



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2019-2021

Trabajo Fin de Máster

**Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el
manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica**

Autora: Laura Muñoz Heredia

Tutor: Carlos J. van-der Hofstadt Román

Convocatoria: Junio 2021.

RESUMEN.

Antecedentes: La presencia de estrés es habitual en las personas que presentan una enfermedad crónica, sin que normalmente se intervenga en este sentido desde la atención sanitaria en el tratamiento de éstos pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica. **Método:** La muestra constó de un total de 30 sujetos que participaron de forma voluntaria en el estudio. El programa de intervención, de 4 sesiones, aborda temas como la psicoeducación sobre la enfermedad crónica y el estrés, la motivación y las emociones, los pensamientos asociados y la solución de problemas, utilizando diversas técnicas como la relajación muscular progresiva de Jacobson, el Mindfulness, la visualización y la psicoeducación. Se utilizó un diseño cuasi-experimental y longitudinal de grupo único de tipo medidas repetidas, centrado en dos medidas, la primera antes de realizar el programa y la segunda tras finalizar el programa. **Resultados:** Los resultados reflejan presencia de sintomatología en las variables de ansiedad y estrés percibido, y en menor grado en sintomatología depresiva. Finalmente, tras la aplicación del programa se observan reducciones en estrés y ansiedad significativas a nivel estadístico en hombres. **Conclusiones:** Este estudio parte de la necesidad de asistencia de los aspectos emocionales de los pacientes crónicos, sobre los que se ha aplicado un programa breve de intervención psicológica con resultados favorables.

PALABRAS CLAVE.

Estrés, Ansiedad, Depresión, Enfermedad crónica, Programa Cognitivo Conductual.

ABSTRACT

Background: The presence of stress is common in people with a chronic disease, but normally health care doesn't intervene in that sense. The objective of this study was to evaluate the efficacy of a cognitive behavioral program on stress management in patients with chronic disease. **Method:** The sample consisted in a total of 30 subjects who participated voluntarily in the study. The intervention program (4 sessions), talk about topics such as psychoeducation on chronic illness and stress, motivation and emotions, associated thoughts and problem solving, using several techniques such as Jacobson's progressive muscle relaxation, Mindfulness, visualization and psychoeducation. It was used a quasi-experimental and longitudinal design of repeated measures type, focused on two measures, the first one before starting the program and the second one after finishing the program. **Results:** The results reflect the symptomatology in variables such as anxiety and perceived stress, less remarkable in depressive symptoms. Finally, after applying the program, statistically significant reductions in stress and anxiety are observed in men. **Conclusions:** This study is based on the need for assistance in the emotional aspects of chronic patients, on whom a short program of psychological intervention has been applied with favorable results.

KEY WORDS

Stress, Anxiety, Depression, Chronic Disease, Cognitive-Behavioral Program

1. INTRODUCCIÓN

El estilo de vida propio de los países desarrollados, junto con el envejecimiento de la población, supone en la actualidad un reto para la salud, en la que los pacientes crónicos y pluripatológicos ocupan gran parte del tiempo de los profesionales de la salud (Frenk, 2016).

Las cifras que arroja el Informe del Sistema Nacional de la Salud (Observatorio SNS, 2018), reflejan que aumenta la carga de enfermedades crónicas en la población adulta, afectando a casi el 20% de la población de más de 65 años de edad. Los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población adulta son la hipertensión arterial, el dolor de espalda lumbar, la hipercolesterolemia, la artrosis y el dolor cervical crónico. La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes mantienen una evolución ascendente en España: desde 1993, la hipertensión ha pasado de afectar al 11.2% de la población adulta al 19.8%, la diabetes del 4.1% al 7.8%, la hipercolesterolemia del 8.2% al 19.9% (Observatorio SNS, 2018).

Podemos entender la enfermedad crónica como un proceso patológico de larga duración y, por lo general, de progresión lenta. Entre estas destacan las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, relacionadas con el 63% de las muertes (Observatorio SNS, 2018).

Este tipo de patologías requieren de tratamientos de larga duración o a largo plazo para su adecuada evolución y control, tratamientos que, además, deben mantenerse de manera sistemática durante toda la vida del paciente y exigen un comportamiento responsable y persistente.

Dichas enfermedades implican cambios mayores en amplios espectros de la vida de una persona, alterando las rutinas y las actividades cotidianas (Hanson y Gluckman,

2011). Las enfermedades crónicas no transmisibles son perdurables, tienen síntomas no constantes y con frecuencia involucran alguna discapacidad, las personas pueden sentirse bien o mal en ocasiones, pero nunca están totalmente sanas (Grau, 2013)

Si evaluamos la enfermedad crónica desde un enfoque biopsicosocial, es un acontecimiento estresante. El estrés es una respuesta común ante un diagnóstico crónico (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Toda enfermedad crónica resulta estresante, ya sea por la misma enfermedad o por sus consecuencias. Así, entre los factores propios de la enfermedad crónica están: problemas físicos derivados de la enfermedad y los tratamientos, necesidad de tomar decisiones ante situaciones estresantes y controlar sus emociones, la necesidad de conservar adherencia terapéutica; los problemas que derivan de la rehabilitación física, los problemas vocacionales y laborales que se derivan de la relativa incapacidad funcional o de las secuelas, los problemas de interacción social con familiares y profesionales, los problemas de autoimagen y autoestima, los retos del reajuste de metas y motivaciones, los problemas de comunicación y ajuste en un nuevo entorno, y, por supuesto, la amenaza potencial a la vida y el miedo a la muerte (Grau, 2016).

Además, esta respuesta de estrés puede convertirse en un agravante del propio proceso patológico, dado que si la presencia de la enfermedad genera estrés, también el estrés tiene como consecuencia en muchas ocasiones un agravamiento o reagudización de la enfermedad (Rodríguez y Zurriaga, 1997).

Para mejorar el manejo del estrés ante la enfermedad crónica, desde 1971 se utilizan programas psicológicos de intervención orientados a la solución de problemas (D'Zurilla y Godfried, 1971; D'Zurilla y Nezu, 1999) a la reducción del estrés (Butler y Meichenbaum, 1981; Rivas Estany y Hernández García, 2016) o al entrenamiento en habilidades de enfrentamiento en personas que padecen enfermedades crónicas (Arnal,

2005; Peralta-Ramirez, Robles-Ortega, Navarrete-Navarrete y Jiménez Alonso, 2009; Gavidia, Nataly, Palacios y José, 2016).

La finalidad de estos programas y variaciones, se centra en que la persona enferma disponga de diferentes formas de enfrentarse a la enfermedad que padece, buscando una reducción de los aspectos fisiológicos característicos de estrés disminuyendo la ansiedad y otras emociones negativas presentes.

Además de los programas generales para afrontamiento del estrés ante la enfermedad crónica, también se han desarrollado programas orientados hacia enfermedades específicas. En este sentido, son numerosos los programas de intervención psicológica dirigidos a pacientes de rehabilitación cardíaca (García, Lago, Oquendo y Rivas Estany, 2014; Martín, Boada, Lapresa Ortun y Auñón, 2015; Royo-Bordonada et al., 2016), existiendo también en otras áreas como el dolor crónico (van der Hofstadt, Leal-Costa, Alonso-Gascón y Rodríguez- Marín, 2017) o la enfermedad inflamatoria intestinal (Bernabeu et al., 2021)

Del análisis de estos programas encontramos que la mayoría se priorizan al trabajar el entrenamiento físico, nutrición y hábitos de vida saludable (Paz y de Rosende Celeiro, 2016). También incluyen técnicas para el manejo del estrés, solución de problemas, relajación y corrección de pensamientos distorsionados o irracionales, como se refleja en un meta-análisis llevado a cabo por Gellis y Kang-Yi (2012).

En lo referente al estrés, se considera que éste es un proceso biológico reflejo que funciona de manera automática, con lo que es posible explicar las reacciones fisiológicas producto de la ansiedad donde, a diferencia del estrés, es necesaria la intervención del pensamiento y la búsqueda de alternativas, lo que lleva a evaluar una situación como peligrosa o no (Butler y Meichenbaum, 1981). Esto permite plantear el estrés como las demandas que exigen utilizar todos los recursos que un sujeto posee, o

que exceden los recursos del mismo, o bien que son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato.

Existen distintos tipos de técnicas de relajación que podemos utilizar como las observacionales (darse cuenta del estado físico y mental a nivel corporal y psicológico) o de tipo cognitivo (por ejemplo: técnicas de visualización, mindfulness), pero entre las que destacan para disminuir la ansiedad en adultos encontramos las siguientes: el Mindfulness (disminuir del estrés basado en la atención plena), la Relajación muscular progresiva de Jacobson (elimina la tensión residual), el Método Silva o relajaciones con visualización (imágenes relajantes), el entrenamiento autógeno de Schultz (induce sensaciones y pensamientos agradables), y las técnicas de respiración (control voluntario de la respiración). Caminar o hacer ejercicio (ayuda a adelgazar las preocupaciones de nuestra mente), escuchar música relajante (conservar la tranquilidad de conectar con nuestro yo), como actividades que pueden contribuir a disminuir la tensión. Es por ello que el uso de estas técnicas de relajación mejorara el autocontrol en el manejo de la ansiedad (Morales Méndez y Ramos Yancee, 2019).

En un meta análisis que se hizo sobre las evidencias de la efectividad de la terapia de relajación para disminuir la ansiedad en adultos, se encontró que la terapia de relajación es efectiva para disminuir la ansiedad en personas adultas y que, dentro de estas, la técnica de relajación progresiva de Jacobson y la relajación aplicada, son las de mayor efectividad (Morales Méndez y Ramos Yancee, 2019).

El paciente con enfermedad crónica frecuentemente presenta estrés producto del desconocimiento de la enfermedad que padece, dado que, o bien genera falsas expectativas (positivas o negativas) respecto a la enfermedad que padece, o se siente solo y con falta de apoyo. En este sentido, la psicoeducación es también un componente importante en la mayoría de los programas, pues mediante ella suele entrenarse a los

enfermos en habilidades para el manejo del estrés (Martire, 2005) a partir de la reducción de la atención al evento que puede generarlo y el cambio en la forma en la que este se asume (Larsen y Christenfield, 2011)

Otras intervenciones terapéuticas buscan promover la salud a través de la autorregulación por medio del entrenamiento en el reconocimiento de estados mentales y la sensación de control sobre el cuerpo y el comportamiento, que son útiles en las condiciones de estrés psicológico que con frecuencia se presenta en las enfermedades crónicas no transmisibles (Senders y cols., 2012; Grau, 2013).

Cabe destacar la relevancia que actualmente están cobrando los programas multicomponentes por su eficacia en la reducción de síntomas negativos atribuidos a diferentes enfermedades crónicas. Uno de los ejemplos es un programa de intervención grupal multicomponente para dolor crónico en que se ha visto como hay una disminución de la percepción del dolor, aumentando la calidad de vida en su componente físico, mejorando la autoeficacia en todas sus dimensiones y la cantidad y alteraciones del sueño (van-der Hofstadt et al. 2017).

Otro ejemplo del programa multicomponente es el estudio realizado sobre pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal por Bernabeu y colaboradores, en el que se obtienen resultados en los que se observa una mejora en los niveles de ansiedad y depresión, en el estrés percibido general y en la calidad de vida del paciente tras la aplicación de un programa cognitivo conductual grupal (Bernabeu et al., 2021).

Por ello, consideramos importante la realización de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica, en primer lugar, para ofrecer un recurso más al paciente con enfermedad crónica, que mejore su calidad de vida y, en segundo lugar, para evaluar su eficacia como tal.

El objetivo general de este trabajo es evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual multicomponente grupal, en términos de la reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en un grupo de pacientes crónicos de diversas patologías, participantes de un programa para la mejora del control del estrés del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Los objetivos específicos del trabajo serían los siguientes:

- Evaluar los niveles de estrés de una muestra de pacientes crónicos del HGUA.
- Evaluar los niveles de depresión de ansiedad y depresión de una muestra de pacientes crónicos del HGUA.
- Evaluar la eficacia de un programa de intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés en pacientes crónicos en términos de reducción del estrés, ansiedad y depresión.

En relación a la hipótesis planteada en el siguiente estudio, esperamos que tras realizar el programa de intervención mencionado anteriormente los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los pacientes participantes en el programa disminuyan de forma significativa con respecto a la primera medida realizada antes de realizar el programa.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Se plantea un estudio piloto con reclutamiento de pacientes que participaron en el programa de intervención cognitivo-conductual durante el periodo comprendido entre septiembre y diciembre de 2020. Participaron un total de 33 personas, con una muerte experimental de 3 sujetos, por lo que la muestra final se queda reducida a 30 personas que hicieron únicamente el pre-test y 19 que hicieron el pre-test y el post-test.

La muestra de pacientes con enfermedad crónica son pacientes del Hospital General Universitario de Alicante derivados de los diferentes servicios del hospital que acuden a los grupos de control del estrés que se realizan desde la Unidad de Psicología Hospitalaria.

Para poder participar en el estudio, los sujetos deberían de cumplir todos los criterios de inclusión que se describen a continuación:

- a) Participación en todas las sesiones del programa de manejo del estrés en la enfermedad crónica.
- b) Edad mayor de 18 años.
- c) Autonomía suficiente para rellenar las pruebas aplicadas.
- d) Aceptación libre de participar en el estudio, con consentimiento informado por escrito.

Se excluyeron del estudio aquellos sujetos que no cumplían con uno o más de los criterios de exclusión descritos a continuación:

- a) Sujetos con capacidades disminuidas para dar su consentimiento informado.
- b) Sujetos que presenten enfermedad mental grave en fase aguda.

2.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS

Las variables sociodemográficas que se recogieron en el estudio fueron las siguientes: el género de los participantes, siendo hombre o mujer, el tipo de enfermedad que padecían, en este caso, se intentó abordar todas las enfermedades de carácter crónico, como pueden ser de tipo cardiológica, endocrina, reumatológica, dolor crónico, obesidad mórbida y la opción de otros si no se padecía ninguna de las anteriores. La edad se agrupó en diferentes rangos, de 18-30 años, de 31-45 años, de 46-60 años y por último de 61 – 70 años. En relación al estado civil se contemplaron las categorías soltero/a, casado/a-pareja estable, separado/a-divorciado/a y viudo/a, también se contempló el número de hijos/as en 0,1,2 y 3 o +, y el nivel de estudios, considerándose una persona sin estudios, con estudios primarios, secundarios y universitarios y por último la actividad laboral contemplando las categorías de inactivo/a, paro/erte, activo/a, incapacidad laboral y teletrabajo.

Las variables investigadas serán la ansiedad, la depresión y el estrés percibido en un grupo de pacientes crónicos y sus valores antes y después de la intervención.

Para la medida de la ansiedad y la depresión se utilizó la *Escala HAD* (Hospital Anxiety and Depression Scale), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Zigmond y Snaith, 1983), en su adaptación española de Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986) (Terol et al., 2007). Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems en el que la intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de tipo Likert de cuatro puntos (rango 0-3). El rango de puntuación para las variables ansiedad y depresión es de 0-21. Para las subescalas de ansiedad y depresión se considera que las puntuaciones obtenidas entre cero y siete indican la ausencia de la sintomatología, entre ocho y diez, caso dudoso y mayor a once, presencia de un problema clínico.

Para la medida del estrés percibido por los sujetos, utilizamos el *Cuestionario de Estrés Percibido (PSQ)* (Levenstein, 1993; Kocalevent et al., 2007), en su adaptación de Sanz Carrillo y cols., (2002) que evalúa los factores que influyen en el estado de salud general concretamente el estrés. Evalúa seis factores: Tensión-Inestabilidad-Fatiga; Aceptación Social de Conflictos; Energía y Diversión; Sobrecarga; Satisfacción para autorrealización; Miedo y ansiedad.

El cuestionario consta de 30 ítems a contestar según la frecuencia que se dan en su vida desde el 1 “casi nunca” a 4 “casi siempre”. Los ítems invertidos en la escala son los ítems 1,7,10,13,17,21,25 y 29.

Los instrumentos de medida utilizados en esta investigación fueron recogidos en un cuaderno de recogida de datos (CRD), en el que se incluye la tabla de datos sociodemográficos, la escala HAD, el cuestionarios PSQ, la hoja de información al paciente y el consentimiento informado (ver anexo 1).

2.3. PROCEDIMIENTO

Se elaboró y presentó un proyecto de investigación al Instituto de Investigación Sanitario y Biomédica de Alicante (ISABIAL), para ser sometido al Comité de Ética para la Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud de Alicante-Hospital General, donde fue aprobado en la sesión del día 28 de octubre de 2020, con referencia: Ref. CEIM: PI2020/135 - Ref. ISABIAL: 200338 (ver anexo 2).

Además, se inició la solicitud de evaluación que se evaluaría en la Oficina Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández, adjunto la autorización de la solicitud del TFM (Trabajo Fin de Máster) con título “Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con

enfermedad crónica” y Código de Investigación Responsable (COIR): TFM.MPG.CJVDHR.LMH.210605. (ver anexo 3).

El programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica está compuesto por un total de cuatro sesiones que se imparten de forma semanal cada mes.

En la sesión 1, el tema a tratar es la *Enfermedad crónica (EC) y factores psicológicos asociados*, para ello se realiza psicoeducación sobre la EC, el estrés y la enfermedad, se inicia a los participantes en el conocimiento y práctica de la respiración abdominal y para finalizar se trabaja la 1ª fase de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (RMP).

En la sesión 2, se aborda el tema de *Motivación y Emociones*, para ello se realiza psicoeducación sobre la motivación y las emociones y se introduce al paciente en el planteamiento de objetivos, para complementar hacemos una introducción a la técnica de Mindfulness, se prosigue con la 2ª fase de la RMP y para finalizar se explica y se reparte el autorregistro de pensamientos, emociones y conductas.

En la 3ª sesión, se trata sobre *Pensamientos asociados a la enfermedad*. Para ello se realiza psicoeducación sobre los pensamientos y se procede al manejo de pensamientos irracionales, se introduce a los pacientes en la técnica de visualización y se prosigue con la 3ª fase de RMP.

En la 4ª sesión, el tema es la *Solución de problemas*, para ello se realiza psicoeducación sobre la solución de problemas, se procede a la última fase de la RMP, se realiza un ejercicio de relajación pasiva y para finalizar, tanto la sesión como el programa, se aborda la prevención de recaídas.

Los pacientes son informados del estudio en la primera sesión grupal del programa de manejo del estrés en enfermedad crónica que imparte la Unidad de

Psicología Hospitalaria. En este momento se les entrega la hoja de Información, el consentimiento informado y el cuaderno de recogida de datos con los respectivos cuestionarios.

El programa se inicia cada primer miércoles del mes, en un horario de 9:00 a 10:30, en una de las aulas de docencia del hospital en la planta baja, en la que se dispone de mobiliario para los participantes y de los medios tecnológicos precisos para llevar a cabo la presentación de las sesiones.

En la primera sesión grupal los pacientes son informados del programa de manejo del estrés en enfermedad crónica que imparte la Unidad de Psicología Hospitalaria. En este momento se les entrega de la hoja de información, donde se detalla toda la información relevante a la investigación, el consentimiento informado, en el cual nos dan su permiso para la utilización de los datos que sean recogidos y el cuaderno de recogida de datos con los respectivos cuestionarios. Tras la realización del programa, se vuelve a pasar la batería de cuestionarios.

Para garantizar la confidencialidad, se solicita a los participantes la creación de un código que consistía en poner las iniciales del sujeto y a continuación la fecha de la primera sesión a la que había asistido, de esa forma podríamos comparar tanto el pretest como el postest de la muestra, ya que este código servía para ambas medidas.

2.4. DISEÑO

Se llevó a cabo un diseño cuasi-experimental y longitudinal de grupo único de medidas repetidas. La investigación se centró en dos medidas, una previa a la intervención grupal y otra medida posterior.

3. RESULTADOS

En este apartado se incluyen las características de la muestra (variables sociodemográficas, ansiedad, la depresión y el estrés percibido), así como los resultados de tratamiento.

3.1. Descripción variables sociodemográficas y síntomas de ansiedad, la depresión y el estrés percibido en la muestra inicial

En primer lugar, se procederá a hacer una descripción de las diferentes variables sociodemográficas recogidas en la investigación, para tener una descripción adecuada de la muestra inicial (N=30).

En relación al género, la muestra no es homogénea, tenemos un 66,7% de los participantes que son hombres y el 33,3% son mujeres. Otra de las variables que se contempló fue el tipo de enfermedad crónica que padecían nuestros pacientes, siendo un 83,3% enfermedad cardiológica (cabe destacar que desde el Servicio de Cardiología del HGUA eran conocedores del programa y derivaban sistemáticamente a muchos de sus pacientes).

Respecto a la edad, está se clasificó en torno a unos rangos, de 31 a 45 años con un 6,7%, de 46 a 60 años con un 36,7% y de 61 a 70 años con un 56,7%. Cabe decir, que respecto al estado civil de nuestros participantes el 76,7% de la muestra está casado/a o con pareja estable, el 13,3% está soltero/a, el 6,7% está separado/a y el 3,3% restantes son viudos/as.

También se consideró en las variables sociodemográficas el número de hijos/as que pudieran tener repartiéndose los porcentajes de la siguiente manera: con dos hijos

un 56.7% de los participantes, en la categoría con cero hijos y tres o más hijos un 16.7% y por último con un hijo el 10%.

Tras evaluar el nivel de estudios de la muestra se apreció que un 33.3% tiene estudios primarios, un 46.7% tiene estudios secundarios y el 20% restante tiene estudios universitarios. Con relación a la actividad laboral, la muestra está más repartida. Así, entre las categorías inactivo y activo, ambas presentan un 30%, los participantes que están en paro corresponden a un 23.3% y los que presentan incapacidad laboral son el 16.7% restante.

En resumen, nuestra muestra en gran parte son hombres, que por regla general padecen una enfermedad cardiológica, su edad gira en un rango de 46 y 60 años, casados, con hijos/as y podemos decir que todos ellos poseen estudios primarios, destacando un porcentaje que llega a los estudios secundarios. En relación a su actividad laboral, no hay una actividad que predomine sobre el resto, puesto que está la muestra muy repartida entre las diferentes opciones.

A continuación se presentan los resultados de las variables de ansiedad, la depresión y el estrés percibido, que figuran descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables de ansiedad, la depresión y el estrés percibido en la evaluación inicial (N= 30).

| Variables | Media (DT) | Media (DT) | Media (DT) |
|-----------|-------------|-------------|-------------|
| | Total | Hombres | Mujeres |
| | N=30 | N=20 | N=10 |
| HAD_A | 7.46 (4.99) | 6.70 (4.32) | 9.00 (6.07) |

| | | | |
|-------|---------------|---------------|---------------|
| HAD_D | 5.03 (3.76) | 4.65 (6.42) | 5.80 (4.46) |
| PSQ | 61.23 (17.01) | 57.85 (13.89) | 68.00 (21.20) |

Como se puede observar, en relación a los niveles previos de ansiedad se ha obtenido una media de 7.46, estaría por encima del rango de ausencia de sintomatología que abarcaría de 0-7 puntos obtenidos y estaría más cerca de colocar en el rango de caso dudoso que abarcaría una puntuación de 8-10, por lo que podemos decir que nuestros pacientes presentan un elevado nivel de ansiedad que podría perjudicar en su estado de salud.

Respecto a los niveles previos de depresión se ha obtenido una media de 5.03, con respecto a las posibles puntuaciones que podemos obtener en el test, si bien este nivel quedaría englobado en el rango de ausencia de sintomatología.

En el estrés percibido, la puntuación media obtenida por la muestra total de 30 pacientes es de 61.23. En este caso, sí que el estrés percibido presenta una puntuación a tener en cuenta, puesto que el mínimo es 30 y el máximo 120 y se encuentra en un nivel medio, por tanto, los sujetos de la muestra sí que presentan un nivel medio alto de estrés percibido en relación a la enfermedad crónica que padecen.

En resumen, podemos afirmar que la muestra inicial de 30 pacientes presenta cierto grado de sintomatología ansiosa y respecto a la depresión hay una ausencia de síntomas. Por último, considerar que la muestra no presenta valores elevados de estrés percibido pero sí que está presente en nuestros pacientes en cierto grado.

3.2. Resultados del Programa de Intervención

De los pacientes que inicialmente comenzaron a participar en el programa de intervención (N=30), hubo 11 sujetos (36.66%) que abandonaron prematuramente el programa de intervención especialmente en la primera mitad de la intervención y 19 pacientes (6.33%) completaron el programa de intervención.

Los resultados obtenidos con los pacientes (N=19) que han completado el programa están descritos en la Tabla 2. Tal y como se puede apreciar, una vez realizado el programa de intervención se observa un descenso de la puntuación media obtenida en las tres variables analizadas. Con relación a la ansiedad, podemos apreciar un descenso en la puntuación media obtenida en dicha variable, pasando de 7.5 a 4.5, mientras que en el caso de la variable de la depresión, aunque la puntuación media obtenida antes del programa era baja, siendo esta un 5, vemos como después de la intervención desciende a un 3,4. Por último en el estrés percibido, antes de la intervención se obtuvo una puntuación media de 61,78, que tras la intervención también descendió situándose en una puntuación media de 56.6.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas obtenidas en HAD y PSQ, antes y después de la intervención, nivel de significación y tamaño del efecto (N= 19).

| Instrumento | Preintervención | | Postintervención | | t | p | d Cohen | Effect-size <i>r</i> |
|-------------|-----------------|-------|------------------|-------|------|-----|---------|----------------------|
| | Media | DT | Media | DT | | | | |
| HAD-A | 7.47 | 5.53 | 4.47 | 2,54 | 3.28 | .00 | 0.69 | 0.32 |
| HAD-D | 5.00 | 3.92 | 3.37 | 2.47 | 2.25 | .03 | 0.49 | 0.24 |
| PSQ-EP | 61.78 | 17.58 | 56.58 | 15439 | 2.56 | .01 | 0.31 | 0.15 |

Posteriormente, se realizaron los análisis para evaluar las diferencias significativas entre el pre-test y el post-test tras haberse sometido al programa de intervención por género en las variables de ansiedad, depresión y estrés percibido. En la muestra de mujeres (N= 5) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables analizadas. Mientras que en los resultados obtenidos en hombres (ver Tabla 3) sí que encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables de ansiedad ($p < .05$) y estrés percibido ($p < .05$), siendo los hombres que participaron en el programa de intervención quienes manifiestan mejores niveles de ansiedad y estrés tras recibir el programa de intervención.

Tabla 3. Medias y desviaciones típicas obtenidas en HAD y PSQ, antes y después de la intervención, nivel de significación y tamaño del efecto, en hombres (N= 14).

| Variable | Preintervención | | Postintervención | | t | p | Cohen's <i>d</i> | Effect-size <i>r</i> |
|----------|-----------------|-------|------------------|-------|------|------------|------------------|----------------------|
| | Media | DT | Media | DT | | | | |
| HAD-A | 6.71 | 4.95 | 4.64 | 2.59 | 2.60 | .02 | 0.05 | 0.17 |
| HAD-D | 4.14 | 3.71 | 3.00 | 2.60 | 1.82 | .09 | 0.35 | 0.17 |
| PSQ-EP | 59.78 | 16.00 | 54.57 | 12.76 | 2.51 | .02 | 0.36 | 0.17 |

DISCUSIÓN

Tras la necesidad generada de prestar un servicio asistencial para los pacientes tratados en las distintas unidades del Hospital General Universitario de Alicante, se crea un grupo psicoeducativo y terapéutico para el manejo del estrés asociado a los procesos crónicos. Con ello, se pretende dar respuesta a la petición de los diferentes servicios del hospital de la necesidad de atención psicológica de los pacientes tratados en estas unidades.

Sobre esta base se plantea la realización de un programa mensual, al que los distintos servicios puedan derivar a los pacientes que consideren que puedan beneficiarse del programa.

El programa, basado en un contenido psicoeducativo y en el que se potencian las diversas técnicas de relajación, se sustenta sobre el apoyo del blog de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud donde, además de disponer de las diferentes técnicas empleadas en cada sesión, se dispone de material que facilita la práctica de las mismas o similares desde casa (<https://psicologiageneralalicante.wordpress.com/>).

Ante este sistema de tratamiento, en nuestros objetivos se plantea evaluar la eficacia del mismo, de acuerdo a las características de los pacientes y evaluar los niveles de ansiedad, depresión y estrés percibido en una muestra de pacientes crónicos del HGUA antes y después del programa.

Al respecto encontramos que los pacientes que participan en el programa, refieren cierto grado de sintomatología ansiosa, ausencia de síntomas relacionados con la depresión y, por último, considerar que la muestra no presenta valores elevados de estrés percibido pero sí que está presente en nuestros pacientes en cierto grado. También está ampliamente discutida en la literatura científica la presencia de sintomatología

ansioso-depresiva. Este hecho se hace patente en diversos estudios que relacionan esta sintomatología en diferentes patologías como la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva o la fibromialgia (Sánchez et al., 2015; González-Gutiérrez et al. 2016; Ramos, 2017).

Las respuestas cardiovasculares al estrés son funcionales hasta cierto punto, pero cuando los estresantes continúan hay efectos adversos en el corazón (Dimsdale, 2008). Tanto el estrés, la ira y los estados de ánimo deprimido pueden actuar como desencadenantes agudos de eventos cardíacos mayores, a su vez, el estrés crónico tanto en edades adultas, se han asociados a un exceso de riesgo del 40 al 60% de enfermedad coronaria (Steptoe y Kivimäki, 2013)

De manera más concreta, estos niveles parecen más acusados en pacientes varones con problemas cardiovasculares, un 83.3% de los participantes padece algún tipo de enfermedad cardiológica y un 66.7% el porcentaje de hombres presentes en la muestra, por lo que el grueso de nuestra muestra correspondería a varones con problemas cardiovasculares, estos resultados están en sintonía con la literatura científica, pues según Archangelidi y su grupo (2018) una frecuencia cardíaca en reposo que los médicos consideran actualmente como 'normal' en la población general se asocia específicamente con la incidencia de ciertas enfermedades cardiovasculares importantes y la muerte, y el riesgo comienza con niveles más bajos de frecuencia cardíaca en reposo en hombres en comparación con mujeres. En relación a esta comparación entre hombres y mujeres, las mujeres tienen un riesgo menor de eventos recurrentes de enfermedad cardiovascular que los hombres, además de una menor mortalidad 30 días después de un nuevo evento de enfermedad cardiovascular en comparación con los hombres (Walli-Attai et al., 2020).

Tras finalizar el programa se aprecia una disminución en los niveles obtenidos previos al programa de ansiedad, depresión y estrés percibido, siendo significativas para las variables ansiedad y estrés. Estos resultados pese a estar en la línea de lo indicado en las hipótesis de este trabajo, no alcanzan la magnitud esperable. Al respecto consideramos que pueden verse modulados por el tamaño muestral.

Nuestros resultados están en sintonía con los encontrados en una revisión que se realizó sobre intervenciones psicológicas para el manejo y reducción del estrés en pacientes hipertensos, donde se vio que tras la intervención cognitivo conductual, al menos en 13 estudios sí que hubo una reducción significativa de la presión arterial, a través del entrenamiento del manejo del estrés, teniendo a su vez un impacto positivo en quejas psicológicas y una disminución de los niveles de estrés , junto con una mejora de la capacidad percibida (Flores-Valdez et al., 2013). Además, en 19 estudios se apreció un incremento de los niveles de confianza de los participantes, logrando efectos favorables en el conocimiento y habilidades de afrontamiento, disminución de la depresión y reducción de los niveles de estrés y de tensión (Flores-Valdez et al., 2013)

Encontramos estudios similares que reflejan la eficacia del empleo de este tipo de programas, con resultados más atractivos. Como ya hemos comentado en la revisión teórica encontramos programas que incluyen entrenamiento físico, nutrición y hábitos de vida saludable, técnicas para el manejo de estrés, solución de problemas, relajación y corrección de pensamientos distorsionados o irracionales, entre otras (García et al., 2014; Martín et al., 2015; Royo-Bordonada et al., 2016; Paz y de Rosende Celeiro, 2016; Gellis y Kang-Yi, 2012; Purafkari et al., 2016; Bernabeu et al., 2021), mostrando resultados que avalan la aplicación de los mismos.

En nuestro programa de intervención hemos empleado diferentes técnicas para el manejo de estrés, solución de problemas, relajación y modificación de pensamientos distorsionados o irracionales, mindfulness, etc. Existen estudios que hacen una evaluación comparativa en la reducción del estrés en la atención plena grupal y la terapia cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico. En este caso, este tipo de trastornos afectan tanto al bienestar físico, psicológico y social, y su objetivo principal es el de reducir la discapacidad asociada con el dolor y mejorar su calidad de vida. En nuestro caso la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento predominante, sin embargo la terapia basada en la atención plena se ha mostrado prometedora como opción de tratamiento alternativa (Hatchard et al., 2014).

Por otro lado, en otros estudios también se ha comparado la reducción de estrés basada en la atención plena con la terapia cognitivo-conductual en su capacidad de mejorar el funcionamiento físico y reducir la intensidad del dolor y la angustia en pacientes con dolor crónico, encontrándose hasta 21 estudios que se evalúa las mejoras con un grupo de control, 13 para la terapia cognitivo- conductual, 7 para la atención plena y uno solo que las compara con un grupo de control, realmente no se encontraron evidencias de una diferencia importante entre ambos tipos de intervención (Khoo et al., 2019). A fin de cuentas, en nuestro programa de intervención se usan herramientas de las dos vertientes, reconociendo de este modo su eficacia y validez en el uso conjunto de estas.

Por último, comentar que este estudio tiene una serie de limitaciones que pueden afectar a los resultados presentados. En primer lugar, debido a un sistema de derivación, aleatorio y bajo criterios médicos desde diferentes servicios, la investigación carece de grupo control. Con la intención de mejorar la calidad metodológica de este estudio, se considera importante el empleo de un grupo control.

En segundo lugar, el tamaño muestral es pequeño, esto es una consecuencia de la situación actual que estamos viviendo, generada por la aparición del COVID-19, que motivó que hace un año se produjo la suspensión y cancelación de toda actividad prescindible del hospital. Debido a las altas tasas de infectividad y letalidad, el COVID-19 ha causado un impacto psicosocial universal al causar histeria masiva, carga económica y pérdidas financieras (Dubey et al., 2020). La enfermedad en sí, multiplicada por la cuarentena forzada para combatir el virus aplicada por los bloqueos a nivel nacional, puede producir pánico agudo, ansiedad, comportamientos obsesivos, acaparamiento, depresión y trastornos de estrés postraumático (Dubey et al., 2020). Cuando pudimos reanudar la actividad, de forma muy cautelosa volvimos a abrir las puertas y a reiniciar el programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica, la afluencia de pacientes era escasa, al igual que los participantes que terminaban el programa, debido a la falta de asistencia por temor a ir al hospital e ir única y exclusivamente a las citas pertinentes con los especialistas.

En tercer lugar, limitaciones debidas a la heterogeneidad de la muestra, al tener por factor común solo la enfermedad crónica, siendo ésta una categoría muy amplia. En nuestro estudio recogemos cinco tipos de enfermedad crónica como son cardiológicas, endocrinológicas, reumatológicas, dolor crónico y obesidad mórbida.

En conclusión, este estudio parte de la necesidad asistencial de los pacientes pluripatológicos o crónicos desde el campo de la psicología. Es necesario destacar las implicaciones emocionales que tanto los diagnósticos como los tratamientos tienen sobre los pacientes. Al respecto, se plantea un programa breve de inicio periódico con la intención de ofrecer un programa al que puedan acogerse todos los enfermos crónicos del HGUA. Sobre las características de los pacientes, que son principalmente de rehabilitación cardíaca encontramos especialmente síntomas de estrés percibido y

ansiedad que se reducen tras la aplicación del programa, en cambio, y debido al tamaño muestral, la relevancia de estos resultados es limitada.



REFERENCIAS

- Archangelidi, O., Pujades-Rodriguez, M., Timmis, A., Jouven, X., Denaxas, S., & Hemingway, H. (2018). Clinically recorded heart rate and incidence of 12 coronary, cardiac, cerebrovascular and peripheral arterial diseases in 233,970 men and women: A linked electronic health record study. *European Journal of Preventive Cardiology*, 25(14), 1485-1495. <https://doi.org/10.1177/2047487318785228>
- Arnal, R. B. (2005). Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 10 (1), 53-69.
- Bernabeu, P., van-der Hofstadt, C., Rodríguez-Marín, J., Gutierrez, A., Alonso, M. R., Zapater, P., Jover, R., & Sempere, L. (2021). Effectiveness of a Multicomponent Group Psychological Intervention Program in Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Randomized Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5439. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105439>
- Butler, L., y Meichenbaum, D. (1981). The assessment of interpersonal problem-solving skills. *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*, 197-225.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S., Lahiri, D., & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(5), 779-788. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.05.035>

- D'Zurilla, T. J., y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107.
- D' Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. Springer Publishing Company.
- Flores-Valdez, I. H., León-Santos, M. P., Vera-Hernández, E., & Hernández-Pozo, M. del R. (2013). Intervenciones psicológicas para el manejo y reducción de estrés en pacientes hipertensos: Una revisión sobre su efectividad. *Psychologia: avances de la disciplina*, 7(2), 25-44. <https://doi.org/10.21500/19002386.1202>
- Frenk, J. (2016). *La salud de la población*. Fondo de Cultura Económica.
- García, S. H., Lago, E. P., Oquendo, J. Á., y Rivas Estany, E. (2014). Fase hospitalaria de la rehabilitación cardíaca. Protocolo para la cirugía cardíaca. *CorSalud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 6(3), 246-256.
- Gavidia, H., Nataly, Y., Palacios, C., y José, M. (2016). *Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, período octubre 2015-marzo 2016* (Bachelor's thesis, Riobamba: Universidad Nacional de Chimborazo, 2016)
- Gellis, D., y Kang-Yi K. (2012). Meta-analysis of the effect of cardiac rehabilitation interventions on depression outcomes in adults 64 years of age and older. *American Journal of Cardiology* 110: 1219–24.
- Gonzalez-Gutiérrez, M. V., Velázquez, J. G., García, C. M., Maldonado, F. C., Jiménez, F. J., y Vargas, F. G. (2016). Modelo predictivo de ansiedad y depresión en pacientes españoles con enfermedad pulmonar obstructiva crónica estable.

Archivos de bronconeumología: Órgano oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica SEPAR y la Asociación Latinoamericana de Tórax (ALAT), 52(3), 151-157.

Grau Abalo, Jorge a. (2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud y Sociedad*, 7 (2), 138-166. [Fecha de consulta 13 de mayo de 2020]. ISSN:. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4397/439747576002>

Grau J, Scull M. (2013). Necesidades psicológicas y espirituales al final de la vida: un reto en la atención a la salud. En: GR Ortiz (Ed) *Tópicos selectos en Psicología de la Salud: Aportes latinoamericanos* (pp. 165-212). México, DF: Editorial Ducere

Hanson, M. A., & Gluckman, P. D. (2011). Developmental origins of health and disease: Moving from biological concepts to interventions and policy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115, S3-S5. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(11\)60003-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(11)60003-9)

Hatchard, T., Lepage, C., Hutton, B., Skidmore, B., & Poulin, P. A. (2014). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for the treatment and management of chronic pain disorders: Protocol for a systematic review and meta-analysis with indirect comparisons. *Systematic Reviews*, 3(1), 134. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-134>

Khoo, E.-L., Small, R., Cheng, W., Hatchard, T., Glynn, B., Rice, D. B., Skidmore, B., Kenny, S., Hutton, B., & Poulin, P. A. (2019). Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for

the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evidence Based Mental Health*, 22(1), 26-35.
<https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300062>

Kocalevent, R.-D., Levenstein, S., Fliege, H., Schmid, G., Hinz, A., Brähler, E., & Klapp, B. F. (2007). Contribution to the construct validity of the Perceived Stress Questionnaire from a population-based survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(1), 71-81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.02.010>

Larsen, B. A., & Christenfeld, N. J. S. (2011). Cognitive distancing, cognitive restructuring, and cardiovascular recovery from stress. *Biological Psychology*, 86(2), 143-148. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2010.02.011>

Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the perceived stress questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32.
[https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)

Martín, M. J. M., Boada, M. V., Lapresa, M. J. V., Ortun, F. G., y Auñón, E. Á. (2015). Programa de rehabilitación cardíaca: estudio de la eficacia del tratamiento psicológico sobre el estado de ánimo. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (114), 13-22.

Observatorio, S. N. S. (2018). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Paz, A. V., y de Rosende Celeiro, I. (2016). Contribución de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación cardíaca: intervención, desafíos y reflexiones/Contribution of

Occupational Therapy in cardiac rehabilitation: intervention, challenges and reflections. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 24(4).

Peralta-Ramírez, M. I., Robles-Ortega, H., Navarrete-Navarrete, N., y Jiménez-Alonso, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud mental*, 32(3), 251-258.

Regal-Ramos, R. (2017). Características epidemiológicas de los pacientes evaluados por fibromialgia en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 43(1), 28-33.

Rivas Estany, E., y Hernández García, S. (2016). Entrenamiento físico en la insuficiencia cardíaca crónica: fisiopatología y evolución clínica. *Medwave*, 16(Suppl 4). ¿Páginas?

Rodríguez Marín, J. y Zurriaga Llorens, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Escuela Andaluza Salud Pública.

Royo-Bordonada, M. Á., Bejarano, J. L., Alvarez, F. V., Sans, S., Pérez, A., Pedro-Botet, J., y Núñez, A. G. (2016). Comentarios del Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. *Neurología*, 31(3), 195-207.

Sánchez, E. G., Jiménez, G., y Gonzalez, M. (2015). Prevalence of anxiety and depression in patients diagnosed with chronic not contagious diseases treated at the Uneme-ec of Xalapa/Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en la. *International Journal of Integrated Care*, 15(8).

- Sanz-Carrillo, C., García-Campayo, J., Rubio, A., Santed, M. A., & Montoro, M. (2002). Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 167-172. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00275-6)
- Senders, A., Wahbeh, H., Spain, R., & Shinto, L. (2012). Mind-Body Medicine for Multiple Sclerosis: A Systematic Review. *Autoimmune Diseases*, 2012, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2012/567324>
- Steptoe, A., & Kivimäki, M. (2013). Stress and Cardiovascular Disease: An Update on Current Knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 337-354. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>
- Tejero, A., Guimera, E., Farré, J. M., y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina U. Barcelona*, 12, 233-238.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A., & Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (had) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13.
- van-der Hofstadt Román, C. J., Leal-Costa, C., Alonso-Gascón, M. R., & Rodríguez-Marín, J. (2017). Calidad de vida, emociones negativas, autoeficacia y calidad del sueño en pacientes con dolor crónico: efectos de un programa de intervención psicológica. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1-9. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.cven>

Walli-Attaei, M., Joseph, P., Rosengren, A., Chow, C. K., Rangarajan, S., Lear, S. A., AlHabib, K. F., Davletov, K., Dans, A., Lanas, F., Yeates, K., Poirier, P., Teo, K. K., Bahonar, A., Camilo, F., Chifamba, J., Diaz, R., Didkowska, J. A., Irazola, V., Yusuf, S. (2020). Variations between women and men in risk factors, treatments, cardiovascular disease incidence, and death in 27 high-income, middle-income, and low-income countries (PURE): A prospective cohort study. *The Lancet*, 396(10244), 97-109. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30543-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30543-2)

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.



APÉNDICES



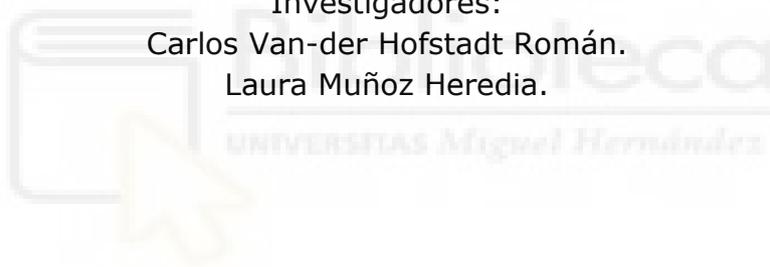
ANEXOS

“Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica.”

Investigadores:

Carlos Van-der Hofstadt Román.

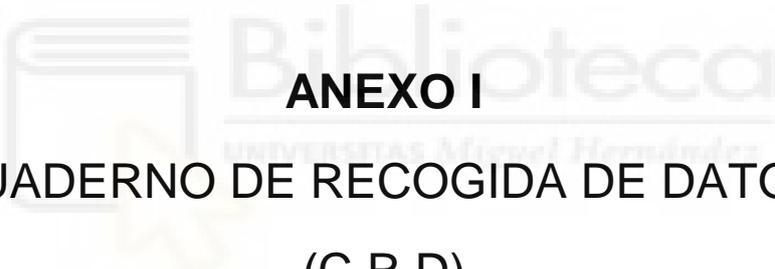
Laura Muñoz Heredia.



CÓDIGO:

Rellene el siguiente cuadro:

| INICIALES | FECHA | Nº |
|--|--|-------------------------|
| <i>Lara Martínez Soria</i> LMS | Fecha 1º sesión: 25/02/20 25/02/20 | (lo asigna psicólogo/a) |
| | | |



ANEXO I
CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS
(C.R.D)

“Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre
manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica”

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

“Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica”



| | |
|---|---|
| Nº DEL PACIENTE | |
| NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES PRINCIPALES | Dr. Carlos Van-der Hofstadt Román (HGUA) Colaboradora: Laura Muñoz Heredia |

Promotor: Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

Financiación: No existen fuentes de financiación adicionales.

Centros: Hospital General Universitario de Alicante (HGUA).

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR ESTE CUADERNILLO

- Por favor, escriba sobre el documento con bolígrafo
- Como nombre del paciente y/o sujeto, solamente deben figurar las tres iniciales: la primera del nombre y de los dos apellidos, aunque sean compuestos.
- En la parte inferior de cada hoja debe figurar la firma del investigador.
- Cada vez que se realice una corrección se debe poner la fecha y las iniciales del investigador que la realiza.
- Por favor, compruebe que las hojas de recogida de datos están completas y firmadas.
- La información contenida en este cuadernillo es confidencial.

RELLENAR POR EL INVESTIGADOR

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los sujetos del grupo clínico deberán cumplir TODOS los criterios siguientes:

| CRITERIOS DE INCLUSIÓN | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| 1. Autonomía suficiente para rellenar las pruebas autoaplicadas. | | |
| 2. Mayor de 18 años. | | |
| 3. Aceptación libre de participar en el estudio, con consentimiento informado por escrito. | | |
| 4. Diagnóstico diferencial de enfermedad crónica. | | |
| 5. Asistencia mínima al 75% de las sesiones del programa. | | |

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para la selección de este sujeto todas estas respuestas deben ser negativas. Los sujetos que presenten uno o más de los siguientes criterios NO son seleccionables para participar en este estudio:

| CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| 1. Sujetos que presenten capacidades disminuidas para dar su consentimiento informado. | | |
| 2. Sujetos que presenten antecedentes de enfermedad mental grave o en fase aguda. | | |

DATOS PERSONALES

Instrucciones:

- El “CÓDIGO” está puesto en la primera hoja de este cuadernillo, cópielo de nuevo en el recuadro en blanco.
- En el “TIPO ENFERMEDAD” seleccione la enfermedad por la que está realizando el programa del manejo del estrés en enfermedad crónica.
- Marque con una X la opción que más se ajuste a su situación actual.

| | | | | | | |
|---------------------------|--|---|---|---|--|---|
| CÓDIGO | | | | | | |
| GÉNERO | <input type="checkbox"/> Hombre | | <input type="checkbox"/> Mujer | | | |
| TIPO DE ENFERMEDAD | <input type="checkbox"/> Cardiológica | <input type="checkbox"/> Endocrina | <input type="checkbox"/> Reumatológica | <input type="checkbox"/> Dolor Crónico | <input type="checkbox"/> Obesidad Mórbita | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| EDAD | <input type="checkbox"/> 18-30 | <input type="checkbox"/> 31-45 | <input type="checkbox"/> 46-60 | <input type="checkbox"/> 61-70 | | |
| ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Casado/a- pareja estable | | <input type="checkbox"/> Separado/a- divorciado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a | |
| Nº HIJOS/AS | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 o + | | |
| NIVEL DE ESTUDIOS | <input type="checkbox"/> No estudios | <input type="checkbox"/> Primarios | <input type="checkbox"/> Secundarios | <input type="checkbox"/> Universitarios | | |
| ACTIVIDAD LABORAL | <input type="checkbox"/> Inactivo/a | <input type="checkbox"/> Paro/ erte | <input type="checkbox"/> Activo/a | <input type="checkbox"/> Incapacidad laboral | <input type="checkbox"/> Teletrabajo | |

HAD: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Esta prueba está dirigida a determinar cómo te has sentido en la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un círculo la respuesta elegida.

1. Me siento tenso o nervioso
 - (0) Nunca
 - (1) A veces
 - (2) Muchas veces
 - (3) Todos los días

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 - (0) Como siempre
 - (1) No lo bastante
 - (2) Sólo un poco
 - (3) Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
 - (0) Nada
 - (1) Un poco, pero me preocupa
 - (2) Sí, pero no es muy fuerte
 - (3) Definitivamente, y es muy fuerte

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - (0) Al igual que siempre lo hice
 - (1) No tanto ahora
 - (2) Casi nunca
 - (3) Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
 - (0) Sólo en ocasiones
 - (1) A veces, aunque no muy a menudo
 - (2) Con bastante frecuencia
 - (3) La mayoría de las veces

6. Me siento alegre
 - (0) Casi siempre
 - (1) A veces
 - (2) No muy a menudo
 - (3) Nunca

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
 - (0) Siempre
 - (1) Por lo general
 - (2) No muy a menudo
 - (3) Nunca

8. Me siento como si cada día estuviera más lento
 - (0) Nunca
 - (1) A veces
 - (2) Muy a menudo
 - (3) Por lo general en todo momento

9. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago
 - (0) Nunca
 - (1) En ciertas ocasiones
 - (2) Con bastante frecuencia
 - (3) Muy a menudo

10. He perdido interés por mi aspecto personal
 - (0) Me preocupo al igual que siempre
 - (1) Podría tener un poco más cuidado
 - (2) No me preocupo tanto como debiera
 - (3) Totalmente

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme
 - (0) Nada
 - (1) No mucho
 - (2) Bastante
 - (3) Mucho

12. Me siento optimista respecto al futuro
 - (0) Igual que siempre
 - (1) Menos de lo que acostumbraba
 - (2) Mucho menos de lo que acostumbraba
 - (3) Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
 - (0) Nada
 - (1) No muy a menudo
 - (2) Bastante a menudo
 - (3) Muy frecuentemente

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión
 - (0) A menudo
 - (1) A veces
 - (2) No muy a menudo
 - (3) Rara vez

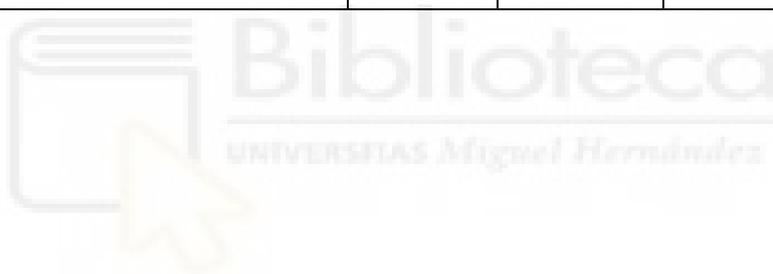
CUESTIONARIO DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSQ)

En cada pregunta marque con un círculo el número que mejor describa con qué frecuencia se aplica esta cuestión en su vida general durante el último mes.

Responda rápidamente sin intentar comprobar las respuestas y teniendo cuidado en describir lo ocurrido exclusivamente en el último mes.

| | Casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--|------------|---------|----------|--------------|
| (1) Se siente descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (2) Siente que se le hacen demasiadas peticiones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (3) Está irritable o malhumorado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (4) Tiene demasiadas cosas que hacer | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (5) Se siente solo o aislado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (6) Se encuentra sometido a situaciones conflictivas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (7) Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (8) Se siente cansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (9) Teme que no pueda alcanzar todas sus metas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (10) Se siente tranquilo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (11) Tiene que tomar demasiadas decisiones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (12) Se siente frustrado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (13) Se siente lleno de energía | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (14) Se siente tenso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (15) Sus problemas parecen multiplicarse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (16) Siente que tiene prisa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (17) Se siente seguro y protegido | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (18) Tiene muchas preocupaciones | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (19) Está bajo la presión de otras personas | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| (20) Se siente desanimado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (21) Se divierte | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (22) Tiene miedo del futuro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (23) Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (24) Se siente criticado o juzgado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (25) Se siente alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (26) Se siente agotado mentalmente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (27) Tiene problemas para relajarse | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (28) Se siente agobiado por la responsabilidad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (29) Tiene tiempo suficiente para usted | 1 | 2 | 3 | 4 |
| (30) Se siente presionado por los plazos de tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 |



COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO II - HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

| | |
|-------------------------|--|
| Número Expediente: | |
| Título del proyecto: | Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica. |
| Código: | |
| Investigador principal: | Carlos Van-der Hofstadt Roman |
| Servicio: | Unidad de Psicología Hospitalaria |
| Centro: | Hospital General Universitario de Alicante |
| Promotor: | Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). |
| Financiación: | No existen fuentes de financiación. |

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación. Este proyecto ha sido aprobado por el Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). El proyecto se llevará a cabo de acuerdo a las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación médica en humanos (Declaración de Helsinki y su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar información detallada sobre el proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos y cuidados médicos.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento de Salud de Alicante – Hospital General Universitario de Alicante.

Este proyecto se realiza con la intención de realizar la evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica. Se ha encontrado en anteriores investigaciones que el estrés y la ansiedad llevan asociados un empeoramiento del afrontamiento en la enfermedad crónica y que programas que fomentan el aprendizaje y manejo del estrés dotan al paciente de una serie de recursos que mejoran su afrontamiento y su calidad de vida, presentando niveles menores de estrés, ansiedad y depresión.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?

Con este estudio se pretende hacer una evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica además de disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad crónica mediante psicoeducación en torno a la enfermedad crónica y el aprendizaje de técnicas de motivación y relajación, mindfulness, modificación del pensamiento y solución de problemas.

¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?

La recogida de datos se realizará de manera transversal, esto es, usted deberá rellenar los cuestionarios siguiendo las instrucciones del/la psicólogo/a y no será necesaria su colaboración en ninguna otra ocasión. Estos cuestionarios serán entregados en la primera sesión grupal del programa.

Si decide participar, se le pedirá que dará la hoja de información al paciente, el consentimiento informado y el cuadernillo con los cuestionarios a rellenar: datos sociodemográficas, HAD (ansiedad y depresión) Y PSQ (estrés percibido), que rellenaran y cuyas respuestas serán tratadas de forma anónima.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Usted recibirá el mismo tratamiento y atención médica participe o no en el proyecto. En consecuencia, no obtendrá ningún beneficio adicional, al margen del tratamiento, con su participación. No obstante, la información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis estadísticos que se realicen, pueden ser de gran utilidad para mejorar el conocimiento que tenemos hoy día respecto al beneficio que reporta la implantación de programas para el manejo del estrés, la ansiedad y la depresión en la enfermedad crónica y ello permitirá mantener o

mejorar el programa del cual usted está siendo participe.

Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica, ni tampoco tendrá que abonar ningún importe.

¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

No existen riesgos descritos.

¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?

Se recogerán algunos datos personales (género, edad, estado civil, nivel de estudios, nº de hijos, actividad laboral y tipo de enfermedad por el que se acude al programa) y se facilitarán unos cuestionarios para medir las variables psicológicas de ansiedad, depresión (HAD) y estrés percibido (PSQ).

¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD?

La recogida, tratamiento y uso de los datos requeridos por este estudio se hará de acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal y su reglamento de desarrollo, en su caso (Real Decreto 1720/2007); así como el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo al tratamiento de datos personales así como cualquier norma y/o legislación que le sea de aplicación.

El acceso a su información personal quedará restringido al psicólogo del estudio/colaboradores, autoridades sanitarias y los órganos de asesoramiento del Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. Sus datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su psicólogo del estudio y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Dicho código será la inicial del terapeuta, seguida de un número aleatorio. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo en caso de urgencia médica, requerimiento de la administración sanitaria o requerimiento legal. El Investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

Usted puede ejercer los derechos de acceso (pedir información sobre la

información suya que hay guardada en la base de datos), de oposición (negarse a dar los datos), de cancelación (solicitar que se destruyan los datos) y rectificación (si con el tiempo se modifica algún dato o se detecta algún error). Puede revocar el consentimiento para el tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al investigador.

¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?

Si Ud precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con la Unidad de Psicología Hospitalaria, Teléfono: 965913906.



ANEXO III - CONSENTIMIENTO INFORMADO

| | |
|-------------------------|---|
| Número Expediente: | |
| Título del proyecto: | Evaluación de un programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica |
| Código: | |
| Investigador principal: | Carlos Van-der Hofstadt Roman |
| Servicio: | Unidad de Psicología Hospitalaria |
| Centro: | Hospital General Universitario de Alicante |
| Promotor: | Unidad de Psicología Hospitalaria del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). |
| Financiación: | No existen fuentes de financiación. |

Yo.....:

(Nombre y apellidos manuscritos por el participante)

-He leído la hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.

-Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.

-Comprendo que mi participación es voluntaria.

-Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy No doy

Mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

| | |
|----------------------------|--|
| FIRMA DEL PACIENTE: | FIRMA DEL INVESTIGADOR: |
| | |
| NOMBRE: | NOMBRE: Carlos Van-der Hofstadt Román |
| FECHA: | FECHA: |

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dñarevoco el consentimiento
prestado en fecha y no deseo continuar participando en el estudio "Evaluación de un
programa cognitivo conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad
crónica"

| | |
|----------------------------|--|
| FIRMA DEL PACIENTE: | FIRMA DEL INVESTIGADOR: |
| | |
| NOMBRE: | NOMBRE: Carlos Van-der Hofstadt Román |
| FECHA: | FECHA: |



**COMITÉ DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE ALICANTE - HOSPITAL GENERAL**

C/. Pintor Baeza, 12 – 03010 Alicante
<http://www.dep19.san.gva.es>
Teléfono: 965-913-952
Correo electrónico: ceim_hgua@gva.es

Ref. CEIm: PI2020/135 - Ref. ISABIAL: 200338

**INFORME DEL COMITE DE ETICA PARA LA INVESTIGACION CON
MEDICAMENTOS**

Reunidos los miembros del Comité de Ética para la Investigación con medicamentos del Departamento de Salud de Alicante – Hospital General, en su sesión del día 28 de octubre de 2020 (Acta 2020-10), y una vez estudiada la documentación presentada por **Dr. Carlos Van-der Hofstadt Román** de la UMH, tiene bien a informar que el proyecto de investigación titulado **“Evaluación de un programa cognitivo-conductual sobre el manejo del estrés en pacientes con enfermedad crónica”**, se ajusta a las normas deontológicas establecidas para tales casos.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en Alicante con fecha 28 de octubre de 2020.

Firmado por Luis Manuel Hernandez Blasco
el 06/11/2020 12:24:30

Fdo. Dr. Luis Manuel Hernández Blasco
Secretario Técnico CEIm Departamento de
Salud de Alicante – Hospital General

INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 05 de junio del 2021

| | |
|---|---|
| Nombre del tutor/a | CARLOS J VAN DER HOFSTADT ROMAN |
| Nombre del alumno/a | LAURA MUÑOZ HEREDIA |
| Tipo de actividad | Adherido a proyecto |
| Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster) | EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE EL MANEJO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA |
| Código/s GIS estancias | |
| Evaluación Riesgos Laborales | No procede |
| Evaluación Ética | No procede |
| Registro provisional | 210605200439 |
| Código de Investigación Responsable | TFM.MPG.CJVDHR.LMH.210605 |
| Caducidad | 2 años |

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE EL MANEJO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA** ha sido realizada de manera automática en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere someterse a dicha evaluación. Dicha información se adjunta en el presente informe. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Secretario del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Domingo L. Orozco Beltrán
Presidente del CEII
Vicerrectorado de Investigación

Información adicional:

- En caso de que la presente actividad se desarrolle total o parcialmente en otras instituciones es responsabilidad del investigador principal solicitar cuantas autorizaciones sean pertinentes, de manera que se garantice, al menos, que los responsables de las mismas están informados.
- Le recordamos que durante la realización de este trabajo debe cumplir con las exigencias en materia de prevención de riesgos laborales. En concreto: las recogidas en el plan de prevención de la UMH y en las planificaciones preventivas de las unidades en las que se integra la investigación. Igualmente, debe promover la realización de reconocimientos médicos periódicos entre su personal; cumplir con los procedimientos sobre coordinación de actividades empresariales en el caso de que trabaje en el centro de trabajo de otra empresa o que personal de otra empresa se desplace a las instalaciones de la UMH; y atender a las obligaciones formativas del personal en materia de



prevención de riesgos laborales. Le indicamos que tiene a su disposición al Servicio de Prevención de la UMH para asesorarle en esta materia.

La información descriptiva básica del presente trabajo será incorporada al repositorio público de Trabajos fin de Grado y Trabajos Fin de Máster autorizados por la Oficina de Investigación Responsable de la Universidad Miguel Hernández en el curso académico 2020/2021. También se puede acceder a través de <https://oir.umh.es/tfg-tfm/>

