y enajenados).

Al término de su preparación eran acreedoras a un diploma de la Dirección General de la Beneficencia Pública; naciendo así un sistema de educación profesional de enfermería que se extendió por el territorio nacional, siendo Hermelinda García la primera enfermera que tuvo su diploma y certificado oficial el 28 de febrero de 1910. Para 1908 la Escuela de Enfermería pasa a la Secretaría de Educación y el 30 de diciembre de 1911, la Universidad de México aprueba su integración a la Escuela de Medicina, siendo éste el antecedente de la actual Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

En 1917 se funda la escuela de la Unión de Femmes de France incorporada a la Cruz Roja Francesa, que funcionó hasta 1941; y en marzo de 1922 la Escuela de Salud Pública de México con el propósito de suministrar al personal técnico y subtécnico las bases científicas para una administración sanitaria y de asistencia social eficiente. En el

mismo año se incorporaron escuelas del centro e interior del país a la UNAM, y se solicitó a través de las autoridades les hicieran llegar los planes de estudio para normar la enseñanza de la enfermería. Posteriormente, por acuerdo del presidente Cárdenas, el 2 de marzo de 1937 se fundó la Escuela para Enfermeras del Ejército, después de diversos intentos realizados en 1815 y 1910.

Desde su fundación en el año 1944, nace el concepto de la enfermería moderna en México. En 1945 se separa la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Escuela Nacional de Medicina. Posteriormente durante la gestión del Dr. Everardo Landa se adecuó la carrera de tres años a una curricula de cuatro años, lo que permite cursar la carrera de enfermería como requisito para lograr el título de partera. En el año de 1948 con la gestión de la Dra. Emilia Leija se desplazan las oficinas administrativas de la ENEO al pasaje Catedral, continuando las prácticas en el Hospital General de la Ciudad de México y el Hospital Juárez; motivo por lo que se iniciaron los primeros cursos de especialización, siendo el primero en pediatría en el año de 1941, posteriormente el curso de anestesia en 1945, enfermera sanitaria en 1949, psiquiatría, educación y hematología en 1952, administración para jefes de servicio en 1953 y enfermera quirúrgica en 1956; estos cursos de especialidad generaron una nueva imagen profesional de la enfermería en México.

En mayo de 1947 con el propósito de satisfacer la demanda del personal en la atención hospitalaria, el Subdirector General Médico Dr. Mario Quiñones, por indicación del Director Torres-Barrera y el General Don Antonio Díaz Lombardo, fundó la Escuela de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuya preparación incluía la mística de los preceptos de la Seguridad Social. En su inicio se ubicó en el Sanatorio N° 1, estando incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), lo cual proporcionó un elevado prestigio, y para el año de 1950, egresó la primera generación con 11 alumnas y actualmente han egresado más de 100 generaciones con más de 4 000 enfermeras generales.

Actualmente se cuenta con siete planteles, seis de ellos ubicados estratégicamente en cinco estados de la República Mexicana que imparten en el sistema escolarizado el plan de estudios para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería, con 11796 alumnos egresados en dos niveles, 92 % técnico y 8 % licenciatura.

Durante 1967 el Consejo Técnico de la ENEO, autoriza cinco cursos post básicos, los cuales fueron aprobados el siguiente año. Ante los avances tecnológicos, científicos y académicos demandantes de la carrera se fortalece la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Se estructura el Plan de Estudios por semestres y en 1968 aparece publicada la creación de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Para 1976 se crea el Sistema de Universidad Abierta (SUA), logrando llevar a la ENEO a las instalaciones ex profeso para la enseñanza de la enfermería.

Con la gestión de la Lic. Susana Salas Segura en los años de 1994 al 2003, la ENEO se convierte en Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por parte de la UNAM el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería inició en el ciclo escolar 2003, con un nuevo diseño Curricular, con la aprobación previa de los diferentes Cuerpos Colegiados: Consejo Académico del Área de las Ciencias Biológicas y de la Salud Sesión ordinaria N° 359 de fecha 22 de febrero del 2001.

Después, con la gestión del Lic. Severino Rubio Domínguez, se logra la consolidación de los estudios de Licenciatura mediante la exigencia de un alto rendimiento académico y la formación de profesionales con sólidos conocimientos científicos, técnicos y humanísticos; lo anterior mediante el desarrollo de un Plan de Estudios para la Licenciatura en Enfermería y la creación de la Unidad de Investigación y Posgrado.

De esta manera la formación de enfermeros en nuestro país ha sido un proyecto universitario con más de 90 años. Donde actualmente tres entidades de la UNAM imparten esta disciplina: ENEO, FES Zaragoza y FES Iztacala.

En contraste una de las sedes que imparten la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia por parte de la ENEO en el Distrito Federal es la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México (Secretaría de Salud), la cual sigue el plan de estudios de la UNAM.

Enfocándonos en estas últimas, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) y Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México (EEHJM), las cuales como es de saber comparten el mapa curricular con duración de 8 semestres. Donde la FESI (por parte

de la UNAM) tiene una covalidación de las materias con respecto al mapa curricular de la ENEO.

Para fines de este estudio se analizaron ambos mapas curriculares, se encontró que en ambas en cada uno de los semestres, con fines de integración del conocimiento, han sido planteadas prácticas que pretenden articular los contenidos de las diversas asignaturas. Para que una vez que terminen sus estudios los egresados sean profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional para que, vinculados a las necesidades del país, participen con una perspectiva crítica en la promoción de los cambios y transformaciones requeridos por la sociedad.

Asimismo, analizado el plan de estudios, tomaré en cuenta el primero bloque de la carrera, específicamente el tercer semestre, donde en un primer momento los estudiantes realizan prácticas comunitarias encaminadas al fomento de la salud y prevención de enfermedades con base en la valoración de salud hecha en el semestre anterior, posteriormente efectúan cuidados integrales a través de acciones educativas, y por último realizan cuidado integral al enfermo hospitalizado con base en el proceso de enfermería.

Para tal propósito en el tercer semestre en la EEHJM conste un total de 55 créditos mientras que en la FESI son 50 créditos, teniendo materias similares teórico-prácticas, donde las horas de la EEHJM difieren al ser un tanto mayores.

Dadas las diferencias existentes en el periodo de prácticas de las diferentes escuelas, me parece interesante conocer cuál es el nivel de estrés en alumnos del 3° semestre en ambas instituciones, así como sus reacciones (físicas, psicológicas y comportamentales) y el afrontamiento utilizado.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Se empleó un diseño no experimental de tipo transeccional descriptivo, debido a que no hubo manipulación de variables y se recopilaron los datos en un solo momento. Además de ser comparativo con el propósito de determinar el nivel de estrés en los estudiantes de 3° semestre de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y los estudiantes de la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México para contrastar el estrés en función de su plan de estudios, en dichos alumnos.

Tipo de muestra

El tipo de muestra fue probabilístico intencional por conveniencia, es decir, se tomaron grupos específicos de cada institución educativa.

Participantes

El número total de participantes de este estudio fue de 71 alumnos entre ambas escuelas, perteneciendo 35 a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y 36 a la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México.

VARIABLES DE ESTUDIO:

- Plan de estudios de la FESI y de la EEHJM (variable independiente)
- Nivel de estrés (variable dependiente).

Definición conceptual:

- **Plan de estudios:** conjunto de determinadas enseñanzas y prácticas realizados por la institución académica sujeto a un diseño curricular, que con determinada disposición han de cursarse para cumplir un ciclo de estudios u obtener un título escolar.
- **Estrés académico:** es el conjunto de reacciones ante demandas de tipo escolares, donde se presenta un desequilibrio sistémico manifestado como una serie de síntomas que preparan al organismo para afrontar la situación.

Instrumento de recolección de datos.

Se utilizó el Inventario SISCO (SIStémico-COgnosctivista) del Estrés Académico (Barraza,2007). Instrumento elaborado por el Dr. Arturo Barraza Macías, asesor del área de postgrado y Coordinador del Programa de investigación de la Universidad Pedagógica de Durango y Catedrático del Sistema estatal Colegio de Bachilleres del Edo.deDurango y de la Escuela Preparatoria Diurna de la Universidad Juárez. El instrumentocuenta con las siguientes propiedades psicométricas:

- a) Validez: corresponde a la validez de constructo, la cual comprobó con la evidencia basada en la estructura interna a través de tres procedimientos: análisis factorial, análisis de consistencia interna y análisis de grupos contrastados. Los resultados confirmaron la constitución tridimensional del Inventario SISCO de estrés académico a través de la estructura factorial obtenida en el análisis correspondiente, lo cual coincide con el modelo conceptual elaborado para el estudio del estrés académico desde la perspectiva sistémico-cognoscitivista (Barraza, 2006). Se confirmó la homogeneidad y direccionalidad única de los ítems que componen el inventario a través de análisis de consistencia interna y de grupos contrastados. Estos resultados centrados en la relación entre los ítems y el puntaje global del inventario permitan afirmar que todos los ítems forman parte del constructo establecido en el modelo conceptual constituido, en este caso estrés académico.
- b) Una confiabilidad por mitades de .87 y una confiabilidad en alfa de cronbachde .92. Estos niveles de confiabilidad pueden ser valorados como buenos.

Se fundamenta en el Modelo Transaccional del Estrés y en el Modelo Sistémico Cognoscitivista del Estrés Académico mencionado anteriormente.

Cuenta con 33 ítems, distribuidos de la siguiente manera:

- Un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (sí-no) permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario.
- Un ítem que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores numéricos (del 1 al 5 donde uno es poco y cinco mucho), permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico.

- 10 ítems que, en escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (*nunca* 1, *rara vez* 2, *algunas veces* 3, *casi siempre* 4 y *siempre* 5), permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores.
- 15 ítems que permiten identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.
- 6 ítems que, en un escalamiento tipo lickert de cinco valores categoriales (*nunca*, *rara vez*, *algunas veces*, *casi siempre* y *siempre*), permiten identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamientos.

Ver anexo 2.

Procedimiento

Se realizó la búsqueda de los grupos en ambas instituciones en el mes de octubre de 2013. Una vez localizados se pidió la autorización de las autoridades y profesores correspondientes.

El instrumento fue aplicado en las aulas correspondientes a cada grupo en cada una de las instituciones. La administración del instrumento fue colectiva, se leyeron las instrucciones que incluye el inventario SISCO (Barraza, 2007) para su resolución. Se explicó que su participación era totalmente anónima que fines de investigación científica únicamente, además de tener la libertad de expresar cualquier duda para que ésta fuera resuelta. Para el cumplimiento del inventario no se estableció limitación de tiempo. Se les pidió que una vez que terminaran de contestar el instrumento levantaran la mano para recogerles el mismo. El tiempo utilizado por los estudiantes osciló entre los 15 y 25 minutos. Finalmente se les agradeció por su participación.

Plan de tabulación

Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15 en español para el análisis estadístico de las variables de investigación.

Análisis estadístico

Dentro de análisis descriptivo se obtuvieron promedios, frecuencias y la comparación correspondiente, asimismo se obtuvieron tablas que representaran estos datos. Finalmente se realizó la comparación por medio de la T de Student para analizar las diferencias que existían en el nivel de estrés académico en ambas instituciones.

RESULTADOS

Se trabajó con 71 participantes de los cuales 35 (49.3%) fueron de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) y 36 (50.7%) de la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México (EEHJM) de ambos sexos. De los cuales el 15.5% pertenecen al sexo masculino y 84.5% del sexo femenino. Particularmente en la FESI participaron 29 mujeres (82.9%) y 6 hombres (17.1%), mientras que en la EEHJM 31 mujeres (86.1%) y 5 hombres (13.9%) (Ver tabla 1).

Tabla 1.

Distribución de participantes por género e institución académica

Género	Masculino	Femenino	Total
FESI	6	29	35
	8.5%	40.8%	49.3%
EEHJM	5	31	36
	7.0%	43.6%	50.7%
Total	15.5%	84.5%	71- 100%

Nota: N° de participantes por género y porcentajes respecto al total.

Los resultados se presentaran de acuerdo a la secuencia del inventario de estrés SISCO (SISTémico-COgnosctivista) del Estrés Académico (Barraza, 2007), que consta de seis apartados, el primero mide de manera global la percepción de estrés, el segundo evalúa los estresores académicos, el tercero, cuarto y quinto las respuestas físicas, las respuestas psicológicas y las respuestas comportamentales respectivamente, y el último evalúa las estrategias de afrontamiento; cabe aclarar que los resultados se mostraran en puntuaciones promedio.

Conjuntamente las descripciones se encuentran en primera instancia de manera global, es decir, se muestran los resultados generales obtenidos por el total de estudiantes, inmediatamente está la descripción por institución académica y finalmente por géneros.

Comenzando con el análisis global, de acuerdo a la escala de medición del inventario; escala de intensidad de estrés: 1 = poco, 2=medianamente bajo, 3=medio, 4=medianamente alto, 5=mucho; el total de los estudiantes en general se situaron en el nivel medio de estrés con una puntuación de 3.7, existiendo una tendencia a ser medianamente alto de acuerdo a la clasificación.

Cabe aclarar que a partir del segundo hasta el sexto apartado del instrumento utilizado se manejó una escala de frecuencia: 1 = nunca, 2= rara vez, 3= algunas veces, 4=casi siempre y 5=siempre) en los ítems; de esta manera en el segundo apartado se encontró que el estresor que más impacta en la población son *las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etcétera.)* con una puntuación de 4.2 de acuerdo a la escala. En segundo lugar se situó *la sobrecarga de tareas y trabajos escolares* con una puntuación de 4.1, seguido por *el tiempo limitado para hacer los trabajos* con una puntuación de 3.6.

En cuanto a las respuestas físicas la más relevante fue la *somnolencia* con un promedio de 3.8, (nivel medio, algunas veces,) en segundo lugar se situó la *fatiga crónica* (3.3) y en tercer lugar el *trastorno del sueño o insomnio*(3.1). El resto de las reacciones físicas como *migrañas, problemas de digestión, y rascarse* puntuaron en 2.

En el apartado de reacciones psicológicas destacaron *los problemas de concentración* con una puntuación de 3.3, seguido por la *inquietud* y la *ansiedad, angustia o desesperación*, ambos con la puntuación 3. El resto de las reacciones psicológicas (*sentimientos de depresión y tristeza, y sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad*) obtuvieron puntuaciones menores no relevantes.

Respecto a las respuestas comportamentales la más importante fue el *aumento o reducción del consumo de alimentos* con una puntuación promedio de 2.8; en contraste, la reacción comportamental menos presentada fue el *aislamiento de los demás* (puntuación 2.0).

Respecto a las estrategias de afrontamiento que en general utilizan los estudiantes de la población destaca *la habilidad asertiva* con una puntuación de 3.1, también la

elaboración de un plan y la ejecución de tareas (2.9), y *elogios a sí mismo* (2.8). En contraste la estrategia menos utilizada en general fue *la religiosidad* (2.1).

A continuación se describirán las puntuaciones promedio de ambas instituciones académicas, donde se pondrán en conjunto las valoraciones para mayor perspectiva de comparación.

En el primer apartado de *percepción global del nivel de estrés*, ambas instituciones, la FESI y la EEHJM coincidieron en la puntuación promedio de 3.7, como se mencionó anteriormente de manera general esto los ubica en el nivel de intensidad media de acuerdo a la escala de medición, que oscila de 1 hasta 5.

Tabla 2.

Nivel de estrés por institución académica

Institución	Puntuación promedio	Nivel estrés
FESI	3.7429	Medio
EEHJM	3.7222	Medio

NOTA: Puntuación de la percepción general de estrés de cada institución académica; clasificación de acuerdo a la escala del instrumento de medición (Inventario SISCO): Nivel de Intensidad 1=poco 2=medianamente bajo 3=medio 4=medianamente alto 5=mucho.

En el segundo apartado que corresponde a los estresores académicos, los datos mostraron que los estresores más relevantes de los estudiantes de enfermería de la FESI, son en primer lugar la *sobrecargar de tareas y trabajos escolares* con una puntuación promedio de 4.06 (medianamente alto, casi siempre), seguido de las *evaluaciones de los profesores* (4.02) y el *tiempo limitado para hacer el trabajo* (3.6).

Tabla 3.

Puntuaciones promedio de estresores académicos de la FESI

ESTRESORES	Media	Desv. típ.
• La competencia con los compañeros del grupo	2.8857	1.07844
• Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	4.0571	.90563
• La personalidad y el carácter del profesor	3.1714	1.09774
• Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etcétera)	4.0286	.85700
• El tipo de trabajo que piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etcétera.)	3.4571	.70054
• No entender los temas que se abordan en la clase	3.1429	.87927
• Participación en clase (responder preguntas, exposiciones, etcétera.)	3.2571	1.03875
• Tiempo limitado para hacer el trabajo	3.6000	1.19312
• Otros	0.5142	

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes.

En contraste el principal estresor en los alumnos de la EEHJM fue las *evaluaciones de los profesores* con una puntuación promedio de 4.4 (medianamente alto, casi siempre) siendo ésta la mayor puntuación en los estresores, seguido por la *sobrecarga de tareas y trabajos escolares* con 4.16 y el *tiempo limitado para hacer el trabajo* con un promedio de 3.77 (Ver tabla 4).

Tabla 4.

Puntuación promedio de los estresores en la EEHJM

ESTRESORES	Media	Desv. típ.
• La competencia con los compañeros del grupo	2.3611	1.07312
• Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	4.1667	.73679
• La personalidad y el carácter del profesor	3.3333	.86189
• Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etcétera)	4.4167	.73193
• El tipo de trabajo que piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etcétera.)	3.4722	.77408
• No entender los temas que se abordan en la clase	3.5278	.94070
• participación en clase (responder preguntas, exposiciones, etcétera.)	2.9167	1.02470
• Tiempo limitado para hacer el trabajo	3.7778	.98883

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes

Por otra parte, los estresores que menos inquietan a la población fueron la *competencia con los compañeros* con un promedio de 2.88 en la FESI y 2.36 en la EEHJM y “*otros*” teniendo el promedio más bajo, 0.51 (categoría poco) donde solo fueron presentados en la FESI.

En cuanto al apartado estresores el inventario da la opción *otros*, es decir, se encuentra como cuestión abierta para que los encuestados tengan la oportunidad de expresar libremente algún otro estresor de manera individual, en este caso solo cuatro estudiantes de la FESI respondieron. Específicamente los *otros estresores* mencionados fueron “exámenes propedéuticos”, la “mala organización de equipos”, “el tiempo que queda para hacer las tareas con el tiempo que quita el transporte” y los “trabajos en equipo”, donde los dos primeros fueron puntuados con la máxima categoría, es decir, *siempre* los estresa y los dos últimos con la categoría *casi siempre*, lo cual refiere que esas situaciones en especial aquejan a estos estudiantes, y tiene que ver directamente con su ejercicio escolar (Ver tabla 5).

Tabla 5.

Calificación de “otros estresores”

Estresores-OTROS	1-Nunca	2-Rara vez	3-Algunas veces	4-Casi siempre	5-Siempre
Exámenes propedéuticos					•
Mala organización de equipos					•
Tiempo que queda para hacer las tareas con el tiempo que quita el transporte				•	
Trabajos en equipo				•	

Nota: los puntos representan la puntuación directa.

En los siguientes tres apartados, correspondientes a las reacciones físicas, psicológicas y comportamentales, se encontró que en la población destacan las físicas puntuando en 3.16, siendo estas iguales en ambas instituciones académicas, y destacando también las psicológicas en la FESI (Ver tabla 6).

Tabla 6.

Puntuaciones promedio de las reacciones físicas, psicológicas y comportamentales por institución.

Institución académica	R. físicas	R. psicológicas	R. comportamentales
FESI	3.16	3.18	2.66
EEHJM	3.16	2.77	2.04

Nota: Las puntuaciones se manejaron de acuerdo a la media en general.

Las reacciones físicas que más presentanson en primer lugar los *trastornos del sueño o somnolencia*, seguidos de la *fatiga crónica* y el *insomnio*. Teniendo así promedios bastante similares donde la principal reacción física en la FESI se presentó con una puntuación de 3.8 y en la EEHJM de 3.9, siendo en la segunda institución levemente más altos los promedios de *somnolencia* en los estudiantes, también de la *fatiga crónica* (promedio 3.4) y el *insomnio* (promedio 3.1). Una diferencia marcada fueron el *rascarse, morderse las uñas o frotarse* ya que menos presentadasen general, siendo ésta última la que menos figuró en las puntuaciones (Ver tabla 7).

Tabla 7.

Puntuaciones promedio de las reacciones físicas por institución académica

Reacciones físicas	Media FESI	Media EEHJM
• Trastornos del sueño (insomnio o pesadillas)	3.2286	3.1667
• Fatiga crónica (cansancio permanente)	3.3143	3.4722
• Dolores de cabeza o migrañas	3.0000	2.8611
• Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	2.8857	2.8889
• Rascarse, morderse las uñas, frotarse	2.7429	2.6944
• Somnolencia o mayor necesidad de dormir	3.8000	3.9167

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes de ambos grupos.

En el siguiente apartado se encuentran las reacciones psicológicas, siendo en ambas instituciones la más frecuente los *problemas de concentración*. Particularmente la FESI tuvo una puntuación media de 3.4 y en la EEHJM 3.2 (algunas veces nivel medio).

También destacaron la *inquietud* (puntuación promedio FESI 3.2, EEHJM 2.8) y la *ansiedad, angustia o desesperación* (puntuación promedio FESI 3.2, EEHJM 2.9).

En este apartado las reacciones que menos presentaron los estudiantes fueron los *sentimientos de desesperación* en la FESI y el *sentimiento de agresividad e irritabilidad* la segunda institución. (Ver tabla 8).

Tabla 8.

Puntuaciones promedio de las reacciones psicológicas por institución académica

Reacciones psicológicas	Media FESI	Media EEHJM
• Inquietud (incapacidad de relajarse o estar tranquilo)	3.2857	2.8889
• Sentimientos de depresión o tristeza (decaído)	3.0000	2.3611
• Ansiedad, angustia o desesperación	3.2000	2.9722
• Problemas de concentración	3.4000	3.2222
• Sentimiento de agresividad o aumento de Irritabilidad	3.0286	2.4444

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes

Continuando con los apartados están las reacciones comportamentales, las más sobresalientes en ambas instituciones fueron el *aumento o reducción del consumo de alimentos* con una media de 2.6 en la EEHJM y 3 en la FESI, seguido por el *desgano para realizar las labores escolares y conflictos o tendencia a polemizar y discutir*. Siendo el *aislamiento de los demás* la reacción menos frecuente en los estudiantes estudiados (Ver tabla 9).

Tabla 9.

Puntuaciones promedio de las reacciones comportamentales por institución académica

Reacciones Comportamentales	Media FESI	Media EEHJM
• Conflictos o tendencia a polemizar o discutir	2.5714	2.0556
• Aislamiento de los demás	2.2286	1.8889
• Desgano para realizar las labores escolares	2.8571	2.4444
• Aumento o reducción en consumo de alimentos	3.0000	2.6111

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes de ambos grupos.

Tomando en cuenta el último apartado del inventario, que responde a la tercera pregunta de investigación que se refiere a identificar las estrategias de afrontamiento en la muestra estudiada, los datos mostraron que en la FESI las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la *elaboración de un plan y la ejecución de sus tareas* con una puntuación promedio de 3 y en la EEHJM utilizan principalmente la *habilidad asertiva* obteniendo la puntuación promedio de 3.2, como segunda opción más utilizada en la FESI se encuentra la *habilidad asertiva* (puntuación 2.9), seguido por la *ventilación y confidencias de la situación estresante* (puntuación 2.8), siendo la *religiosidad* la estrategia menos empleada (puntuación 1.8, categoría poco). Por su parte la segunda estrategia de afrontamiento a la que recurren los estudiantes de la EEHJM son los *elogios a sí mismos* (puntuación 2.9), luego la *búsqueda de información sobre la situación* (puntuación 2.9), y en coincidencia la *religiosidad* en última instancia (puntuación 2.3, categoría medianamente bajo), (Ver tabla 10).

Tabla 10.

Puntuaciones promedio de las estrategias de afrontamiento por institución académica

Estrategias de Afrontamiento	Media FESI	Media EEHJM
• Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias, ideas o sentimientos sin dañar a otros)	2.9429	3.2778
• Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas	3.0000	2.8056
• Elogios a si mismo	2.7429	2.9722
• Religiosidad (oraciones o asistencia a misa)	1.8857	2.3611
• Búsqueda de información sobre la situación	2.7714	2.9167
• Ventilación y confidencias (verbalización de la situación que preocupa)	2.8857	2.5833

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes de ambos grupos.

Los datos mostraron que las estrategias utilizadas se reflejaron un nivel medio, es decir, que no siempre las utilizan, sino que los estudiantes recurren a éstas solo *algunas veces*, o *rara vez*. Un caso especial fue en las respuestas de la estrategia *religiosidad* donde la respuesta más frecuente fue *nunca*, a diferencia del resto de las estrategias.

En cuanto al análisis de datos respecto al género, en el primer apartado se encontró que a los hombres le estresan principalmente *las evaluaciones de los profesores* (promedio FESI 4.5, EEHJM 4.4), después el *tiempo limitado para hacer los trabajos* (promedio FESI 4.3, EEHJM 4), *la sobrecarga de tareas y trabajos* (promediogeneral 3.8) y, particularmente en la FESI la *personalidad y carácter del profesor* (promedio 3.8).

En contraste, el estresor *competencia con los compañeros* en los varones en general es el que menos estresa, destacando también *no entender los temas vistos en clase* (FESI) y la *participación en clase* (EEHJM).

Por su parte a las mujeres les estresan principalmente *las evaluaciones de los profesores*, la *sobrecarga de tareas y trabajos*, así como *el tiempo limitado para hacer los trabajos*. Siendo *la sobrecarga de tareas y trabajos escolares* lo que más estresa a las mujeres de la FESI (promedio 4.1), en segundo lugar las *evaluaciones* (promedio 3.9), y en tercer lugar *el tiempo limitado para hacer el trabajo* (promedio 3.4); además también les

estresa considerablemente el *tipo de trabajo que piden los profesores* (promedio 3.4), y *no entender los temas de clase* (promedio 3.5) también destacó.

El principal estresores de las féminas de la EEHJM fue *las evaluaciones de los profesores* (promedio 4.4), en segundo lugar la *sobrecarga de tareas y trabajos escolares* (promedio 4.2), en tercera posición el *tiempo limitado para hacer el trabajo* (3.7). Por el contrario lo que menos estresa a las mujeres en general es la *competencia con los compañeros del grupo*.

Tabla 11.

Puntuaciones promedio de los estresores por género

ESTRESORES	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres
	FESI	EEHJM	FESI	EEHJM
• La competencia con los compañeros del grupo	3.1	1.4	2.8	2.5
• Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	3.8	3.8	4.1	4.2
• La personalidad y el carácter del profesor	3.8	3.4	3.1	3.3
• Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etcétera)	4.5	4.4	3.9	4.4
• El tipo de trabajo que piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etcétera.)	3.6	3.4	3.4	3.4
• No entender los temas que se abordan en la clase	3.1	3.4	3.1	3.5
• Participación en clase (responder preguntas, exposiciones, etcétera.)	3.6	2.8	3.1	2.9
• Tiempo limitado para hacer el trabajo	4.3	4.0	3.4	3.7
• Otros estresores	0	0	0.51	0

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes en cada grupo

Particularmente si se comparan las mujeres con los varones de cada escuela podemos ver que en la FESI existe una disparidad en cuanto a la posición de los estresores, ya que mientras que a las mujeres les estresa principalmente la *sobrecargar de tareas y trabajos*, los varones la sitúan en la tercera posición. Asimismo pasa con las *evaluaciones de los profesores* y *el tiempo limitado para hacer el trabajo*, ya que a los varones les estresan en ese orden secuencial y a las mujeres en el orden inverso.

Asimismo, en la EEHJM hubo una coincidencia del principal estresor, *las evaluaciones* donde tanto hombres como mujeres lo puntuaron más alto, y en el caso de su segundo y tercer estresor cambiaron, ya que a los varones les importó más *el tiempo limitado para hacer el trabajo, la sobrecargar de tareas y trabajos*, y a las féminas en el orden inverso. Lo cual pone en evidencia que si existen diferencias muy marcadas en cuanto a los estresores de cada género.

En las comparaciones de género las principales reacciones físicas de los varones en la FESI fueron la *somnolencia*(4), la *fatiga crónica*(3.3) y *los problemas de digestión*(3.1), siendo las *migrañas* la menos presentada. En los varones de la EEHJM coinciden en las principales reacciones físicas, sin embargo, con un orden diferente, ya que la tercera reacción más presentada fue la *somnolencia*; en contraste las menos presentadas por los éstos fueron los *problemas de digestión y rascarse o morderse las uñas* (2.2).

Por otro lado, las mujeres de la FESI y la EEHJM presentaron en primer lugar *la somnolencia, la fatiga crónica y el insomnio*. Siendo más presentadas *las migrañas* (2.8) en la FESI y a diferencias *los problemas de digestión*(3) en la EEHJM y teniendo en común *rascarse y morderse las uñas* como la menos presentada en ambas escuelas.

Tabla 12.

Puntuaciones promedio de las reacciones físicas por género

REACCIONES FISICAS	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres
	FESI	EEHJM	FESI	EEHJM
• Trastornos del sueño (insomnio o pesadillas)	3	2.6	3.2	3.2
• Fatiga crónica (cansancio permanente)	3.3	3.4	3.3	3.4
• Dolores de cabeza o migraña	2.5	2.4	3.1	2.9
• Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	3.1	2.2	2.8	3
• Rascarse, morderse las uñas, frotarse	2.8	2.2	2.7	2.7
• Somnolencia o mayor necesidad de dormir	4	3.8	3.7	3.9

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes en cada grupo

En lo que respecta a las reacciones psicológicas los datos mostraron que sin importar el género y la institución, la principal reacción psicológica son los *problemas de*

concentración. Entre los varones presentan también *la inquietud y la agresividad e irritabilidad*. Particularmente en la EEHJM de todas las reacciones psicológicas en ambos sexos la menos presentada son los *sentimientos de depresión y tristeza*.

Por su parte, en las mujeres de la FESI destacan los *problemas de concentración* (promedio FESI 3.3, EEHJM 3.1) *la ansiedad, angustia y desesperación* (promedio FESI 3.2, EEHJM 3.0), y *la inquietud* (promedio FESI 3.2, EEHJM 2.8). Se vio que en general en las féminas los *sentimientos de agresividad e irritabilidad* fueron los que obtuvieron menores porcentajes. Así mismo, *la inquietud* fue una de las reacciones que tuvo mayor homogeneidad en ambos géneros y escuela teniendo porcentajes bastante similares.

Tabla 13.

Puntuaciones promedio de las reacciones psicológicas por género

REACCIONES PSICOLOGICAS	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres
	FESI	EEHJM	FESI	EEHJM
• Inquietud (incapacidad de relajarse o estar tranquilo)	3.5	3	3.2	2.8
• Sentimientos de depresión o tristeza (decaído)	3	2.2	3	2.3
• Angustia o desesperación	3	2.6	3.2	3.0
• Problemas de concentración	3.6	3.4	3.3	3.1
• Sentimiento de agresividad o aumento de Irritabilidad	3.3	3	2.9	2.3

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes en cada grupo.

En el siguiente apartado se presentan las reacciones comportamentales en la FESI tanto en los varones como en las féminas la principal reacción fue *los cambios en el aumento o reducción de alimentos* (varones 3.5, féminas 2.8), en segundo lugar el *desgano para realizar las labores escolares* (varones 3.3, féminas 2.7), seguido por el *aislamiento de los demás* y en último lugar *conflictos o tendencia a polemizar y discutir*.

Por su parte, en la EEHJM en la comparación de género existieron diferencias en cuanto a las reacciones psicológicas, debido a que los varones presentaron principalmente el *desgano para realizar las labores escolares* (2.6), seguido por los *conflictos y tendencia a polemizar y discutir* (2.4), y el *aislamiento de los demás* (2.4), siendo los *cambios en la*

alimentación la reacción menos presentada. En las féminas de ésta presentan principalmente *cambios en cuanto al aumento o reducción del consumo de alimentos*(2.6), seguido por el *desgano para realizar las labores escolares*(2.4), seguida por los *conflictos o tendencia a polemizar*(2), y la que presentan en menor frecuencia es el *aislamiento de los demás*.

Tabla 14

Puntuaciones promedio de las reacciones comportamentales por género

REACCIONES COMPORTAMENTALES	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres
	FESI	EEHJM	FESI	EEHJM
• Conflictos o tendencia a polemizar o discutir	2.6	2.4	2.5	2
• Aislamiento de los demás	2.8	2.4	2.1	1.8
• Desgano para realizar las labores escolares	3.3	2.6	2.7	2.4
• Aumento o reducción en consumo de alimentos	3.5	2.2	2.8	2.6

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes.

Por otra parte, las estrategias menos utilizadas por ambos géneros en la FESI son los *elogios a sí mismo*, mientras que la *búsqueda de información sobre la situación* en la EEHJM, teniendo puntuaciones bastante similares.

En cuanto las estrategias de afrontamiento, en la FESI ambos géneros coincidieron teniendo como la principal estrategia la *elaboración de un plan y sus tareas* (varones 3.5, féminas 2.9), después la *habilidad asertiva* (varones 3.5, féminas 2.8), segunda por la ventilación y confidencias de la situación estresante (varones 3.1, féminas 2.8) y en ambos géneros la estrategia menos utilizada fue la *religiosidad*.

En los estudiantes de la EEHJM la principal estrategia utilizada por ambos géneros es la *habilidad asertiva* (3.2), en segundo lugar los *elogios a sí mismo* (varones 3.2, féminas 2.9), y también destacó la *búsqueda de información* (varones 2.3, féminas 2.9); en discrepancia las menos utilizadas con la *ventilación de la situación estresante y en general la religiosidad*.

Tabla 15.

Puntuaciones promedio de las estrategias de afrontamiento por género

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres
	FESI	EEHJM	FESI	EEHJM
• Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias, ideas o sentimientos sin dañar a otros)	3.3	3.2	2.8	3.2
• Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas	3.5	2.8	2.8	2.8
• Elogios a si mismo	3	3.2	2.6	2.9
• Religiosidad (oraciones o asistencia a misa)	1.8	2.6	1.8	2.3
• Búsqueda de información sobre la situación	3	2.8	2.7	2.9
• Ventilación y confidencias (verbalización de la situación que preocupa)	3.1	2.6	2.8	2.3

NOTA. Se resaltan en negrita las puntuaciones más sobresalientes en cada grupo

➤ *Comparación de medias*

Por otro lado, para evaluar si existe una diferencia significativa entre las medias del nivel de estrés en los grupos estudiados por escuela de procedencia, se utilizó la prueba t de student. En un inicio se comprobó la normalidad de las distribuciones de la media con la prueba Levene en la cual ambos grupos obtuvieron un valor de $p=0.031$ lo que representa que la variable nivel de estrés (calificación del inventario) se comporta normalmente en ambos grupos.

La media del nivel de estrés de la FESI fue de 94.62 (ET=2.56) y en el grupo EEHJM de 91.7 (ET = 1.9). Se encontró que no existe diferencia significativa en el puntaje medio del nivel de estrés ($t = 0.376$, $p = 0,31$; prueba de dos colas), es decir, que el nivel de estrés medio de los estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y de la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México es semejante en ambos, no existiendo diferencias significativas.

Conjunto de datos prueba T

Estadísticos de grupo

Institución académica		N	Media	Desviación típica.	Error típ. de la media (ET)
Calificación-nivel	FESI	35	94.6286	15.14845	2.56056
estrés	EEHJM	36	91.7778	11.50431	1.91739

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Calificación-inventario	Se han asumido varianzas iguales	4.840	.031	.895	69	.374	2.85079	3.18663	-3.50636	9.20795
estrés	No se han asumido varianzas iguales			.891	63.442	.376	2.85079	3.19888	-3.54078	9.24237

➤ *Comparación de medias por géneros (prueba t)*

Se realizó también una comparación de medias con respecto a los géneros, se obtuvo que la media del nivel de estrés del género masculino fue de 95.18 y en el género femenino de 92.81; dado que el valor de la prueba $t = 0.535$ ($p = 0.594$) se encontró que no existe diferencia significativa entre el puntaje medio del nivel de estrés en los estudiantes del género masculino y los estudiantes del género femenino.

Estadísticos de grupo

genero correspondiente		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
sumatoria del cuestionario	Masculino	11	95.1818	16.38181	4.93930
	Femenino	60	92.8167	12.91628	1.66748

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	Prueba T para la igualdad de medias								
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Calificación- inventario de estrés	Se han asumido varianzas iguales	1.594	.211	.535	69	.594	2.36515	4.41926	-6.45103	11.18134
	No se han asumido varianzas iguales			.454	12.382	.658	2.36515	5.21318	-8.95463	13.68494

➤ *Comparación de las estrategias de afrontamiento por género (prueba t)*

De la misma manera se realizó una prueba t de student de las estrategias de afrontamiento de los estudiantes por el género, en la cual se obtuvo que la media las puntuaciones del género masculino fue de 17.54 y en el género femenino de 16.40, donde el valor de $t = 0.964$ ($p = 0.638$) encontrándose que no existe una diferencia significativa entre el puntaje medio de las estrategias de afrontamiento de los estudiantes del género masculino y los estudiantes del género femenino.

Estadísticos de grupo

genero correspondiente		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
sumatoria de afrontamiento	masculino	11	17.5455	4.13192	1.24582
	femenino	60	16.4000	3.52810	.45548

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Puntuaciones de estrategias de afrontamiento	Se han asumido varianzas iguales	.653	.422	.964	69	.338	1.14545	1.18792	-1.22438	3.51529
	No se han asumido varianzas iguales			.864	12.813	.404	1.14545	1.32647	-1.72446	4.01537

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este estudio se tuvo un mayor número de mujeres en comparación de los varones, esto se debe a que en la carrera de enfermería y obstetricia es común que se inscriban más mujeres en general, siendo escaso el número de varones.

Entrando en materia, se pudo observar que los estudiantes de la FESI y la EEHJM tuvieron niveles de estrés académico semejantes. En lo que respecta a los estresores también tuvieron puntuaciones similares, teniendo como su primer estresor a las *evaluaciones de los profesores* en ambas instituciones, siguiéndoles la *sobrecarga de tareas y trabajos*, y *el tiempo limitado para hacer el trabajo*, reafirmando de esta manera que sin discriminar el contexto los estresores académicos tuvieron el mismo valor para los estudiantes de estas instituciones.

En general, en estresores figuraron también *la competencia con los compañeros del grupo y la participación en clase* en los alumnos de la FESI, lo cual puede manifestar que los recursos de éstos en cuanto a la competencia son débiles, y en consecuencia les estresa más, sin embargo cabría investigar que tanto valor o porcentaje tiene la participación para con su calificación.

Los estresores en el que puntuaron más los alumnos de la EEHJM fue *la personalidad y carácter de los profesores*, *no entender los temas vistos en clase* y *el tipo de trabajo que piden los profesores*, siendo los dos primeros los que tienen relación profesor-enseñanza-alumno, que tiene un papel importante en el proceso de aprendizaje, ya que la forma en que los profesores se desenvuelven en el aula de clases y se dirigen a los alumnos está en función de su experiencia docente y resulta ser un elemento relevante de la dinámica de enseñanza en la cual los alumnos tiene que adaptarte para poder lograr un éxito académico.

Un hallazgo de este estudio son los *otros estresores*, que sólo fueron mencionados por alumnos de la FESI, de los cuales dos de ellos corresponden al trabajo de equipo (“mala organización de equipos” y “trabajos en equipo”), una dinámica común en ésta y otras carreras universitarias, en éste caso hace alusión a las fallas que en ocasiones se pueden tener al trabajar de ésta forma, ya que el trabajar con otros compañeros implica que la

importancia del trabajo queda dividida entre cada uno de los miembros del equipo, por ello debe existir organización (de ser necesario un líder) y cada uno debe tener una participación activa con el cumplimiento equitativo de las tareas para la satisfacción del proyecto y de los intereses de cada alumno en cuanto a lo académico.

El resto de los otros estresores mencionados, refieren a la preocupación de situaciones personales que aquejan a los estudiantes como lo son los “exámenes propedéuticos” y “tiempo que queda para hacer las tareas con el tiempo que quita el transporte”, sin restarle importancia al primero, éste último es en definitiva significativo, ya que la mayoría de los estudiantes hacen largos recorridos para llevar a sus escuelas, y esto tiene variables como el tráfico automovilístico, fallas en los servicios de transporte, etcétera, que no pueden manipular directamente; además esto se muestra relación con el estresor *sobrecarga de tareas y trabajos*, pues si tienen un gran demanda de tareas y poco tiempo para su realización, esto puede influir en la calidad del trabajo que se entrega y por ende en las calificaciones obtenidas, señaladas principalmente como el desempeño académico.

En lo que respecta a las reacciones de estrés se observó que en ambas instituciones predominaron las de tipo físicas, y en la FESI también sobresalieron las psicológicas. En las de físicas destacaron *la somnolencia, la fatiga crónica y los trastornos del sueño (insomnio)*, que hacen referencia al desgaste que tienen los estudiantes que cursan una carrera universitaria, ya que comúnmente el mayor número de las horas del día se ocupan para las actividades referentes al estudio dejando pocas horas al descanso, siendo en ocasiones insuficientes e inefectivas.

Por otra parte, se presentaron en menor grado los *problemas de digestión, los dolores de cabeza/migrañas*, y la menos presentada fue *el rascarse, morderse las uñas, frotarse*, donde ésta última hace alusión a síntomas mayores de estrés, sin embargo por sus bajas puntuaciones refiere a lo contrario.

En cuanto a las reacciones psicológicas la principal fueron los *problemas de concentración, siguiéndole la ansiedad, angustia y desesperación*, y después la *inquietud*; pudiendo tener una relación dependiente entre uno y otro, ya que uno de ellos podría

desencadenar a los otros. En cambio los menos presentados fueron *los sentimientos de depresión y tristeza, y el sentimiento de agresividad*, y posiblemente tener relación positiva entre éstos.

Continuando están las reacciones comportamentales, donde sobresalieron los *cambios en la reducción o aumento del consumo de alimentos*, lo cual es otro dato relevante, debido a que una inadecuada alimentación puede influir en el rendimiento académico y también directamente en la salud, teniendo consecuencias a corto y largo plazo. En contraste la que menos figuro en la población estudiada fueron *los conflictos o tendencia polemizar y discutir*, pudiendo tener relación con la principal estrategia de afrontamiento que fue la *habilidad asertiva*, la cual hace referencia a un estilo de comunicación más efectivo en cuanto a relacionarse con las personas y mayor control sobre agresividad en situaciones de conflicto.

Otra habilidad de afrontamiento que destacó en la población en general fue la *elaboración de un plan y ejecución de sus tareas*, poniendo en manifiesto que los estudiantes si llevan a cabo acciones para manejar las situaciones que les estresan, utilizando sus recursos personales y elaborando planes a ejecutar.

Tomando en cuenta estos datos se puede ver que en la FESI y la EEHJM no hubo diferencias en general, es decir, que el lugar de estudio no influyó en cuanto al nivel de estrés.

Sin embargo en el análisis de las respuestas respecto al género hubo algunos ítems del inventario en los cuales se notaron discrepancias principalmente en género y también por institución.

Mientras los principales estresores (evaluaciones de los profesores, sobrecarga de tareas y trabajos, y tiempo limitado para hacer el trabajo) estresan a ambos géneros, una diferencia fue el estresor *competencia con los compañeros del grupo*, que en general es lo que menos inquieta a las féminas.

Por su parte, el estresor *no entender los temas vistos en clase inquieta* a los varones de la FESI y a las féminas de la EEHJM, a los varones de ésta la *participación en clase* y,

singularmente *el tipo de trabajo que piden los profesores* a las féminas de la FESI; continuando con dicha escuela cabe mencionar los *otros estresores* mencionados anteriormente fueron referidos únicamente por féminas, evidenciando su preocupación por los trabajos de equipo y otras variables situacionales del ejercicio académico.

Por otro lado, en las reacciones físicas la *somnolencia* predominó en ambos géneros e instituciones, asociado con la *fatiga crónica*. En contraste los *problemas de digestión* en la institución del contexto hospitalario y los *dolores de cabeza/migrañas* en la FESI fueron los menos presentados por los estudiantes varones; mientras que el *rascarse, morderse las uñas y frotarse* fue el menor presentado en las féminas en general, mostrando elementos que no tuvieron en común los participantes respecto a su género, y posiblemente hábitos.

En la comparación de las reacciones psicológicas los datos mostraron que sin discriminar género e institución la principal reacción fueron los *problemas de concentración*, teniendo también homogeneidad en la reacción de *inquietud*. Por otra parte, entre los varones también figuró el *sentimiento de agresividad*, siendo esta conducta mayormente visto en éste género; y la menos representada en éstos fue el *sentimiento de depresión y tristeza*. En cambio la menos representativa entre las féminas fue precisamente el *sentimiento de agresividad*, mostrando así una inclinación de los varones hacia este tipo de reacción.

En cuanto a las reacciones comportamentales en las féminas hubo una homogeneidad en general ya que presentaron principalmente *los cambios en el aumento o reducción de alimentos*, después el *desgano para realizar las labores escolares*, luego la *tendencia a polemizar o discutir*, y finalmente el *aislamiento de los demás*, mostrando con este último una mayor tendencia a la socialización y sin importar también el lugar de estudio. Por su parte, los varones solamente coincidieron en cuanto al *aislamiento de los demás*, posicionándolo en tercer lugar en ambas instituciones. El *desgano para realizar las labores* fue la principal reacción en los varones de la EEHJM y en la FESI la segunda, los *cambios en la alimentación* fue la primera en ésta última institución y la última en la primera institución mencionada, finalmente la *tendencia a polemizar o discutir* fue la segunda en la institución del contexto hospitalario y la cuarta en la otra institución.

Por último, las estrategias de afrontamiento mostraron homogeneidad en cuanto a los géneros por institución, es decir, que tanto hombres como mujeres mostraron las mismas estrategias sin importar el género. Finalmente una de las estrategias que mostró homogeneidad tanto en institución como en género fue la *religiosidad*, la cual resultó ser la menos utilizada en general.

Finalmente en la comparación de medias (respuestas de inventario en general), por género y de afrontamiento no se mostraron diferencias significativas entre ambos grupos estudiados, mostrando así que tanto el género como el contexto de formación no fueron variables moduladoras respecto al nivel de estrés, sus estresores (estímulos estresantes), las respuestas (físicas, psicológicas y conductuales) así como en las estrategias de afrontamiento. Mostrando también igualdad en cuanto a los alumnos de la carrera de enfermería y obstetricia.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que el cien por ciento de los alumnos estudiados presentaron estrés, en un nivel medio de acuerdo a la escala de medición del inventario, mostrando puntuaciones medias bastante similares entre la FES y EEHJM luego de haberse aplicado la prueba de t de Student, es decir, que no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

El hecho de que todos los participantes estudiados tuvieron estrés concuerda con lo dicho por Fisher (1984, 1986) acerca de que la entrada en la Universidad representa un conjunto de situaciones altamente estresantes debido a que el individuo puede experimentar, aunque sólo sea transitoriamente, una falta de control sobre el nuevo ambiente, potencialmente generador de estrés y, en último término, potencial generador - con otros factores- del fracaso académico universitario; y también con Polo, Hernández y Poza (1996) los cuales indicaron que los alumnos piensan de forma negativa o se preocupan ante determinadas situaciones académicas, esto demuestra totalmente que el cursar la universidad es un factor importante en los individuos para que presenten estrés, ya que constantemente incorpora situaciones novedosas a las que los estudiantes se tienen que enfrentar y adaptar, además de que no lo hacen solos, pues la competitividad es un elemento que se encuentra presente.

Autores como Zryewskyj, y Davis (1987. En: Fernández, 2009), mencionaron que el área académica y clínica representaba el 78.4% de los acontecimientos estresantes de los estudiantes de enfermería en su estudio (el área social el 8% y el área personal el 3,6%), lo cual concuerda con este caso, ya que se pudo ver que en el contexto académico los estudiantes presentaron puntuaciones importantes de estrés.

Por otra parte, en lo que respecta a los estímulos que provocan el estrés académico en los estudiantes, es decir, los estresores, se observó que los principales fueron *la evaluación de los profesores* (principalmente en la FESI), *la sobrecarga de tareas y trabajos* (mayormente en la EEHJM) y en general *el tiempo limitado para hacer los trabajos*, datos que se ajustan con los estresores expuestos por Polo, Hernández y Poza (1996): realización de un examen, exposición de trabajos en clase, intervención en el aula, tutorías, sobrecarga académica “trabajos prácticos obligatorios y/o informes”, falta de tiempo para poder

cumplir con las actividades académicas, competitividad entre compañeros, realización de trabajos obligatorios para aprobar las asignaturas, tarea de estudio y trabajar en grupo y también los mencionados por Barraza (2012): la sobrecarga académica, de estudios, tareas trabajos escolares, realización de un examen, tener tiempo limitado para realizar un examen, las evaluaciones de los profesores, intervenciones o participaciones en clase, falta o límite de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas. En relación a esto, un hallazgo obtenido en éste estudio fueron los *otros estresores* mencionados individualmente por los estudiantes, únicamente de la FESI, donde mencionaron también la “*mala organización de equipo*”, el “*trabajo en grupo*”, “*tiempo que queda para hacer las tareas con el tiempo que quita el transporte*” y “*exámenes propedéuticos*”, donde las primeras coinciden con lo citado por los autores anteriormente.

En lo que respecta a los exámenes propedéuticos, actividad que es elemental para el curso de la carrera de enfermería, que en particular cuentan con prácticas clínicas (aplicadas) donde muestran sus conocimientos teóricos y habilidades, y como se observó es causante de estrés entre este tipo de estudiantes, ya que como lo señalan Collados y García (2012) una situación muy preocupante entre los alumnos que comienzan la carrera de enfermería es el “desconocimiento de una situación clínica”, seguido por la “importancia e incertidumbre ante situaciones determinadas y riesgo a sufrir contagio”, “los daños o lesiones en la relación con el paciente” y la “valoración de sus prácticas”.

Por otro lado, en este estudio el género fue una variable que influyó en cuanto al tipo de estresores que inquietan a los estudiantes, debido a que se encontraron diferencias en las puntuaciones de estresores, como en la *personalidad y carácter del profesor*, así como la *participación en clase* que estresó más a los hombres de la FESI que a las mujeres en general, y *no entender los temas vistos en clase* a las mujeres de la EEHJM, lo cual difiere con el estudio de Barraza de 2005, pues éste no encontró diferencias en la comparación de género al haber aplicado el mismo inventario.

Cabe aclarar que en el de los resultados a pesar de que no se encontraron diferencias significativas en los promedios, si se tomaron en cuenta las diferencias en el orden jerárquico en que los ítems del inventario dieron lugar, y es así que se mencionan *diferencias* en los datos hallados.

Siguiendo con los datos encontrados, como lo menciona Wolf (1994) “El estrés universitario afecta a variables tan diversas como el estado emocional, la salud física o las relaciones interpersonales”, de esta manera se pudieron observar las diversas reacciones de estrés en la población estudiada, de las cuales las físicas fueron las más sobresalientes, es decir, las de somatización del estrés, estando en este punto en concordancia con Barraza (2005); específicamente las reacciones fueron los *trastornos del sueño*, es decir, *la somnolencia y el insomnio*, y la *fatiga crónica*, haciendo alusión al desgaste y cansancio que sufren los estudiantes, y al presentarse estas reacciones es porque al estar expuesto el individuo a estrés los mensajeros químicos del cerebro se comienzan a deteriorar, lo que provoca cambios en los niveles de serotonina, que es la encargada de los ciclos del sueño y la noradrenalina de los niveles de energía, y también se asocia con decrementos en la concentración de linfocitos y células T en el sistema inmunitario, provocando diversas enfermedades. Además refiere lo mencionado por Ayala, Pérez y Obando (2010), ya que un dato significativo que encontraron en los alumnos de enfermería de una universidad de Chile, fue que más del sesenta por ciento expresaron que tras haber dormido no se sienten recuperados del cansancio, lo cual tiene consecuencias graves como la desconcentración, desinterés, olvido, desatención, de agilidad mental y vigor físico, variables se han asociado con problemas en el desempeño académico.

También se observó que estos estudiantes presentan *ansiedad*, la cual es una respuesta de tipo emocional ante el estrés, cabe aclarar que en pequeñas cantidades puede ayudar al organismo a reaccionar satisfactoriamente para afrontar la situación estresante, sin embargo, al ser crónica los resultados pueden ser en sentido contrario, afectando física y conductualmente a los individuos, y este caso se relacionó con otra respuesta del estrés académico, los *problemas de concentración* refiriendo así a la ansiedad que resulta insatisfactoria, ya que al unir estas respuestas esto puede representar un obstáculo para poner atención en clases y por consiguiente en el proceso de aprendizaje, que es un punto importante debido a que a largo plazo influirá en su éxito o fracaso académico. Esto tiene concordancia con lo mencionado por Watson y cols. (2009), “específicamente en estudiantes de enfermería se ha observado una relación entre el estrés y el malestar psicológico”, pues en este estudio se vio que las respuestas psicológicas son variables que podrían tener consecuencias negativas en el desempeño escolar, y el hecho de que se presente el malestar

psicológico conduce al desgaste, al distress y éste a su vez al burnout. Estos autores también señalaron la relación de estrés con los trastornos psicológicos, los cuales pueden ser un inconveniente para los individuos en cuanto a su desenvolvimiento en los ámbitos personales (familia, pareja, amigos) y profesionales, impactando negativamente su vida.

En relación a estas reacciones, se encuentran las comportamentales, donde la más importante fue el *aumento o reducción del consumo de alimentos*, es decir, los cambios en los hábitos alimenticios, dando como consecuencia el retraso de la digestión, inadecuada metabolización, hasta convertirse en trastornos; y si estos cambios van en el sentido del aumento del consumo de alimentos se puede presentar sobrepeso, debido a que el estrés genera el aumento de cortisol que es la hormona que propicia el acúmulo de grasa en el cuerpo.

Un punto importante que es recíproco con el estrés, el afrontamiento, en este caso se pudo ver que en general los alumnos dijeron que utilizan principalmente la habilidad asertiva, así como la elaboración de un plan y ejecución de sus tareas, lo que podría asociarse a la estrategia de afrontamiento centrada en el problema de Lazarus y Folkman (1980. En: 1999), así mismo con Hernández, Cerezo y López (2007) que hacen referencia a la acción directa, es decir, a realizar acciones sobre la situación estresante, otra estrategia que sobresalió entre las mujeres de la EEHJM fue la búsqueda de información también mencionada por los autores.

Cabe mencionar que la principal estrategia de afrontamiento de esta población, es decir, la habilidad asertiva, es puntualizada como una habilidad social relevante, debido a que tiene el fin de mejorar el desempeño de las relaciones interpersonales, y comúnmente es definida como una autoafirmación personal, así como la capacidad de poder expresar sentimientos y pensamientos de una manera funcional (efectiva), respetando los derechos propios y los ajenos, en conclusión ésta se aleja de conductas agresivas y conductas pasivas. Diversos autores, como Caballo (1991) y Simón (1993) mencionan que teniendo este tipo de comportamiento el individuo puede sentirse más satisfecho/a con consigo mismo en cuanto a su desempeño social y también con los demás, debido a que las conductas asertivas influyen en la disminución de ansiedad, y de esta manera en el

mantenimiento de la salud mental y física, así como la prevención de problemas mentales y somáticos, pues es muy importante la capacidad que tienen para afrontar el estrés a diario.

Por otro lado, dentro de las estrategias de afrontamiento se encontró una homogeneidad en los géneros en cuanto a la *religiosidad* al ser la menos utilizada en los dos grupos de enfermería estudiados, lo que crea discrepancia con Canteras (2003), Sandin y Chorot (2003) que mencionan que las mujeres dan más importancia a la religiosidad y el bienestar espiritual, en este estudio se pudo observar que en general la *religiosidad* fue la estrategia menos utilizada por ambos géneros (la puntuación más considerable la tuvieron los hombres de la EEHJM). Al respecto de esta estrategia de afrontamiento se vio que no es utilizada por los estudiantes, sin embargo, resulta ser una de las estrategias mayormente utilizadas por individuos con enfermedades graves, como las crónico-degenerativas, y entre éstas los individuos que son portadores de VIH-SIDA (Coleman y cols., 2006).

Por otra parte, en las puntuaciones de las comparaciones de género hubo algunas respuestas al estrés en donde se notaron diferencias (orden jerárquico de las puntuaciones promedio), una de éstas fue en la reacción *sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad* en la cual los varones en general puntuaron más que las mujeres, al respecto se puede explicar que la violencia es un fenómeno universal, sin embargo, la tendencia masculina a la agresión y/o violencia se puede expresar principalmente gracias a la selección natural y la testosterona, en cuanto a la selección natural y la evolución del hombre, se sabe que éste desarrollo mayor propensión adaptativa a la violencia que la mujer, debido a que desde la época del *hombre de neandertal* ejercieron una presión selectiva, adquiriendo diferencias físicas y psicológicas en relación a las mujeres: mayor fuerza, impulsividad, entre otras; mientras que para las mujeres destacaron las actividades reproductivas, las cuales creaban restricciones de tiempo y energía, imposibilitando su participación en la caza, las guerras, etcétera. Cabe destacar que biológicamente en general los hombres poseen mayores niveles de testosterona, por lo que existe una correlación positiva entre ésta y una mayor tendencia al comportamiento violento, dando explicación a los datos obtenidos en ésta reacción psicológica del estrés.

Otra reacción psicológica donde mostraron discrepancia fue en la *ansiedad, angustia y desesperación*, mostrando mayor tendencia por parte de las mujeres, siendo más

sensibles en sus reacciones, ya que el género femenino busca asumir actitudes para encontrar calma y así estar más capacitadas para buscar soluciones respecto la situación estresante; lo cual concuerda con Ingles y colaboradores (2008), pues refieren que las mujeres prestan más atención a las emociones.

Finalmente, una conducta en la que destacaron las puntuaciones de los hombres fue en el *aislamiento de los demás (principalmente de la EEHJM)*, ya que tienden a mostrar mayor control y esto se podría relacionar con el aislarse, además de que tienen más regulación emocional y prefieren reservar sus emociones ante los demás, sobre todo cuando se les presenta una situación problemática o estresante.

CONCLUSIONES

El estrés es un tema que ha sido estudiado por parte de la psicología, por sus dimensiones cognoscitivas, ya que las valoraciones cognitivas que se realizan sobre un evento es lo que le da el potencial al estresor, es decir, una misma situación puede resultar estresante para una persona y para otra no, lo cual hace se presenten reacciones de naturaleza física, psicológica y conductual. Entonces de todos los tópicos de la Psicología de la Salud, quizás sea el estrés el que mejor ejemplifica la integración mente-cuerpo (Bishop, 1994).

Por ello al hablar de estrés es importante tener una clara noción de lo que en realidad es y cuál es su función, ya que comúnmente es concebido como una experiencia desagradable y agresiva para los individuos, sin embargo, es indispensable en nuestras vidas debido a que si no lo presentáramos no podríamos reaccionar ante circunstancias novedosas y/o actividades que nos demandan tareas para afrontar la situación. En este sentido cabe aclarar que en pequeñas “cantidades”, por así decirlo, resulta beneficioso pues ayuda a una armoniosa adaptación. Por otra parte, diversos estudios muestran que tiene un sentido negativo debido a sus consecuencias en la salud física y psicológica, por ello es muy importante saber controlarlo.

Por ejemplo, imaginemos a una persona que cursa una carrera y tiene que cumplir tanto con los deberes escolares como con los interpersonales, es decir, cumple con el llegar puntual a sus horarios de clases, con participar en clase, la competencia en aula de clases, con los trabajos (proyectos, trabajos finales, etcétera) que además de poner en apuesta sus conocimientos, comúnmente definen el porcentaje de sus calificaciones; sumándole a esto están el cansancio, la preocupación por las horas de descanso (dormir) que debe tomar para rendir durante el día, además hay que tener en cuenta que la mayoría de los estudiantes realizan largos viajes para llegar a sus instituciones académicas, y que el tiempo de trayectoria en ocasiones puede diferir debido a causas ajenas a ellos. Otro elemento es el mantenimiento de sus relaciones interpersonales (amigos, familia, pareja, etcétera) a los cuales también les dedica tiempo, ya que es frecuente que se busque mantener el círculo social. En conclusión, se tiene que organizar para realizar satisfactoriamente todas estas actividades.

Caber resaltar que a veces es difícil poder controlar todos los estímulos de este ciclo y como resultado de esto es común que se presente estrés, ya que sus capacidades y aprendizajes juegan un papel importante en el día a día. Si se deja del lado que esto es más que un ejemplo, es decir, que es la situación que realmente viven la gran mayoría de los estudiantes universitarios, y además se tiene evidencia de que en el área de ciencias de la salud, como la enfermería, entre otras, se presentan altos niveles de estrés, que puede tener graves consecuencias poniendo en peligro su calidad de vida, entonces resulta un tema de estudio bastante interesante, ya que atañe entre otras áreas a la psicología, ya que es una ciencia que ha aportado tanto al estudio, como al afrontamiento del estrés.

Siguiendo esta línea, para controlar el estrés, entre otras cosas, es necesario conocer que es lo que estresa a estos individuos, y ya que se escogió la población estudiantil como sujetos de estudio se revisó el modelo del estrés académico (Barraza, 2006), el cual mostró tener importantes dimensiones: *estresores-input, desequilibrio sistémico-situación estresante, síntomas-indicadores de desequilibrio, acciones de afrontamiento-output*, las cuales fueron concordantes con lo encontrado en los estudiantes, pues se encontraron sus principales estresores *-evaluaciones de los profesores, sobrecarga de tareas y trabajos, tiempo limitado para hacer el trabajo-*, los cuales generaron especialmente *ansiedad, fatiga crónica, trastornos del sueño-insomnio y somnolencia, falta de concentración y cambios en el consumo de alimentos*, cabe mencionar que se puede visualizar la relación entre estos, y el ciclo en donde una vez que reaccionó el sujeto al tener estrés, puede presentar ansiedad en diversos momentos del día en los que se tenga algún tipo de relación con la situación estresante, conjuntamente se pueden presentar los problemas de concentración, en correspondencia directa con la falta de reposo (se presentan los trastornos del sueño-insomnio y/o somnolencia, fatiga crónica) que requiere el sujeto y ante la falta de energía se pueden consumir mayor cantidad de alimento, o en el caso de disminuir los alimentos refiere en algunos casos a la falta de tiempo, y esto nos describe lo que experimentan los estudiantes.

Recordando que la presente tesis tuvo como objetivo identificar si había diferencia significativa en el nivel de estrés académico en los estudiantes de la carrera de Enfermería y Obstetricia de la FESI en contraste con la EEHJM y en base a los datos, se concluye que no

hay diferencias en el nivel de estrés en los estudiantes de la carrera de enfermería y obstetricia de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) y la Escuela de Enfermería del Hospital Juárez de México (EEHJM), también se señala que el plan de estudios y contexto tuvieron un impacto análogo en el alumnado, encontrando semejanzas también en las respuestas psicológicas, físicas y comportamentales, así como en las estrategias de afrontamiento.

Una vez conocido todo esto cabe señalar que aunque no se encontraron diferencias en el estrés de estos estudiantes, se puede hallar en un nivel medio, lo cual es trascendente, ya que esto supone un momento justo para que se les brinde atención, tomando acciones de segundo nivel, pues son las pertinentes a la hora de que se presentó una problemática, y que se debe poner más atención de parte de las instituciones académicas al respecto del tema del estrés en el alumnado. Debido a que Wigfield y Eccles (2002. En: Naranjo, 2009) mencionaron la “efectividad de programas de intervención para reducir el alto nivel de estrés y ansiedad en estudiantes”, como también en el mejoramiento del rendimiento académico que podría tener dicha población; por ello se propone la realización de programas de intervención para reducir el estrés en los estudiantes; en un principio brindar información del tema del estrés y ofrecer algunas estrategias de afrontamiento, hasta realizar talleres incorporando grupos de terapia psicológica invitando a los alumnos a participar en dichas actividades con el fin de que aprendan a controlar sus niveles de estrés. En cuanto a los alumnos, que tengan medidas para organizar su tiempo, la planificación de objetivos y actividades. Además asistir a la atención psicológica para que puedan conocer cómo manejar su estrés, aprendiendo desde una relajación rápida, hasta adquirir mayores recursos personales como las habilidades sociales para manejar los estresores académicos como lo son la competitividad con los compañeros, las participaciones en clase, y poder mejorar sus hábitos de estudio y por ende su desempeño académico.

En el caso de que los estudiantes presenten mayores afectaciones, es necesario que asistan a terapia individual, en el caso de los alumnos de la FESI que acudan a la CUSI (Clínica Universitaria de Salud Integral) para recibir atención de parte de los profesionales

del área de psicología, y/o medicina en casos más graves; y en el caso de la EEHJM que acudan al Área de Salud Mental.

Con este tipo de atención lograrán adquirir habilidades que les podrán funcionar en un futuro en su vida profesional, evitando graves consecuencias que se han ido mencionando a lo largo de este trabajo.

Además, ésto tuvo como finalidad demostrar que el estrés pone en riesgo al alumnado, pues lleva al padecimiento físico y psicológico, y en éste último la interpretación emocional al burnout, que es muy relevante pues sus componentes (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) comprometen su desempeño académico. Lo que en un futuro puede impactar en la calidad del cuidado a los pacientes, ya que está directamente relacionada con el bienestar del profesional de enfermería, por ello es imperativo saber su estado de salud psicofisiológico y sensibilizar a las instituciones para realizar intervenciones que puedan reducir el estrés y el desgaste, y así verse beneficiados.

También se debe considerar una visión diferente del estrés, es decir, una positiva en la que se recuerde como un *conjunto de reacciones que prepara al organismo para la acción* (OMS), lo cual nos hace ser capaces de competir y afrontar las circunstancias de la vida diaria; además tener en cuenta que el estrés en sí mismo no es una enfermedad, sin embargo, su permanencia por un tiempo prolongado puede acarrear diversas problemáticas de salud y generar entonces patologías.

Una vez cumplidos los objetivos propuestos en este estudio es conveniente también mencionar algunas limitaciones, en primer lugar hay que señalar el pequeño número de alumnos que conformó al grupo de la EEHJM debido a que limitó la muestra de la FESI, y de esta manera la representatividad en esta última; asimismo la información sociodemográfica de los sujetos estudiados, pues hubiera engrandecido los datos y por ende el tema, es recomendable que en investigaciones futuras, con el fin de ampliar el tema en cuestión se indague en otros aspectos que tengan relación con el estrés como lo son las habilidades sociales, relaciones interpersonales, también los *otros estresores* encontrados, y en lo relacionado con lo académico sería interesante estudiar la autoeficacia y la motivación, ya que permitirían delinear aun más el tema del estrés en enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Albaladejo R., Villanueva R., Ortega P., Astasio P., Calle M.E. y Domínguez V. (2004) Síndrome de Burnout en el personal de enfermería en un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. Vol.:78: (4). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
- Aranda, C., Pando, M., Velásquez I., Acosta, M. y Pérez, M. (2003) Síndrome de Burnout y factores psicosociales, en estudiantes de posgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México, *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, Vol. 30, No. 4, pp.193-199.
- Balseiro A.L., Torres L.M.A. y Ayala Q.T. (2007) El Síndrome Burnout en el personal de Enfermería que labora en las áreas críticas de y no críticas de un hospital público y un privado, México, D.F. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol.:4: (2). pp. 11-18. Recuperado de <https://docs.google.com/gview?url=http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30287/28134&chrome=true>
- Barraza M. A. (2005) Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. *Dialnet.unirioja. INED*. Vol. 4. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2880918>
- Barraza M. A. (2006) Un modelo conceptual para el estudio del estrés académico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol.9: (3). Recuperado el día 15 de noviembre de 2013. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
- Barraza M. A.(2007a) Instrumentos de investigación. El inventario SISCO del estrés académico. *Revista INED*. Vol.: 7. Recuperado de dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358921.pdf
- Barraza M.A.(2007b) Estresores en alumnos de licenciatura y su relación con dos indicadores autoinformados del desempeño académico. *Revista INED*. Vol. 6(12). Recuperado

dehttp://www.academia.edu/2715107/Estresores_en_alumnos_de_licenciatura_y_su_relacion_con_dos_indicadores_autoinformados_del_desempeno_academico

Barraza M. A. (2009) Perfil y burnout estudiantil. Un análisis de su relación en alumnos de licenciatura. *Psicogente*. Vol. 12: (22). pp. 272-290. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/258846004_estrs_acadmico_y_burnout_estudiantil.

Barraza M. A., Carrasco R. y Areola G. (2009) Burnout estudiantil. Un estudio exploratorio. Décimo congreso nacional de investigación educativa. Área 16: sujetos de la educación. En prensa. Recuperado de http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_16/ponencias/0614-F.pdf

Barraza M. A, Martínez G.J.L, Silva S.J.T., Camargo F. E. y Antuna C. R. (2012) Estresores académicos y género. *Dialnet.uniroja.Visión Educativa IUNAES*. Vol. 5: (12), pp.33-43. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4034740>

Barreto de Costa J., Mombelli M. A, Neves M. D., Pagliarini W. M. A. y Macon S. S. (2011) Estrés y recursos de enfrentamiento en el contexto hospitalario. *Revista salud mental*. Vol. 34: (2). Pp.129-138. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000200006

Barrios L.H.G. y Carvajal D.C. (2010) *Estrés en el personal de enfermería del área emergencia de adultos en el "Hospital Ruiz y Paez", ciudad Bolívar*. Tesis en línea. (Tesis de licenciatura. Universidad del oriente-Venezuela). Recuperado de <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2223/1/20%20Tesis.%20WM9%20B275.pdf>

Beck A. (1972) *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.

- Benavente, Quispe y Callata (2006) Nivel de estrés y estrategias de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Enfermería UNAS. *Revistas Electrónica de Enfermería Global*. Vol. 19: (2). Murcia, España. Pp. 1-18. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107181>
- Bencomo, J., Paz, C., y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Investigaciones clínicas*. Vol. 45: (2), pp.113-120.
- Bensabat, S. y Selye, H. (1994). *Las enfermedades de adaptación o enfermedades del estrés*. En: Stress grandes especialistas responden. pp. 137-152. España: Mensajero. (Trabajo original publicado en 1984).
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology*. Boston: Ally and Bacon.
- Borda, M., Navarro E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruíz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte, *Revista Salud Uninorte*, Vol. 23: (1).
- Buendía B.J. (1993) *Estrés y psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Buendía J. y Ramos F. (2001) *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83
- Byrne, D. (1964) *The repression-sensitization as dimension of personality*. En B. Maher (Ed.), *Progress in experimental research*. Nueva York: Academic Press.
- Brofman, J. y Pinto, B. (2007) *Síndrome burnout y ajuste marital en el PNUD*. (Tesis de grado en licenciatura. La Paz: Universidad Católica Boliviana San Pablo).
- Brown, J.D. (1991). Staying fit and staying well: Physical fitness as a moderator of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 555-561.
- Brown, J.D., & Siegel, J.M. (1988). Exercise as a buffer of life stress: a prospective study of adolescent health. *Health Psychology*, 7, 341-353.

- Caballero, C., Abello, R. & Palacio, J. (2007). Relación del burnout y rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2), 98-111.
- Caballero D. C.C., Hederich C. y Palacio S.J.E. (2010) El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 4: (1) pp. 131-146. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80515880012>.
- Caballo M.V. (1991) *El entrenamiento en habilidades sociales*. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.
- Cabana S.J.A., García C.E., García G.G., Melis S.A. y Dávila R.R. (2009) El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Revista Medica Electrónica*. Vol.31: (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242009000300004&script=sci_arttext
- Cano, G. y Martín, A. (2005) *Burnout en estudiantes universitarios*. Recuperado de <http://psicologia-online.com>
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage*. Nueva York: Appleton. (2ª ed.).
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. Nueva York: Norton.
- Canteras, A. (2003). *Sentido, valores y creencias en los jóvenes* [Sense, Values and Beliefs in Middleage Individuals]. Madrid: Edición electrónica del Instituto de la Juventud.
- Carlotto, M.; Goncalvez, S. y Borges A. (2005) Predictores del síndrome de burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Diversitas*. Vol.: 1(2):195-204. Recuperado de http://www.usta.edu.co/otraspaginas/diversitas/doc_pdf/diversitas_2/vol1.no.2/art_7.pdf

- Carmona, F.J., Sanz, L.J. Marín, D. (2001) Síndrome de burnout: factores moduladores.*Interpsiquis [online]*. 2001 Vol. 2. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/2396/>
- Cavalheiro, A.M., Moura J. D.F y Lopes A.C. (2008) El estrés de los enfermeros que actúan en una unidad de terapia intensiva.*Revista Latino-Americana de Enfermería*. Vol. 16: (1). Pp. 1-8. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rale/vol16n1/es_04/pdf
- Cohen, S., Tyrell, D.A.J. y Smith, A.P. (1991).*Psychological stress and susceptibility to the common cold*.*New England Journal of Medicine* 325, 606-612.
- Coleman, C.L., Holzemer, W.L., Eller, L.S., Corless, I., Reynolds, N., Nokes, K. M. et. al. (2006). Gender differences in use of prayer as a self-care strategy for managing symptoms in African Americans living with HIV/ AIDS.*Journal Association Nurses AIDS Care*, 17, 16-23. [[Links](#)]
- Collados S. J.M. y García C.N. (2012)*Riesgo de estrés en estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas*.*Revista científica de enfermería*. Vol. 4 (1). Pp 1- 10. Recuperado de http://www.recien.scele.org/documentos/num_4_may_2012/art_original_riesg_estres_estud_enfermer_practic.pdf
- Correché M.S. y Labiano L. M. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas en un grupo de estudiantes con síntomas de estrés.*Fundamentos en Humanidades*. Vol.: 4: (4). pp.129-147. Recuperado de <http://www.redalyc.uaemex.mx/pdf/184/18400807.pdf>
- Díaz-Muñoz J. (2005) Síndrome del quemado en profesionales de enfermería que trabajan en un hospital monográfico para pacientes cardiológicos.*Nure Investigación*. Vol. 18. Recuperado de http://www.nureinvestigacion.es/home_nure.cfm
- D' Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971) Problemsolving and behavior modification.*Journal of Abnormal Psychology*. 78, pp.107-116.

Ellis A. y Grieger R, (1950) *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Biblioteca de Psicología, Desclee de Brouwer.

Ellis A.(1980) *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclee De Brouwer.

Espinoza G. M, Valverde H. S, Vindas S. H. (2011). Vivencia holística del estrés en Profesionales de Enfermería.*Enfermería Actual en Costa Rica*,Abril-Septiembre. Recuperado de<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44821178001>

Extremera, N., Rey, L. y Durán, A. (2005), *El papel de la inteligencia emocional percibida en los niveles de estrés académico (burnout) y engagement: un estudio en dos universidades andaluzas*, Congreso Universitario de Psicología y Logopedia (on line).

Freudenberger H. J. (1974) Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 30, 159-165.

Fernández P.M. (2001). *El estrés humano. Un problema individual con solución*. España. Editorial: Universidad Pontificia de Salamanca. 27-42.

Fernández M. M. A. (2009) *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*.Revista electrónica Universidad de León. Departamento de Psicología, Sociología y Filosofía. (Tesis doctoral. Universidad de León). Recuperado de<http://bulería.unileon.es>

Fisher, S. (1984). *Stress and perception of control*. London: Lawrence Erlbaum.

Fisher, S. (1986). *Stress in academic life*. Mental assembly line. Buckingham fle Society for Research into Higher Education

Fisher, S. (1988). *Life stress, control strategies and risk of disease*. En S. Fisher y J. Reason, Handbook of life stress, cognition and health. Chichester: Wiley.

Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping, *Journal of OccupationalBehaviour*, 3, 95-107.

- Francisco T. D. M. (2011) *Estresores laborales en enfermería*. (Tesis de licenciatura. Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería). Recuperado de <http://cdigital.uv.mx/handle/123456789/30084>.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M. D. y Núñez-Román, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21, 107-123.
- Gómez C.C, Puga M.A. y Godoy C.M. (2012) Niveles de estrés en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos*. Vol. 23: (2). Pp. 59-62. Recuperado de www.scielo.org.
- González-Forteza, Borges G, Gómez C, Jiménez J.A. (1996) Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*. Vol. 19 (1). pp. 33-38. Recuperado de imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method
- Gutiérrez G.N.Y. y Pedraza A.C.B. (2010) Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería del Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México. *Revista cancerología* Vol.:5.pp.31-35. Recuperado de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868497.pdf>
- Glaser, R.; Lafuse, W.; Bonneau R y Atkinson.C. (1993). *Stress associated modulation of protooncogene expression in human peripheral blood leukocytes*.
- Hernández C.Q. y Gómez M.E. (2006) Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista mexicana de psicología*. Vol. 23: (1). Pp. 45-52. Recuperado de www.redalyc.org/pdf/2430/243020646006.pdf
- Hernández M. E., Cerezo R. S. y López S. M. G. (2007) Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 15 (3). pp. 161-166. Recuperado de http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=172:estrategias-de-afrontamiento-ante-el-estres-laboral-en-enfermeras

- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol.: 11. pp. 213-218.
- Inglés, C. J., Martínez-Monteaudo, M. C., Delgado, B., Torregrosa, M. S., Redondo, J., Benavides, G., García-Fernández, J. M., y García-López, L. J. (2008). Prevalencia de la conducta agresiva, conducta prosocial y ansiedad social en una muestra de adolescentes españoles: Un estudio comparativo. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 449-461.
- Jackson S. E, Schwab R. L,y Schuler R. S. (1986) Toward an understanding of the Burnout phenomenon. *Journal of applied psychology*. Vol.: 4. pp. 630-640.
- Jofree V.M. (2009) Síndrome de burnout en profesionales de la salud en el hospital general “Dr. Carlo Canseco”. (Tesis doctoral. Universidad de Granada). Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/18487245.pdf>
- Kohlmann, C. (1993). *Development of the repression-sensitization construct: With special reference to discrepancy between subjective and physiological stress reactions*. En G. Hentschel (Ed.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology*. Nueva York: SpringerVerlag.
- Labrador, F.J. (1992) *El estrés: nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
- Lazarus, R. S., y Cohen, J. B. (1977). *Environmental stress*. En I. Altman, y J. F. Wohlwill (Eds.). *Human behaviour and the environment: Current theory and research*. New York: Plenum.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (1999a) *Estrés y emoción: manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. (1999b). *Stress and emotion. Levels of scientific analysis*. New York: Springer Publishing Company. 31-61.
- Lima, G. F., Simonetti S.H., Ferraz-Bianchi E.R. y Kobayashi R.M (2012) Caracterización del estrés de enfermeros que trabajan en hospital especializado en

- cardiología. *Enfermería global*. Murcia, Vol. 11 (4). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000400007>.
- López V.F. y López M.M.J. (2011) Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las practicas clínicas. *Ciencia y enfermería*. Vol. 17:(2). Pp. 47-54. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532011000200006&script=sci_arttext
- Mamani, E. A., Obando Z. R, Uribe M. A. M. y Vivanco T. M. (2007) *Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia*. Vol. 3:(1). Pp 50-57. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=504403&indexSearch=ID>
- Mamani E. A. (2013) *Factores estresantes en las primeras experiencias prácticas hospitalarias*. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de ciencias médicas, escuela de enfermería. Recuperado de www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/mamani_omar.pdf
- Manzano, G., Ramos, F. (2001) *Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarias*. Interpsiquis [online]. Vol.: 2. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/enfermeria/1243/>
- Martínez, I. y Salanova, M. (2003). *Niveles de burnout y engagement en estudiantes universitarios*. *Revista de Educación*. Recuperado de <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre330/re3301911213.pdf?documentId=0901e72b81258cd9>
- Martínez-López, C. y López-Solache G. (2005) *Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas*. México DF: Archivos de medicina familiar. Vol.: 7: (1). pp. 1-9. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf051c.pdf>
- Martínez G. M., Centeno C. C, Sanz-Rubiales A. y Del Valle M.L. (2009) Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del país

- Vasco. Revista médica de la universidad de navarra. Vol.:53: (1). pp. 3-8. Recuperado de http://www.unav.es/revistamedicina/53_1/default.html
- Maslach C. (1976) *Burned-out. Human behavior*. 5:(9) pp.16-22
- Maslach, C. (1993). *Burnout: a multidimensional perspective*. En Schaufeli, W. B. Maslach, C. & Marek, T. (Ed.) *Professional Burnout*. Washington: Taylor & Francis
- Maslach C y Jackson S.E. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. Vol.: 2. pp 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Psychological Annual*, 5, 133 – 153.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *The Maslach Burnout Inventory* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1997). *The Truth About Burnout – How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Maslach, C. & Schaufeli, W. (1993). *Historical and conceptual development of burnout*. En W. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (eds.). *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). Filadelfia: Taylor & Francis.
- Melita R. A., Cruz P. M. y Merino J.M. (2008) Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería XIV*. Vol.2. pp.75-87. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532008000200010&script=sci_arttext
- Mendoza L. y cols. (2010) Factores que ocasionan estrés en estudiantes universitarios. *Revista de enfermería (ENE)* Vol. 4. (3). Recuperado de ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/96
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.: 52. pp 345-353.

- Molina, J.M., Avalos, L.F., Jiménez, M.I. (2005) Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enfermería Clínica*. Vol.: 15: (5). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/diagnostico/25050/>.
- Monzón M.M.I. (2007) Estrés académico en estudiantes universitarios. *Aportes de Psicología*. Vol. 25:(1). 89-99. Recuperado de www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/download/.../119
- Moya-Albiol L. y Salvador A. (2001) Efectos del ejercicio físico agudo sobre la respuesta psicofisiológica al estrés: papel modulador de la condición física. *Revista de Psicología del Deporte*. Vol. 10: (1). pp. 35-48. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.rpd-online.com/article/view/153>
- Muñoz M. y Bermejo M. (2001) *Entrenamientos en inoculación del estrés*. Editorial Síntesis. España. pp. 8-11, 79-116.
- Naranjo P. M. L. (2009) Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Red de revista científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal*. Vol. 33: 2. Costa Rica. pp. 171-190. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44012058011>
- Pafaro, C.R. y DE MARTINO, F. M. M. (2004) Estudio del estrés del enfermero con doble jornada de trabajo en un hospital de oncología pediátrica de Campinas. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. Vol. 38:(2). pp. 152-160. ISSN 0080-6234. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200005>.
- Phares y Trull (1999) *Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales*. *Psicológica clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual moderno.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988): *Carrer burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.

Piñeiro, N. y cols. (2006), *Estudio sobre la presencia del Síndrome del Burnout en los profesores de la secundaria básica “José Martí” del municipio Cotorro*. Recuperado de <http://www.ilustrados.com/publicaciones/>

[EEuAlyAAEAwLXVikpV.php#superior](http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEuAlyAAEAwLXVikpV.php#superior)

Polo A., Hernández J. M. y Poza C. (1996) Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*. Vol.2(3):159-172.

Remor E. y Pérez-Llantada R. M. A. (2007) La relación entre niveles de la actividad física y la experiencia de estrés y de síntomas de malestar físico. *Interamerican Journal of Psychology*. Vol. 41: (3). Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902007000300006&script=sci_arttext

Reyes JM., Soloaga G., Pérez Q. P. y Dos Santos A.L. (2007) El síndrome de burnout en personal médico y de enfermería del hospital “Juan Ramón Gómez” de la localidad de Santa Lucia. *Revista de posgrado de la VIA cátedra de medicina*. Vol. 167. Recuperado de http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista167/1_167.pdf

Rodríguez G. C., Oviedo Z.A.M., Vargas S. M .L., Hernández V.V., Pérez Fiesco M.S. (2009) Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Revista Fundamentos en Humanidades*. Vol. 19: (1). pp. 179-193. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3178072>

Rosales Y.R y Rosales P.F.R (2013) Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio. *Salud Mental*. Vol.:36 : (4). Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252013000400009&script=sci_arttext&tlng=en

Roth E. y Pinto B. (2010) Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Revista Ajayu*, 8(2). pp 62-100. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>

- Salanova, M. Grau, R, Martínez, I. y Llorens, S. (2004). Facilitadores, obstáculos, rendimiento académico relacionados con la satisfacción con los asuntos del estudio. *El País Universal*.
- Sandín B. y Chorot P. (2003) Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. Vol. 8: (1), pp. 39-54
- Selye H. (1951). The general adaptation syndrome and adaptation disease. *RendIstSupSanit*. Vol.:14:(1). pp.958-82
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Cía. Gral. Fabril.
- Simón M. (1993) *Psicología de la salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide. 301-310
- Sotilo, H. R. (2000) Estrés en Emergencias Sanitaria. pp.: 1-13. Recuperado de www.ms.gba.gov.ar/.../las-situaciones-de-emergencia-sanitaria
- Tapia-Hernández T.A, Avalos García M.R., Cesar-Vargas R., Franco-Alcántar R.A., Gómez A. A. C. y Rodríguez Orozco A. (2009) Síndrome de burnout en enfermeras de un hospital regional. *Revista de Enfermería del IMSS*. Vol.: 17: (1). pp. 31-38. Recuperado de http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=101:sindrome-de-burnout-en-enfermeras-de-un-hospital-regional&Itemid=77
- Torres-Barrera S. y Zambrano-Lizárraga E. (2010) Breve historia de la educación de la enfermería en México. *Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Social*. Vol.: 18 (2): 105-110. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim102h.pdf>
- Villena, N., Mendo, T., Vásquez, C. (2003) El síndrome de Burnout en enfermeras de los servicios hospitalarios de la provincia de Trujillo. *RevistaPsiquiatría*. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/12640/>.

Watson, R., Gardiner, E., Hogston, R., Gibson, H., Stimpson, A., Wrate, R. et. al. (2009). A longitudinal study of stress and psychological distress in nurses and nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 18: (2), 270-278.

Zavala-González M. A. Posada-Arévalo S. E., Jiménez-Mayo O., López-Méndez R. L., Pedrero-Ramírez L. G. y Pérez-Arias M. B. (2010) Síndrome de burnout en el personal médico y de enfermería de la unidad médica familiar en Tabasco, México. *Revista médica UV*. Recuperado de http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_voll1_num2/articulos/sindrome.pdf

Anexos

Anexo 1

- **Escala de estrés de Holmes y Rahe:**

En 1967, Holmes y Rahe inventaron una escala de estimación del reajuste social a través del cual media el estrés. La cual fue adaptada a la población de estudiantes, siendo modificada y aprobada por el psicólogo clínico del “Centro de Salud Mental Moisés Heresi”, Doctor Ernesto Cazorla. La escala consta de 40 acontecimientos o sucesos vitales acaecidos en el último año, a los cuales se les asigna valores (UCV) relacionados con la cantidad de estrés, de tal manera que relaciona la acumulación de los cambios de vida que totaliza el estrés con la probabilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas. De acuerdo a los puntajes obtenidos se presenta los siguientes niveles de estrés.

- Estrés Normal: Estrés dentro de los límites normales, cuando existe el 0% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas. Va de 0 a 149 UCV.
- Estrés Leve: Cuando existe el 33% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas. Va de 150 a 199 UCV.
- Estrés Moderado: Cuando existe el 50% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas. Va de de 200 a 299 UCV.
- Estrés Severo: Cuando existe el 80% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas. Va de de 300 a más UCV.

- **Test de Estrés Simple y de la Tensión (Farquhart, 1979)**

Consta de 10 ítemes medidos en una escala de 0 a 2 para niveles de estrés (raras veces, algunas veces, a menudo).

- **Escala de Síntomas de Estrés, de Seppo Aro (ESE).**

Consta de 18 síntomas comúnmente asociados a estados de estrés, de naturaleza psicósomática, emocional, o conativa. tiene cuatro opciones de respuesta, que se distribuyen desde cero hasta el valor 4 (Raramente o nunca = 0, Algunas veces = 1, Frecuentemente = 2, Muy frecuentemente = 3). Las puntuaciones se consideran con el siguiente rango:

Menos de 8: Normal.

9-10: Border line.

11 en adelante: Sujeto estresado.

- **Escala de Estrés Percibido – EPGP(Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983)**

Los autores centraron su definición del estrés en el grado en que un individuo valoriza un evento estresante y que deben cumplir los siguientes requisitos: que la situación se aprecie como amenazante o demandante y que los recursos disponibles son escasos para poder enfrentar la situación, es decir, lo que media cognitivamente entre la respuesta emocional y el suceso objetivo. el cuestionario mide estas respuestas en el último mes con un total de catorce preguntas.

La *Perceived Stress Scale*, PPS-14, la cual de catorce puntos que evalúan la percepción de estrés durante el último mes. Cada pregunta tiene un patrón de respuesta politómica de cinco opciones (nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo y muy a menudo) que dan puntuaciones de cero a cuatro. Sin embargo, los puntos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 tienen un patrón de puntuación reverso de cuatro a cero. Da puntuaciones entre 0 y 56, a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. La versión de diez puntos (EEP-10) omite los puntos 4, 5, 12 y 13 y las puntuaciones posibles están entre 0 y 40. Ambas escalas tienen adaptaciones para poblaciones españolas, chilenas, mexicanas (González y Landero,2007), que cuenta con adecuadas propiedades psicométricas.

- **Test EAE (Escala de Apreciación del Estrés).**

La batería EAE fue diseñada por J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles (1992), editada por TEA Ediciones, S.A., con el fin de apreciar el número de hechos estresantes que están o han estado presentes en la vida de los encuestados y la medida en que éstos acontecimientos los afectan, y si el hecho estresante le sucede en el momento de responder el cuestionario o le ha sucedido en el pasado.

Constan de cuatro escalas independientes:

- EAE-G: Escala general de estrés

- EAE-A: Escala de acontecimientos estresantes en ancianos
- EAE-S: Escala de estrés socio-laboral
- EAE-C: Escala de estrés de la conducción

La escala General de Estrés tiene como objetivo analizar la incidencia y la importancia de los distintos acontecimientos de la vida de los sujetos. Consta de 53 elementos distribuidos en 4 puntos importantes: salud, relaciones humanas, estilo de vida, asuntos laborales y económicos. Se contempla que la puntuación es de 100 puntos y el mínimo es de 5 puntos en una escala de 100. El instrumento presenta 3 categorías de análisis:

- Presencia (SI) o ausencia (NO) del acontecimiento estresante en la vida del sujeto
 - Intensidad con que se han vivido o se viven esos sucesos estresantes.
 - Vigencia del acontecimiento estresante, si surgió en el pasado o dejó de afectarle (P) o si todavía le afecta (A). En ese parámetro se realiza una consideración independiente de las situaciones que todavía afectan o que han dejado de hacerlo. Dentro de cada escala se recogen varios factores que pueden generar estrés.
- **Escala Magallanes de estrés (Magaz, García y Del Valle, 1998).**

La Escala Magallanes de Estrés (EMEST) es un instrumento elaborado en forma de auto-informe. Consta de 15 ítems acerca de la frecuencia de situaciones estresantes que le han sucedido durante los últimos dos meses. Hacen referencia a alteraciones funcionales "menores". Las opciones de respuesta son cuatro: Nunca, Alguna vez, Bastantes veces y Muchas veces.

- **Inventario de síntomas de estrés para adultos ISSL (2000)**

Permite identificar, a partir de la sintomatología presentada por el sujeto, la presencia o no de estrés, el modelo presente (somático o psicológico) y en cuál fase del estrés se encuentra el individuo. Está compuesto de tres cuadros que se refieren a las cuatro fases del estrés. En el primer cuadro, compuesto de 12 síntomas físicos y tres psicológicos, el individuo señala los síntomas experimentados en las últimas 24 horas. En el segundo

cuadro, compuesto de diez síntomas físicos y cinco psicológicos el individuo señala los síntomas experimentados en la última semana. En el cuadro tres, compuesto de 12 síntomas físicos y 11 psicológicos, el individuo señala los síntomas experimentados en el último mes. En el total el ISSL incluye 37 ítems de naturaleza somática y 19 de naturaleza psicológica, estando los síntomas muchas veces repetidos, difiriendo solamente en su intensidad.

- **Perfil de estrés Novack (Novack, 2002)**

Permite valorar 15 áreas relacionadas con el estrés y el riesgo para la salud en las personas. El Perfil de Estrés consta de 123 reactivos que permiten abordar áreas como: Hábitos de salud, Conducta Tipo A, Estilo de afrontamiento, Bienestar psicológico, Red de apoyo social, etc., además de contar con una medida de sesgo y un índice de inconsistencia en las respuestas. Con una duración de 25 minutos aproximadamente.

- **Adolescent Stress Questionnaire(ASQ; Byrne et al., 2007).**

Consta de 58 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos referidos a situaciones estresantes comunes en la adolescencia sucedidas en el último año. Los autores identificaron 10 factores, de los que se han considerado los 7 relativos a estrés en: conflicto entre escuela y ocio, asistencia escolar obligatoria, incertidumbre sobre el futuro, vida familiar, presión de los iguales, interacción con el profesorado y rendimiento académico, cuyas puntuaciones altas indican niveles elevados de estrés. Una estructura de 7 factores de primer orden y uno de segundo ha sido hallada en la presente muestra mediante un análisis factorial confirmatorio con adecuados índices de ajuste (χ^2 S-B/ gl = 3,06; índice de ajuste comparativo-CFI= 0,97; índice de ajuste no normado-NNFI= 0,97; error cuadrático medio de aproximación- RMSEA= 0,048) y con consistencia interna entre 0,77 y 0,88, siendo 0,94 para la escala total.

- **Inventario de acontecimientos vitales estresantes (AVE) (Olivia, Jiménez, Parra y Sánchez, 2008)**

Consistente en un listado de 29 sucesos negativos relativos a sí mismo y a otras personas significativas, que pueden ser experimentados por el adolescente en los contextos de

familia, escuela o grupo de iguales (divorcio o separación de los padres, muerte de un familiar, repetición de curso, ruptura con la pareja, etc.).

ESTRÉS ESCOLAR

- ***Student Stress Inventory (SSI; Fimian et al., 1989)***

Presenta una escala que aborda los estímulos estresantes, y una sobre manifestaciones ante los mismos. La primera consta de 20 ítems y presenta una estructura de dos factores referidos a malestar subjetivo y a problemas académicos/sociales. La segunda incluye 22 ítems con una estructura de tres factores a partir de un análisis de componentes principales con rotación oblicua, acorde con la concepción teórica, relativos a manifestaciones emocionales, fisiológicas y conductuales.

- ***El Inventario de Estrés Académico (I.E.A.; Hernández, Polo y Pozo, 1996)***

Diseñado específicamente para la evaluación del estrés académico en universitarios. Capacidad discriminativa en cuanto a la detección de diferentes situaciones académicas que provocan un mayor nivel de estrés en estudiantes universitarios, en cuanto al tipo de manifestaciones o respuestas de estrés que se asocian a cada situación y si dichas manifestaciones son las mismas en todas las situaciones o si predomina más algún componente de respuesta (cognitivo, fisiológico o conductual) que otro en función de la situación a la que se enfrentan y en cuanto a la existencia de diferencias. tanto en las situaciones generadoras de estrés como en las respuestas experimentadas ante tales situaciones, entre los estudiantes noveles y los experimentados.

Compuesto por un listado de situaciones generadoras de estrés en la población universitaria. Este listado constituye el cuerpo del I.E.A. en el que se incluyen once situaciones potencialmente generadoras de estrés en los estudiantes dentro del ámbito académico. Las situaciones son las siguientes:

1. Realización
2. Exposición de trabajos en clase.
3. Intervención en el aula (responder a una pregunta del profesor, realizar preguntas, participar en coloquios, etcétera).

4. Subir al despacho del profesor en horas de tutorías.
5. Sobrecarga académica (excesivo número de créditos, trabajos obligatorios, etc.).
6. Masificación de las aulas.
7. Falta de tiempo para poder cumplir con las actividades académicas.
8. Competitividad entre compañeros.
9. Realización de trabajos obligatorios para aprobar la asignatura (búsqueda del material necesario, redactar el trabajo, etcétera.)
10. La tarea de estudio.
11. Trabajar en grupo.

Presenta una escala de respuesta con valores de 1 a 5 (1=Nada de estrés- 5=Mucho estrés), que indican el grado de estrés que dicha situación puede generar. Además se plantean una serie de elementos donde se recoge información en torno a los tres niveles de respuesta, fisiológico, cognitivo y motor, que el organismo experimenta cuando se ve expuesto a situaciones de estrés. La frecuencia de ocurrencia de las respuestas, referidas a los tres niveles de respuesta del organismo, se evalúa igualmente del 1 a 5, donde 1 significa Casi nunca o nunca y 5 significa Casi siempre/siempre. La distribución de los elementos esta conformada de la siguiente forma: nivel fisiológico 4 elementos (2, 5, 8 y 11), nivel cognitivo 5 elementos (1, 4, 7, 10 y 12) y nivel motor 3 elementos (3, 6 y 9).

- **Test de Estrés General Universitario (TEGU) (Huaquín, Moyano y Loaíza 2000)**

Consta de 36 ítems en su última versión, se compone, de dos subtests que en forma combinada fortalecen la fuerza del instrumento. Estos son el Test de Estresores Curriculares Universitario (TECU) de 26 ítems y cuya nueva versión arroja una confiabilidad de 78% para la muestra total y el Test de Estrés Personal Universitario (TECU) de 10 ítems, también en su nueva versión, contando al presente con una confiabilidad (Alpha) de 71%. El TEGU permite ahora evaluar simultáneamente los sistemas curriculares de las carreras universitarias en sus dimensiones cognitiva (TSCU y

TSPU con la escala chilena 1 a 7) y afectiva (TECU y TEPU con la escala 0 a 10 de relajación a tensión). Esta segunda sección del instrumento comprende, finalmente, el Test del Nivel y Consecuencias Académicas (TNCA) que consta de 16 ítems y mide el nivel de exigencias de las carreras en una escala de 0 a 10 y las consecuencias respectivas de relajación o tensión medidas, igualmente, en una escala de 0 a 10; este test arroja una confiabilidad de 83%. La tercera sección corresponde a una pregunta abierta para lograr retroalimentación sobre el instrumento mismo y sobre lo positivo o negativo que puede resultar un sistema curricular muy exigente o muy poco exigente.

- **Inventario SISCO del estrés académico (Barraza, 2007)**

El instrumento cuenta con una validez de constructo, la cual comprobó con la evidencia basada en la estructura interna a través de tres procedimientos: análisis factorial, análisis de consistencia interna y análisis de grupos contrastados. Los resultados confirmaron la constitución tridimensional del Inventario SISCO de estrés académico a través de la estructura factorial obtenida en el análisis correspondiente, lo cual coincide con el modelo conceptual elaborado para el estudio del estrés académico desde la perspectiva sistémico-cognoscitivista (Barraza, 2006). Se confirmó la homogeneidad y direccionalidad única de los ítems que componen el inventario a través de análisis de consistencia interna y de grupos contrastados. Estos resultados centrados en la relación entre los ítems y el puntaje global del inventario permitan afirmar que todos los ítems forman parte del constructo establecido en el modelo conceptual constituido, en este caso estrés académico. Se fundamenta en el Modelo Transaccional del Estrés y en el Modelo Sistémico Cognoscitivista del Estrés Académico hecho por el mismo autor.

Tiene una confiabilidad por mitades de .87 y una confiabilidad en alfa de cronbach de .92. Estos niveles de confiabilidad pueden ser valorados como buenos.

Cuenta con 33 ítems, distribuidos de la siguiente manera:

- Un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (sí-no) permite determinar si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario.

- Un ítem que, en un escalamiento tipo Likert de cinco valores numéricos (del 1 al 5 donde uno es poco y cinco mucho), permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico.
- 10 ítems que, en escalamiento tipo Likert de cinco valores categoriales (*nunca* 1, *rara vez* 2, *algunas veces* 3, *casi siempre* 4 y *siempre* 5), permiten identificar la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores.
- 15 ítems que permiten identificar la frecuencia con que se presentan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.
- 6 ítems que, en un escalamiento tipo lickert de cinco valores categoriales (*nunca*, *rara vez*, *algunas veces*, *casi siempre* y *siempre*), permiten identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamientos.

Anexo 2

Inventario

El presente cuestionario tiene como objetivo central reconocer las características del estrés que suele acompañar a los estudiantes de educación media superior, superior y de postgrado durante sus estudios. La sinceridad con que respondan a los cuestionamientos será de gran utilidad para la investigación. La información que se proporcione será totalmente confidencial y solo se manejarán resultados globales. La respuesta a este cuestionario es voluntaria por lo que usted está en su derecho de contestarlo o no contestarlo.

1.- Durante el transcurso de este semestre ¿has tenido momentos de preocupación o nerviosismo?

Sí

No

En caso de seleccionar la alternativa "no", el cuestionario se da por concluido, en caso de seleccionar la alternativa "sí", pasar a la pregunta número dos y continuar con el resto de las preguntas.

2.- Con la idea de obtener mayor precisión y utilizando una escala del 1 al 5 señala tu nivel de preocupación o nerviosismo, donde (1) es poco y (5) mucho.

1	2	3	4	5

3.- En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, señala con qué frecuencia te inquietaron las siguientes situaciones:

	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
La competencia con los compañeros del grupo					
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares					
La personalidad y el carácter del profesor					
Las evaluaciones de los profesores (exámenes, ensayos, trabajos de investigación, etc.)					
El tipo de trabajo que te piden los profesores (consulta de temas, fichas de trabajo, ensayos, mapas conceptuales, etc.)					
No entender los temas que se abordan en la clase					
Participación en clase (responder a preguntas, exposiciones, etc.)					
Tiempo limitado para hacer el trabajo					
Otra _____ (Especifique)					

4.- En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, señala con qué frecuencia tuviste las siguientes reacciones físicas, psicológicas y comportamentales cuando estabas preocupado o nervioso.

Reacciones físicas					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)					
Fatiga crónica (cansancio permanente)					
Dolores de cabeza o migrañas					
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea					
Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.					
Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
Reacciones psicológicas					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo)					
Sentimientos de depresión y tristeza (decaído)					
Ansiedad, angustia o desesperación.					
Problemas de concentración					
Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad					
Reacciones comportamentales					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir					
Aislamiento de los demás					
Desgano para realizar las labores escolares					
Aumento o reducción del consumo de alimentos					
Otras (especifique)					
	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre

5.- En una escala del (1) al (5) donde (1) es nunca, (2) es rara vez, (3) es algunas veces, (4) es casi siempre y (5) es siempre, señala con qué frecuencia utilizaste las siguientes estrategias para enfrentar la situación que te causaba la preocupación o el nerviosismo.

	(1) Nunca	(2) Rara vez	(3) Algunas veces	(4) Casi siempre	(5) Siempre
Habilidad asertiva (defender nuestras preferencias ideas o sentimientos sin dañar a otros)					
Elaboración de un plan y ejecución de sus tareas					
Elogios a sí mismo					
La religiosidad (oraciones o asistencia a misa)					
Búsqueda de información sobre la situación					
Ventilación y confidencias (verbalización de la situación)					

que preocupa)					
Otra _____					
(Especifique)					

GRACIAS POR TU COLABORACION