



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



“VIVENCIAS EMOCIONALES EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERÍA EN SU PRIMER CONTACTO CON LA CLÍNICA EN EL ÁREA ASISTENCIAL”

Autor:

Lic. Psic. Beatriz Capezzuto

Tutor:

Prof. Adj. Mag. Mariela Balbuena

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

GLOSARIO.

APRE Aproximación al Rol de Enfermería.

LE Licenciatura en Enfermería.

Udelar Universidad de la República

UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

ÍNDICE

1.0 RESUMEN.	4
2.0 INTRODUCCIÓN.	5
3.0 ANTECEDENTES.	7
4.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	9
5.0 JUSTIFICACIÓN.	10
6.0 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.	11
6.1 CONTEXTUALIZACIÓN EN LA CULTURA ACTUAL Y SU INCIDENCIA EN EL SUJETO.	11
6.2 ALGUNOS ASPECTOS DE LA FORMACIÓN.	14
6.3 EL PROFESIONAL DE LA SALUD, EL ESTRÉS Y LAS VIVENCIAS EMOCIONALES.	15
6.4 EL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA.	19
6.5 ASPECTOS DEL CURSO VITAL E IDENTIDAD.	22
6.6 IDENTIDAD PROFESIONAL.	24
6.7 COMUNICACIÓN.	26
6.8 TRABAJO EN LA CLÍNICA.	29
7.0 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	31
8.0 DISEÑO METODOLÓGICO.	32
8.1. UNIVERSO DE ESTUDIO Y UNIDAD DE ANÁLISIS.	33
8.2 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	34
8.3 DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.	35
8.4 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	37
9.0 COMPONENTES ÉTICOS.	38
10. PROCESAMIENTO DE DATOS.	40
10.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.	40
10.2. ANÁLISIS BIVARIADO.	56
14.0 BIBLIOGRAFÍA.	68

1.0 RESUMEN.

Esta Investigación tiene como objetivo explorar las vivencias generadas en el estudiante de la Licenciatura de Enfermería en su primer contacto desde lo asistencial con el usuario internado.

Enfermería, es una profesión en la que una de sus características es la de que su tarea es estresante, ya que el contacto con el usuario y su familia se da en momentos y situaciones en que la salud presenta riesgos.

Además la función de la profesión implica el estar en un lugar de responsabilidad para con el bienestar del usuario, por lo que el contacto con las partes involucradas, implica el movimiento de sentimientos y emociones que deben ser manejados para que tengan la menor interferencia en la tarea.

La Investigación busca saber y analizar las características del usuario, las patologías y procedimientos de la práctica que movilizan emocionalmente al estudiante que cursa su primera práctica asistencial en el momento de la Investigación.

La verbalización de los sentimientos que la tarea provoca es un factor de protección del estrés laboral, por lo que el resultado de la Investigación incidirá en mantener o instaurar nuevas técnicas grupales, cuya finalidad será prevenir el estrés o afecciones emocionales resultantes de la tarea. El tipo de estudio es descriptivo con un diseño transversal.

La fuente de datos es una muestra de estudiantes que cursaron su primera práctica asistencial en el año 2008, recabándose ese año la información.

2.0 INTRODUCCIÓN.

La Investigación es realizada en la Universidad de la República Oriental del Uruguay (en adelante UdelaR), Facultad de Enfermería, a los estudiantes de esta carrera que cursan su primer práctica asistencial con usuarios internados.

Por intermedio de esta Investigación se identifican las vivencias emocionales del estudiante de la Licenciatura de Enfermería (en adelante LE) en su primer práctica en el área asistencial con el usuario internado. Éstas merecen ser atendidas ya que se considera que esas vivencias son elementos que de no ser manejados pueden interferir dificultando el aprendizaje; como también ser un factor que incida en la calidad del vínculo con el usuario y familia asistida, tanto en lo actual, como en su quehacer futuro como profesional del área de la salud.

El momento en que el estudiante realiza su práctica y tiene contacto con el usuario y familia, es considerado de riesgo en el proceso de salud enfermedad, por lo que éstos últimos se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. Hay temor y/o preocupación por su bienestar, lo que tendrá sus variaciones en grado de acuerdo a la dolencia y/o vivencia de la misma.

A su vez el usuario se encuentra sometido en su estadía hospitalaria a valoraciones como a estudios y procedimientos que pueden llevarlo a sentirse en un estado de dependencia del personal de salud; como también a sentir que su intimidad es puesta al descubierto, llevando a sentimientos de pudor e incomodidad. Todo esto es generador de vivencias, en las que los sentimientos y emociones se encuentran presentes en ambas partes del vínculo: estudiante – usuario como en el de enfermería – usuario.

Por estos aspectos, entre otros, es que la tarea de enfermería es considerada estresante y puede ser factor de riesgo para el desencadenamiento o profundización de afecciones psicógenas en el trabajador de la salud.

Con respecto al estudiante el impacto emocional tienen en los primeros vínculos con el usuario y la situación que éste último se encuentra viviendo lleva a atravesar sentimientos y emociones hacia el asistido, el familiar que lo acompaña, y también hacia la patología y su propio quehacer.

Estas primeras instancias en la asistencia suelen cobrar mayor intensidad por ser las primeras experiencias en una actividad donde se presentan elementos Del proceso de identificación (aspectos del usuario, de la familia y/o de la patología con aspectos propios y/o de su entorno). Por otro lado se da toda una gama de vivencias con respecto a su aptitud para con la profesión que cursan. Trabajos realizados desde el año 1988 en nuestro medio con estudiantes de esta disciplina ratifican estos dichos. (Los mismos serán detallados en el punto de Antecedentes).

3.0 ANTECEDENTES.

La experiencia docente con los estudiantes de la LE a lo largo de su carrera ha mostrado la importancia que tiene desde lo vivencial la primer experiencia de la práctica en servicios asistenciales.

Llama la atención que un número importante de estudiantes, a pesar de encontrarse en momentos avanzados de la carrera, sigan refiriéndose a éste primer momento, así se muestra en un estudio con diseño cualitativo inédito sobre material aportado en los grupos de Aproximación al Rol de Enfermería (APRE), éste trabajo coordinado por el Licenciado en Psicología Carlos Saavedra y docentes del Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería, trae los intensos sentimientos que los primeros pacientes movilizaban en los estudiantes (Saavedra.C, Carrasco.A, y otros 1998). Previo a este estudio se encuentran varios trabajos, entre ellos el trabajo de Carrasco.A, Fajgenbaum.P en 1988 que traen desde una comprensión psicoanalítica la experiencia de enseñanza aprendizaje de enfermería.

También se encuentra el trabajo realizado por Cocco.C, Zunini.A, Acuña.G y Díaz, R. del año 2014, sobre la satisfacción del estudiante de la Licenciatura en los grupos de Relación Asistencial, metodología de aprendizaje grupal impartida en la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, que es muestra de la importancia de la expresión de las vivencias emocionales por parte del estudiante de la Licenciatura.

Con respecto a otra de las disciplinas vinculadas al área asistencial, como es el estudiante de Medicina se encuentra en el año 1988 Katz, E.; Rosenthal,J.; Capriata, S.; Carlino, R y otros, que traen el procesamiento grupal de los conflictos generados en la formación.

La movilización de sentimientos frente al usuario y a la tarea en el estudiante de la Licenciatura de Enfermería, es algo que también ha sido estudiado en otros medios, como en el de la Facultad de Enfermería de Alicante que en el año 2008 Sanjuán Quiles, A y Ferrer Hernández, M^a E. traen el perfil emocional de los estudiantes en las prácticas clínicas. Con respecto al primer acercamiento al

usuario con cáncer en el año 2005 Parra Rojo, A; Jiménez, J; Olano, O y otros traen los distintos sentimientos y dilemas éticos que como estudiantes se dan en la práctica de enfermería. Zupira Gorostidi, X; Uranga Iturriotz, MJ. ;Alberdi Erize, MJ. ; Barandiaran Lasa M., en el año 2006 también traen las fuentes del estrés en los estudiantes en su práctica clínica. En el año 2010 Cobo Cuenca. A, Carbonell Gómez de Zamora. R, Rodríguez Aguilera. C, Vivo Ortega. I, y otros hablaron del estrés y las distintas ansiedades de los estudiantes en su primera práctica clínica, y López V y López M, en el año 2011 escriben sobre las distintas situaciones generadores de estrés en el estudiante durante sus prácticas. La mayoría de ellos traen una alta percepción de estrés en las prácticas clínicas.

4.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los antecedentes expuestos en el punto anterior muestran la importancia que reviste el tema de los aspectos emocionales en el estudiante de la LE, como en los estudiantes de las profesiones que competen al área de la salud.

El estudiante de la LE, como expondremos en el fundamento teórico, tiene funciones para con el usuario que movilizan representaciones mentales del orden de lo primario, un ejemplo de ellas es la higiene realizada al asistido. Hay un contacto con lo más privado del usuario, que se encuentra representado por su desnudez, excreciones, distintos ruidos emitidos por el organismo, entre otros aspectos, en un momento de vulnerabilidad, como lo es el estar enfermo. Todo esto hace que se encuentran presentes en el usuario mecanismos de regresión, o su contrapartida: la formación reactiva a la regresión, siendo generadoras de actitudes demandantes, y/o conductas de molestia e irritabilidad mostrándose reacios a la asistencia.

A su vez la asistencia implica una proximidad física mayor, a la que se presenta en una comunicación social, situación que también actúa como un elemento capaz de movilizar aspectos más primarios en el usuario y familia, ya que tanto la función como la distancia física se encuentran más vinculadas al cuidado de la función materna.

Todos estos aspectos son factores que movilizan un variado abanico de sentimientos y emociones en el estudiante que tiene su primer práctica en el área asistencial, por lo que se considera importante conocer las vivencias emocionales en los estudiantes de la LE en este momento de su carrera. Los datos que nos brindan podrán colaborar a una docencia, que al tenerlos en cuenta, incida en que sus efectos tengan menor interferencia en el proceso de aprendizaje.

En base a lo anteriormente expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las vivencias emocionales en los estudiantes de la LE de la Generación 2007 Plan 93 en su primer contacto con la clínica en el área asistencial?

5.0 JUSTIFICACIÓN.

El propósito del siguiente estudio es identificar las vivencias emocionales del estudiante en su primer práctica clínica en el área asistencial.

Desde la docencia del área de la Salud Mental de la Facultad de Enfermería de la UdelaR se pretende que el estudiante pueda explorar y pensar las emociones y sentimientos que distintas situaciones de la asistencia y el vínculo con el usuario y familia provocan en él.

También se considera que el cuestionario, de por sí, es un instrumento que habilita el pensar sobre esas vivencias; por lo que de distintos niveles se oficia para que el estudiante coloque en palabras aquello que impacta desde lo emocional.

Al facilitar el pensar sobre lo que se siente, se incide generando una disminución en la intensidad de los afectos, como en el logro de un abordaje distinto de las situaciones de la práctica.

Esta Investigación, a través de la aplicación de un cuestionario busca conocer y explorar las distintas situaciones que impactan al estudiante desde lo emocional, y los sentimientos que se dan frente al usuario en su quehacer. También se pretende conocer si la puesta en palabras de las situaciones vividas oficia como factor de protección.

A través de los resultados encontrados se permitirá pensar sobre la teoría brindada al estudiante, como también el mantener o realizar cambios en la metodología de trabajo grupal. A su vez como todo elemento que habilite el pensar, permitirá el crecimiento desde la enseñanza aprendizaje.

6.0 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

6.1 CONTEXTUALIZACIÓN EN LA CULTURA ACTUAL Y SU INCIDENCIA EN EL SUJETO.

La época en la que vivimos corresponde a lo que se ha dado en llamar cultura de la posmodernidad o modernidad tardía (Viñar M. 2009). Varios autores hacen referencia a ella como cultura de lo instantáneo, cultura del zapping, entre otras acepciones. En ella se hace referencia a la rapidez de los cambios que se suceden, a un continuo bombardeo de estímulos e información, lo que dificulta que los mismos sean procesados.

Viñar M. (2002) habla de cómo este bombardeo de la información “adelgaza al narrador”, incidiendo sobre el espesor psíquico, siendo éste un elemento fundamental para la salud mental del sujeto.

En las últimas décadas son múltiples los cambios que se han dado; tanto a nivel cultural, social y económico, producto de avances tecnológicos y científicos. Como muestra de ello se encuentra, entre otros, los medios de Comunicación, que en esta globalización permiten vivir en forma casi simultánea aquello que está ocurriendo del otro lado del mundo.

La economía ha incrementado las desigualdades, generándose fenómenos como el del multiempleo, lo que se traduce en el mundo actual en inestabilidad a nivel laboral.

Las características de la posmodernidad también tienen incidencia en la institución familia, cuyas transformaciones a lo largo de la historia acompañan los cambios sociales. La caída de la familia patriarcal, la búsqueda de la satisfacción personal, entre otros elementos hacen que haya nuevos modelos y formas de convivencia y conformación familiar.

Las nuevas configuraciones familiares se entran con elementos del modernismo y posmodernismo lo que lleva muchas veces a posibles conflictos. Por un lado se tienen nuevas ideologías pero aún no se encuentran totalmente

desprendidas de las modalidades vinculares antiguas que tienden a repetirse, generándose mensajes contradictorios entre ellos.

En nuestro medio a la complejidad de sus configuraciones se le suma una realidad de estructuras heterogénea, dejando de ser primacía la familia nuclear clásica para darse todo un abanico de conformaciones. Encontrándose desde la nuclear biparental, nuclear, monoparental, de homosexuales, y de transexuales, hasta las familias extensas que incluyen en su interior lazos no sanguíneos sino por conveniencia, fundamentalmente económicas.

En la actualidad prima una cultura de consumo, que de acuerdo a Porzecanski T. determina estilos de vida pautados por incorporación de estereotipos, donde los productos representan valores absolutos (Barrán, Caetano, Porzecanski 1996).

Todos estos cambios llevan a un incremento de la incertidumbre, de la que Puget J. (2002) dice que ella da cuenta de lo imprevisible, expresando que el sufrimiento actual se encuentra ligado a ella y sus vicisitudes, trayendo la perplejidad como el estado mental que se provoca en la mente ante una situación sorpresiva; y un “mandato”: el de la toma de decisión teniendo infinitas alternativas. Esto según la autora, provocaría un estado de perturbación a nivel del pensamiento pudiendo llevar al sujeto a una parálisis o inhibición para la acción.

Galende (1997) habla de caracteres subjetivos: como el del estado pasivo de las personas respecto de la cultura y la vida social y su incidencia en las actividades reflexivas. Este aspecto que desarrolla el autor coincide con lo expresado por Kristeva (1989) referido a que se ve amenazada la capacidad de introspección, elemento fundamental para la riqueza del fuero interior.

Galende también habla de la superficialidad de los afectos llevando a un incremento del “hacer”. Esto puede vincularse con lo traído por Darley en el 2002, quien expresa que lo que se privilegia en esta cultura es la forma, lo efímero, lo superficial; pasando a un segundo plano el contenido, la profundidad, la permanencia y la imagen como referentes.

Parte de los caracteres subjetivos Galende también se refiere a la maquinización de los vínculos. Son varios los autores que destacan como incide la cibernética en las relaciones de las personas; entre ellos Rifkins, quien en el año 2000 habla de un arquetipo humano inmerso en un mundo virtual, concentrado sobretudo en experiencias entretenidas y excitantes, adecuándose con facilidad a realidades tanto reales como simuladas.

Neyra (2009) habla de que el hombre actual anhela la intensidad y la fugacidad, sometido a grandes cantidades de información y no valora lo permanente estando en una continua búsqueda de cambios y nuevas experiencias.

Gergen (2006) habla de un estado de saturación del yo producto de las condiciones del posmodernismo con sus nuevas tecnologías que inciden en que las pautas de las relaciones vinculares se hayan quebrado. Habla de la colonización del ser propio que se encuentra conformado por fragmentos de los otros, del contacto y fusión con diversas identidades culturales, y de la velocidad y multiplicidad de relaciones y situaciones que se entablan, ampliándose las posibilidades ya que pueden darse en forma ajena a la geografía, y al contacto cara a cara. "... el Yo de cada uno se coloniza cada vez más: ya no somos uno, multitudes". También expresa "Por obra de las tecnologías de este siglo, aumentan continuamente la cantidad y variedad de relaciones que entablamos, la frecuencia potencial de nuevos contactos humanos." (Gergen 2006).

Lo expresado por estos autores, denota la incidencia que tienen las transformaciones sociales, culturales y económicas en la subjetividad.

Brevemente por subjetividad tomamos lo traído por Grossberg (1996) que expresa que ella describe los puntos de adhesión desde los cuales experimentamos el mundo. Brah (1996) habla de la experiencia como una práctica de dar sentido simbólica y narrativamente.

6.2 ALGUNOS ASPECTOS DE LA FORMACIÓN.

Desde la docencia, lo expuesto nos interpela a pensar en la formación del estudiante. Cómo incidir para alentar la capacidad de reflexión, la búsqueda de emociones y sentimientos con respecto a la tarea, colaborando en el manejo de ellos y no en el ocultarlos; y de esa manera ser herramienta de trabajo y no obstáculo en la relación con usuario y familia, en su aprendizaje y en su vida personal.

Por formación, Ferry (1998) dice que es importante entenderla como la dinámica de un desarrollo personal, y que se da por mediaciones, refiriéndose por mediadores no sólo a los mediadores humanos, sino “...las lecturas, las circunstancias, los accidentes de la vida, la relación con los otros” (1)

Y lo personal no es ajeno al contexto cultural, social, político, económico.

La formación va a estar movilizada por:

- las características propias del estudiante,
- de él o los modelos pedagógicos predominantes en la Institución,
- como del cuerpo docente.

6.3 EL PROFESIONAL DE LA SALUD, EL ESTRÉS Y LAS VIVENCIAS EMOCIONALES.

El trabajo con los sufrimientos humanos, la enfermedad y la muerte son factores estresantes para el personal de salud. Es importante detenerse a pensar qué es lo que los hace estresantes, para ello es importante definir el estrés.

Lazarus y Folkman (1994) Definen el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es considerado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos”. (2)

Es estresante cuando hay una interacción dinámica entre la evaluación cognoscitiva sobre la demanda y las estrategias de afrontamiento con las que cuenta el sujeto. Es por ello que lo que le da el carácter de estresante al hecho o situación es la respuesta psicológica de la persona. La percepción de ella y su subjetividad entran en juego, por lo que hay diferencias individuales en la percepción del estrés.

Los Mecanismos de defensa, como los Mecanismos de afrontamiento o Coping coexisten, los primeros son formaciones inconscientes y los segundos de carácter consciente. Actúan conjuntamente en la meta, que es la de evitar o amortiguar el malestar subjetivo.

El esfuerzo no implica el logro; lo que desencadena el esfuerzo de afrontamiento como el defensivo es la emoción, ya sea desde el afecto, la angustia o tensión. La emoción, el estrés y el afrontamiento tienen interdependencia.

Los mecanismos de afrontamiento o coping incluyen formas de aceptar, tolerar o minimizar la tensión y son conscientes. “Las conductas de coping siempre dirigidas a la recomposición o reestructuración de la capacidad de reacción y de la integridad física o psíquica. Se define siempre en relación al concepto de estrés” (Kachele 1999) (3)

Los mecanismos de defensa tienen el carácter de ser inconscientes y son un conjunto de operaciones cuya función y finalidad consiste en amortiguar toda

amenaza que pueda poner en peligro la integridad, generando displacer en el sujeto (Laplanche, Pontalis 1981)

Lazarus expresa que la evaluación cognitiva "... refleja la particular y cambiante relación que se establece entre un individuo con determinadas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características (valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) y el entorno cuyas características deben predecirse e interpretarse" (Lazarus, R. y Folkman, S 1994).(2)

También es importante definir el concepto de vivencias emocionales, a las que nos referiremos tanto para el personal de salud como al estudiante de la LE.

Con respecto a vivencia el diccionario de la lengua española dice "hecho o experiencia propia de cada persona, que contribuye a formar su carácter y personalidad" también significa "intensidad con que una imagen psíquica aparece en la conciencia" (Diccionario de la Real Academia 23º ed. 2014).

Para Ponty M. (1962) la vivencia constituye una objetivación de la experiencia en forma de realidad pensada. La vivencia es aprendida y vivida por el individuo y se expresa en el sentido común.

Al hablar de vivencias emocionales se lo hace de la afectividad, por eso brevemente y siguiendo a Vidal- Alarcón (1986), se definen algunos de esos conceptos:

La Afectividad: Vida emocional del sujeto traducida fundamentalmente por sentimientos y emociones que luego constituyen lo que denominamos de forma específica afecto. Serían estados internos que provocan una respuesta conductual. La capacidad de que nos afecte aquello que nos sucede. Pudiendo ser más o menos intenso, placentero o displacentero, y de duración variable.

La Emoción: Tiene un carácter de “efervescencia”. Aparición brusca, corta duración, pero de gran intensidad y con diversa tonalidad. De ella se trae un componente cualitativo que se utiliza para describirla que puede tener un carácter positivo o negativo, y un componente cuantitativo referido a la intensidad.

El sentimiento, sería la expresión subjetiva de una emoción (cómo se vive tal emoción). Proceso más complejo, más estable y duradero.

Las vivencias emocionales, los sentimientos y emociones del personal de salud, como del estudiante de la LE durante su quehacer son una elaboración propia basada en su personalidad, sus experiencias anteriores, su capacidad de reflexión, sus intereses y su inserción familiar, entre otros aspectos.

Luego de definir someramente algunos de estos conceptos se describirá brevemente la manera de presentarse en el quehacer del personal de salud.

El contacto a diario con personas que se encuentran afectados por una enfermedad orgánica provoca sentimientos y vivencias. Ellos pueden surgir por varios factores, entre ellos encontramos:

- los que se dan por la identificación con usuario, familia o situación misma,
- presión que la asistencia misma provoca.

Por otro lado en los servicios asistenciales son diferentes los desenlaces de los usuarios a los que se asiste

- están aquellos que prosiguen con su vida como antes de haber ingresado a la Institución asistencial,
- otros en los que a su egreso son portadores de secuelas y
- aquellos cuyo desenlace es el de la muerte.

Siendo lo antes expuesto, algunos de los factores que inciden en el grado de estrés que el miembro del personal de salud percibe.

Las fuentes generadoras de estrés son varias, entre ellas:

- las institucionales y
- de relacionamiento formal e informal entre los miembros del equipo de salud.

Éstas pueden actuar como factor de protección o como factor de riesgo en el incremento de la percepción del estrés en la tarea. Sobre este tema hay una amplia bibliografía, entre las que se encuentran los textos y artículos de Buendía J. (2006) LLor B. (1995) , Silveira N. (2008) , Adelman P K.(1986), Moreno – Jiménez B. (2000), Popp M. (2008). Estos autores hablan del clima organizacional, del que se considera fundamental las percepciones del trabajador respecto a las estructuras y procesos que se dan en su medio laboral, ya que el comportamiento del trabajador depende en gran medida de las actividades, interacciones y otras experiencias que cada sujeto tenga con la Institución, y no sólo de la resultante de los factores organizacionales.

Para citar en particular los aspectos que se dan en los estudios actuales con respecto a Enfermería y el estrés laboral, se encuentran estudios que muestran efectos significativos en función del porcentaje de interacción con los pacientes, asociado al riesgo de despersonalización; y está relacionado con variables como la sobrecarga y la afección debido al contacto con la muerte y el dolor. También se muestran los factores relacionados al rol, donde la ambigüedad del mismo como el formar parte de los mandos intermedios presenta mayor propensión al estrés laboral Fornes. J (1993), Moreno – Jiménez B. (2000), entre otros.

La intensidad del estrés es un tema preocupante a nivel nacional y mundial ya que ha llevado a una significativa presencia de consecuencias en el área de la salud como el Síndrome de Burn Out, y/o el incremento de afecciones psicógenas o patología en los integrantes del personal de salud. También se observa su incidencia en el fenómeno del Mobbing, u Hostigamiento Psicológico, agregándose al estrés sufrido por la víctima, se requiere de un clima laboral no cohesivo, para el logro del éxito del acosador.

El tema que convoca el desarrollo teórico es el de las vivencias emocionales de los estudiantes de LE, lo que se aleja del desarrollo de la temática del estrés laboral, pero que no se escinde totalmente. Se fundamenta lo mismo, en que el sujeto y su capacidad en el manejo de las emociones y sentimientos en el quehacer laboral es un factor de protección para el estrés; por lo que el aprendizaje de estos aspectos desde el grado integrará el bagaje que porte el estudiante y lo habilite para actuar en forma preventiva a nivel laboral.

Además no debemos olvidar que la inserción del estudiante de enfermería se da en Instituciones hospitalarias y/o en sanatorios, por lo que se encuentra en un contexto en el que estos elementos se encuentran presentes, y el clima laboral en el que lleva a cabo su práctica, también es un factor que incide en el estudiante y sus vivencias emocionales.

6.4 EL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA.

Antes de referirme al estudiante de la LE, es preciso traer a qué nos referimos con Enfermería. Son varios los autores que teorizan sobre ello, pero en este caso me referiré a lo que Virginia Henderson dice que es la enfermería “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. Su teoría se considera como una filosofía definitoria de enfermería, y se basa en las necesidades básicas humanas. (apud Luis Rodrigo, M.T Fernández. Navarro M.V. 2007).

Con respecto al estudiante integraremos el perfil estudiantil traído por la Facultad de Enfermería de la UdelaR en el Plan de Estudios 1993 (4):

“Incorpora, profundiza e incrementa el conocimiento como objeto del proceso educativo, con la finalidad de contribuir a transformar la sociedad en beneficio de la justicia y bienestar de la misma.

Se identifica con su profesión, a través del desarrollo gradual de su identidad, asumiendo responsabilidad individual y colectiva.

Asume compromiso como universitario, en los diferentes ámbitos de actuación.”
(aprobado por el Consejo Directivo Central en 1993)

El estudiante de la LE se encuentra en un proceso de aprendizaje. El conocimiento y la destreza se diferencian de la que porta un profesional; los va a ir adquiriendo en su proceso formativo. Encontrarse en la práctica sin estos elementos, despierta por lo general inseguridad en el estudiante, la que se asocia y retroalimenta en el temor frente a la tarea, lo que se basa fundamentalmente en el miedo a infringirle daño al usuario.

El cuestionario Kezkak (apud Zupiría Gorostidi X Uranga Iturriotz MJ, Alberdi Erize MJ, Barandiaran Lasa M. 2003) mide las principales fuentes de estrés en el estudiante de LE, y en él se encuentra que varios de los ítems están referidos a infringir daño al usuario. Los mismos son:

- Realizar mal mi trabajo y perjudicar al paciente
- Confundirme de medicación
- Hacer daño psicológico al paciente
- Hacer daño físico al paciente

En el estudio de López V. Sánchez M. (2005) sobre las situaciones más estresantes dentro de la práctica en los estudiantes de enfermería se encontró: “desconocimiento ante una situación clínica”, impotencia e incertidumbre ante una situación determinada y “riesgo a dañar al paciente”.

Gutiérrez Izquierdo, M^a I. y cols. (2000) Expresa que los estudiantes desean realizar las prácticas y tienen gran ilusión, pero a su vez, tienen miedo de “no estar preparados”, “de cometer fallos con los pacientes”.

Zupiria X. (2003) en un estudio sobre el estrés en el estudiante también encuentra importantes resultados con respecto a la fuente del mismo, encontrándose relacionados con el temor a dañar, o no poder ayudar al paciente o a resultar

dañado. Son ítems que tienen que ver con la falta de competencia. Dice que al alumno le parece estresante la posibilidad de no realizar bien su trabajo y las consecuencias que ello puede acarrear tanto para el paciente como para sí mismo.

Tessa R. (2014), con respecto a las dificultades percibidas por el estudiante de enfermería en la práctica clínica trae que la falta de conocimiento y las habilidades sociales dificultan la mayoría de las prácticas clínicas de los estudiantes.

Henao Castaño, M.; Fajardo Ramos, E.; Núñez Rodríguez L. (2014) dicen que en las primeras experiencias clínicas la posibilidad de infringir dolor en un procedimiento lleva a distintos sentimientos y emociones que convierten las prácticas en un foco de estrés y ansiedad para el estudiante.

Sanjuan Quiles, A.; Ferrer Hernández, M^oE. (2008) en su estudio sobre el Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas traen sentimientos relacionados a la inseguridad, aflicción e impotencia.

6.5 ASPECTOS DEL CURSO VITAL E IDENTIDAD.

Es importante detenerse en otros aspectos, como características del curso vital de la población estudiantil, como a la Identidad. La mayor parte de los estudiantes se corresponde con una población joven, cursando el final de la adolescencia y/o comienzo de la adultez joven. Esto define, salvo excepciones que siempre se dan, el hecho de no haber estado en contacto con la temática de la muerte a nivel personal.

El ser humano en este momento de su curso vital suele proyectarse hacia el futuro desde la vida, no percibe su finitud, salvo experiencias que de una forma u otra lo acerquen a ella. Fahrner R (1993) afirma que las personas viven con la negación existencial de la muerte, lo que se basa en lo expresado por Freud “La muerte propia no se puede concebir... en el fondo nadie cree en su propia muerte, o lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad” (De guerra y muerte. O.C.1915) (5) Por lo tanto se encuentra el carácter “tabú” de este tema, que se hace extensivo, de acuerdo a varios autores, a lo que es llamado derivados de la muerte, refiriéndose por ello al dolor, sufrimiento, y todo tipo de secuelas que muestren la miseria del ser humano.

Algunos de estos autores expresan que detrás del temor expresado a estos derivados, siempre está presente el temor a la muerte y explican que el carácter deshumanizado que algunos profesionales tienen en el trato para con los usuarios es una forma de defenderse del temor que genera la angustia ante la propia finitud. (Abadi, M; Garma, A; Gazzano, E.1973; Ferrari H. 2001).

1. Es bueno especificar ciertos aspectos por los que se considera que la edad que cursa un número importante del estudiantes de la LE en su primer práctica en el área asistencial, este tema cobra una mayor significación.

Ferrari H. (2001) habla de este momento de la vida como un devenir de transformaciones y regresiones, un período de profundos cambios y posibilidades de nuevos logros. Expresa que resulta conmovido por conflictos referidos al emparejamiento, las relaciones sexuales adultas, el establecimiento de la familia, la

paternidad, la elaboración de un proyecto de vida, la reacción frente a las pérdidas, la inserción laboral o profesional.

Filardo V. (2015) con respecto a la adultez temprana, la juventud, habla de miradas relativas y dice que en estos momentos hay una miopía, ya que les es difícil ver los objetos distantes.

Esta miopía, incide en el joven que se encuentra en transición hacia la adultez. Cabe la aclaración de que se habla de adultez y no adulto (Amorín, D. 2011) ya que se hace referencia a un estado mental y no a una clara etapa vital. Esto no quiere decir que ambas no coincidan. Son esperables determinadas características y proyectos, entre otros elementos a determinadas edades; lo que se flexibiliza son los límites. Al hablar de adultez joven se la aproxima a una edad entre los 20 y 40 años. En él se encuentra el desarrollo de un proyecto de vida que se encuentra en sus inicios, y en muchos casos aun no habiendo claridad en el mismo. No habiendo, por lo general, percepción de la finitud del ser humano

Son varios los autores (Salvarezza L.1988, Amorín D. 2011, Iacub R. 2011) entre otros que hablan de que es recién en el curso vital de la adultez media, ya sea desde las experiencias personales vividas y/o las distintas pérdidas que el transcurso del tiempo provoca, que se va contactando con la temática de la enfermedad y la muerte de una forma realista ya que se da una clara percepción de la finitud.

Montero (apud Iacub R. 2011) habla de este momento como el de individuación, que se centra en el trabajo psíquico, dada la transitoriedad de la vida individual y la elaboración del trauma por la propia muerte futura. De darse esta elaboración se daría la inscripción psíquica de la transitoriedad. Dice que cada persona debe tramitar su propia transitoriedad individual, de acuerdo a su historia y con sus recursos.

En esa construcción de la vida atravesando sus distintos momentos la identidad, la cual viene del latín iden, que hace referencia a “el mismo”, también se va transformando, la mismidad, ese “si mismo”, marcado por la filiación, que marca desde lo social y que le da un sentimiento de identidad.

En las distintas interacciones entre el sujeto y la sociedad se va a ir dando la producción de la mismidad, con una continuidad y coherencia, no en forma estática sino que en una construcción y deconstrucción, pero con permanencia, se va dando el cuestionamiento de sí mismo lo que lleva a nuevas formas de adaptación, a relecturas de sí mismo, a reelaboraciones identitarias (Iacub R. 2011).

6.6 IDENTIDAD PROFESIONAL.

Lijtenstein (apud Ferrari H. Luchina N. Luchina I 1977) al hablar de la identidad de la profesión médica, lo cual puede asemejarse a aquellas que trabajan en el área asistencial en la salud, trae la identidad de objetivación del self. De la misma refiere, como aquella que desde lo evolutivo corresponde a la salida de la adolescencia hasta la adultez media, y en la que los movimientos internos y externos de elaboración de la transitoriedad caracterizan una parte de ella.

Identidad, trae el autor, marcada por inseguridades, en la que se van adquiriendo pautas y actitudes en la profesión basadas fundamentalmente en distintos modelos que contribuyen al crecimiento profesional. Dice, que en ella el self de esta identidad se encuentra disociado básicamente por la negación operativa de la muerte.

Esta negación útil está relacionada con la edad y promueve idealizaciones e identificaciones proyectivas. El sentido de la libertad y autodeterminación no es muy profundo lo que significa un mayor grado de dependencia de los objetos. Una mayor dependencia manifiesta o reactivamente negada hace que pueda ser fácil depositario por ejemplo, de identificaciones proyectivas de los usuarios.

En este último caso se vuelven más vulnerables a contra actuaciones, oficiando poca capacidad de “reverie “. O sea dificultad para el logro de sentir frente al usuario pudiendo a su vez discriminarse y diferenciarse del mismo.

Luego habla de la identidad de realización del self. En la misma se daría por parte del sujeto una mayor seguridad. El profesional, por lo general, puede contactar con la idea de la muerte, por lo tanto disminuirían las identificaciones proyectivas. La creatividad, basada en los conocimientos y experiencia, es la que pasa a tener un mayor papel.

El fundamento por el que se están desarrollando conceptos a nivel del curso vital, identidad, e identidad profesional, responde a que son elementos que colaboran a la comprensión del tipo de presiones a las que se encuentra sujeto el estudiante de la LE, y el de otras disciplinas del área de la salud. Ya que en su quehacer cotidiano, se encuentra en contacto con realidades, aún no percibidas naturalmente en el momento vital en que se encuentran cursando el estudio de la profesión.

De cómo se manejen algunos de estos aspectos dependerá como se desarrolle la interacción con el otro, y en ella la comunicación está presente, por lo que explicitaremos algunos aspectos de la misma.

6.7 COMUNICACIÓN.

En la tarea del estudiante de la LE, como en cualquier profesional de la salud la comunicación es un elemento importante para la relación con el usuario, con el equipo, como con la Institución asistencial.

Se habla de fenómeno de la comunicación, porque se trata de un proceso dinámico que involucra a diversos actores y al contexto ambiental, cultural y social en el cual se produce.

La palabra comunicación proviene del latín “communicatio” y éste a su vez procede del sustantivo “comunico”, cuya traducción al castellano es impartir, compartir, hacer, participar en algo común. Tanto el sustantivo comunicación, como el verbo comunicar, tiene su origen en la palabra “comunis”, raíz castellana de la palabra comunidad, la cual significa la participación o relación que se da entre individuos. (Canale. M 1995)

El sujeto es un ser social. Mediante la comunicación se expresa haciendo posible la vida social. Es un proceso de intercambio, donde entre emisor y receptor se dará la percepción de un significado común. (Musitu 1996) Por medio de la comunicación se da el proceso de aprehensión de los significados y se le da un sentido y significado a todo lo que rodea al sujeto (Philipp 1988)

Watzlawick, P. (1985), habla de varios axiomas sobre la comunicación pero el primero y fundamental hace referencia a que en toda situación de interacción todo el comportamiento tiene valor de mensaje, de ahí la imposibilidad de no comunicar.

Esto introduce al tema de la comunicación no verbal o analógica, la que tiene un valor significativo, ya que son todos los mensajes que se transmiten al mismo tiempo pero independientemente de las palabras pudiendo acompañar lo dicho como contradecirlo, tienen su raíz en el inconsciente y es por ello que se dice que a ella corresponde el 80 a 90% de la verdad en lo que se comunica.

Tiene 3 áreas de estudio:

1. Kinesia: a través de movimientos del cuerpo:

- a) postura corporal
- b) los gestos
- c) expresión facial

2. Paralingüística: variaciones no lingüísticas:

- a) tono
- b) volumen
- c) ritmo.

3. Proxémica- relacionados con la estructuración del espacio inmediato de la persona. Habla de la proximidad (Watzlawick, P.1985).

El profesional del área de la salud y por ende el estudiante de la Licenciatura de Enfermería ha de desarrollar habilidades sociales, las que implican las capacidades o destrezas para una tarea interpersonal.

Su tarea se da en la relación con otros que se encuentran en un estado de vulnerabilidad por lo que requiere en esa comunicación una disponibilidad emocional. La misma facilita una escucha activa, que implica poder escuchar más allá de lo que el otro dice.

El cuerpo de los sujetos es un discurso y el profesional ha de poder leer aspectos de él que hablan del sufrimiento que lo acucia en esos momentos. La capacidad de empatía, es una habilidad especial para comprender y sentir lo que siente el otro, pero pudiendo a su vez rescatarse y poder discriminarse del otro, lo que implicaría el logro de una distancia óptima.

Esto último no es algo que se adquiere instantáneamente, es la experiencia dada desde un relacionamiento humano y profesional con el otro, lo que habilitará que se desarrolle. De no producirse se darán distorsiones que atentarán contra una

relación que permita la confianza del usuario y familiar, las distorsiones pueden darse como:

- una identificación intensa que no le permite discriminarse de la situación,
- una distancia que mecaniza la relación, percibiendo el usuario y la familia una “robotización” del profesional.

En la distancia óptima el sujeto es consciente y conocedor de los límites que la realidad le impone. Con un desarrollo de la tolerancia a la frustración que habilita una adecuada relación profesional con disponibilidad emocional, actuando desde una función de sostén, sin i fusionarse o deshumanizarse en el vínculo. De esto no escapan situaciones que puedan generar una intensidad mayor de los sentimientos, pero suelen manejarse sin tener incidencia en el vínculo con usuario y familia.

La capacidad del ser humano en poder reconocer estos elementos de la comunicación no verbal. Ser capaz de entender su significado, contextualizándolo en la práctica profesional, como también en la vida personal. A su vez responder de manera consecuente le permite adquirir las habilidades necesarias para manejar las situaciones con una distancia adecuada, poder interactuar y relacionarse entre sí de forma efectiva y satisfactoria. A esta capacidad se la denomina habilidades sociales y “son las capacidades o destrezas sociales específicas requeridas para ejercitar competentemente una tarea interpersonal”. (Monjas Caseros M^aI.González Moreno B. 1998, Las Habilidades Sociales en el Currículo). (6)

6.8 TRABAJO EN LA CLÍNICA.

En el trabajo del estudiante, como del enfermero, se da un contacto con el usuario. Éste tiene las características de ser como la palabra misma dice “piel a piel”. En una primer práctica asistencial ésto puede ser un factor que incida consciente o inconscientemente en el estudiante causando distintos sentimientos y/o reacciones emocionales. Es una disciplina que se encuentra en su quehacer, con acciones que pueden provocar sentimientos de temor frente a la posibilidad de “daño al usuario”, y que también trabaja con aspectos que tienen que ver con la intimidad de los sujetos: la desnudez del usuario, sus secreciones, materias, emisión de distintos “ruidos”, entre otros. Aspectos que suelen mantenerse en lo privado, y que en esta situación pasan a ser públicos ante el estudiante.

La experiencia con el estudiante en esta instancia de la carrera ha mostrado que frente a estas situaciones emergen por parte de él distintos sentimientos. En muchos casos les resulta difícil expresar algunos de ellos, como por ejemplo el asco, el pudor, el rechazo. La causa que se suele traer es el pensar que no se deben tener, ya que los considera “negativos” y pueden hablar de ir contra el perfil vocacional que debieran tener. Son sentimientos naturales, y lo que ha de aprenderse es el manejo de ellos para de esa forma no ser actuados, incidiendo negativamente en la relación con el usuario. Se requiere de una disociación operativa, que no siempre es fácil poner en marcha por parte del estudiante en un comienzo de la práctica.

Henao Castaño M. Fajardo Ramos E. Núñez Rodríguez I. (2014) traen “Es así como la interacción estudiante de enfermería-sujeto de cuidado implica un intercambio de emociones, sensaciones; respuestas humanas que son expresadas por cada uno de diversas formas. Así como el estudiante "se pone en la piel del otro" e interpreta los códigos de su comunicación no verbal, el sujeto de cuidado también descubre en su cuidador ese cúmulo de emociones, sentimientos, temores, y hasta logra interpretar en algunos casos el nivel de conocimiento que aflora durante su encuentro” (7)

La demanda del usuario, su personalidad, las características que se den en su relación con el estudiante, como la patología y el estado de ella actuarán en el

estudiante provocando un abanico de sentimientos y emociones. El manejo de ellos habilitará una actitud profesional con la distancia óptima anteriormente citada.

Para un buen manejo de estos sentimientos y emociones, se reitera la importancia que tiene habilitarse en el pensar sobre ellos, de esa forma los mismos se objetivan y se permite modificar aspectos que puedan estar interfiriendo en la comunicación. Facilita el cambio de estrategias en la relación con el usuario y su familia. La identificación de sentimientos, vivencias y el pensar sobre ellos, a su vez actúa como factor de sostén, ya que disminuye la carga emocional siendo un factor de protección para la salud del estudiante y /o profesional.

En la Facultad de Enfermería de la UdelaR, una de las metodologías de trabajo desde el área de la salud mental es la llamada Relación Asistencial. La misma facilita en el estudiante lo explicitado previamente. Al darse la discusión sobre distintas situaciones clínicas, en busca de comprender las reacciones del usuario y familia frente a la patología cursada; y a su vez el poner en común los sentimientos que esto les genera, les permite entender a las emociones como algo esperable y compartible. Son instancias que habilitan la internalización de modelos de trabajo que colaboran en la disminución y/o mejor abordaje de situaciones, que de por si tienen el carácter de ser estresantes.

La literatura desde el área de la Psicología en sus distintas corrientes sostiene lo anteriormente dicho, sería oportuno citar a Zupiria Gorostidi X Uranga Iturriotz MJ. Alberdi Erize M Barandiaran MT. (2006): "Se ha comprobado que uno de los factores terapéuticos más importantes en la terapia de grupo es el fenómeno de la universalización. El sentimiento de que lo que a uno le sucede es singular, y su consiguiente ocultación y aislamiento se ven liberadas cuando se comprueba que a los demás les suceden cosas parecidas, produciendo en la persona un gran alivio.

En reuniones realizadas con alumnos de enfermería se ha podido comprobar que hablar de lo que les preocupa de la práctica clínica les alivia. Detectar y comunicar a los alumnos aquellos estresores comunes que desaparecen o se mantienen permitirá relativizar parte del malestar al que están sometidos en sus primeras experiencias" (8)

7.0 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

7.1 OBJETIVOS GENERAL.

Identificar las vivencias emocionales que provoca en el estudiante de la Licenciatura de Enfermería de la UdelaR su primer contacto con la clínica asistencial en su proceso de formación educativa.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Caracterizar a la población de estudiantes de LE por edad, sexo, situación de pareja, procedencia, núcleo en el que reside, actividad laboral y si la misma es en el ámbito de la salud o en otro ámbito.
- Explorar los sentimientos prevalentes que se manifiestan en los estudiantes de la LE en la relación con el usuario en su primer práctica en el área clínica asistencial.
- Identificar cuáles son las patologías y procedimientos con mayor impacto emocional en los estudiantes de la LE en su primer práctica asistencial.

8.0 DISEÑO METODOLÓGICO.

De acuerdo al problema y objetivos de este estudio el procedimiento de abordaje metodológico será por medio de un estudio de tipo Descriptivo, transversal. El mismo pasará a describir las vivencias emocionales dadas en esa población, limitándose a la misma, por lo que no se puede extrapolar a otra población.

Por lo que la descripción que el estudio brinda tendrá incidencia en posteriores investigaciones, y en la metodología docente con el estudiante de la Licenciatura de Enfermería de la UdelaR.

La Investigación describirá características en esa realidad y en un momento dado. Se analizará una base de datos cuya recolección fue realizada en 2008.

8.1. UNIVERSO DE ESTUDIO Y UNIDAD DE ANÁLISIS.

El Universo está conformado por estudiantes de la LE de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, que en 2008 realizaron la práctica en el Módulo de Adulto Anciano.

El número de estudiantes que conformaron el universo fue de 305 estudiantes.

Muestra:

Se encuentra dada por los estudiantes de la Facultad de Enfermería que realizaron la práctica clínica en áreas asistenciales el día en que se entregaron los cuestionarios, en el período comprendido entre la cuarta y sexta semana del inicio de su primer práctica asistencial. El número de estudiantes que constituye la muestra es de 140 estudiantes.

La muestra se realizó por conveniencia con criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Todos los estudiantes de la LE de Facultad de Enfermería de UdelaR que asistieron al campo clínico asistencial el día en que fueron entregados los cuestionarios entre el período entre la cuarta y sexta semana del inicio de la primer práctica asistencial.
- Otorgar su aceptación voluntaria de participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Estudiantes de la LE de la Facultad de Enfermería de UdelaR que en el momento de realizar la Investigación se encontraban realizando la práctica en un primer nivel de atención.
- Los estudiantes que se encontraban realizando la práctica en el área asistencial pero no concurrieron el día que se realizó la Investigación.

8.2 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

El método utilizado es el cuestionario semiestructurado (Anexo 1) con el uso de fuentes primarias, o sea la información obtenida a través del contacto directo con el sujeto en estudio.

El cuestionario tiene la característica de ser auto administrado y de carácter anónimo.

De acuerdo al criterio de clasificación que trae Ander-Egg (1995) se utiliza un cuestionario de respuesta directa, pre codificado, con preguntas:

- Cerradas o dicotómicas (alternativas fijas).
- Preguntas categorizadas o de elección múltiple (preguntas cerradas que permiten una serie de alternativas). Éstas incluyen:
 - a) Preguntas con respuesta en abanico introduciendo en algunas de ellas la posibilidad de agregar una respuesta libre distinta a las ya escritas.
 - b) Preguntas de estimación en las cuales indica el entrevistado un grado de intensidad creciente o decreciente.

Los cuestionarios se entregaron en forma personal a los estudiantes que cursaban la primera práctica en el área asistencial y no se encontraban dentro de los criterios de exclusión. Los mismos fueron entregados en la instancia grupal que los docentes de Enfermería en Salud Mental realizan con esta población, con una frecuencia semanal durante la práctica en el área asistencial.

El cuestionario fue entregado entre la cuarta y sexta semana de la práctica en el área asistencial hospitalaria de los estudiantes.

8.3 DEFINICIONES OPERACIONALES DE LAS VARIABLES EN ESTUDIO.

Las **variables** a estudiar según el problema y objetivos de este estudio son:

Edad: Tiempo transcurrido en años cumplidos desde el nacimiento de quien contesta el cuestionario hasta el momento de la recolección de datos.

Indicador: En años cumplidos.

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta de la persona a la que se le consulta.

Sexo: Características de hombre o mujer que tiene la persona consultada desde el punto de vista genético.

Indicador: - Masculino - Femenino

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta de la persona a la que se le consulta.

Procedencia: Lugar geográfico de dónde proviene el estudiante al ingresar a Facultad de Enfermería.

Indicador: - Montevideo - Interior - Exterior

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta de la persona a la que se le consulta.

Estado Civil: Calidad de un individuo en cuanto le habilita para ejercer ciertos derechos o contraer ciertas obligaciones. (art.39 Código Civil)

Indicador: -Casado/a.-Soltero/a –Viudo/a -Divorciado/a -Unión libre.

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Constitución del lugar en que se vive: características de los lazos en la convivencia con los que se encuentra bajo un mismo techo.

Indicadores: - Solo - Compañeros - Familia

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Trabajo: Actividades realizadas por las que se percibe una remuneración.

Indicadores: Si No

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Empleo en Área de Salud: Trabajo que realiza en forma remunerada prestando servicios para con el cuidado de sujetos.

Indicadores: Si No

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Acercamiento: Proximidad del estudiante de la LE con respecto al usuario desde lo emocional y físico.

Indicadores: - - Muy difícil - Difícil - Poco difícil - Nada difícil

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Atención: Actividad desarrollada por parte del estudiante de la LE para con el cuidado del usuario.

Indicadores: - Muy Útil – Útil - Poco Útil - Nada Útil

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Comunicación: proceso dinámico que involucra a diversos actores y al contexto ambiental, cultural y social en el cual se produce, participando en algo común.

Indicadores: - Muy satisfactoria - Satisfactoria
- Poco satisfactoria - Nada satisfactoria

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Mantener en el pensamiento: Ideas sobre el usuario que permanecen en el estudiante de la LE luego de haber dejado su actividad práctica diaria.

Indicadores: - Siempre - Algunas veces
- Pocas veces - Nunca.

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Sentimientos: Conjunto de emociones conscientes que se dan en el estudiante de la LE como respuesta al quehacer en su primer práctica en la clínica asistencial.

Indicadores:
-Tristeza -Rabia -Miedo -Ternura
-Impotencia -Simpatía -Antipatía - Cariño -Otros

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta de la persona a la que se consulta.

Factores en la intensidad del sentimiento: Causas que determinan el mayor o menor grado de las emociones del estudiante de la LE en su actividad práctica diaria.

Indicadores: - Edad - Patología - Familia
 - Estar solo - Otros

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Patología: Enfermedad que cursa el usuario.

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta.

Hablar como factor de ayuda: Palabras que se expresan que dan alivio al estudiante de la LE.

Indicador: Si No

Operacionalización: De acuerdo a la respuesta dada por la persona a la cual se consulta

8.4 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Se realiza por medio del programa estadístico PSPP.

Se realiza la descripción univariada y bivariada por medio de tablas de contingencia de las variables utilizadas.

9.0 COMPONENTES ÉTICOS.

En la historia, la preocupación por los aspectos éticos de la investigación surge por estudios realizados en Alemania entre los años de 1933 y 1945. Éstas, y otras prácticas consideradas inhumanas, llevan a que en 1947 se cree el Código de Nuremberg. En él se dictamina que deben minimizarse los riesgos, debiendo éstos ser menores a los beneficios recibidos por tomar parte en la investigación, y se exige, entre otros componentes la participación voluntaria, libre y revocable del sujeto (Kottow M. 2005).

Las estipulaciones de este Código resultaron insuficientes, por lo que en 1964 se realiza la Declaración de Helsinki; para luego a lo largo de la historia realizarse nuevos acuerdos internacionales. (Mondragón L. 2007)

El consentimiento que se considera aceptable no sólo tiene que ser libre e informado, debe de tener elementos éticos que lo compongan.

El investigador tiene el deber y la responsabilidad de asegurarse que la información dada para el estudio haya sido clara y completa, y también debe de entender que quien va a participar en ese estudio tiene una comprensión de toda la información, tanto del proyecto como de cuál va a ser su lugar en él (Vargas L, Flisser A, Kawa S 2007).

La formalización de la obtención del consentimiento, puede tener varias alternativas: expresarlo de manera clara en forma verbal, o firmar un formulario de consentimiento (Mondragón L. 2009).

El proceso de consentimiento informado debe de incluir cuatro elementos (Loue.S 2006):

- 1- Información necesaria.
- 2- Entendimiento de la información.
- 3- Capacidad para consentir.
- 4- Voluntariedad

Santillani P, considera también como elemento imprescindible la confidencialidad. (Santillani P, Cabral A, Soto L 2003).

Para la implementación del presente estudio se notificó a la dirección del Departamento de la Facultad de Enfermería en la que los estudiantes cursaban la primera práctica en el área asistencial.

Al estudiante de la LE se le entregó el cuestionario, se le explicitó en forma clara el objetivo de la Investigación, la descripción del mismo, y se les expresó el carácter anónimo y voluntario de tomar parte en él, cerciorándose de que la información fuera comprendida. También se explicitó los beneficios que el investigador consideraba que se obtendrían con la aplicación del mismo.

Se recabó el consentimiento verbal del estudiante, el cual fue solicitado en forma voluntaria y anónima.

Dado que los datos fueron recabados en Julio del año 2008, y que a posteriori se publicó el Decreto N° 379/008 sobre Investigación en Seres humanos; para esta Investigación se notificó a la Directora del Departamento en que los estudiantes cursaron la práctica clínica, a la Directora del Departamento de Enfermería en Salud Mental y se solicitó el consentimiento verbal de los estudiantes.

Es de destacar que en el momento que se realizó la Investigación la Facultad de Enfermería de la UdelaR no contaba con un Comité de Ética, él mismo recién se conformó en el año 2013. (Resolución del Consejo de Facultad de Enfermería de la UdelaR (Anexo 2).

10. PROCESAMIENTO DE DATOS.

10.1 ANÁLISIS UNIVARIADO.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA LE POR EDAD.

De los 140 estudiantes que contestaron el cuestionario auto administrado un 62.9% se corresponde con la edad en que la mayoría de los estudiantes ingresan a la Universidad, la que estaría comprendida en el rango de 18 a 23 años. El rango indicado por la UNESCO para la población de estudiantes universitarios es de 18 a 24 años, siendo el rango de la Udelar de 20 a 24 años un 40.9% en el año 2012 (Censo VII de grado de la Udelar).

Los resultados obtenidos comprenden el rango final de la adolescencia y adulto joven, momento que también marca la búsqueda de una identidad vocacional, como el comienzo de la construcción de un futuro independiente.

Los siguientes rangos disminuyen en forma significativa: un 22.1% de 24 a 28 años, Mayores de 28 un 12.9% y un 3% no brindan datos.

Tabla N°1. Distribución de la Muestra según Edad.

Rangos de Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-23 años	88	62,9	62,9	62,9
24-28 años	31	22,1	22,1	85,0
Mayor de 28	18	12,9	12,9	97,9
Sin dato	3	2,1	2,1	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DEL ESTUDIANTE DE LA LE.

Los resultados de un 86.4% del sexo femenino, coinciden con el proceso de feminización de la población universitaria que data de la década del 80, caracterizado por el incremento en los flujos de ingreso de las mujeres a la Udelar. (VII Censo 2012). De todas formas en lo específico de la LE, se mantiene el perfil femenino de la profesión Enfermería. Las características de la profesión, en cuanto al cuidado del sufriente no son únicas del sexo femenino, pero cobran un papel importante a lo largo de la historia con respecto a la asunción de esta función y las características del género femenino.

Tabla N°2. Distribución de la Muestra según Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	121	86,4	86,4	86,4
Masculino	19	13,6	13,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA LE POR LA VARIABLE PROCEDENCIA GEOGRÁFICA.

Los resultados muestran un porcentaje mayor de estudiantes del interior, casi doblándolo. Un 64% del Interior frente a un 35% de Montevideo. El mayor número de Estudiantes también se da en la Universidad en su globalidad (VII Censo Universitario de Grado 2012).

Tabla N°3. Distribución de la Muestra según Procedencia.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Montevideo	49	35,0	35,3	35,3
Interior	91	64,3	64,7	100,0
Total	140	99,3	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DISTRIBUCIÓN DEL ESTUDIANTE DE LA LE POR LA VARIABLE ESTADO CIVIL.

El resultado es afín al de la edad de ingreso. Y correlacionándose con que en la actualidad la formalización de la pareja en una mayor frecuencia se da a una edad mayor, o en forma posterior al ingreso a Facultad. Así es como el estudiante soltero cuenta con un 78,6% frente a un 7,9% del casado. El porcentaje de estudiantes en Unión libre es de 11,4% y los divorciados un 2.1%.

Tabla N°4. Distribución de la Muestra según Estado Civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casado	11	7,9	7,9	7,9
Soltero	110	78,6	78,6	86,4
Divorciado	3	2,1	2,1	88,6
Unión libre	16	11,4	11,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DISTRIBUCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LA LE DE ACUERDO A LA VARIABLE TENER HIJOS

Sigue dándose una correlación con los datos de edad y estado civil, encontrándose tan solo un porcentaje de 9.3% que declara el tener hijos, ante un 90.7% que en la actualidad no los tienen.

Tabla N°5. Distribución de la Muestra según declaración de tener hijos.

Tenencia de hijos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	13	9,3	9,3	9,3
No	127	90,7	90,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DISTRIBUCIÓN DEL ESTUDIANTE DE LA LE DE ACUERDO A LA VARIABLE TRABAJO.

Se correlaciona con la distribución por edades, no trabajando un 65,7 % de la población estudiantil de la LE, pero también se observa en el 33,3% que trabaja el 15,7% lo hace en el área de la salud, y un 18,6% en otra área. Es común en la profesión encontrar auxiliares de enfermería que realizan en forma posterior a su ingreso laboral estudios para la Licenciatura, en búsqueda de mejoras a nivel de capacitación y/o económicas.

Tabla N°6. Distribución de la Muestra según variable Trabajo.

Variable trabajo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	92	65,7	65,7	65,7
En área salud	22	15,7	15,7	81,4
Trabaja en otra área	26	18,6	18,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DISTRIBUCIÓN DEL ESTUDIANTE DE LA LE DE ACUERDO A COMO SE CONSTITUYE EL LUGAR EN EL QUE VIVE.

Los resultados muestran que la mayoría convive con familia, un 60,7%; lo que se corresponde a la edad de ingreso, y con los datos del censo del 2012 de la Udelar.

Con compañeros lo hace un 26.4% y un 12.9% vive solo.

En nuestro país también se observa que muchos estudiantes del interior viven con otros hermanos que estudian (familia) en un apartamento alquilado por los padres, o con algún familiar que vive en Montevideo. Por lo que pienso que a eso es que se debe una mayoría que responde con familia, habiendo una mayoría de estudiantes del interior.

Tabla N°7. Distribución de la Muestra según constitución del lugar donde vive.

Constitución del lugar donde vive		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Sólo	18	12,9	12,9	12,9
	Con compañeros	37	26,4	26,4	39,3
	Con familia	85	60,7	60,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

ACERCAMIENTO DEL ESTUDIANTE DE LA LE AL USUARIO AL COMIENZO DE LA PRÁCTICA Y ENTRE LA CUARTA Y OCTAVA SEMANA DE PRÁCTICA.

El acercamiento a un usuario con patología orgánica es un aspecto que moviliza al estudiante y muchas veces esto lleva a dificultarlo.

Observamos que en esta población se da un porcentaje mayor de estudiantes que comprendidos dentro de un grado de dificultad: Difícil: 20,7%, Poco difícil un 56,4% y Muy difícil un 1.4%, lo que sumaría un 78.5% frente a un 21,4% que declaran que les resulta Nada difícil el acercamiento con el usuario.

Tabla N°8. Distribución de la Muestra según acercamiento al usuario al comienzo de la práctica

Acercamiento al usuario al comienzo de la práctica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy difícil	2	1,4	1,4	1,4
Difícil	29	20,7	20,7	22,1
Poco difícil	79	56,4	56,4	78,6
Nada difícil	30	21,4	21,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

Entre las 4 y 8 semanas se observa un cambio en los resultados, incrementándose el descenso del grado de dificultad, pero aun manteniendo cierto grado de la misma. Podemos decir que el resultado se corresponde con lo observado en el trabajo grupal con estudiantes a lo largo de los años en este momento de la carrera. También los distintos trabajos enunciados en el marco teórico mostraban como la situación del usuario (el sufrimiento humano y la situación límite de la vida) provocaba una movilización en el estudiante de la LE.

Tabla N°9. Distribución de la Muestra según acercamiento al usuario entre las semanas 4 a 8 de práctica.

Acercamiento al usuario entre las semanas 4 a 8 de práctica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy difícil	2	1,4	1,4	1,4
Difícil	7	5,0	5,0	6,4
Poco difícil	62	44,3	44,3	50,7
Nada difícil	69	49,3	49,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

PERCEPCIÓN DE SENTIRSE ÚTIL EN LA ASISTENCIA AL USUARIO

Estos resultados muestran que una amplia mayoría (58,6%) percibió que su tarea era de utilidad.

Es importante destacar esto ya que pasa a ser una motivación para el estudiante. La sensación de que uno realiza algo que el otro requiere es un factor que incide en la autoestima de quien lo hace.

Tabla N°10. Distribución de la Muestra según percepción de sentirse útil en la asistencia al usuario.

Percepción de sentirse útil en la asistencia al usuario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy útil	82	58,6	58,6	58,6
Útil	56	40,0	40,0	98,6
Poco útil	2	1,4	1,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

DESCRIPCIÓN DE LA COMUNICACIÓN DEL ESTUDIANTE DE LA LE CON EL USUARIO

Estos resultados se correlacionan con el anterior. Considerando el estudiante que la comunicación es satisfactoria en un 60% y muy satisfactoria en un 39,3%, ante un 0,7% considerada poco satisfactoria. Sabemos que a nivel de internación se encuentra un número importante de usuarios que se encuentran solos y con sufrimiento, en muchos casos no solo orgánicos, sino que desde el punto de vista emocional. Esto es un factor que incide en la respuesta del usuario al estudiante, hay que destacar que éste último pasa tiempo con el usuario, dado que en su práctica tiene a su cargo un número reducido de usuarios, lo que colabora en el establecimiento de un trato personalizado en sus cuidados.

Tabla N°11. Distribución de la Muestra según Comunicación con usuario.

Comunicación con usuario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy satisfactoria	55	39,3	39,3	39,3
Satisfactoria	84	60,0	60,0	99,3
Poco satisfactoria	1	,7	,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

PERMANENCIA EN EL PENSAMIENTO DEL ESTUDIANTE LA FIGURA DEL USUARIO FUERA DEL MOMENTO DE LA PRÁCTICA.

El resultado muestra la importancia que pasa a tener el usuario y su cuidado, no solo desde lo profesional, sino también desde lo emocional, ya que en la mayoría se muestra como se mantiene en el pensamiento el usuario en el estudiante (47.1% piensan en el Algunas veces, siempre un 24,3%). Un 6,4% responde que nunca lo hace fuera de la práctica y un 22,1% lo hacen pocas veces. En los grupos de trabajo con el estudiante, éste habla de la preocupación por el cuidado del usuario cuando no asiste a la práctica, considerando que la asistencia al mismo tiene carencias dado la falta de recursos en la Institución, entre otras causas.

Éste es un elemento que probablemente también incida en la permanencia de ese pensamiento en el estudiante.

Tabla N°12. Distribución de la Muestra permanencia en el pensamiento del estudiante de la figura del usuario fuera de la práctica.

Permanencia en el pensamiento del estudiante de la figura del usuario fuera de la práctica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Siempre	34	24,3	24,3	24,3
Algunas veces	66	47,1	47,1	71,4
Pocas veces	31	22,1	22,1	93,6
Nunca	9	6,4	6,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

FRECUENCIA DE LA PRESENCIA DEL USUARIO EN LOS SUEÑOS DEL ESTUDIANTE DE LA LE.

Los resultados muestran que hay un número menor, pero que se encuentra presente que llega a tener en sueños al paciente que asiste. Muchas veces en un 7,1%, Algunas veces en un 13,6%, Pocas veces un 22,1%, y en un número mayor de los estudiantes con un porcentaje del 57,1, ninguna vez. De todas formas los resultados muestran la intensidad de la carga afectiva que se da en el estudiante en la relación con el usuario.

Tabla N°12. Distribución de la Muestra según la frecuencia de la presencia del usuario en los sueños del estudiante.

Frecuencia de la presencia del usuario en los sueños del estudiante.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Muchas veces	10	7,1	7,1	7,1
Algunas veces	19	13,6	13,6	20,7
Pocas veces	31	22,1	22,1	42,9
Ninguna vez	80	57,1	57,1	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario i administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

SENTIMIENTOS DEL ESTUDIANTE ANTE LOS USUARIOS EN LA PRÁCTICA.

Se observa que se privilegia el sentimiento de simpatía (31,4%), siendo esto importante para el establecimiento de la relación con el usuario.

También se encuentra en forma significativa la pena (22,9%) y la tristeza (18,6%), los que juntos superan el de la simpatía. Esto hace pensar en la carga afectiva de dolor en el estudiante, elemento que ha de ser tenido en cuenta ya que puede ser un factor que tenga incidencia en el aprendizaje, como en la relación, pudiendo ser un factor de riesgo para un mayor distanciamiento como forma de defensa y /o ser generador de malestar durante la práctica. Ha de tenerse en cuenta también que el sentir impotencia (12.1%) es el que se le continúa en significación.

La ternura alcanzaría un 10,7%, sentimiento que suele incidir positivamente en la relación. Tanto el miedo, la rabia como el cariño no son señalados en forma significativa.

Tabla N°13. Distribución de la Muestra según los Sentimientos del estudiante ante los usuarios en la práctica.

Sentimientos del estudiante ante los usuarios en la práctica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado
Pena	32	22,9	22,9	22,9
Tristeza	26	18,6	18,6	41,4
Rabia	3	2,1	2,1	43,6
Miedo	1	,7	,7	44,3
Ternura	15	10,7	10,7	55,0
Impotencia	17	12,1	12,1	67,1
Simpatía	44	31,4	31,4	98,6
Cariño	2	1,4	1,4	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario i administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA INTENSIDAD DEL SENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE DE LA LE HACIA EL USUARIO.

Los factores que inciden en el sentimiento del estudiante hacia el usuario se encuentran en una mayoría dirigidos hacia la soledad en que se encuentra. (35,7%). La patología (32,1%) también tiene una incidencia importante, siguiéndole en un 27,1% la edad. La familia alcanzaría un 4,3 % y un 0,7% en otros. Ambos no teniendo mayor significación en el resultado. A su vez si en el cuadro anterior sumamos pena y tristeza, que son los sentimientos que se encuentran en un porcentaje mayor, puede uno preguntarse sobre el vínculo entre los factores de soledad y patología con los sentimientos en el estudiante de pena y tristeza. Éstos serían resultados que no son ajenos a la teoría, como a la experiencia docente acumulada con el estudiante de la LE.

Tabla N°14. Distribución de la Muestra según los factores que inciden en la intensidad del sentimiento del estudiante hacia el usuario.

Factores que inciden en la intensidad del sentimiento del estudiante hacia el usuario.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad	38	27,1	27,1	27,1
Patología	45	32,1	32,1	59,3
Familia	6	4,3	4,3	63,6
Soledad	50	35,7	35,7	99,3
Otros	1	,7	,7	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

ACTIVIDAD REALIZADA POR EL ESTUDIANTE DE LA LE CAUSA DE MAYOR DESAGRADO.

La higiene y actividades vinculadas se encuentran en un 40%, aspectos que se relacionan con la privacidad y que son generadores de reacciones como el asco. A su vez implican el acercamiento a la intimidad del usuario, como la desnudez. Por lo general son actividades relacionadas con lo primario del sujeto, movilizand o de afecto. Desde otro nivel la vivencia 23,6%, implica al acercamiento a lo personal y emotivo del usuario, lo que también, suele ser un elemento de movilización afectiva. Las técnicas de enfermería se encuentran en un porcentaje alto: 20%, siendo un elemento motivador el aprendizaje de los mismos, lo que habilita la pregunta de si el “temor a dañar” traído tanto desde la teoría como lo recogido desde la práctica con los estudiantes, como también la tensión del ser evaluado, sean factores que incidan en ese resultado. En un 12,1% no se expresan actividades que sean causantes de mayor desagrado, y el dar una mala noticia un 4,3% que no es significativo pero que a su vez desde su realidad de estudiantes en esta instancia práctica no es una actividad que sea llevada a cabo.

Tabla N°15. Distribución de la Muestra según la Actividad realizada causante de mayor desagrado en la práctica.

Actividad realizada causante de mayor desagrado en la práctica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ninguna	17	12,1	12,1	12,1
Higiene y actividades vinculadas	56	40,0	40,0	52,1
Técnicas de enfermería	28	20,0	20,0	72,1
Dar mala noticia	6	4,3	4,3	76,4
Vivencia del usuario	33	23,6	23,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

PATOLOGÍA CAUSANTE DE MAYOR IMPACTO EN EL ESTUDIANTE DE LA LE

Los resultados muestran que la enfermedad que a nivel cultural tiene una vinculación mayor con la muerte, aunque desde la realidad no sea así, es la que obtiene un mayor porcentaje. La Neoplasia obtiene un 52,9%, lo que no es ajeno a los elementos teóricos traídos con respecto al temor a la muerte y sus derivados. Le sigue en porcentaje una de las enfermedades crónicas de mayor conocimiento a nivel popular como la Diabetes (24,3%). La patología renal obtiene un 10,7%, en otros se da un 3,6%, y un 8,6% responde que ninguna de las patologías es causante de impacto para ellos.

Tabla N°15. Distribución de la Muestra según Patología causante de mayor impacto en el estudiante.

Patología causante de mayor impacto en el estudiante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Patología renal	15	10,7	10,7	10,7
Neoplasia	74	52,9	52,9	63,6
Diabetes y sus complicaciones	34	24,3	24,3	87,9
Otros : Accidente Cerebro Vascular, trastornos del pensamiento, artropatías	5	3,6	3,6	91,4
Ninguna	12	8,6	8,6	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

EL HABLAR SOBRE LAS VIVENCIAS DE LA TAREA COMO AYUDA EN LA PRÁCTICA DEL ESTUDIANTE DE LA LE.

Es significativo casi el total en el porcentaje de una afirmación como respuesta (97,1%) Tan solo el 2,9% responde en forma negativa. Este resultado muestra la importancia de la palabra, como amortiguador de la emoción. La palabra y la escucha que habilitan el compartir distintas vivencias sobre la práctica como elemento que colabora en el manejo de ellas. También la necesidad de hablar es una muestra de la carga afectiva que el sufrimiento humano observado en la práctica produce, lo que tiene correlación con los cuadros de las patologías de mayor impacto, como la de los sentimientos que el usuario provoca en ellos.

A este cuadro le sigue el de la expresión de los motivos por los que hablar ayuda, donde una mayoría también da una respuesta afirmativa (90%). Encontrándose que la mayor parte de los motivos gira alrededor de la necesidad de compartir, no sentirse que son los únicos a los que les ocurre distintas situaciones con el usuario, el ser escuchados, poder “descargarse”. Traen también muchos de ellos el hecho de que les hace bien.

Tabla N°15. Distribución de la Muestra respecto a la vivencia de que Hablar de la tarea ayuda al estudiante

Hablar de la tarea ayuda al estudiante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	136	97,1	97,1	97,1
No	4	2,9	2,9	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

Tabla N°16. Distribución de la Muestra según respuesta sobre: si hablar es un factor de ayuda al estudiante.

Hablar es un factor de ayuda al estudiante	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	126	90,0	90,0	90,0
No	14	10,0	10,0	100,0
Total	140	100,0	100,0	

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

10.2. ANÁLISIS BIVARIADO.

PERMANENCIA EN EL PENSAMIENTO DEL ESTUDIANTE LA FIGURA DEL USUARIO FUERA DEL MOMENTO DE LA PRÁCTICA DE ACUERDO A LA VARIABLE EDAD.

Se observa un mayor porcentaje en frecuencia siempre de la existencia del pensamiento en el usuario luego del momento de la práctica en el rango de edad de 18 a 23, siguiéndole los mayores de 28 años que se encuentra en un 22%, siendo menor el rango intermedio de 24 a 28 años que es de un 12.9%.

Situación que se invierte en el mismo orden, aunque los porcentajes son más cercanos en el indicador algunas veces, 50% el de mayor de 28 años, 47,7% el rango de 18 a 23 años, y finalmente el rango de edades entre 24 a 28 años.

Correspondiendo al de pocas veces encontramos casi una similitud entre el de 18 a 23 años: 17% y en el de mayor a 28: 16.7% ante un aumento del de 24 a 28 años que fue muy superior 41.9%. Con respecto a que nunca se piensa en los usuarios fuera de la práctica se vuelve a tener un mayor porcentaje en el mayor de 28 años, siguiéndolo el rango de 18 a 23 años con un 6.8% ante un 3.2% del rango de edades entre 24 y 28 años.

Tabla N°17. Permanencia del pensamiento sobre el usuario que tiene el estudiante fuera de la práctica según rangos de edad

Permanencia del pensamiento sobre el usuario del estudiante fuera de la practica	Edad				Total
	18-23	24-28	>28	Sin dato	
Siempre	28,4%	12,9%	22,2%	33,3%	24,3%
Algunas veces	47,7%	41,9%	50,0%	66,7%	47,1%
Pocas veces	17,0%	41,9%	16,7%		22,1%
Nunca	6,8%	3,2%	11,1%		6,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1.
Facultad de Enfermería, 2008.

PATOLOGÍA CAUSANTE DE MAYOR IMPACTO EN EL ESTUDIANTE DE LA LE DE ACUERDO A LA VARIABLE EDAD.

En todos los rangos de edad la neoplasia es la patología de mayor impacto encontrándose en un 52.9% en el total, teniendo una mayoría en el rango más joven, de 18 a 23 años, levemente menor en el de mayor de 28 años: 55.6% y en un 41% en el rango de edades entre 24 y 28 años.

A nivel de todos los rangos de edades le sigue con mayor impacto la diabetes y sus complicaciones en la que se encuentra en un porcentaje mayor en los mayores de 28 años con un 33%, apenas menor en el rango de 24 a 28 años: 32.3% y un 19.3% en el rango menor de edad, entre los 18 y 23 años.

La patología renal tiene un porcentaje mayor en el rango de 24 a 28 años, siguiéndole el de 18 a 23 años con un 9.1% y finalmente los mayores de 28 años con un 5.6%. En otras patologías nos encontramos con casi una similitud entre los dos primeros rangos, de 18 a 23% un 3.4%, en el otro un 3.2% no habiendo datos en el de mayor de 28 años.

Con respecto a ninguna el porcentaje mayor es en el rango de 18 a 23 años, siguiéndole el de mayor de 28 años con un 5.6% y un 3.2% el de 24 a 28 años.

Tabla N°18. Patología del usuario causante de mayor impacto en el estudiante durante la práctica según rangos de Edad.

Patología de Mayor impacto en el estudiante	Edad				Total
	18-23 años	24-28 años	>28 años	Sin dato	
Patología renal	9,1%	19,4%	5,6%		10,7%
Neoplasia	56,8%	41,9%	55,6%	33,3%	52,9%
Diabetes y sus complicaciones	19,3%	32,3%	33,3%	33,3%	24,3%
Otros	3,4%	3,2%		33,3%	3,6%
Ninguna	11,4%	3,2%	5,6%		8,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

EL HABLAR SOBRE LAS VIVENCIAS DE LA TAREA COMO AYUDA EN LA PRÁCTICA DEL ESTUDIANTE DE LA LE DE ACUERDO A LA VARIABLE EDAD.

Se observa una diferencia mínima entre cada uno de los rangos de edad. Los mayores de 28 años en un 100% consideran que el hablar sobre las vivencias de experiencia práctica le resulta de ayuda, siguiéndole el rango de menor edad, él de 18 a 23 que en un 98,9% responden de la misma forma, y los estudiantes con edades entre 24 y 28 años en un 90,3%, en los que se da un 9,7% que consideran que no les es de ayuda.

Tabla N°19. Respuesta según edad sobre si hablar de la tarea es un factor de ayuda en el estudiante.

Hablar sobre la vivencia de la tarea es un factor de ayuda en la práctica del estudiante	Edad				Total
	18-23 años	24-28 años	> 28 años	Sin dato	
SI	98,9%	90,3%	100,0%	100,0%	97,1%
NO	1,1%	9,7%			2,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

FRECUENCIA DEL PENSAMIENTO DEL ESTUDIANTE LUEGO DE LA PRÁCTICA RESPECTO A LA FIGURA DEL USUARIO SEGÚN LA CONSTITUCIÓN DEL DOMICILIO.

Se observa a todas las edades la presencia del pensamiento sobre el usuario fuera del momento de la práctica, la misma adquiere ribetes más importantes en el estudiante que vive solo, así es como en siempre se encuentra un 33.3% y algunas veces un 66.7%.

En el que convive con compañeros encontramos en un 29.7% el siempre, un 37.8% algunas veces, dándose en pocas veces un 27%. Los números disminuyen en aquel estudiante que se encuentra conviviendo en familia, teniendo el pensamiento en el usuario siempre en un 20%, algunas veces un 47.1%, un 24.7% pocas veces. Sabemos por la experiencia en trabajo con estos estudiantes en grupos, que la realidad de los recursos tanto humanos como materiales de la internación hospitalaria es un factor de preocupación para ellos, ya que expresan que el cuidado del usuario se ve resentido al no asistir a la clínica.

El vivir solo y con compañeros generalmente se encuentra vinculado a estudiantes que son del interior, donde la característica es estar alejados de su familia; la que de acuerdo a la bibliografía suele ser un factor de protección para el sujeto, actuando en muchos casos desde una función de sostén. Por lo que si sumamos los porcentajes del vivir solo y con compañeros es amplia la mayoría del estudiante que lleva a su usuario en el pensamiento fuera del momento de la práctica

Tabla N°20. Frecuencia del pensamiento fuera de la práctica de la figura del usuario, según constitución de domicilio.

Frecuencia del Pensamiento fuera de la práctica de la figura del usuario	Constitución de domicilio			Total
	Solo	Con compañeros	Con familia	
Siempre	33,3%	29,7%	20,0%	24,3%
Algunas veces	66,7%	37,8%	47,1%	47,1%
Pocas veces		27,0%	24,7%	22,1%
Nunca		5,4%	8,2%	6,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente de Datos: Aplicación del Cuestionario i administrado disponible en Anexo 1. Facultad de Enfermería, 2008.

11.0 DISCUSIÓN.

Los resultados obtenidos en esta investigación señalan aspectos vinculados al orden de lo emocional:

- Por un lado es a nivel curricular la primera práctica en el área asistencial.
- La instancia de aprendizaje se da con un usuario que se encuentra vulnerable por su estado de salud.
- Se unen desde las dos partes aspectos que comprenden un estado emocional con características especiales.
- El estudiante se encuentra en una nueva situación, la que tiene características desconocidas para él, por un lado desde el encuentro con una realidad de sufrimiento (usuario) y de evaluación (educación). En una amplia mayoría se encuentran en esta realidad a una joven edad. El 62,9% se encuentra en un rango de 18 a 23 años, edad donde, salvo excepciones, el contacto con la muerte y sus derivados (dolor, secuelas, sufrimiento) es menor. A esa edad el tiempo suele percibirse de forma infinita, por lo que la realidad a la que se enfrenta lo confronta a los límites.

A esto se suma que a nivel de toda la población se encuentra sólo un 15,7% que trabaja en el área de la salud, lo que hace que lo desconocido se de en un porcentaje mayor. Lo nuevo para el trabajador en el área de la salud suele ser la evaluación, lo que es generador de tensión.

- el usuario y su vulnerabilidad que lleva a una serie de reacciones, de acuerdo a la afección, personalidad y apoyo en el momento que se encuentra.

Por lo que se considera que esto tiene correlación con el resultado del grado de dificultad en el acercamiento al usuario, en él se da un porcentaje mayor de estudiantes comprendidos dentro de un grado de dificultad (la suma es de un 78.5%).

Estos porcentajes disminuyen, aunque mantienen cierto grado de dificultad (50.7%), lo que se considera esperable, ya que es un proceso. Se puede decir que esto tiene correlación con lo observado en la experiencia docente con el estudiante a lo largo de los años y con la fundamentación teórica que enunciaban como la situación del usuario (sufrimiento humano, y situación límite de la vida) generaba movilización en el estudiante de la LE como de otras carreras del área de la salud. (G López V. Sánchez M. (2005) Gutiérrez Izquierdo, M^a I. y cols. (2000)) Tessa R. (2014), entre otros).

La modificación en el proceso también se encuentra relacionada a la percepción que tiene el estudiante de que su tarea es útil para el usuario, en un 58.6% se encuentra esto en la octava semana, que fue cuando se recabaron los datos. El percibir que colabora con el usuario, que lo que realiza tiene utilidad aumenta la motivación en el aprendizaje y amortigua los temores ante lo desconocido. Siendo un factor que puede incidir positivamente en la autoestima del estudiante. Al disminuir las dificultades la comunicación con usuario se ve beneficiada, siendo percibida entre satisfactoria y muy satisfactoria un 69.3%.

- Se considera que los aspectos de la relación pueden tener varias lecturas:
- por un lado como decíamos previamente, una mejor comunicación colabora con el aprendizaje dado que uno se siente útil,
 - y por otro es generador de mayores movilizaciones afectivas por parte del estudiante, que aún no maneja la distancia óptima, la que le permite tener una comunicación empática pero rescatándose y diferenciándose del usuario y su situación.

Se puede relacionar esto último también con que un alto número de la población estudiada mantiene en su pensamiento el usuario fuera de la instancia práctica (24.3% siempre y 47.1% algunas veces), llegándose a soñar con él en un 42.8% comprendido en sus distintas categorías, lo que muestra la intensidad de la carga afectiva que se da en el estudiante en relación con el usuario. Con respecto a mantener el pensamiento sobre el usuario fuera de la práctica se observa que tiene un peso mayor en aquellos estudiantes que no se encuentran conviviendo con familia (que viven solos o con compañeros). Punto que muestra correlación con lo

traído desde la teoría como apoyo social, que actúa como factor de protección dado que conforma la red de apoyo del individuo brindando ayuda, (Rodríguez, M 1995 entre otros).

Además la experiencia nos muestra que para el estudiante es un factor de preocupación el que al no asistir a la clínica el cuidado del usuario se ve resentido, trayendo como razón los recursos tanto humanos como materiales de la Institución hospitalaria.

Con respecto a los sentimientos que provoca en el estudiante el usuario encontramos un 41.4 % que contesta ya sea pena o tristeza, ante un 31.4% que privilegia el sentimiento de simpatía. En números le sigue el sentir impotencia (12.1%). Es bueno tener en cuenta estos elementos para pensar en la carga afectiva de dolor que se está dando en un número importante de estudiantes; ya que esto es un elemento que tendrá incidencia en el aprendizaje, como en la relación con el usuario y familia; siendo un factor de riesgo para un mayor distanciamiento como forma de defensa y/o ser generador de malestar durante la práctica.

Éstos elementos se corresponden con el estudio de Sanjuan Quiles, A.; Ferrer Hernández, M^oE. del 2008, que en su estudio sobre el Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas traen sentimientos relacionados a la inseguridad, aflicción e impotencia.

Los factores que inciden en el sentimiento del estudiante hacia el usuario se encuentran en una mayoría dirigidos hacia la soledad, siguiéndole la patología, Uno puede preguntarse en el vínculo entre los factores de soledad y patología con los sentimientos en el estudiante de pena y tristeza. Éstos serían resultados que no son ajenos a la teoría, como a la experiencia docente acumulada con el estudiante de la LE.

La movilización afectiva también tiene su expresión en actividades realizadas para con el usuario, y allí encontramos la prioridad en un 40% de la higiene y actividades vinculadas. Estos son aspectos que se relacionan con la privacidad y que son generadores de reacciones como el asco. A su vez implican el acercamiento a la intimidad del usuario, como la desnudez. Por lo general son actividades relacionadas con lo primario del sujeto, lo que como dijimos previamente moviliza afecto.

Los resultados con respecto a la patología que más impacta dan un 52.9% a la neoplasia, y a nivel de todos los rangos de edad es la que el estudiante privilegia como de mayor impacto.

Es bueno preguntarse si esto no se encuentra vinculado con la concepción a nivel cultural que se tiene en occidente con respecto a esta patología, desde el punto de vista que en el imaginario cultural la misma se une a la muerte, a pesar de que no es la patología con índices de mayor mortalidad. También la teoría nos mostraba el temor a la muerte y sus derivados como aspecto que angustia en el personal de salud y la negación existencial traída por Fahrner, entre otros a la misma.

En la teoría, al igual que en esta discusión se ha referido a la importancia de la carga afectiva en la formación, y el carácter de movilización y estrés que tienen las profesiones en el área de la salud. En la LE la misma se ve incrementada dado el contacto continuo con el usuario. De allí que se desprenda, por lo menos en lo que respecta a la formación, el alto porcentaje afirmativo (91%), con respecto al hecho que hablar sobre la experiencia práctica es algo que le resulta de ayuda. Por lo que este resultado muestra la importancia de la palabra, como amortiguador de la emoción. La palabra y la escucha que habilitan el compartir distintas vivencias sobre la práctica como elemento que colabora al manejo de las mismas. También la necesidad de hablar es una muestra de la carga afectiva que el sufrimiento humano observado en la experiencia produce, lo que muestra correlación con el privilegiar el neoplasma como patología de mayor impacto; como los sentimientos que el usuario provoca en ellos.

Con respecto a la expresión de los motivos por los que hablar ayuda, hay una mayoría también que da una respuesta afirmativa (90%). Encontrándose que la mayor parte de los motivos gira alrededor de la necesidad de compartir, no sentirse que son los únicos a los que les ocurre distintas situaciones con el usuario, el ser escuchados, poder “descargarse”. Traen también muchos de ellos el hecho de que les hace bien. Aspecto que estaría confirmando lo expresado como la palabra y su efecto positivo sobre el sujeto.

12.0. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

Lo traído en la discusión de los resultados expresa varios aspectos de relevancia con respecto a las vivencias emocionales de los estudiantes de la LE.

Por un lado aparece en forma clara que los distintos sentimientos forman parte del proceso y a medida que va avanzando el mismo también se dan modificaciones en los mismos. Esto es muestra de movimiento, lo cual también es señal de cambio, elemento fundamental para el aprendizaje.

La Comunicación se da con mayor facilidad al sentir que su acción es útil para con el usuario, lo que es un elemento que motiva y da mayor seguridad. Genera confianza en el estudiante. Elemento positivo para su aprendizaje.

Los resultados muestran como los sentimientos de pena y tristeza, los que implican una carga afectiva para el estudiante son los que se priorizan, lo que se vincula con la soledad y patología que tiene y/o cursa el usuario. Nos muestra aquellos temas que se corresponden con los sufrimientos del ser humano y sus miserias. Situaciones que el estudiante de grado como él LE encuentran a diario en su quehacer.

La Neoplasia como patología, los acerca al tema del límite en la vida, la posibilidad de la Muerte y el trabajo con el usuario moribundo y en el momento de la muerte.

Los estudiantes se encuentran con los temas tabú en la Cultura Occidental y dados los resultados de la Investigación son movilizados por ellos.

El hablar sobre la experiencia práctica le resulta de ayuda al estudiante de la LE. Es importante resaltar a la palabra como un elemento que colabora para el manejo de las vivencias emocionales.

Dado los elementos dados en la Discusión, como los que se jerarquizan en las conclusiones, se esbozan las siguientes sugerencias.

- Posibilitar el espacio grupal con Psicólogo o LE especializado en el área de la Salud Mental, para que el estudiante pueda expresar, sin temor, los sentimientos que la realidad de la práctica le moviliza. De esta forma, al contactar con los afectos, pueda pensar sobre ellos, no quedándose solo en la queja y/o malestar, sino que siendo instrumento de conocimiento para su manejo, como también ser herramienta para el conocimiento propio y del usuario.
- Poder tener instancias individuales y/o grupales a pedido del estudiante. Las mismas considero deben realizarse con Psicólogo, ya que estas instancias requieren una intervención mayor en el explorar los sentimientos y sus consecuencias.
- Pienso que a su vez el grupo docente, dado la importancia que tienen los aspectos vivenciales en el estudiante en esta primer instancia, ha de tener una serie de instancias con un profesional Psicólogo. Es importante pensar la tarea y la relación con el estudiante, para de esa forma ser otro de los elementos que colabore en el aprendizaje de estudiante y docente en reducir el estrés que la tarea con el estudiante en la práctica provoca.
- Fomento de las actividades interdisciplinarias. La reunión con estudiantes de otras carreras del área de la salud y poder discutir distintos temas del abordaje al usuario y familia, compartiendo los sentimientos que los distintos avatares del quehacer les genera. Considero que esto es un elemento importante, no solo para saber que es algo que es compartido por los estudiantes de distintas áreas, sino que es un elemento que favorece el trabajo interdisciplinario, el respeto entre las profesiones, comprendiendo lo que atañe a cada una y al conjunto. El trabajo interdisciplinario favorece la armonía del equipo e incide en que la tarea tenga una carga menor de estrés.

Considero que es necesario seguir realizando investigación sobre este tema y de esa forma ir pudiendo elaborar actividades que incidan favorablemente en el proceso de aprendizaje, ya que las vivencias emocionales pueden ser factor de riesgo en el rendimiento del estudiante de la LE.

13.0. CITAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1- Ferry, G La pedagogía de la Formación. Buenos Aires: Novedades educativas U.B.A., 1998.
- 2- Lazarus,R y Folkman,S. Estrés y procesos cognitivos. Buenos Aires: Martinez Roca, 1994.
- 3- Kächele, H., Aeschelman, D y otros . Psychosomatic Aspects of bone marrow Transplantation. A long term study of coping, defense and social support. Terceras Jornadas de Psicología Médica. Montevideo: 1998.
- 4- Plan de Estudios 1993. Facultad de Enfermería. Universidad de la República Oriental del Uruguay. Aprobado por el Consejo Directivo Central el 8 de Agosto de 1993.
- 5- Freud, S “De Guerra y Muerte. Temas de Actualidad” Obras Completas. Bueno Aires: Amorrortu, 1976, t.14.
- 6- - Monjas Caseros, M^a I. y Gonzalez Moreno, B. Las Habilidades Sociales del Currículo. Centro de Investigación y Documentación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Valladolid, 1998
- 7- Henao Castaño M.; Fajardo Ramos E. y Núñez Rodríguez I. “La experiencia de estudiantes de enfermería ante el dolor infligido en la práctica clínica” Revista Científica Uninorte Vol 30, No 3, 2014
- 8- Zupiría Gorostidi X, Uranga Iturroiz MJ, Alberci Eride M, Baranduaran Lasa Mt, Huitza Egileor X, Sanz Cascante C et al. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de las prácticas clínicas. Enferm Clin 2006; 16(5): 231-237

14.0 BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Abadi, M; Garma, A; Gazzano. Fascinación por la Muerte. Buenos Aires: Paidós, 1973.
- 2- Aguilera, RM, Mondragon, L, Medina-Mora ,ME. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias; la pertinencia del consentimiento informado. Salud Ment. 2008;31:129–38.
- 3- Amorín, D. Apuntes para una posible Psicología Evolutiva 1. Montevideo: Psicolibros, 2011.
- 4- Ander- Egg ,E. Técnicas de Investigación Social. Buenos Aires: Lumen, 1995.
- 5- Antolín Rodríguez, R, Purialto Durán, MJ, Moure Fernández, ML, Quinteiro Antolín T. Situaciones de las prácticas clínicas que provocan estrés en los estudiantes de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2007[citado 30 Nov 2010];6(10). Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/article/viewfile/264/219>
- 6- Brah, Avtar *Cartographies of Diaspora. Contesting Identities*, Routledge, L Grossbssbssberg, Lawrence, 1996.
- 7- Buendía, J. Estrés laboral y salud. Madrid: Biblioteca Nueva, 2006.
- 8- Capezzuto, B. “Incidencia de los factores sociales y económicos en las diferentes prácticas psicológicas hoy” Publicación Oficial Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, 3:3-5,2002
- 9- Carrasco, A.; Espejo, R. Salud - Trabajo. Montevideo: Nordan, 2000.
- 10- Carrasco, A.; Fajgenbaum, P. Una experiencia de enseñanza-aprendizaje de enfermería desde una comprensión psicoanalítica. Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental, 2das, Montevideo Junto 1988. Montevideo. Hospital de Clínicas, 1988. p 222-4.
- 11- Castells, M. “El fin del Patriarcado”. La era de la información. Madrid: Alianza, 1999, t.2.
- 12- Cobo Cuenca AI; Carbonell Gómez de Zamora R, Rodríguez Aguilera C, Vivo Ortega I, Castellanos Rainero RM, Sánchez Donaire A. Estresares y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. NURE Inv. (Revista en Internet] 2010 Nov-Dic. [fecha de acceso]; 7(49): [aprox. 7 pant]. Disponible en: <http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/INV NURE/NURE49 proyecto estresoresp.pdf>
- 13-Cocco, C; Zunini, A.; Acuña y Díaz, R. “Calidad de la educación superior en Enfermería. Hacia los procesos de acreditación internacional. La relación Asistencial como espacio interactivo de aprendizaje (Fase I) Revista Uruguaya

De Enfermería, 2 (9): 11-23 2014.

14- Diccionario de la Real Academia. 23ª edición. Espasa, 2014.

15- Engelhardt T. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.

16- Fahrer, R; Magaz, A. Temas de Psicología Médica. Buenos Aires: Servicios Bibliográficos S.A., 1993.

17- Ferrari, H; Luchina, N ; Luchina, I. La interconsulta médico – psicológica en el Marco hospitalario. Buenos Aires: Nueva Visión, 1977.

18- Ferrari H. Salud Mental en Medicina..Buenos Aires: La Prensa Médica, 2001

19-Filardo V “Transiciones a la adultez y la educación” Porque yo no quiero trabajar, no quiero ir a estudiar . Presentación INJU Montevideo Junio 2015.

20- Freud, S “De Guerra y Muerte. Temas de Actualidad” Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1976, t.14.

21- Ferry, G La pedagogía de la Formación. Buenos Aires: Novedades educativas U.B.A., 1998.

22- Fornés Vives, J. Respuesta emocional al estrés laboral . Revista Rol de Enfermería, 1994;186,31-39.

23- Galende, E. De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual Buenos Aires: Paidós, 1997.

24- Garay, M; Capezzuto, B; Díaz, A; Vázquez, L. El sujeto en la cultura actual. Depresión. Intento de Autoeliminación. Montevideo: Comisión Sectorial de Educación Permanente, 2015 .11-22.

25- Gergen, K. El Yo Saturado. Buenos Aires: Paidós, 2006.

26-Gil, D y Nuñez, S. ¿Porqué me has abandonado? Montevideo: Trilce, 2003

27- Grossberg, Lawrence “Identity and Cultural Studies: Is That All There Is?”, en Stuart Hall y Paul Du Gay (comps.), *Questions of Cultural Identity*, Sage Publications, Londres, pp. 87-107. *Identity*, Sage Publications, Londres, pp. 87- 01 39GwAQ7PeH7fJTfa4DXguurfn7GULq2pTs.

28 - Gutiérrez Izquierdo, Mª I. y cols. Las prácticas clínicas de Enfermería: Perspectiva de los estudiantes de 1º curso .Metas Octubre 2000 49: 50-53.

29- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado C y Baptista Lucio, P. Metodología de la Investigación. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana, 2010.

- 30- Henao Castaño M.; Fajardo Ramos E. y Núñez Rodríguez I. "La experiencia de estudiantes de enfermería ante el dolor infligido en la práctica clínica" Revista Científica Uninorte Vol 30, No 3, 2014.
- 31- Iacub, R. Identidad y Envejecimiento. Buenos Aires: Paidós. 2011
- 32- Kächele, H., Aeschelman, D y otros . Psychosomatic Aspects of bone marrow Transplantation. A long term study of coping, defense and social support. Terceras Jornadas de Psicología Médica. Montevideo: 1998.
- 33- Katz, E.; Rosenthal, J.; Capriata, S.; Carlino, R y otros "El grupo operativo como instrumento pedagógico en la formación médica de pregrado" Jornadas de Psicoanálisis y Salud Mental, 2das, Montevideo Junio 1988. Montevideo. Hospital de Clínicas, 1988. p 71-4.
- 34- Kottow M. Introducción a la bioética. Santiago de Chile: Mediterráneo, 2005.
- 35- Laplanche, J y Pontalis, J.B. Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona: Labor, 1981.
- 36- Lazarus, R y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Buenos Aires: Martínez Roca, 1994.
- 37- Llor, B; Abad, MA; García, M y Nieto, J. Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Práctica Médica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 1995.
- 38- Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos; pp. 307– 10.
- 39- López Medina IM, Sánchez Criado V. Percepción del estrés en estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. Enferm Clin. 2005; 15 (6):307-313.
- 40- López, V y López J.M. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. Ciencia y Enfermería XVII (2): 47-54, 2011.
- 41- Loue S. Aspectos éticos de los estudios multicéntricos. In: En Lolas F, Quezada A, Rodríguez E, editors. Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006.
- 42- Mendoza MA, Nava N, Escalante JM. Aspectos éticos y legales del Consentimiento informado en la práctica e investigación médica. Gac Med Mex. 2003;139:184–7.
- 43- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E. & González Gutiérrez, J.L. (2000). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CPDE Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4(3), 163-180.

- 44- Mondragon L. Ética de la investigación psicosocial. Salud Mental. 2007;30:25–31
- 45- Mondragon; L. Consentimiento informado: una praxis dialógica para la Investigación. Rev Invest Clin. 2009 Jan–Feb; 61(1): 73–82.
- 46- Monjas Caseros, M^a I. y Gonzalez Moreno, B. Las Habilidades Sociales del Currículo. Centro de Investigación y Documentación Educativa. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Valladolid, 1998.
- 47- Neyra, N. El rol del alumno en el contexto educativo de la actual Sociedad Postmoderna. Concepción: Universidad Católica de la Santísima Concepción 2009.
- 48 - Nieto, J; Abad, E y Tejerina, A. Psicología para las Ciencias de la Salud. Madrid: Mc Graw Hill – Interamericana, 2005.
- 49- Parra Rojo , Alba et al . Primer acercamiento al paciente con cáncer: nuestra experiencia en el cuidado como estudiantes de enfermería. Invest. educ. enferm, Medellín , v. 23, n. 2, Sept. 2005. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072005000200012&lng=en&nrm=iso>. Fecha de acceso: 22 Dec. 2015
- 50- Polit, D,HunglerB. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Madrid Interamericana. Mc Graw-Hill 3a. Ed. ,1991.
- 51- Popp, M. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). Interdisciplinaria, Buenos Aires, v. 25, n. 1, jul. 2008. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lng=es&nrm=iso>.Fecha de acceso: 23 dic. 2015.
- 52 - Ponti M. Phenomenology of perception. New York: Routledge & Kean F; 1962.
- 53- Riesman, D. y otros, La muchedumbre solitaria, España: Paidós; 1981 Rifkin, J. La era del Acceso, Barcelona: Paidós, 2000.
- 53- Rodríguez E, Moreno L. Los principios éticos y la conducción responsable de la Investigación. In: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E, editores. Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006. pp. 279–92.
- 54- Rodríguez, M.J. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis; 1995.
- 55- Salvarezza, L. Psicogeriatría. Teoría y Clínica. Buenos Aires: Paidos, 1988
- 56- Sanjuan Quiles, Ángela; Ferrer Hernandez, M^a Elena. Perfil emocional de los

estudiantes en prácticas clínicas: Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones. Invest. educ. enferm, Medellín, v. 26, n. 2, Sept. 2008. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-530720080005&lng=en&nrm=iso>. Fecha de acceso: 22 Dec. 2015.

57-Santillín P, Cabral A, Soto L. El consentimiento informado en la práctica clínica y en la investigación médica. Rev Invest Clin. 2003;55:322–38+

58- Silveira, N. Un modelo de triangulación cuali-cuantitativa: estrés, satisfacción y burnout en médicos y enfermeras del hospital de clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo: Psicolibros, 2008.

59-Tessa R. “Dificultades percibidas en los estudiantes de Enfermería en su Inserción a la práctica clínica de Enfermería Medicoquirúrgica”. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería (en línea). Octubre 2014 N° 4 1-5 fecha de acceso 23/11/15 10:17. Disponible en:
< http://www.enfermeria21.com/revista_aladefe/articulo.

60- Vargas L, Flisser A, Kawa S. Consentimiento informado. In: Perez Tamayo R, Lisker R, Tapia R, editors. La construcción de la bioética. Mexico: FCE; 2007. pp. 119–34.

61- Vidal-Alarcón. Psiquiatría, Argentina:Médica Panamericana, 1986.

62-Viñar, M. Psicoanalizar hoy. Montevideo: Trilce, 2002

63- Viñar, M. Mundos Adolescentes y vértigo civilizatorio. Montevideo: Trilce,2009

64- Waisman, M. Un proyecto de Modernidad. Pag 224. 1997. Madrid. Cuadernos H “Identity and Cultural Studies: Is That All There Is?”, en Stuart Hall y Paul Du Gay (comps.), Questions of Cultural 1996.

65- Watzlawick, P; Helnick, J y Jackson, D. Teoría de la comunicación humana. Palo Alto: Herder, 1985

66- Zupiría,X y otros. Principales estresores de los estudiantes de enfermería relacionados con las prácticas clínicas y factores relacionados. Enfermería Científica: Octubre 2003; 258-259; 59-68

67- Zupiría Gorostidi X, Uranga Iturroiz MJ, Alberci Eride M, Baranduan Lasa Mt, Huitza Egileor X, Sanz Cascante C et al. Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería. Evolución a lo largo de las prácticas clínicas. Enferm Clin 2006; 16(5): 231-237

ANEXO I:

Cuestionario Socio demográfico y variables del estudio.

Sexo: M ☐ F ☐

Edad: - 19 - 23 ☐ - 24 - 28 ☐ > de 28 ☐

Trabaja: Sí ☐ No ☐ Si contesta Sí:..... Responda : en Área de la SaludSí ☐ No ☐

Estado Civil: Casado ☐ Soltero ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐

Hijos: Sí ☐ No ☐

Procedencia: Montevideo ☐ Interior ☐

Vive con: - Sólo ☐ - Con compañeros ☐ - Con familia ☐

Cuando comencé la práctica en este módulo el acercamiento al usuario me resultaba: Muy difícil ☐ Difícil ☐ Poco difícil ☐ Nada difícil ☐

Ahora que pasaron _____ me resulta:

Muy difícil ☐ Difícil ☐ Poco difícil ☐ Nada difícil ☐

El atender al usuario me hace sentir:

Muy útil ☐ Útil ☐ Poco útil ☐ Nada útil ☐

La comunicación que entablo con el usuario la puedo describir como:

Muy satisfactoria ☐ Satisfactoria ☐ Poco satisfactoria ☐ Nada satisfactoria ☐

Cuando me voy de la práctica sigo pensando en el paciente:

Siempre ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐ Nunca ☐

He soñado con el paciente y/o su situación:

Muchas veces ☐ Algunas veces ☐ Pocas veces ☐ Ninguna vez ☐

Algunos de los pacientes con los que he trabajado me provocaron sentimientos de:

Pena ☐ Tristeza ☐ Rabia ☐ Miedo ☐ Ternura ☐ Impotencia ☐

Simpatía ☐ Cariño ☐ Otros:

Los factores que más han influido en la intensidad de lo que siento por el paciente son:

La edad ☐ La patología ☐ La familia que tiene ☐ Que está solo ☐

Otros:

En la clínica la actividad que me produce o que pienso que me produciría mayor desagrado es:

La situación que más me impactó en la práctica fue:

La patología que más me impactó fue:

Hablar sobre la experiencia práctica me resulta de ayuda

Sí ☐ No ☐

¿Por qué?

ANEXO II

Resolución	http://www.expe.edu.uy/expe/resoluci.nsf/85b5e2b...				
	EL CONSEJO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA EN SESIÓN ORDINARIA DE FECHA 21 DE AGOSTO DE 2013,				
<table border="1"><tr><th>Número</th><th>Fecha</th></tr><tr><td>17</td><td>21/08/2013 13:30</td></tr></table>		Número	Fecha	17	21/08/2013 13:30
Número	Fecha				
17	21/08/2013 13:30				
(Exp. Nº 220025-000611-13) - Visto: La necesidad de contar con un Comité de Ética, que asesore al Consejo en temas vinculados con la investigación, la práctica profesional y la Atención a la Salud en relación a la Enfermería. Considerando: 1. La propuesta del Centro de Posgrado. 2. Las experiencias similares de otros organismos, 3. las opiniones vertidas en sala. El Consejo de la Facultad resuelve: 1. Crear el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería. 2. El mismo será asesor del Consejo de la Facultad de Enfermería . 3. Los integrantes serán nombrados por el Consejo que estudiará los méritos de los aspirantes a integrar el Comité. 4. Mantener en el Orden del Día la conformación de una comisión integrada por Consejeros con el fin de elaborar la reglamentación del funcionamiento del Comité de Etica y la propuesta de lineamientos y criterios para la selección de los integrantes del mismo. (10 en 10)					