

Programa Terapéutico orientado a la Disminución del Estrés y otros Factores de Riesgo en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio

Autora: JUDITH REGUERA CABRERA

Alumna 4º Curso de Grado en Enfermería

Tutora: **LAURA M^a CARRIÓN GARCÍA**



Facultad de Ciencias de la Salud: Sección de Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Curso 2015 - 2016

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN DEL
TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

**Programa Terapéutico orientado a la
Disminución del Estrés y otros Factores de
Riesgo en pacientes con Infarto Agudo de
Miocardio**

Autor/a: Judith Reguera Cabrera

Firma del alumno/a:

Tutor/a: Laura M^a Carrión García

V^o. B^o del Tutor/a:

La Laguna a

Resumen

El estrés es un estado de tensión en el organismo, producido por la percepción del ambiente como una amenaza que pone en peligro su bienestar. Este efecto produce en el organismo la aparición de factores de riesgo cardiovascular, por lo que es importante el tratamiento del estrés para disminuir las posibilidades de infarto de miocardio (IAM).

Sin embargo, existen pocos programas activos destinados a su tratamiento. Por ello, en este proyecto se propone una línea de trabajo con pacientes que han sufrido un IAM por estrés, basado en sesiones terapéuticas orientadas a disminuir, tanto el estrés como los hábitos de vida nocivos causados por él. Para ello se utilizarán distintas técnicas en sesiones grupales e individuales durante seis meses.

El objetivo general es comprobar si estas técnicas sirven para disminuir el estrés y los malos hábitos de vida de manera significativa, disminuyendo así los factores de riesgo de IAM, y utilizando para ello distintos test en varios momentos del estudio.

Summary

Stress is a tension condition in the organism, produced by the perception of the environment as a threat that puts their welfare state in danger. This effect produces the appearance of cardiovascular risk factors, so it is important to treat stress, to reduce the chances of heart attack.

However, there are few active programs for treat it. So in this project, a line of work with patients who have suffered a heart attack because of stress is suggested, and it is based on therapeutic sessions oriented to reduce stress and harmful life habit. To get this purpose, different techniques will be used in personal and group sessions for six months.

The main objective is to check if these techniques are effective and can be used to reduce stress and bad life habits, thereby decreasing the cardiovascular risk factors, and some tests will be used at different times of the study to demonstrate it.

Palabras clave

Infarto agudo de miocardio, estrés, tratamiento del estrés, hábitos de vida nocivos, afrontamiento, factor de riesgo, enfermería.

Key words

Heart attack, stress, stress treatment, life harmful habits, confrontation strategies, risk factor, nursing.

ÍNDICE

1. Antecedentes y marco histórico	Pág. 1
1.1. El estrés	Pág. 3
1.2. Fisiología del estrés	Pág. 7
1.3. Fuentes de estrés	Pág. 10
2. Justificación	Pág. 12
2.1. Categorías diagnósticas, Objetivos, Intervenciones enfermeras	Pág. 14
3. Objetivos	Pág. 18
4. Material y métodos	Pág. 18
4.1. Diseño y ámbito de estudio	Pág. 18
4.2. Muestra	Pág. 18
4.3. Criterios de inclusión	Pág. 19
4.4. Criterios de exclusión	Pág. 19
4.5. Variables	Pág. 19
4.6. Periodo de estudio.	
Material y métodos de recogida de información	Pág. 20
4.7. Instrumentos de medida	Pág. 21
4.8. Programa terapéutico	Pág. 24
4.8.1. Apoyo para dejar de fumar (4490), tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510)	
4.8.2. Terapia de relajación (6040), técnica de relajación (5880)	
4.8.3. Asesoramiento nutricional (5246) y enseñanza de la dieta prescrita (5614)	
4.8.4. Técnicas de afrontamiento (5230)	
4.9. Análisis estadístico	Pág. 29
4.10. Consideraciones éticas	Pág. 29
4.11. Presupuesto	Pág. 30
Referencias bibliográficas	Pág. 31
Anexos	Pág. 33

1. ANTECEDENTES Y MARCO HISTÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de mortalidad en todo el mundo, provocando en la última década aproximadamente un 30% de fallecimientos.

Dentro del término *enfermedades cardiovasculares (ECV)*, la patología más frecuente, y que más ha despertado el interés de los investigadores a lo largo de muchos años, es la cardiopatía isquémica coronaria, que ha provocado un 42% de fallecidos hasta el 2012¹.

En Canarias, también son estas enfermedades la principal causa de mortalidad, produciendo una de cada tres defunciones. Según una publicación de la revista "Médica de cardiología", la principal ECV en el archipiélago es igualmente la cardiopatía isquémica, que tiene una tasa de mortalidad de 108,6 fallecimientos por 100.000 habitantes. Le siguen las arritmias con 45,5 defunciones por 100.000 hab., la insuficiencia cardiaca con 27,5 fallecimientos, y por último las enfermedades de origen hipertensivo y reumáticas².

El estudio de las ECV ha ido cobrando mayor importancia a lo largo de las décadas debido a su creciente incidencia y mortalidad. Estos estudios sobre la propia patología, así como de su origen, han concluido que la cardiopatía isquémica tiene un origen multifactorial, y se han descrito varias condiciones que pueden inducir la enfermedad. Entre ellas están los factores de riesgo no modificables, que son las características biológicas, como la predisposición genética, edad o sexo, y los factores modificables, es decir, los hábitos de vida como el tabaquismo, el sedentarismo y una dieta inadecuada. Además, estas costumbres provocan a su vez la aparición de otros factores de riesgo; obesidad, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus^{3, 4}, que empeoran el pronóstico de las ECV.

Sin embargo, de todos estos agentes de riesgo, los profesionales sanitarios sólo pueden actuar sobre los factores modificables, y siempre condicionados por la predisposición de los pacientes al cambio de sus hábitos de vida.

Es importante cambiar esos hábitos porque favorecen la aparición de aterosclerosis, la cual es una enfermedad silenciosa, caracterizada por la formación de placas de ateroma en las paredes de las arterias, compuestas por tejido fibroso y lípidos, de forma que van ocluyendo su luz y disminuyendo la circulación de la zona. De esta forma, la demanda de oxígeno de estos tejidos va siendo mayor que la cantidad que les llega, produciéndose isquemia y necrosis en la zona afectada.

Es una enfermedad de evolución progresiva, que comienza con una pequeña pérdida de las células endoteliales de la arteria, permitiendo así el depósito de lípidos en la zona y la proliferación celular del músculo liso, estimulado por el colesterol de tipo LDL (lipoproteínas de baja densidad). Esta pérdida celular puede producirse por varias causas mecánicas o químicas, siendo algunas de las más aceptadas la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, entre otros de los factores modificables mencionados anteriormente.

Sin embargo, parece ser que estos agentes no son los únicos capaces de provocar e intensificar las ECV. Ya en 1628, el Dr. William Harvey escribió “*cada trastorno de la mente que produce dolor o placer, esperanza o miedo, es la causa de una agitación cuya influencia se extiende al corazón*”, comenzando así los primeros pasos hacia las futuras investigaciones que intentaban relacionar la aparición de enfermedades o eventos coronarios con la personalidad y factores psicosociales como el estrés.

Décadas más tarde, el Dr. William Osler describió el perfil de la mayoría de los pacientes con angina de pecho:

No se trata de la persona neurótica típica, bastante delicada [...] sino del hombre robusto, vigoroso de cuerpo y mente, de gran ambición, en el cual la aguja de la turbina siempre señala hacia delante con gran velocidad.

A raíz de estos pasos y siguiendo la misma línea de trabajo, primero Von Dusch en 1868 y después Lewis A. Connor en 1930, ambos médicos, y seguido por otros autores, comenzaron a conjeturar que ciertos rasgos en la personalidad, como exceso de compromiso en el trabajo, podían tener algún vínculo con las enfermedades coronarias.

Más adelante, en 1936, los psiquiatras Karl Menninger y William Menninger, propusieron que la hostilidad reprimida, la ambición y los rasgos compulsivos eran características de muchos pacientes cardíopatas, idea que fue apoyada y respaldada posteriormente por otros autores como las doctoras Flanders Dunbar en 1943 y Kemple en 1945. Debido a la creciente incidencia de las enfermedades cardiovasculares a lo largo del tiempo, y a los resultados de los numerosos estudios hasta el momento, que relacionaban la personalidad y factores los psicosociales con la aparición de estas patologías, se propone la existencia real un nexo de unión entre ellos. Además, como explicó el médico Stewart (1950) en el artículo “*Coronary disease and modern stress*”, el incremento de este tipo de enfermedades puede ser debido también a las condiciones de

la vida moderna y su rápido avance, pues las personas están sometidas a un estrés físico y mental continuo, y a una lucha de superación a los demás.

Nueve años más tarde, los psicólogos Friedman y Rosenman, en su investigación sobre este tema, crearon una clasificación de personalidad y comportamiento. Surgiendo así el patrón de conducta tipo A (PCTA), que se caracteriza por ser individuos excesivamente ambiciosos, duros y competitivos, que luchan por controlar el tiempo y responden ante él con urgencia, y son impacientes, irritables y hostiles. Es decir, es el tipo de personas descrita años atrás por los médicos como paciente típico coronario. Y además señalaron que este tipo de personalidad y comportamiento se desarrolla por el estrés ambiental y la presión⁵.

Finalmente, a raíz de todas las evidencias y de la creación, y posterior ampliación, de esta clasificación de conducta, se determinó que los factores psicosociales son un factor de riesgo más para las enfermedades cardiovasculares.

No obstante, con el paso de los años, la investigación sobre el patrón de conducta tipo A ha ido relacionando cada vez más al estrés como uno de los factores etiológicos principales de este tipo de personalidad, por lo que esto ha dado paso a un nuevo campo de estudio de los factores psicosociales; el estrés y su relación con eventos cardiovasculares. Aunque es un tema que se está estudiando en profundidad actualmente, existen varias investigaciones que demuestran que el estrés tiene muchos efectos a nivel cardiovascular, y que en situaciones de estrés agudo pueden llegar a provocar un evento de este tipo por las repercusiones que tiene a nivel fisiológico.

1.1. El estrés^{6 - 10}

¿Qué es el estrés? En su libro “*Stress Without Distress*”, el médico Hans Selye se respondía:

Todo el mundo lo ha experimentado alguna vez, todo el mundo habla de él, pero pocas personas se han tomado la molestia de tratar de establecer qué es realmente el estrés...[...] Pero la palabra “estrés” como “éxito”, “fracaso” o “felicidad”, significa cosas diferentes para personas diferentes, de forma que definirlo es muy difícil.

Lo que Selye transmite en este párrafo, es que el estrés es una sensación subjetiva, por lo que definir los acontecimientos o situaciones que lo provocan, es decir, los estresores, así como su intensidad, puede ser impreciso. Sin embargo, más adelante se observará que sí es posible clasificar algunas de las fuentes más frecuentes, ya que son situaciones que, en diferente medida, afectan a todo el mundo.

Selye, en su investigación sobre la reacción del organismo ante estos procesos, determinó que la respuesta al estrés es una secuencia de reacciones fisiológicas a las que denominó “*Síndrome general de adaptación*”.

Según él, este síndrome es un mecanismo automático y natural del ser humano, y en condiciones normales, es un proceso de adaptación. Está formado por tres etapas, la primera de ellas es la “*reacción de alarma*” que corresponde a la reacción normal del organismo de lucha o huida⁶. En esta fase se producen varios cambios fisiológicos en los distintos sistemas, inducidos por la estimulación del sistema nervioso simpático sobre las glándulas adrenales y del sistema reticular. Esta estimulación provoca principalmente aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca a nivel cardiovascular. Además a nivel endocrino, aumenta la glucogenólisis y la lipólisis, disminuye la secreción de insulina, y aumenta la secreción hormonal, entre las que destacan la ACTH (corticotropina) y los esteroides adrenocorticales^{6, 7, 9}.

Si la situación estresante se mantiene, el organismo entra en un segundo estadio, “*la resistencia*”, en el que el medio interno del individuo intenta adaptarse al estrés. La activación fisiológica sigue por encima de lo normal, y si este momento se prolonga en el tiempo, el organismo se va debilitando, dando paso a la “*fase de agotamiento*”. En este momento el cuerpo es más vulnerable y se produce un desequilibrio homeostático. Debido a esto existe mayor probabilidad de aparición de trastornos cardiovasculares y de otro tipo de enfermedades, pudiendo incluso llegar situaciones fatales para el organismo^{6, 7, 8, 9}.

Este descubrimiento aportó información sobre las reacciones y los mecanismos de activación fisiológicos causados por los estresores. Por otro lado, William Osler, un médico británico hizo una comparación del estrés y la tensión, con el trabajo duro y las preocupaciones, y consiguió relacionar los efectos somato-psicológicos causados por el estrés con el desarrollo de enfermedades coronarias. Todo esto dio más fuerza y sentido a la hipótesis sobre la relación del estrés con la aparición de cardiopatías, entre otro tipo de eventos^{6, 7}.

Sin embargo, este planteamiento, aunque muestra una reacción general muy acertada, no tiene en cuenta que algunos estresores provocan una respuesta emocional muy intensa. Esta respuesta se relaciona con una mayor secreción de cortisol, norepinefrina y epinefrina, hormonas que tienen una importante repercusión a nivel cardiovascular. Por lo que, según Mason (1975), la reacción del organismo ante los estresores no es tan inespecífica como Selye proponía con su generalización, sino que hay determinados estresores que afectan de forma más o menos intensa, provocando reacciones a distintas escalas^{6, 7, 9}.

Así, actualmente la definición dada por los psicólogos Lazarus y Folkman (1986), es la más aceptada por la psicología por que relaciona el proceso de estrés con la valoración e interpretación que hace la propia persona de éste.

Estos investigadores definieron el estrés como “*una evaluación entre el individuo y el entorno, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar*”. Según esta descripción, se trata de un proceso complejo en el que intervienen tres componentes principales; el acontecimiento estresante o estresor, la evaluación cognitiva de éste y los recursos de los que dispone la persona para resolver el conflicto, y la activación del organismo.

En el momento en el que el resultado de esta evaluación cognitiva no corresponde con la demanda que exige la situación estresante, el individuo considera el acontecimiento como dañino, porque según su valoración él acaba perjudicado. Este estrés sigue considerándose normal siempre que, como se dijo anteriormente, el organismo pueda adaptarse y no se prolongue en el tiempo ni sea de una intensidad excesiva^{6, 7, 9}.

Otros autores, como Rahe y colaboradores (1974), además de intentar definir el estrés y los acontecimientos estresantes, intentaron cuantificarlo y asignarle un valor que midiese su intensidad, y utilizaron para ello la siguiente fórmula:

$$LCU = \frac{f \times SRRS}{t}$$

LCU = Unidades de Cambio Vital

f = frecuencia del acontecimiento

SRRS = peso del acontecimiento en la escala

t = el tiempo

Según esta fórmula y los valores de la tabla, determinaron que el estrés era una crisis vital para el sujeto que superaba las 150 unidades, y a partir de esto crearon tres grupos de riesgo para el desarrollo de enfermedades valiéndose del LCU. El grupo de bajo riesgo tenía una puntuación entre 140-199 LCU y en él había un 9% de sujetos enfermos, el grupo de riesgo moderado lo comprendían los resultados entre 200-299 LCU y se encontraban un 25% de individuos con alguna enfermedad, y por último, en el grado de alto riesgo estaban las puntuaciones >300 LCU y había un 49% de personas enfermas.

Sin embargo, a pesar de demostrar con este estudio que a mayor nivel de estrés mayor posibilidad de sufrir alguna enfermedad, y además mayor número de enfermos reales, no queda del todo claro si esas enfermedades eran de base o adquiridas por el estrés. Mas lo que sí queda patente, sea de la forma que sea, es la estrecha relación entre el estrés y el padecimiento de enfermedades causadas o agudizadas por él.

Todo esto propuesto por estos autores, tenía su origen en la comprensión del estrés a partir de un modelo (figura 1) que defendía que, el poder patógeno de un acontecimiento venía definido por el resultado de la valoración dada por la experiencia pasada, las defensas psicosociales, las repercusiones fisiológicas, las estrategias de afrontamiento y la conducta ¹⁰.

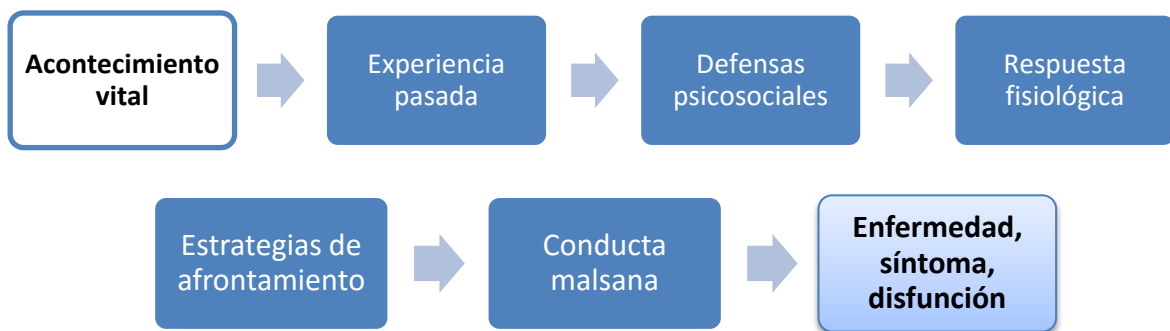


Figura 1. "Modelo de Rahe y colaboradores (1976) para valorar los efectos de los acontecimientos vitales".

Por otro lado, de este estudio, por parte de los psiquiatras Rahe y Holmes, se extrajo una clasificación de los acontecimientos vitales más estresantes, que sirve de referencia para determinar los principales estresores, así como para tener una idea orientativa de la intensidad que le atribuyen las personas. Esa clasificación se compone de 43 sucesos, tanto negativos como positivos, que son capaces de generar estrés en las

personas¹⁰. Hoy en día, no existe una clasificación actualizada de este tipo, sino que los distintos estresores se han agrupado en grandes familias llamadas “*fuentes de estrés*”, de las que se hablará más adelante en otro apartado. Sin embargo, de forma general se pueden extraer de la clasificación de Rahe y Holmes, algunos de los estresores más frecuentes en la sociedad moderna.

1. Muerte de cónyuge.
2. Divorcio.
3. Muerte de un familiar cercano.
4. Enfermedad o lesión personal grave.
5. Despido.
6. Cambio notable en la salud o conducta de un familiar.
7. Cambios importantes en el estado financiero.
8. Muerte de un amigo íntimo.
9. Cambio importante de las responsabilidades laborales.
10. Cambio importante en las condiciones de vida.

Como se observa, durante años se ha estado estudiando el estrés como activación fisiológica en el organismo, e incluso se ha intentado cuantificar. Es una investigación ardua en la que aún quedan muchas cosas por descubrir y demostrar, pero que a día de hoy ha dejado más que evidenciada la notable y existente relación entre estrés y las enfermedades cardiovasculares. Además, a lo largo del proyecto se irá mostrando cuáles son los distintos cambios fisiológicos y porqué pueden producir cardiopatías.

1.2. Fisiología del estrés^{11, 12}

Como se comentó anteriormente, el estrés, provoca la estimulación del sistema nervioso simpático, que se encarga, entre otras funciones, de la inervación de la musculatura lisa, el músculo cardíaco y las glándulas de todo lo organismo, de ahí que las principales manifestaciones sean a nivel cardiovascular.

Uno de los órganos que se ven afectados son las glándulas adrenales.

Cada glándula está formada por la médula suprarrenal y la corteza suprarrenal. De estas partes, la que más relación tiene con el sistema nervioso simpático es la médula, que se encarga de la secreción de dos hormonas fundamentalmente; adrenalina y noradrenalina. No obstante, la corteza suprarrenal también recibe estimulación de esta parte del sistema nervioso, secretando cortisol (hidrocortisona) entre otros corticoesteroides.

Las consecuencias biológicas de esta activación por estrés se resumen en un aumento de la frecuencia cardiaca, de la tensión arterial, glucemia, glucogenolisis y lipolisis, y disminución de la secreción de insulina. Pero ¿qué es lo que causa estos efectos?

Por otra parte, también se ha relacionado el estrés con el abuso de sustancias tóxicas, como aumento del hábito tabáquico y consumo de alcohol y drogas. Aunque estos comportamientos son en sí factores de riesgo cardiovascular, no se tendrán en cuenta como tales a efectos de este proyecto, pero sí se actuará sobre ellos en el tratamiento del estrés.

Cuando se habla de riesgo cardiovascular se tienen en cuenta factores como la hipertensión, hiperglucemia, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia, y si se observa con atención, los efectos directos producidos por estresores en el organismo son los mismos o muy parecidos. Estos cambios fisiológicos son normales, temporales y adaptativos en situaciones de estrés agudo, pero pueden desembocar fácilmente en infarto agudo de miocardio (IAM) si la persona es proclive a ello, es decir, tiene o ha tenido alguna cardiopatía. Sin embargo, el estrés no adaptativo y/o patológico a largo plazo en una persona sana puede provocar el mismo efecto, ya que las manifestaciones que produce se equiparan con el hecho de padecer cualquier otro factor de riesgo cardiovascular.

A demás, al relacionarse con el consumo de sustancias tóxicas, se aumenta el riesgo, así como la probabilidad de sufrir un evento.

Se ha observado y demostrado que la secreción y los efectos de estas tres hormonas son esenciales para el equilibrio del organismo y para adaptarlo a situaciones que requieren respuesta rápida como "lucha o huida". Sin embargo, actualmente se está trabajando con la hipótesis de que una exposición demasiado prolongada, provoca efectos contraproducentes y aumenta los riesgos de que se produzcan otros problemas y enfermedades.

1.2.1. *Cortisol*

La secreción de cortisol está regulada principalmente por el eje hipotálamo-hipofisario a través de la ACTH, por lo que, como cualquier tipo de estrés provoca un aumento inmediato e importante de la secreción de ACTH, también se produce un aumento notable de las concentraciones de cortisol en sangre por encima de lo normal.

Entre los efectos que produce, los que más afectan al sistema cardiovascular son, el efecto vasodilatador, lo que dificulta la disminución de la presión arterial; y el aumento de la concentración de lípidos y aminoácidos en sangre, lo que unido a niveles de insulina insuficientes, produce un aumento de la glucemia, pudiendo llegar a aparecer diabetes suprarrenal. Además, también produce el incremento del colesterol en el organismo y moviliza los ácidos grasos del tejido adiposo, aumentando su concentración a nivel plasmático e induciendo obesidad por el depósito de esas grasas en la región torácica y supraabdominal.

Por otra parte, produce reducción de las proteínas, provocando debilidad muscular. También se ha demostrado que tiene efectos antiinflamatorios inmediatos, sin embargo, para conseguirlo, provoca la inhibición del sistema inmunitario, reduciendo de forma importante la cantidad de linfocitos, dejando al cuerpo desprotegido.

En conclusión, en caso de estrés no adaptativo, el nivel del cortisol en el organismo se mantiene elevado, favoreciendo la formación de placas de ateroma ya que provoca indirectamente otros factores de riesgo cardiovascular.

1.2.2. *Adrenalina (A) y Noradrenalina (NA)*

Estas dos hormonas son catecolaminas producidas en la médula suprarrenal, y que van a actuar de una forma u otra en función de los receptores que existan en las células, que pueden ser receptores α y β adrenérgicos.

Su principal repercusión es su efecto inotrópico positivo en el sistema cardiovascular cuando actúan mediante receptores β .

Ambas producen una agudización del estado de alerta, aunque la adrenalina se asocia más con la aparición de ansiedad y miedo intenso.

Los efectos de estas hormonas son variados y a distintos niveles, pero principalmente afectan a la glucogenolisis del hígado, los músculos estriados, movilizan ácidos grasos, aumentan el lactato en plasma y estimulan el metabolismo.

De forma general, se puede decir que los efectos más importantes que provocan estas hormonas en el organismo humano son:

- Vasoconstricción a nivel del sistema circulatorio, incluido el coronario, lo que conlleva un aumento de la presión arterial sistólica y diastólica, de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco.

- Aumento de la velocidad y de la fuerza de la contracción del corazón, e incremento de la excitabilidad del miocardio, favoreciendo la aparición de arritmias.
- A nivel endocrino se produce un aumento de la glucogenolisis, que tiene como resultado el aumento del nivel de glucosa y de la resistencia a la insulina.
- Aumentan la concentración de lactato en sangre, lo que significa que la demanda de oxígeno por los tejidos es mayor que la cantidad que le llega. Esto produce acidosis láctica, que puede causar depresión del miocardio y parada cardiaca o estado comatoso.
- Hipopotasemia por el aumento de la utilización del potasio por el músculo. Lo que se ha relacionado con trastornos cardiacos graves.

1.3. Fuentes de estrés ⁷

Existen varias clasificaciones de los estresores, una de las más comunes es la de Sarafino (1990), que las divide de la siguiente forma:

1.3.1 Fuentes de estrés personales.

Una de las fuentes más frecuentes es la situación de conflicto. Este surge cuando hay dos opciones incompatibles entre sí o una misma opción produce resultados buenos y malos. En estos casos la persona sufre frustración e indecisión por el miedo a perder y/o salir perjudicado.

Existen cuatro tipos:

- Acercamiento – acercamiento. Tener que elegir entre dos alternativas que son igual de atractivas y positivas para la persona, pero decantarse por una hace que pierda la otra.
- Evitación – evitación. Es el caso contrario, cuando las dos opciones son igual de negativas, y elija lo que elija el resultado es perjudicial.
- Acercamiento – evitación. Cuando un mismo objetivo tiene un resultado positivo, pero por otro lado es a la vez perjudicial para la persona.
- Doble acercamiento – evitación. Cuando las dos opciones son buenas y malas a la vez, y se elija lo que se elija existe un resultado evaluado como dañino.

Otra fuente de estrés personal es el padecimiento de una enfermedad, sobre todo aquella que produce muchos cambios en los hábitos de vida o la que tiene muchas crisis agudas.

1.3.2 Fuentes de estrés familiares.

La familia puede producir estrés o ayudar a reducirlo, por lo que se deben considerar diferentes aspectos en las relaciones, estructura y la comunicación familiar.

Se puede hacer una agrupación de los eventos familiares que pueden producir estrés. De esta forma están las situaciones críticas como son la muerte del cónyuge o el divorcio, estados de tensión excesiva como puede ser el caso de un familiar enfermo crónico o gravemente discapacitado, y por último la atmósfera emocional familiar, que depende del patrón de interacción entre sus miembros.

Actualmente hay tres situaciones familiares que tienen gran peso como fuentes estresantes. Una de ellas es la existencia de un familiar con una enfermedad crónica, al que hay que cuidar a diario y atender sus necesidades y sus demandas. Es el conocido como estrés del cuidador o estrés por sobrecarga. Esta situación produce sobrecarga a largo plazo y el estrés psicológico, de no saber si se está haciendo bien o cómo hacerlo. Además el hecho de tener que compaginar horarios de trabajo y turnos con otros familiares también supone un estrés para estas personas.

La segunda circunstancia es el nacimiento de un hijo, sobre todo si nace con alguna discapacidad. Este hecho produce tensión por la necesidad de ganar más dinero para poder afrontar los gastos, la necesidad de tener un trabajo estable, y en el caso de un hijo enfermo, preocupación sobre su salud.

Por último, la muerte de un ser querido es uno de los momentos más duros en la vida de las personas, siendo causante además de muchas depresiones.

1.3.3 Fuentes sociales de estrés.

En el entorno social los estresores pueden provenir de diferentes ámbitos, pudiendo ser por temas laborales, económicos, o situaciones cotidianas.

En el adulto la principal causa de estrés se suele encontrar en el ámbito laboral, donde la poca estabilidad de los trabajos, las continuas exigencias, los turnos y los bajos sueldos provocan inseguridad, sobrecarga y agotamiento.

En los niños el estrés suele venir del colegio o el instituto. En este periodo, los niños tienen que hacer frente a exámenes y evaluaciones continuas, y además puede suponer una etapa dura para ellos a nivel emocional por sentirse solos o ser objeto de burla para otros.

Por otra parte, no se deben olvidar los estresores del ambiente físico como condiciones climatológicas, iluminación, ruidos o temperatura, que aunque puedan parecer inofensivos siguen siendo fuentes de estrés.

Además de diferentes fuentes, existen también distintos niveles de estresores. Éstos se dividen en:

- Acontecimientos vitales importantes, que ocurren de forma repentina y requieren modificaciones en los hábitos de vida.
- Tensiones vitales persistentes
- Estrés por situaciones cotidianas, los cuales se resuelven con facilidad pero reaparecen con otro nombre y apellido.

Si se analiza cada uno de los distintos estresores, se puede pensar que no son tan dañinos ni pueden provocar estrés. Pero lo cierto es que, cada día, los individuos se ven sometidos a infinidad de ellos, por lo que el problema no lo provoca uno, sino la acumulación de varios. Esto hace más difícil que se pueda tratar cada fuente de estrés, por lo que las medidas para disminuirlos deben ir encaminadas a la educación del paciente, a mejorar su afrontamiento o enseñarle formas nuevas de hacerlo.

Sin embargo, parece que el estrés está tan integrado en la sociedad que los profesionales no se dan cuenta de su importancia hasta que se convierte o deriva en alguna patología.

2. JUSTIFICACIÓN

Tras cuatro meses en el servicio de Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos del Hospital Universitario de Canarias (HUC), se observó un gran número de pacientes que referían la aparición del dolor precordial u otro tipo de eventos cardiovasculares después de situaciones estresantes, siendo los conflictos familiares los más frecuentes.

Como se ha mostrado, el estrés tiene importantes repercusiones a nivel cardiovascular en el organismo, por lo que no se puede despreciar el riesgo que conllevan para la aparición de problemas cardiacos, y menos en pacientes cardiopatas.

Por otra parte, la sociedad se encuentra en una etapa en la que el estrés está más que presente en todos los ámbitos y sigue en aumento, avivado sobre todo por la

inseguridad que ofrece el sistema político, socioeconómico y laboral, por lo que el riesgo también se incrementa de forma considerable.

Sin embargo, a pesar de ser conscientes de los efectos del estrés sobre el organismo, en la valoración de los enfermos no se reconoce el estrés como un factor de riesgo o como factor causante del desarrollo del evento cardiovascular, por lo que no se le dedica la atención necesaria y muchas veces incluso se pasa por alto.

Además, aunque el sistema sanitario desarrolla varios programas para disminuir los factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, la hipertensión o la diabetes, mediante consultas médicas y de enfermería regulares, para el tratamiento del estrés no se llevan a cabo tantos.

Desde enfermería debería potenciarse el uso de diagnósticos relacionados con el estrés, y que de forma conjunta con otros profesionales de la salud, como el médico y el psicólogo, puedan ser llevados a cabo mediante diferentes actividades encaminadas a su disminución y mejora del afrontamiento.

Son muchas las personas que se ven sometidas a este tipo de situaciones y tratarlas de forma multidisciplinar a todas supone un gasto importante a nivel económico para la sanidad y una saturación de los servicios sanitarios. Sin embargo sí es posible, desde los distintos niveles de enfermería, llevar a cabo distintas intervenciones educativas de forma progresiva, tanto individual como de forma colectiva mediante talleres y sesiones encaminadas a la relajación y al afrontamiento de estas situaciones.

En la taxonomía de NANDA-I existen distintos indicadores con los que llevar a cabo este objetivo, sin embargo no todos pueden ser puestos en práctica, ya que son muchos los factores que hay que tener en cuenta, como el tiempo para hacerlo, nivel de enfermería en el que se trabaja, los recursos y el tipo de paciente. No obstante, existen diagnósticos con sus resultados e intervenciones relacionados con los que se puede abordar de forma general este problema y enseñar al paciente a controlarlo.

Los principales se pueden encontrar en el dominio 1 "*promoción de la salud*" y el 9 "*afrontamiento / tolerancia al estrés*". Por su parte, los resultados (NOC) se miden con una escala de cinco puntuaciones, donde la enfermera valora en qué puntuación se encuentra el paciente, y a cuál quiere llevarlo en su proceso de recuperación, utilizando para conseguirlo las intervenciones enfermeras (NIC). Éstas están formadas por un gran número de actividades específicas, que se escogerán de forma individualizada, en función del paciente.

2.1 Categorías Diagnósticas, Objetivos (NOC) e Intervenciones (NIC) ^{13, 14, 15}

Categorías diagnósticas	NOC	NIC
<p>00188. Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 1: Promoción de la salud. - Clase 2: Gestión de la salud. 	<p>2013. <i>Equilibrio en el estilo de vida.</i></p> <p>1305. <i>Modificación psicosocial: cambio de vida.</i></p>	<p>4490. <u>Ayuda para dejar de fumar</u></p> <p>4510. <u>Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar el estado actual y los antecedentes de consumo de las sustancias nocivas. - Ayudar al paciente a identificar razones para dejar el consumo. - Explicarle que los síntomas de la abstinencia son temporales. - Ayudarlo a identificarlas situaciones que le incitan a consumir. - Ayudar a elegir el mejor método para dejarlo. - Proporcionar terapia grupo. - Controlar el consumo de sustancias (analíticas). - Fomentar la responsabilidad.
<p>00078. Gestión ineficaz de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 1 - Clase 2 	<p>1602. <i>Conducta de fomento de la salud.</i></p> <p>1629. <i>Conducta de abandono del consumo de alcohol.</i></p>	
<p>00162. Disposición para mejorar la gestión de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 1 - Clase 2 	<p>1630. <i>Conducta de abandono del consumo de drogas.</i></p>	
<p>00099. Mantenimiento ineficaz de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 1 - Clase 2 	<p>1625. <i>Conducta de abandono del consumo de tabaco</i></p> <p>1854. <i>Conocimiento: dieta saludable.</i></p>	<p>5450. <u>Terapia de grupo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar el propósito del grupo y su programación. - Favorecer la interacción

	<p>1622. <i>Conducta de cumplimiento: dieta prescrita.</i></p>	<p>entre miembros y la expresión de sentimientos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajar medidas de afrontamiento. - Escucha activa. <p>5246. <u>Asesoramiento nutricional</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. - Proporcionar información sobre alimentación para mejorar el conocimiento de los pacientes. - Ayudar al paciente a buscar alternativas en la dieta para mejorar el cumplimiento. <p>5614. <u>Enseñanza: dieta prescrita</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar los conocimientos sobre la dieta prescrita. - Informar al paciente sobre alimentos prohibidos y permitidos. - Identificar la causa del no cumplimiento.
<p>00198. Trastorno de patrón del sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 4: Actividad / reposo. - Clase 1: Sueño / 	<p>0004. <i>Sueño</i></p>	<p>1850. <u>Mejorar el sueño</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. - Enseñar a realizar la relajación muscular.

<p>reposo</p>		
<p>00251. Control emocional inestable</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 5: Percepción / cognición. - Clase 4: Cognición. 	<p><i>1204. Equilibrio emocional</i></p> <p><i>0906. Toma de decisiones</i></p>	<p><i>5250. <u>Apoyo en la toma de decisiones</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante. - Ayudar a hacer una valoración realista de la situación, con las ventajas y desventajas reales. <p><i>5270. <u>Apoyo emocional</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comentar experiencias y emocionales con el paciente. - Alentar y facilitar la verbalización de sentimientos y percepciones.
<p>00069. Afrontamiento ineficaz</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés. - Clase 2: Respuestas de afrontamiento. 	<p><i>1302. Afrontamiento de problemas</i></p> <p><i>2600. Afrontamiento de los problemas de la familia</i></p>	<p><i>5230. <u>Mejorar el afrontamiento</u></i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a evaluar los recursos de los que dispone. - Ayudar a establecer objetivos a corto y largo plazo.
<p>00158. Disposición para mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dominio 9 		

- Clase 2		
00146. Ansiedad - Dominio 9 - Clase 2	1211. <i>Nivel de ansiedad</i> 1402. <i>Autocontrol de la ansiedad</i>	5880. <u>Técnica de relajación / 6040. Terapia de relajación</u> - Mantener control ambiental, reducir ruidos o estímulos que generen estrés. - Ayudar a la meditación. - Introducir conductas relacionadas con la relajación, como las respiraciones profundas, respiración abdominal o visualización mental de imágenes de paz.
00177. Estrés por sobrecarga - Dominio 9 - Clase 2	1212. <i>Nivel de estrés</i> 2208. <i>Factores estresantes del cuidador familiar</i>	5820. <u>Disminución de la ansiedad</u> - Instruir al paciente sobre técnicas que disminuyen el estrés y la ansiedad. - Instruir sobre el uso de técnicas de relajación.

Tabla 1: Categorías diagnósticas, resultados e intervenciones enfermeras relacionadas con el estrés

Como hemos visto, Enfermería dispone de un lenguaje propio que le permite marcar objetivos de cuidados e intervenciones específicas para cada paciente, que sirven para mejorar todos aquellos aspectos relacionados con el estrés. En este trabajo se va a proponer un programa terapéutico basado en la utilización de algunas de estas intervenciones, para tratar de disminuir el estrés en pacientes que han sufrido un IAM desencadenado por una situación estresante, y para cambiar hábitos nocivos, especialmente aquellos favorecidos por las situaciones de estrés.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos generales:

- Comprobar la eficacia de la educación sanitaria para el afrontamiento del estrés y cambios de hábitos de vida en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio provocado por este agente.

3.2. Objetivos específicos:

- Valorar el nivel de conocimientos relacionados con el estrés, los efectos de los hábitos tóxicos, de las situaciones estresantes y de los síntomas.
- Desarrollar un programa terapéutico para disminuir el estrés y eliminar los hábitos nocivos inducidos por éste.
- Evaluar el nivel de estrés percibido tras la intervención terapéutica.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Diseño y ámbito de estudio

Es un estudio cuantitativo, de carácter descriptivo y longitudinal, que se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Canarias, situado en la ciudad La laguna, Tenerife, desde 1 de agosto de 2016 hasta 31 de diciembre de 2018.

4.2. Muestra

Se seleccionará como muestra a hombres y mujeres, entre los 30 y 80 años, atendidos en el Hospital Universitario de Canarias, ingresados en las unidades de Cuidados Intensivos Cardiológicos y Cardiología, con el diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM).

Este proceso de elección se hará durante los cuatro primeros meses del proyecto, desde el 1 de agosto hasta el 30 de noviembre de 2016.

4.3. Criterios de inclusión

- Diagnóstico de IAM.
- Situación estresante previa.
- Situación de estrés continuo en los últimos 6 meses.

4.4. Criterios de exclusión

- Paciente con incumplimiento terapéutico.
- Paciente con deterioro cognitivo.

4.5. Variables

4.5.1. Variables independientes

- Edad.
- Sexo.
- Marcadores de daño miocárdico, principalmente las troponinas, para evaluar la magnitud del pronóstico.
- Estado civil
- Situación económica y laboral
- Situación familiar (tipo de familia, organización, relación entre los miembros).
- Apoyo social (persona significativa de apoyo en situaciones de dificultad o necesidad).

4.5.2. Variables dependientes

- Historial clínico. Dentro de éste se tendrán en cuenta la historia personal de enfermedad cardíaca o síndrome ansioso-depresivo, hábitos de vida insalubres (consumo alcohol, tabaco, sustancias tóxicas) y otros factores de riesgo cardiovascular (diabetes mellitus, obesidad), ya que estos son factores que favorecen o facilitan un evento cardiovascular, por lo que no se podría evaluar el impacto real del estrés en este tipo de eventos.
- Percepción subjetiva de estrés.
- Síntomas causados por el estrés.
- Estilos personales de afrontamiento.
- Grado de vulnerabilidad frente al estrés.

4.6. Periodo de estudio. Material y métodos de recogida de información

La selección de los pacientes candidatos al estudio se hará durante los meses de agosto, septiembre, octubre y noviembre del año 2016, durante los cuales se les informará sobre el desarrollo del estudio y se les pedirá su participación, entregándoles el consentimiento informado. En este momento se les hará una valoración y distintas encuestas en la que se recogerán las variables de estudio. Con ello se pretende obtener información sobre los hábitos de vida y distintos aspectos relacionados con el estrés, en un momento anterior a comenzar la terapia, para posteriormente poder hacer una comparación y observar la eficacia del tratamiento.

Durante los seis primeros meses del año 2017; desde el 1 de enero hasta el 30 de junio, se incluirá a los pacientes en un programa terapéutico donde trabajarán de manera conjunta con una enfermera y un psicólogo para conseguir los objetivos del estudio. Al final de este periodo se les volverá a pasar dos encuestas, la de percepción de estrés y la de afrontamiento, para ver si con estas sesiones se ha disminuido la sensación de estrés y se ha conseguido un mejor afrontamiento al mismo.

Desde el 1 de julio del 2017 y hasta el 30 de junio del 2018, se procederá al seguimiento de los individuos. Para ello se fijará una reunión al acabar este periodo, con el fin de saber cómo se encuentran y cómo se adaptan a las situaciones de estrés, por lo que se les pasarán por última vez todas las encuestas.

Por otra parte se facilitará el contacto telefónico para consultar dudas o fijar o cambiar una sesión si fuera necesario.

Con esto lo que se pretende es conocer la eficacia de este programa psicoeducativo para la disminución y afrontamiento del estrés, midiendo en tres momentos distintos las variables de estudio.

Finalmente, el último semestre del 2018 se dedicará al análisis de los datos recogidos durante todo el estudio y a la redacción del informe final con los resultados.

4.7. Instrumentos de medida ^{16, 17}

Para conseguir los objetivos propuestos en el proyecto se emplearán una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon y distintas escalas y test para medir el estrés y la capacidad de afrontamiento.

4.7.1. Valoración (anexo 1)

Se realizará una valoración de salud por los patrones funcionales de Marjory Gordon, haciendo hincapié en los datos que tengan alguna relación con el estrés, ya sea como factores causantes o como consecuencias del mismo, y en los hábitos saludables de vida.

4.7.2. Encuesta para valorar el estrés percibido de Sanz-Carrillo, García-Campayo, Rubio, Santed y Montoro (anexo 2)¹⁷

Valora la percepción subjetiva de estrés mediante 30 ítems, puntuados según la frecuencia de aparición desde 1 (casi nunca) a 4 (casi siempre). Además consta de dos columnas, la primera de la izquierda hace referencia al último año de vida, y la de la derecha al último mes.

El resultado se consigue con la suma de las puntuaciones. En la versión española se obtienen seis factores:

- Factor 1: tensión, irritabilidad y fatiga. Medido por las preguntas 3, 8, 10, 14, 15, 16, 26, 27 y 30.
- Factor 2: aceptación social de conflictos. Formado por los ítems 5, 6, 12, 17, 19, 20 y 24.
- Factor 3: energía y diversión. Evaluado por las preguntas 1, 13, 21, 25 y 29.
- Factor 4: sobrecarga. Constituido por los ítems 2, 4, 11 y 18.
- Factor 5: satisfacción por autorrealización. Valorado por los ítems 7, 9 y 23.
- Factor 6: miedo y ansiedad. Compuesto por las preguntas 22 y 28.

4.7.3. Test de vulnerabilidad frente al estrés de L. H. Miller y A. D. Smith (anexo 3)¹⁶

Valora la vulnerabilidad al estrés, y con ello la probabilidad de aparición de enfermedad, tomando como referencia los estilos de conducta. Consta de 20 ítems, puntuados entre 1 (casi siempre) y 5 (nunca), en función de la frecuencia de realización del sujeto, y que abarca los estilos de vida, el apoyo social, la exposición de sentimientos,

valores y creencias y el bienestar físico, como temas a evaluar. Para conseguir el resultado final se han de sumar todas las puntuaciones y restarle 20.

Una puntuación por encima de 30 indica vulnerabilidad al estrés. Entre 50 y 75 indica seria vulnerabilidad, y por encima de 75, extremada vulnerabilidad.

Por otra parte con este test se puede evaluar también aspectos del estilo de vida del paciente y detectar posibles fuentes de estrés o hábitos nocivos.

4.7.4. *Lista de indicadores de vulnerabilidad al estrés. Adaptación cubana de D. Zaldívar Pérez (anexo4)¹⁶.*

Realiza una valoración de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia asociados al estrés. Utiliza para ello una lista con 20 indicadores puntuados entre 0 (nada frecuente) y 4 (muy frecuente). Estos síntomas deben haber estado presentes en los últimos seis meses. Los resultados se evalúan siguiendo una fórmula:

$$x = \frac{\sum Y}{n}$$

Donde Y= puntuación total de los ítems;
n=número de ítems.

Un resultado mayor o igual a 3 es un indicador de vulnerabilidad.

4.7.5. *Escala de afrontamiento de Lazarus (anexo 5)¹⁶.*

Sirve para analizar los estilos de afrontamiento que posee un sujeto frente situaciones estresantes. Consta de 67 ítems que se puntúan entre 0 (en absoluto) y 3 (en gran medida). Estos índices se clasifican en ocho subescalas, que se consiguen tras la suma de las puntuaciones seleccionadas, y da como resultado el modo de afrontamiento utilizado con más frecuencia. Las subescalas, o lo que es lo mismo, los estilos de afrontamiento son:

- Confrontación. Describe los esfuerzos agresivos para cambiar la situación, y sugiere además hostilidad. Los ítems que indicarían que este es el modo de afrontamiento principal son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.
- Distanciamiento. Describe los esfuerzos de separarse de la situación. Los ítems son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 42 y 44.
- Auto-control. Describe los esfuerzos para controlar los propios sentimientos y acciones. Los ítems de esta subescala son: 10, 14, 35, 37, 54, 57, 62, 63.
- Búsqueda de apoyo social. Describe los esfuerzos para buscar apoyo, pudiendo ser en forma de consejo, asesoramiento, comprensión, etc. Las preguntas son: 8, 18, 31, 42 y 45.

- Aceptación. Identificación de la función que desempeña la propia persona en el problema. Los ítems representativos son: 9, 25, 29 y 51.
- Huida- evitación. Distanciamiento total y a propósito. Ítems: 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.
- Planificación. Esfuerzos deliberados y centrados en resolver el problema. Ítems: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.
- Reevaluación positiva. Esfuerzos dirigidos a crear un significado positivo de la situación y utilizarla como herramienta para el desarrollo personal. Preguntas: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.

	Planificación y diseño del proyecto	Selección de pacientes. Organización de grupos	Evaluación pre-intervención	Sesiones terapéuticas	Evaluación post-intervención	Control	Análisis de datos y redacción
Febrero-junio 2016							
Agosto – diciembre 2016							
Enero –junio 2017							
Junio 2017							
Julio 2017 – junio 2018							
Mayo- junio 2018							
Julio – diciembre 2018							

Tabla 2: Cronograma general del estudio

4.8. Programa terapéutico

Para el tratamiento del estrés en estos pacientes se ha desarrollado un programa terapéutico en el que se trabajará conjuntamente con una enfermera y un psicólogo, con el fin de disminuir el estrés, eliminar malos hábitos de vida, especialmente aquellos relacionados o favorecidos por el estrés, y mejorar los mecanismos de afrontamiento. Para ello se utilizarán diferentes terapias donde se abordarán principalmente el consumo de sustancias nocivas, alteraciones en la dieta causadas por la ansiedad, medidas de relajación y estilos de afrontamiento. Todos estos recursos se utilizarán en su mayor parte en sesiones con grupos reducidos de 8-10 pacientes, dos veces a la semana y durante 45 minutos, para fomentar con ello la expresión de sentimientos, experiencias y problemas, así como el apoyo grupal. De esta forma, se consiguen abordar la intervención de terapia de grupo (5450), el apoyo en la toma de decisiones (5250) y el apoyo emocional (5270).

Por otra parte, se harán también sesiones individuales una vez a la semana durante 30 minutos, para reforzar la asimilación de estas nuevas conductas y pensamientos, y para resolver todas aquellas cuestiones que el paciente prefiera comentar en un ambiente más privado, favoreciendo con ello las dos últimas intervenciones mencionadas anteriormente.

Además, el conjunto de las sesiones tendrá también como objetivo mejorar el bienestar personal y la auto-responsabilidad, para favorecer la toma autónoma de decisiones.

El papel de la enfermera está orientado, principalmente, a la disminución del estrés, utilizando para ello técnicas de relajación, al tratamiento de los hábitos nocivos así como a disminuirlos en situaciones estresantes, y al asesoramiento y recomendaciones dietéticas. Y conjuntamente con el psicólogo, ayudarán a los pacientes a desarrollar estrategias para mejorar el afrontamiento al estrés.

4.8.1. *Apoyo para dejar de fumar (4490), tratamiento por el consumo de sustancias nocivas (4510)*^{18, 19}

Las intervenciones enfermeras dirigidas a este fin tienen como principal objetivo favorecer el abandono de estas sustancias tóxicas por decisión de los propios pacientes, concienciándoles y fomentando la responsabilidad. Para ello se basará principalmente en la educación sanitaria, buscando siempre el compromiso del paciente con la deshabituación.

- Se explicarán las repercusiones del tabaco y el humo en el organismo del individuo que fuma y de los que respiran su humo, y los perjuicios del alcohol y de las drogas en el sujeto, así como los efectos que producen en la gente que los rodea.
- Se comentarán los beneficios de dejar los hábitos, así como las consecuencias sobre el sistema cardiovascular de seguir con él.
- Se explicarán los síntomas del síndrome de abstinencia para que los reconozcan como normales, y se insistirá en que es una situación pasajera y superable.
- Se seguirá un control del tiempo sin fumar, beber o drogarse.

Además se hará en sesiones grupales para facilitar la expresión de las experiencias y sentimientos que ayuden a mantener la motivación y que sirvan de apoyo para el resto. Otro método que se utilizará en sesiones grupales será la introducción a técnicas de relajación, utilizando principalmente la respiración y musicoterapia.

Por otra parte, en el caso de necesitar ayuda para dejarlo, se llevarán a cabo algunas de las estrategias anteriores como la modificación de la conducta, de forma individual.

Finalmente, si no funcionaran estas técnicas, se trabajaría de forma conjunta con el psicólogo para valorar otro tipo de tratamiento, incluido el farmacológico, siempre y cuando el paciente esté completamente comprometido con el propósito de dejarlo y con el estudio.

4.8.2. *Terapia de relajación (6040), técnica de relajación (5880)*²⁰

A parte de los efectos cardiovasculares que se han comentado, el estrés produce otros problemas que afectan al día a día de las personas. Uno de estos problemas es la tensión muscular que genera.

Esta tensión produce dolores musculares, especialmente de espalda y cuello, que a su vez derivan en fuertes cefaleas. Además impide que el cuerpo se relaje y descanse bien por las noches, poniendo a las personas irritables y de mal humor.

Por ello es importante aprender a reducir el estrés, y en estas sesiones se les enseñará a hacerlo.

La terapia de relajación se fundamenta en primer lugar, en enseñar a controlar la respiración. Una vez que los pacientes sean conscientes de ella y aprendan a controlarla,

se les enseñará a realizar respiraciones diafragmáticas profundas, ya que, haciéndose correctamente, ayudan a liberar gran parte de la tensión.

Cuando los pacientes controlen estos aspectos se podrá pasar a un nivel más “profundo”, como pueda ser la meditación, que además de utilizar las respiraciones, se apoyan en el proceso de dejar la mente fluir hasta que se quede en blanco.

Por otra parte, para favorecer la relajación se controlará el ambiente utilizando música relajante, como el sonido de la naturaleza y del mar, aromas dulces y sutiles, y una luz tenue.

Finalmente, se aconsejará el uso de estas técnicas en cualquier momento que el paciente necesite o le apetezca hacerlo, no sólo los días de las sesiones, con el fin de mantener un nivel bajo de estrés. Además se recomendará hacerlo especialmente antes de dormir, ya que con esto se consiguen tratar otras intervenciones como son la mejora del sueño (1850) y la disminución de la ansiedad (5820). Además, con este último, se conseguirá mejorar los aspectos nutricionales que se puedan ver afectados por el estrés y que se tratarán en otras sesiones dirigidas a la alimentación.

4.8.3. *Asesoramiento nutricional (5246) y enseñanza de la dieta prescrita (5614)*

Es frecuente que el estrés afecte al apetito, y en la mayoría de los casos lo aumenta, provocando que la persona coma en exceso.

En el abordaje de este tema, la enfermera tratará de hacer consciente a la persona de que come por un impulso nervioso y no porque lo necesite, para después fomentar y desarrollar comportamientos dirigidos al control de este estímulo. Un aspecto importante en el que se hará hincapié es en el hecho de no reemplazar el comer por otra actividad, aunque sea más sana, dado que no se estaría resolviendo el problema, sino que se estaría cambiando.

Por ello se resaltarán la importancia de que los pacientes sean conscientes de qué conductas son provocadas por el estrés, para aprender a controlarlas. Sin embargo, esta medida por sí sola no sirve, por lo que se complementará con las sesiones de relajación y con algunas de las terapias orientadas a descubrir el “Yo” y la consciencia.

Otro aspecto que se recalcará en este tema, es la importancia de comer de forma saludable y en las horas correspondientes, ya que el estrés diario puede llevar a comer rápido, mal y a cocinar comida más grasa como los fritos, por ser más sencilla y rápida de hacer.

4.8.4. Técnicas para mejorar el afrontamiento (5230)

4.8.4.1. Terapias de aceptación y compromiso (ACT) ^{21,22}

La base de este tratamiento es el análisis funcional y conductual de las emociones, recuerdos y pensamientos de los pacientes. Lo que pretende es conseguir una estabilidad emocional y cognitiva, proponiendo la aceptación en lugar de la evitación y los intentos de control, y trabajando el cambio de aquellas variables que están al alcance del paciente. Sin embargo, como describe Kohlenberg, la aceptación no es lo mismo que la resignación. Significa visualizar el problema, lo que sentimos y pensamos sin rechazarlo ni intentar controlarlo.

Para ello, la ACT se compone de seis fases:

- Fase 1: “Sesión de valoración”. Es la toma de contacto con el paciente.
- Fase 2: “*Desesperanza creativa*”. Se intentan eliminar las conductas de evitación.
- Fase 3: “*El control como el problema*”. Se intenta hacer ver que el control no resuelve el problema.
- Fase 4: “*Construyendo la aceptación. El ‘Yo’ como contexto, y no como contenido*”. Se intenta despertar la consciencia del “Yo”, pasando las acciones, emociones y pensamientos a un segundo plano.
- Fase 5: “*El ‘Yo’*”. En esta fase se evalúan los valores y creencias desde las que actúa el paciente, para determinar si le crean conflicto, y se establecen las “reglas” o “dirección” del cambio, siguiendo los valores del propio paciente que sean más adecuados.
- Fase 6: “*Compromiso y cambio de conducta*”. Se pretende conseguir el compromiso del paciente, siguiendo el camino que él mismo eligió, al cambio de conducta y mentalidad.

Esta intervención trabaja a nivel personal con el paciente, por lo que es uno de las herramientas que se trabajarán en las sesiones individuales, aunque también se podrá hacer referencia a ella en algunas sesiones grupales.

4.8.4.2. Biogestalt ²³.

La terapia Biogestalt fue creada por el psiquiatra español Antonio Asín. Como él mismo explica:

Es una terapia breve, integrativa y armonizadora de los centros Intelectual, Emocional y del Movimiento. Utiliza como elementos primordiales; el desarrollo de la atención, el esfuerzo voluntario y el auto-compromiso, lo que conlleva el aumento de la observación y de la auto-consciencia, con el fin de lograr niveles más altos de Conciencia hasta la Visión Cabal o Atención Pura.

Esta terapia, utiliza la energía del cuerpo como herramienta para conectar con la parte emocional, y con ello conducir a la mente a la percepción objetiva de propio ser. A diferencia de la ACT, es un método que se utilizará en las sesiones.

4.8.4.3. Terapia cognitivo-conductual ^{18, 19}.

Es una combinación de las terapias cognitivas con las conductuales, utilizando las dos para conseguir un cambio y una mejora más rápida y completa.

Las terapias conductuales se basan en los distintos tipos de aprendizaje como herramienta para cambiar el comportamiento ante determinadas situaciones, sin profundizar en las causas internas que provocan esa conducta. Para ello, de forma general, se utilizan estrategias de refuerzos positivos, para apoyar las conductas que el terapeuta trata de desarrollar en el paciente, y negativos, para eliminar las conductas indeseadas.

Existen varias terapias dentro de este gran grupo, siendo algunas de ellas la:

- Terapia de recondicionamiento, entre las que destacan las técnicas de implosión o la desensibilización sistémica. La primera consiste en enfrentar directamente al sujeto con el estresor, y evitar las conductas de evitación. La segunda se basa en eliminar el estrés utilizando mecanismos antagónicos a éste, frente a las situaciones que lo provocan. Para ello se presenta de forma gradual el estresor, se utilizan refuerzos positivos y se entrenan técnicas de relajación.
- Técnicas operantes, que se fundamentan en que la conducta se rige por las consecuencias, por lo que se utilizarán las estrategias de refuerzo antes explicadas. Una de las técnicas más frecuentes es el entrenamiento asertivo, que sigue esta misma línea de trabajo.

Las terapias cognitivas se apoyan en que el problema está en los pensamientos y en la interpretación que hace el sujeto de las situaciones, y en que cambiando esto, se puede conseguir una reacción emocional y psicológica más adaptativa. Por lo tanto, se trabajará sobre las creencias erróneas y los estilos de conducta pasivos y agresivos.

Algunas de las terapias cognitivas pueden ser:

- Reestructuración cognitiva, en la que se pretende ayudar al paciente a identificar cuáles son esas creencias erróneas y pensamientos irracionales y negativos que le afecten, y se le enseña como corregirlas.
- Técnicas de solución de problemas, donde se trabaja con el paciente para enseñarle a definir el problema, a pensar en distintas posibilidades para su solución, establecer objetivos reales y alcanzables y fomentar la toma de decisiones.

4.9. Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se usará el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for The Social Sciences), con el fin de obtener información sobre las fuentes más frecuentes de estrés en este tipo de pacientes, los estilos de afrontamiento e identificar la magnitud de los síntomas cardiovasculares que puedan predisponer la recidiva de IAM, así como comparar los datos antes y después del tratamiento, para observar los cambios y valorar con ello la eficacia del programa.

4.10. Consideraciones éticas

4.10.1. Protección de datos.

Este proyecto, siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Protección de datos de Carácter Personal, garantiza y protege los datos personales recogidos durante el estudio, comprometiéndose por escrito a no revelar ni utilizar dicha información con otro fin distinto al del estudio (anexo 6).

Asimismo, se informará de forma verbal y escrita a los pacientes de todos los aspectos relacionados con el programa de estudio y de sus objetivos (anexo 7) y se pedirá su permiso y participación, en forma de consentimiento informado (anexo 8).

Por otra parte, se garantizará el cumplimiento de la Declaración de Helsinki, cuyo principio básico es el respeto por los individuos sometidos al estudio, por su derecho de la toma libre de decisiones tras haber sido informados, y su bienestar por encima de los intereses del estudio.

4.10.2. Permisos

Para poder realizar este estudio se pedirá permiso al Hospital Universitario de Canarias para poder recoger información sobre los ingresos en las unidades de Cardiología y Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, con el fin de seleccionar los pacientes susceptibles de estudio, y para disponer de una sala de reuniones donde llevar a cabo las sesiones del programa psicoeducativo (Anexo 9).

4.11. Presupuesto

Este es un presupuesto necesario para llevar a cabo el proyecto de investigación durante los 35 meses de duración. Para su financiación se pedirá una ayuda a la Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) (Anexo 10).

	Cantidad	Gasto	Tiempo	Total
Recursos humanos				8.750 €
Investigadores principales	2 personas	250 € (por persona)	35 meses	8.750 €
Recursos materiales (variables)				576 €
Papelería, útiles e Impresión	2.000 folios	4 € (c/ paquete 500 folios) / 0,03 € (por folio impreso)		76 €
Equipos electrónicos (ordenador, proyector...)				500 €

Tabla 3: Coste estimado del proyecto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Mayo 2014 [acceso 22 marzo 2016]. Las 10 causas principales de defunción en el mundo [4 pantallas; 5 páginas]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/index2.html>
2. Canarias tiene el mayor índice de mortalidad por cardiopatía isquémica. Médica de Cardiología [internet] 2010 [acceso 22 marzo 2016]; (9): [1 página]. Disponible en: <http://cardiologia.publicacionmedica.com/spip.php?article152>
3. O'Donnell CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Revista Española de Cardiología [internet] 2008 [acceso 28 marzo]; 61 (3): [14 pág. Aprox.]. disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/cardiovascular-disease-epidemiology-and-risk/articulo/13073893/?esMedico=1>
4. Dirección General de Innovación Sanitaria. Guía de Recomendaciones Clínicas. Cardiopatía Isquémica. Actualización. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad; 2012.
5. Eagleston JR, Chesney MA, Rosenman RH. Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: el patrón de comportamiento tipo A como ejemplo. Rev Latinoam Psicol. 1988; 20 (1): 81-89.
6. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Psicología social de la salud. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Manual de psicología social de la salud. Madrid; Síntesis; 2008. P. 15-39.
7. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. El estrés y su afrontamiento. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Manual de psicología social de la salud. Madrid; Síntesis; 2008. P. 41-67.
8. Cuartas Murillo V, Escobar Zuluaga A, Lotero García EV, Lemos Hoyos M, Arango Lasprilla JC, Rogers H. Factores psicosociales implicados en la cardiopatía isquémica. CES Psicología. 2008; 1 (2): 20-40.
9. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Estrés y enfermedad. Rodríguez-Marín J, Neipp López MC. Manual de psicología social de la salud. Madrid; Síntesis; 2008. P.69- 99.
10. Valdés M, De Flores T. Psicobiología del estrés. Concepto y estrategias de investigación. Barcelona; Martínez Roca, S. A. 1985.
11. Hall JE. Tratado de Fisiología médica. 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
12. Barrett KE, Barman SM, Boitano S, Brooks HL. Ganong, Fisiología médica. 23ª ed. De León Fraga J, editor. México: McGraw Hill; 2010.

13. NANDA International. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015.
14. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). 5º edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM, editores. Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
16. González Llaneza FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Ciencias médicas; 2007.
17. Fernández Martínez ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional [tesis doctoral]. Universidad de León; 2009.
18. Froufe Torres M, coordinador. Psicología de la salud. Madrid: Thomson Learning; 2001.
19. Myers DG. Psicología. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
20. Siquia [internet]. Dolores Mas M; agosto 2015 [acceso 19 mayo 2016]. Tipos de ejercicios de relajación. Ideas para escoger el mejor en cada momento [13 pantallas]. Disponible en: <http://www.siquia.com/2015/08/tipos-de-ejercicios-de-relajacion-ideas-para-escoger-el-mejor-en-cada-momento/>
21. Ferro García R. Aplicación de la terapia de aceptación y compromiso en un ejemplo de evitación experimental. Psicothema [internet]. 2000 [acceso 9 mayo 2016]; vol. 12 (13): [445-450]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/355.pdf>
22. Kohlenberg Rj, Tsai M, Ferro García R, Valero Aguayo L, Fernández Parra A, Virués-Ortega J. Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. International Journal of Clinical and Health Psychology [internet]. 2005 [acceso 9 mayo 2016]; vol. 5 (2): [349-371]. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-149.pdf
23. Asociación Española de la Terapia Biogestalt [internet]. Santa Cruz de Tenerife. Así A. [citado el 9 mayo 2016]. Qué es la Biogestalt; [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.terapiabiogestalt.com/biogestalt.html>

ANEXO 1

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Marjory Gordon

1. Percepción – manejo de la salud			
Alergias:	Sí	No	Descripción último evento cardiovascular causante de ingreso:
Antecedentes personales:			
Enfermedades coexistentes:			
Tratamiento actual:			Observaciones:
Cumplimiento terapéutico:	Sí	No	
Consumo tabaco:	Sí	No	
- Cantidad/frecuencia:			
Consumo alcohol:	Sí	No	
- Cantidad/frecuencia:			
Consumo drogas:	Sí	No	
- Cantidad/frecuencia:			
- ¿Lo relaciona con el estrés?:	Sí	No	

2. Nutricional - metabólico			
Talla (cm):	IMC (kg /m²)		Observaciones:
Peso (kg):			
Ingesta de alimentos:	Normal	Exceso	Déficit
Restricciones dietéticas:	Sí	No	
- Especificar:			

Cumplimiento de la dieta prescrita: Sí No - Motivo de incumplimiento:	
Alteraciones en el apetito: No Aumento Disminución - ¿Lo relaciona con el estrés?: Sí No	

3. Eliminación
Observaciones:

4. Actividad - ejercicio	
Estilo de vida: Sedentario Activo - Síntomas durante la actividad física:	Observaciones:
Valoración del estado cardiovascular: - Síntomas: - ¿Lo relaciona con el estrés?: Sí No	

5. Sueño - descanso	
Alteraciones del sueño: Sí No - Especificar: - ¿Lo relaciona con el estrés?: Sí No	Observaciones:

6. Cognitivo - perceptivo	
Síntomas frecuentes: - ¿Lo relaciona con el estrés?: Sí No	Observaciones:
Alteraciones cognitivas (problemas en la toma de decisiones, en la concentración...):	
Alteraciones de la conducta (irritabilidad, agitación,	

intranquilidad...):	
---------------------	--

7. Autopercepción - autoconcepto	
Cambios frecuentes en el estado de ánimo: Sí No - ¿Lo relaciona con el estrés?: Sí No	Observaciones:
Capacidad de relajación: Sí No	

8. Rol - relaciones	
¿Con quién vive?: Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Estructura familiar: Normal Alterada Problemas en la familia: Sí No Apoyo familiar: - ¿Quién?:	Observaciones:
Trabajo: Empleado Desempleo Pensionista - Situación económica: Precaria Estable	

9. Sexualidad - reproducción
Observaciones:

10. Adaptación – tolerancia al estrés	
Situaciones estresantes en los últimos 6 meses: - Descripción: - ¿Ha hecho algo para cambiar la situación?: Cambio importante en los últimos dos años: - Descripción:	Observaciones:

Situación estresante previa al IAM: Sí No - Descripción:	
¿Cómo está la mayor parte del tiempo?: Tenso Relajado - ¿Qué hace para relajarse?: - ¿Toma algo para relajarse?:	

11. Valores - creencias
Observaciones:

ANEXO 2

Cuestionario de estrés percibido de Sanz-Carrillo y otros

Nombre:

Sexo:

Edad:

Instrucciones: conteste las 30 preguntas que siguen según la frecuencia en la que se dan en su vida. Se puntúa:

1= casi nunca

2= a veces

3= a menudo

4= casi siempre

En la columna de la izquierda se da una respuesta en general, referida al último año o los dos últimos años de su vida. En la columna de la derecha se da una respuesta reciente, referida al último mes.

En general	Preguntas	Reciente
	1. ¿Se siente descansado?	
	2. ¿Siente que se le hacen demasiadas peticiones?	
	3. ¿Está irritable?	
	4. ¿Tiene demasiadas cosas que hacer?	
	5. ¿Se siente solo o aislado?	
	6. ¿Se encuentra sometido a situaciones conflictivas?	
	7. ¿Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan?	
	8. ¿Se siente cansado?	
	9. ¿Teme que no pueda alcanzar todas sus metas?	
	10. ¿Se siente tranquilo?	
	11. ¿Tiene que tomar demasiadas decisiones?	
	12. ¿Se siente frustrado?	
	13. ¿Se siente lleno de energía?	
	14. ¿Se siente tenso?	
	15. ¿Sus problemas parecen multiplicarse?	
	16. ¿Siente que tiene prisa?	
	17. ¿Se siente seguro y protegido?	

	18. ¿Tiene muchas preocupaciones?	
	19. ¿Está bajo la presión de otras personas?	
	20. ¿Se siente desanimado?	
	21. ¿Se divierte?	
	22. ¿Tiene miedo al futuro?	
	23. ¿Siente que hace cosas por obligación y no porque quiera hacerlas?	
	24. ¿Se siente criticado o juzgado?	
	25. ¿Se siente alegre?	
	26. ¿Se siente agotado mentalmente?	
	27. ¿Tiene problemas para relajarse?	
	28. ¿Se siente agobiado por la responsabilidad?	
	29. ¿Tiene tiempo suficiente para usted?	
	30. ¿Se siente presionado por los plazos de tiempo?	

ANEXO 3

Test de vulnerabilidad al estrés de L. H. Miller y A. D. Smith

Nombre:

Sexo:

Edad:

Instrucciones: Califique cada pregunta con puntuaciones según la frecuencia con que usted realice cada una de estas afirmaciones:

1= siempre

2= casi siempre

3= frecuentemente

4= casi nunca

5= nunca

Preguntas	Puntuación
1. Hago por lo menos una comida caliente al día	
2. Por lo menos cuatro noches a la semana duermo de 7 a 8 horas.	
3. Doy y recibo afecto regularmente	
4. En 80,5 km a la redonda poseo, por lo menos, un familiar en el que puedo confiar	
5. Por lo menos dos veces a la semana hago ejercicios hasta sudar	
6. Fumo menos de media cajetilla de cigarros al día	
7. Tomo menos de 5 vasos (de bebida alcohólica) a la semana	
8. Tengo el peso apropiado para mi estatura	
9. Mis ingresos satisfacen mis gastos fundamentales	
10. Mis creencias me hacen fuerte	
11. Asisto regularmente a actividades sociales	
12. Tengo una red de amigos y conocidos	
13. Tengo uno o más amigos a quienes puedo confiarles mis problemas personales.	
14. Tengo buena salud (es decir, mi vista, oído, dentadura, etc. está en buenas condiciones).	
15. Soy capaz de hablar abiertamente sobre mis sentimientos cuando me siento irritado o preocupado	
16. Hablo regularmente sobre problemas domésticos (es decir, sobre	

tareas del hogar, dinero, problemas de la vida cotidiana) con las personas que conviven conmigo	
17. Por lo menos una vez a la semana hago algo para divertirme	
18. Soy capaz de organizar racionalmente mi tiempo	
19. Tomo menos de tres tazas de café (o de té o refresco de cola) al día	
20. Durante el día me dedico a mí mismo un rato de tranquilidad	
TOTAL	

ANEXO 4

Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés de D. Zaldívar Pérez.

Nombre:

Edad:

Sexo:

Instrucciones: Señale con la puntuación que corresponda, la frecuencia de las siguientes preguntas. No hay respuestas buenas o malas, se trata de que usted identifique lo que ha estado sintiendo durante los últimos 6 meses. Trate de responder lo más preciso posible.

0= Nada frecuente

1= Poco frecuente

2= Medianamente presente

3= Frecuentemente presente

4= Muy frecuentemente presente

Preguntas	Puntuación
1. Tendencia a sufrir dolores de cabeza	
2. Sensación de malestar y tensión	
3. Sentirse cansado la mayoría del tiempo, aun después de dormir	
4. Sensación de falta de energía o de impulso en la realización de las tareas diarias	
5. Trastornos del sueño, como pesadillas, etc.	
6. Mostrar excesiva sensibilidad ante eventos cotidianos	
7. Concentrarse en aspectos negativos del futuro o pasado	
8. Prestar excesiva atención a los procesos orgánicos tales como: latidos del corazón, respiración, etc.	
9. Tomar a nivel personal todo lo que sale mal	
10. Dificultad para concentrarse y fijar la atención en actividades que así lo requieren.	
11. Sentir ansiedad o temor sin motivos aparentes	
12. Dificultad para tomar decisiones	
13. Sentir que se está perdiendo el control sobre situaciones	

importantes de la propia vida	
14. Estar preocupado por algo	
15. Sufrir la presencia de pensamientos poco deseados de manera compulsiva	
16. Esperar que suceda lo peor sin razón para ello	
17. Sentir que los propios recursos son insuficientes para afrontar las situaciones	
18. Presencia de síntomas como: sudores, taquicardias, sensación de ahogo	
19. Sentir falta de motivación para emprender las tareas laborales	
20. Presentar trastornos en el área sexual (falta de deseos, impotencia, frigidez, etc.)	
TOTAL	

ANEXO 5

Escala de afrontamiento de Lazarus

Nombre:

Edad:

Sexo:

Instrucciones: Lea por favor cada una de las preguntas que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actúa en cada uno de ellos.

0= en absoluto

1= en alguna medida

2= bastante

3= en gran medida

Preguntas	Puntuación
1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso)	
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada	
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	
9. Me critiqué o me sermoneé a mí mismo	
10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta	
11. Confié en que ocurría un milagro	
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)	
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	

14. Intenté guardar para mí mis sentimientos	
15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno	
16. Dormí más de lo habitual	
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema.	
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	
19. Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor	
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo	
21. Intenté olvidarme de todo	
22. Busqué la ayuda de un profesional	
23. Cambié, maduré como persona	
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada	
25. Me disculpé o hice algo para compensar	
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí	
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería	
28. De algún modo expresé mis sentimientos	
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré	
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones	
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado	
35. Intenté no actuar demasiado de prisa o dejarme llevar por mi primer impulso	
36. Tuve fe en algo nuevo	
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida	
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien	
40. Evité estar con la gente	
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo	
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio	

45. Le conté a alguien cómo me sentía	
46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería	
47. Me desquité con los demás	
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar	
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	
50. Me negué a creer lo que había ocurrido	
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez	
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema	
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto	
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas	
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	
56. Cambié algo en mí	
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	
59. Fantaseé e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas	
60. Recé	
61. Me preparé mentalmente para lo peor	
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría	
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo	
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas	
66. Corrí o hice ejercicio	
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo)	
TOTAL	

Anexo 6

Compromiso de confidencialidad y protección de datos

Seguendo la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos de Carácter Personal, el equipo se compromete a no divulgar su identidad ni sus datos, ni utilizarlos con otro objetivo distinto al mencionado.

A parte de los datos facilitados por Ud., el equipo de investigación tendrá acceso a su historial clínico para garantizar la fiabilidad de los datos analizados en el estudio.

Los resultados de este trabajo podrían ser expuestos ante la comunidad científica o en publicaciones, responsabilizándose los investigadores de que su identidad no aparezca en ninguno de los informes.

Anexo 7

Hoja informativa

El presente proyecto, llamado “Programa Terapéutico orientado a la Disminución del Estrés y otros Factores de Riesgo en pacientes con Infarto Agudo de Miocardio”, es un estudio en el que se tratará el estrés y los hábitos de vida nocivos relacionados con él, para conseguir disminuir la sensación de estrés y eliminar esos hábitos, con el fin último de disminuir las probabilidades de volver a sufrir un infarto de miocardio.

Este tratamiento consiste en distintas sesiones terapéuticas en las que se tratará de abordar los malos hábitos, especialmente aquellos causados por el estrés, y aprender a controlarlos y eliminarlos. También se enseñarán y mejorarán las distintas formas de afrontar las situaciones estresantes y cómo adaptarse a ellas para disminuir su efecto en el organismo.

Por último, con el fin de conocer los datos necesarios para el estudio así como su percepción personal sobre el estrés y sus repercusiones, se le pasará en distintos momentos diversas encuestas.

En todo momento Ud. estará en contacto con personal sanitario cualificado, garantizando así su seguridad.

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Si decidiese dejar de participar, tiene el derecho de rescindir su consentimiento y abandonar el proyecto sin necesidad de dar explicaciones y sin que este hecho repercuta en Ud.

Anexo 8

Consentimiento informado

Se me han entregado los documentos de “*hoja informativa*” y de “*compromiso de confidencialidad y protección de datos*”, en la que se explica las bases y la estructura del proyecto, y se garantiza la protección de mis datos personales.

He leído dichas hojas y considero que tengo toda la información que necesito, y se me ha permitido exponer todas las dudas sobre el estudio a los investigadores.

Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo revocar este consentimiento si así lo considero, sin necesidad de explicaciones y sin que ello me afecte de ninguna manera.

Así, yo _____ con DNI _____ presto libremente mi conformidad de participación en este estudio, el _____ de _____ del 201_.

Firmado:

Anexo 10

Solicitud de Ayuda para Proyectos de Investigación de Enfermería FUNCIS

DOCUMENTO 1		EXPEDIENTE FUNCIS ENF ___/16
CONVOCATORIA PROYECTOS DE INVESTIGACION DE ENFERMERÍA		
SOLICITUD DE AYUDA		

Nombre y apellidos

NIF

Dedicación al proyecto (horas/semana):

Titulación académica:

Categoría Profesional:

Actividad:

Organismo:

Centro:

Servicio/ Departamento/Unidad

Dirección:

Código Postal:

Provincia:

Teléfono:

Fax:

Teléfono Móvil:

Correo electrónico

Título Proyecto:

Duración: (meses)

Nº Investigadores:

PRESUPUESTO (en euros)	1ª Anualidad	2ª Anualidad	Total
Personal contratado			
Material inventariable			
Material fungible			
Viajes y dietas			
Otros gastos			
TOTAL			

HAGO CONSTAR (señalar lo que proceda):

Que no hemos recibido ayudas o subvenciones con el mismo objeto de cualquier Administración o Ente Público.

Que son ciertos todos los datos que figuran en esta solicitud, así como en la documentación adjunta.

Que acepto las condiciones de la política de Protección de Datos reseñada en este formulario.

En _____, a _____ de _____ de 2014.

Investigador principal	Coordinador Investigación SCS	Gerente o Director del Centro
<i>Nombre:</i>	<i>Nombre:</i>	<i>Nombre:</i>
<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>	<i>DNI:</i>