



MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2017-2018 Trabajo Fin de Máster

**Evaluación de la aplicación de un Programa de Intervención Psicológica
en Pacientes que han sufrido un Evento Cardíaco.**

Autor/a: Yovana García Nicola

Tutor/a: Carlos J. van-der Hofstadt Román



1. Resumen

Las enfermedades cardiovasculares, están relacionadas con factores de riesgo como la diabetes, la obesidad, el sedentarismo, pertenecer al sexo masculino, la hipertensión, y el consumo de tabaco. Además, a esta enfermedad crónica se han asociado varios factores psicológicos, como son: la ansiedad, el patrón de conducta tipo A, la depresión, el apoyo percibido, la hostilidad y la calidad de vida e impulsividad. El objetivo principal de este programa ha sido evaluar su efectividad, la mejoría psicológica de estos pacientes y prevenir que vuelvan a sufrir un evento cardíaco. Este Programa se ha puesto en práctica junto con el programa de rehabilitación cardíaca en el Hospital General Universitario de Alicante. Tras la intervención y evaluación de los 16 pacientes, se han obtenido unos resultados de mejoría significativa, con una p -valor=0.038 en el factor depresión. También los pacientes mejoran en los factores calidad de vida y percepción de salud. Debido a la reducida muestra y que se trata de un estudio piloto, no se encontraron mejorías significativas en el resto de factores. Para unos datos significativos en próximos estudios, deberíamos de obtener muestras superiores.

Palabras clave: Cardiopatía, Intervención Psicológica y Rehabilitación Cardíaca.

Abstract

Cardiovascular diseases are related to risk factors such as diabetes, obesity, sedentary lifestyle, belonging to the male sex, hypertension, and smoking. In addition, several chronic psychological factors have been associated with this chronic illness, such as: anxiety, type A behavior pattern, depression, perceived support, hostility and quality of life and impulsivity. The

main objective of this program has been to evaluate its effectiveness, the psychological improvement of these patients and prevent them from suffering a cardiac event again. This program has been implemented together with the cardiac rehabilitation program at the General University Hospital of Alicante. After the intervention and evaluation of the 16 patients, significant improvement results were obtained, with a p-value = 0.038 in the depression factor. Patients also improve in the factors of quality of life and perception of health. Due to the small sample and that it is a pilot study, no significant improvements were found in the rest of the factors. For some significant data in future studies, we should obtain superior samples.

Key words: Cardiopathy, Psychological Intervention and Cardiac Rehabilitation.

Introducción

La cardiopatía isquémica, es la primera causa de muerte a nivel mundial en los últimos 15 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS), confirmando 15 millones de defunciones en 2015, y el 80% de las muertes prematuras. La cardiopatía Isquémica es en España, la principal causa de muerte en hombres, junto con el accidente cerebrovascular en ambos sexos. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2014), las enfermedades del sistema circulatorio dejan 252,7 fallecidos por cada 100.000 habitantes.

Los índices de mortalidad por enfermedad cardiovascular son diferentes geográficamente, ya que depende mucho de los factores de riesgo económicos, social, cultural y genético, siendo los países desarrollados los más afectados. Hoy en día a pesar de ser la mayor causa de muerte a nivel mundial, se ha reducido un 30% el número de defunciones, debido a los avances médicos en fases agudas, avances farmacológicos, programas de Rehabilitación cardíaca como prevención secundaria, y prevención primaria (Expósito-Ordoñez, 2017). En los países desarrollados, los grupos socioeconómicos más bajos son los que poseen mayor riesgo de sufrir

este tipo de enfermedades y mortalidad, debido a la mayor prevalencia de los factores de riesgo y conductas poco favorables para la salud (OMS, 2015; Cano de la Cuerda, Alguacil, Alonso, Molero y Miangolarra, 2012).

Esta enfermedad y sus consecuencias, supone un elevado gasto económico para los servicios sanitarios, cuantificado en unos 9.000 millones de euros anuales en España, ascendiendo a 192.000 millones en la Unión Europea. Un paciente con insuficiencia cardíaca genera un gasto anual de 18.000 euros, y 700.000 personas sufren esta patología (Fundación Española del Corazón FEC, 2011).

Las enfermedades coronarias tales como cardiopatía isquémica o cardiopatía coronaria, son alteraciones cardíacas producidas por un desequilibrio de las funciones metabólicas del corazón, que pueden ocasionarse por una aterosclerosis, en la cual no llega suficiente aporte de oxígeno al corazón, produciéndose una necrosis. Los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares son el tabaquismo, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, edad avanzada, colesterol alto, diabetes y estrés (Fundación Española del Corazón FEC, 2011).

Ante una situación de estrés, el organismo reacciona aumentando la presión arterial, aumentando las inflamaciones en el cuerpo y también aumenta el colesterol y los triglicéridos en sangre. Esto explica que, en muchos pacientes, no se encuentre una causa orgánica a su afectación cardíaca. Existen pacientes con elevada afectación cardíaca que refieren un buen estado de salud y calidad de vida y, sin embargo, existen pacientes con leve afectación cardíaca que refieren elevado malestar y calidad de vida muy deteriorada tras el evento cardíaco. Es aquí donde se debe de buscar la causa no orgánica. Dentro de los factores relacionados con las enfermedades cardíacas encontramos también la ira, la calidad de vida, la ansiedad y la depresión como factores de riesgo

en estas enfermedades (Arrarte, 2016).

Cuando se produce un evento cardíaco, el paciente realiza un ingreso hospitalario, en el cual, habitualmente, se sufre una afectación psicológica. Se pasa a adoptar el rol de paciente, lo cual significa que deja de ser trabajador, padre, hijo, deportista y todos los roles que se adquirieran en el día a día. Se comienza una etapa de pérdida de intimidad, incertidumbre ante lo sucedido, miedos, y emociones como irritabilidad, ansiedad y estado anímico depresivo (Rodríguez y Neipp, 2008). Entre los pacientes hospitalizados por cardiopatía isquémica hay una prevalencia del síndrome depresivo del 20% según Martín, Vega, Vázquez, García, y Álvarez (2015). La presencia de depresión durante el ingreso hospitalario por infarto, se asocia a una elevada significación de riesgo de muerte durante el año siguiente (Smith et al., 2011), de ahí la importancia de la prevención y tratamiento de ésta.

Hace años, estudios como el de Bueno (1996), ya describían la importancia de los factores psicológicos tras sufrir un evento cardíaco, ya que es un acontecimiento estresante y la necesidad de inclusión de dichos programas multidimensionales de intervención psicológica para el afrontamiento a lo sucedido. La OMS, define la salud no solo como la ausencia de enfermedad sino como el bienestar físico, mental y social, poder realizar las actividades de la vida diaria, y afrontar las tensiones (OMS, 1964). Así mismo, también se definió por primera vez a la Rehabilitación cardíaca como un programa multifactorial formado por un conjunto de medidas para asegurar a los pacientes una buena condición mental, física y social, en su informe n° 270 (Benerjea et al., 1963).

Los programas de rehabilitación cardíaca, son considerados los más eficaces para la prevención secundaria como refieren Cano de la Cuerda, Alguacil, Alonso, Molero y Miangolarra

(2012). Según el estudio de Martín et al. (2015), se demuestra que el tratamiento cognitivo-conductual dentro de un programa de rehabilitación cardíaca es eficaz en el tratamiento de pacientes que sufren depresión. La depresión mayor no tratada, es considerada un factor de riesgo en enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, se requieren adoptar medidas dentro del programa de rehabilitación cardíaca (Mallol, 2017).

El estudio realizado por Jiménez, Tirado, Martínez y Martín-Oviedo (2015), realizado en el Hospital General Universitario de Elche, mostró una disminución en los niveles de ira, ansiedad, estrés y depresión tras la intervención. Otros estudios como el realizado por Del Pino, Gaos, Dorta y García (2004), y el de Canales-Reyes (2011) en México, son otros de los muchos que avalan, una vez más, que los programas de intervención psicológica cognitivo-conductual dentro del programa de rehabilitación cardíaca son efectivos.

Existe otro estudio de Programa de Rehabilitación Psicológica similar al que hemos realizado, como el ENHANCED (*Enhancing in patients with Hearth Disease*), que muestra la eficacia de un programa de ejercicio físico, junto con técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, habilidades de comunicación y asertividad. En este caso, la muestra fue de 150 pacientes divididos en dos grupos: un grupo que sólo realizó el ejercicio físico, y otro grupo que realizó el ejercicio físico junto con técnicas cognitivo-conductuales. El grupo que realizó la rehabilitación física más la rehabilitación psicológica, mostró mejoría significativa en la reducción del estrés (Blumental et al., 2010).

Otro estudio es el de Maroto, Artigao, Morales, Zarzosa y Abaira (2005) en el que se realiza un seguimiento tras 10 años de una intervención, en pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio. Estos pacientes habían realizado el programa de rehabilitación cardíaca, y

mostraron, que dichos programas disminuyen la mortalidad como las complicaciones, sobre todo en la angina inestable, revascularización e insuficiencia cardíaca. Esta mejora de más del 50% y reducción de recaídas, fue gracias a técnicas de modificación de conducta, estilo de vida saludable, abandono del tabaco, dieta cardiosaludable, ejercicio físico y métodos para hacer frente al estrés.

En otro trabajo, realizado con 26 sujetos que poseían una patología cardiovascular de tipo inestable, que también incluyó módulo de respiración, procesos cognitivos y relajación, mostró diferencias significativas sobre todo en depresión y ansiedad. La variable hostilidad también tuvo un descenso de puntuación importante (Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa, y Ortega, 2002).

A partir todo lo comentado anteriormente, la importancia demostrada de los factores psicológicos en la rehabilitación de pacientes cardíacos, y centrándonos en la necesidad de integrar el tratamiento cognitivo-conductual en los programas de rehabilitación cardíaca, se ha tenido la oportunidad de aplicar un Programa de Intervención psicológica junto con el programa de Rehabilitación Cardíaca para evaluar los resultados de una intervención cognitivo-conductual en pacientes tras un evento cardíaco con la participación activa de éstos pacientes y el apoyo médico.

El objetivo principal de este trabajo ha sido:

- Determinar la Efectividad de un Programa de Intervención Psicológica, para mejorar el bienestar de los pacientes que han sufrido un evento cardíaco.

Como objetivos específicos se propusieron:

- Reducir los niveles de Ansiedad.
- Mejorar el estado Depresivo de los pacientes.

- Reducir los niveles de Impulsividad.
- Mejorar la Calidad de Vida.
- Mejorar el Apoyo Social Percibido.
- Reducir los niveles de Hostilidad como Factor de riesgo en Enfermedades Cardiovasculares.

La Hipótesis que nos planeamos fue:

- Los problemas psicológicos, asociados a la enfermedad cardiovascular, tales como: ansiedad, depresión, hostilidad, impulsividad, calidad de vida y apoyo percibido, mejorarán mediante un programa de intervención psicológica, formado por técnicas cognitivo-conductuales.

Método

La Intervención se realizó en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital General Universitario de Alicante en el año 2017, durante los meses de Mayo-Junio el primer grupo y Noviembre-Diciembre el segundo grupo.

Participantes

La Intervención se realizó con 16 sujetos. Estos 16 pacientes se dividieron en dos grupos, un grupo de 7 y otro de 9. Todos los pacientes pertenecen al Departamento de Salud de Alicante-Hospital General.

Ambos grupos cumplían los criterios de inclusión detallados a continuación:

1. Haber sufrido algún evento cardíaco reciente, en un plazo máximo de un mes.
2. No padecer ninguna enfermedad mental grave que le impida participar en las sesiones y comprenderlas.
3. Compromiso de asistir a todas las sesiones de la intervención.
4. Ser mayores de edad.

Inicialmente, se seleccionaron 18 pacientes, y 2 dejaron de asistir a la intervención por obtener empleo durante la rehabilitación. El resto de los pacientes, acudieron a todas las sesiones, lo cual era uno de los requisitos para participar en la intervención. De los 16 pacientes posteriores, 1 recayó durante la intervención, y volvió a sufrir un infarto después de la segunda sesión, tras la cual se incorporó de nuevo.

Variables e Instrumentos

Para la evaluación de los pacientes se utilizó un cuestionario de recogida de datos, creado ad hoc, donde se valoró el evento cardíaco ocurrido, la edad, el nivel de estudios, los hábitos diarios y las relaciones familiares y sociales, formado por 33 ítems de respuesta corta, y un consentimiento informado adjuntado en (*Anexo 1*).

Para evaluar la ansiedad como estado emocional momentáneo y la ansiedad como rasgo de personalidad, utilizamos la versión española del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberg *et al.*, 1970; Spielberg *et al.*, 2008). Autoinforme formado por 40 ítems, 20 para cada tipo de Ansiedad. El tipo de respuesta es una escala tipo Likert de 4 puntos de intervalo (0=nada, 1=algo/a veces, 2=bastante, y 3= mucho). Los estudios muestran buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de 0.93.

Para la evaluación de la depresión, se utilizó la versión corta española del Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Escala formada por 13 ítems con 4 opciones de respuesta de menor a mayor gravedad, en el que cada ítem vale de 0 a 3 puntos. Los estudios muestran buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de Alfa de Cronbach = 0.83.

En relación al factor apoyo social percibido, se ha utilizado el Cuestionario de Apoyo social funcional DUKE-UNK-11 (*Functional Questionnaire DUKE-UNK-11*) creado por

Broadhead et al. (1988), y validado en España por Rodríguez, Lara, Villegas, Sotelo y León (2014). Evalúa dos dimensiones, una referida al apoyo que se recibe de confianza, de consejo, información o guía, y otra referida al apoyo la posibilidad de pertenecer a algún grupo o empatía expresada. Formado por 11 ítems de respuesta escala tipo Likert, donde (1= mucho menos de lo que deseo, 2= menos de lo que deseo, 3= ni mucho ni poco, 4= casi como deseo y 5= tanto como deseo). Muestra buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de Alfa de Cronbach = 0.82.

Para medir la calidad de vida, utilizamos el cuestionario EuroQoL (EQ-5D) de Badía, Monserrat, Herdman y Segura (1999). Está formado por dos apartados, uno referido al estado de salud en 5 dimensiones (ansiedad/depresión, dolor/malestar, actividades cotidianas, cuidado personal y movilidad), medidas con escala tipo Likert de 3 niveles de gravedad; y la segunda parte, una escala visual analógica (EVA), en la que el sujeto debe puntuar de 0 (como el peor estado de salud percibido) a 100 (como el mejor estado de salud percibido en ese momento).

Para evaluar la impulsividad, se utilizó la versión española de la escala impulsividad de Barratt (*Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11*), de García- Portilla, Bascarán-Fernández, Sáiz, Redondo y García (2011). Formada por 30 ítems, de respuesta tipo Likert, con 4 opciones de respuesta, (1=raramente o nunca, 2=ocasionalmente, 3= a menudo y 4=siempre o casi siempre). Ésta escala se divide en 3 factores, impulsividad motora, impulsividad cognitiva, e impulsividad no planificada. Además, posee unos ítems donde la puntuación se realiza a la inversa. El rango de puntuaciones varía entre 30 - 120, y posee una consistencia interna = 0.78.

Para medir la Hostilidad en nuestros pacientes, relacionada con las enfermedades cardíacas, se utilizó la versión española de García- Portilla, Bascarán-Fernández, Sáiz, Redondo y García (2011) del cuestionario de *Buss-Durkee Hostility Inventory, BDI* (1957). Este cuestionario está formado por 75 ítems de respuesta dicotómica, (0=verdadero, y 1=falso). A su vez está

compuesto por 8 áreas diferentes, Violencia, Hostilidad Indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Recelos, Hostilidad, y Culpabilidad. Además de tener unos ítems cuya puntuación se realiza a la inversa.

Para la evaluación de la satisfacción con el Programa, al final de la última sesión, se les pasó un cuestionario de evaluación final, creado ad hoc, donde se evaluó la satisfacción general de los pacientes con el programa, la claridad y la preparación de las sesiones por parte del profesional. También se evaluó la utilidad de lo aprendido, el itinerario de las sesiones y se dio la opción de aportar sugerencias al mismo. Este cuestionario está formado por 10 ítems de respuesta corta (*Anexo 3*).

El programa denominado “*Aprendiendo a Disfrutar de la Vida*”, es un programa de intervención psicológica para pacientes que han sufrido un evento cardíaco. Este programa fue elaborado y puesto en práctica en el Hospital General Universitario de Elda por Lorena Pallas Álvarez, residente PIR y Mari Ángeles Torres Alfosea, Psicóloga Clínica del Hospital General Universitario de Elda. También fue presentado en dos comunicaciones, en el X Congreso Internacional SEAS (2014), y en el Congreso de Salud Mental (2015), ambos en Valencia.

A continuación se muestra en la Tabla 1, las características del programa de intervención psicológica en cada una de las 8 sesiones del mismo.

Tabla 1.

Estructura de las sesiones de intervención Psicológica del programa “Aprendiendo a Disfrutar de la Vida”.

Sesión	Objetivos	Técnicas y actividades
1	-Fomentar buen clima y crear alianza terapéutica.	-Dinámica de presentación. -Psicoeducación.

-Conocer factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares.	-Reestructuración Cognitiva (Beck; Ellis).
-Ser conscientes de que les ha ocurrido.	-Entrega de cuestionarios Pre-Intervención.
-Explicar las funciones del Psicólogo.	
-Presentar los contenidos y metodología del Programa.	
-Psicoeducar sobre las emociones, aprender a conocerlas, integrarlas y gestionarlas.	-Integración de la Vivencia de la Enfermedad coronaria.
-Evaluar inicialmente la ansiedad, depresión, apoyo percibido, hostilidad, calidad de vida e impulsividad de los pacientes.	
2 -Mantener la tensión a raya y conocer los efectos negativos de ésta en el corazón y en el organismo.	-Técnica de Relajación de Jacobson. Fase I.
-Conocer los efectos del estrés.	-Técnicas de Respiración
-Aprender a reaccionar de manera adaptativa ante situaciones estresantes.	Diafragmática, Abdominal y Purificante
3 -Valorar situaciones de estrés cotidianas y aprender a manejarlas.	-Análisis Funcional.
-Discriminar entre reacciones positivas y negativas ante el estrés.	-Introducción a la Relajación Guiada.
	-Relajación de Jacobson Fase II.
	-Inoculación del estrés (Meichenbaum).

- | | |
|--|---|
| <p>4 -Aprender a solucionar problemas.</p> <p>-Gestionar adecuadamente el tiempo.</p> | <p>-Técnicas de solución de problemas (Zurrilla y Goldfried).</p> <p>-Dinámica de gestión del tiempo.</p> <p>-Relajación de Jacobson. Fase III.</p> |
| <p>5 -Aprender cuales son las características del patrón de conducta tipo A.</p> <p>-Conocer efectos de la ira, hostilidad y enfado.</p> | <p>-Psicoeducación sobre el patrón de conducta tipo A.</p> <p>-Psicoeducación sobre las emociones negativas y como gestionarlas.</p> |
| <p>6 -Mejorar la Asertividad.</p> <p>-Aprender a decir NO.</p> <p>-Aprender a solicitar cambios en los demás.</p> | <p>-Técnicas de Autocontrol.</p> <p>-Relajación de Jacobson, Fase IV.</p> <p>-Simulación de situaciones, dinámicas.</p> |
| <p>7 -Aprender los beneficios de humor.</p> <p>-Mejorar la autoestima.</p> <p>-Disminuir los síntomas depresivos posibles.</p> | <p>-Psicoeducación.</p> <p>-Reestructuración Cognitiva.</p> <p>-Lista de Actividades agradables.</p> <p>-Video y lecturas recomendadas.</p> |



- | | | |
|---|---|--|
| 8 | -Conocer Técnicas y funciones del Mindfulness.

-Reincorporarse a la vida familiar y laboral. | -Pase de Cuestionarios finales
post.

-Mindfulness. |
|---|---|--|
-

Procedimiento

Para poder llevar a cabo este programa, hemos tenido en cuenta las normas de buena práctica clínica. Todos los pacientes firmaron una hoja de consentimiento informado donde se les explicaba el objetivo del estudio y del programa. Además, se les garantizó que sus datos iban a ser anónimos asignándoles a cada uno un código, y sólo podría tener acceso a ellos personal autorizado.

Tras la fase de ingreso hospitalario y alta de un paciente cardíaco (*Figura 1*), se inicia el Programa de rehabilitación cardíaca en el Hospital (*Figura 2*), en el que participaron enfermeros, cardiólogos, fisioterapeutas, enfermeros, médico rehabilitador y psicólogos como prevención secundaria. El objetivo de este programa es que el paciente se reincorpore a su vida diaria con la mayor calidad y normalidad posible, asumiendo lo ocurrido y rehabilitándose tanto física como mentalmente. Además, debe de ser consciente de qué le ha ocurrido, por qué le ha ocurrido y qué hábitos de vida debe de modificar a partir de ahora (Arrarte, 2016).



Figural. Proceso de seguimiento Rehabilitador tras evento cardíaco.

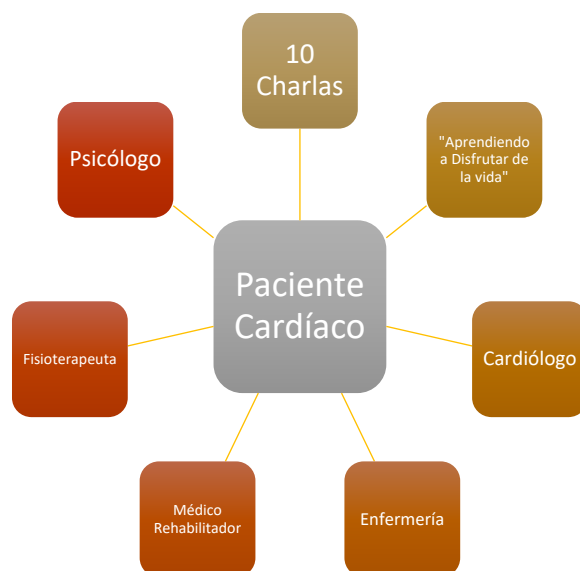


Figura 2. Elementos que forman parte de la Rehabilitación cardíaca.

Tras el alta Hospitalaria, estos pacientes tendrán una primera cita ambulatoria con su cardiólogo. El día que los pacientes tienen esa cita, tienen también consulta con su fisioterapeuta y nutricionista o enfermera. La fisioterapeuta les da un programa de rehabilitación física, que incluye una prueba de esfuerzo, etc. La enfermera, ese mismo día, les asesora e informa sobre los hábitos nutricionales, y comienzan así el Programa de rehabilitación cardíaca en el Hospital General Universitario de Alicante. Además, los pacientes deben acudir a 10 sesiones psicoeducativas detalladas a continuación (*Tabla 2*), de asistencia obligatoria.

Tabla 2.

Estructura de las Sesiones de Rehabilitación Cardíaca dentro del Programa Hospitalario.

Sesión	Tema	Servicio que lo imparte
1	Importancia del ejercicio físico	Servicio de Rehabilitación

2	Dieta cardiosaludable	Servicio de cardiología
3	Aterosclerosis. Enfermedad cardiovascular no coronaria, HTA, claudicación intermitente y diabetes	Cardiología
4	Aspectos Psicológicos en la enfermedad coronaria	Psicología
5	Cardiopatía Isquémica	Cardiología
6	Trabajo, viajes, conducción...	Cardiología
7	Adherencia a la medicación	Cardiología
8	Disfunción sexual	Andrología
9	Tabaco y otras drogas	Unidad de Tabaco, Servicio Neumología
10	Colesterol	Cardiología

Cada una de estas charlas, será impartida por un profesional, el cual les informará sobre lo ocurrido, factores de riesgo y prevención. Además, se resuelven algunas de las dudas o cuestiones que los pacientes puedan tener o surgirles.

Para comenzar nuestro programa, se asistió durante un mes, cada miércoles a las charlas, de una duración entre 30 y 45 minutos, y se comenzó a localizar a los pacientes que habían sufrido un evento cardíaco reciente, en un plazo máximo de un mes. Acudiendo a las sesiones y con la lista de nuevos pacientes facilitada por la enfermera, al acabar la charla, se habló con ellos para contarles en qué consistía nuestro programa y si estaban interesados. Todos aquellos que estuviesen interesados, y cumpliesen todos los criterios de inclusión anteriormente nombrados, se les pasó la entrevista inicial de recogida de datos sociodemográficos (*Anexo 2*), y se les llamó para

citarles en la primera sesión grupal. Para dar comienzo, los pacientes fueron citados cada miércoles en el aula a la misma hora durante 8 semanas. Tras esas 8 sesiones detalladas en la Tabla 2.

Todas estas sesiones se acompañan de un apoyo visual formato power point, resúmenes de las sesiones y aspectos más importantes a recordar en papel, y además se les dio carpetas con bolígrafos para que pudiesen tomar notas. Se les pasó unos cuestionarios al inicio en la primera sesión y los mismos en la última sesión, además de una hoja de satisfacción del programa (*Anexo 3*).

Tipo de diseño

Se trata de un diseño descriptivo, observacional y cuasi-experimental transversal. Se realiza una evaluación pre intervención y post intervención. Existen variables extrañas que no podemos controlar, dado que no está realizado en laboratorio, y posee algunas limitaciones, pero se consideró un buen método para darnos información sobre la efectividad y resultados de una intervención psicológica en pacientes que han sufrido un evento cardíaco.

Análisis de los datos

Para hacer la comparación entre las medias de las puntuaciones pre y post, antes y después del programa, y comprobar la efectividad del mismo, se necesita que dichas medias cumplan el supuesto de normalidad.

Al ser una muestra inferior a 30 sujetos, se utilizó el Test de Shapiro-Wilk, en el cual, para que se cumpla el supuesto de normalidad, el valor p , debe de ser mayor o igual a 0.05. En el caso de los factores que sí se cumplió el supuesto, se obtuvieron las medias y las desviaciones típicas. En el caso de los otros factores, al no cumplirse el mismo, se realizaron las medianas (percentil 50) y rangos intercuartílicos (percentil 75 – percentil 25).

De igual modo, para los que sí se cumplió la normalidad en la variación de puntuaciones

(post – pre), se determinaron si existían diferencias en las medias estadísticamente significativas a través del test de la t de student para datos apareados. En el otro caso se empleó el test de Wilcoxon.

Por otro lado, empleando los resultados obtenidos en nuestra muestra de pacientes, determinamos para estudios futuros cuántos pacientes necesitaríamos para detectar diferencias estadísticamente significativas. Con un nivel de potencia prefijado (80 y 90%) en las medias de las puntuaciones entre antes y después de la intervención (Chow, Wang & Shao, 2008). Observamos que en las variables que no mostraron normalidad en la diferencia, también calculamos el tamaño muestral para diferencias en las medias, por poder asumir normalidad asintótica en tamaños muestrales mayores (Teorema Central del Límite). Todos los cálculos se realizaron con una significación del 5%. El paquete estadístico empleado fue el IBM SPSS Statistics 19.

2. Resultados

La muestra está formada por un 62.5% de varones, y un 37.5% de mujeres, con una media de edad de 57.62 años y una desviación estándar de 9.99. Los pacientes de la muestra tienen edades comprendidas entre 40-70 años, 6 de ellos son mujeres y 10 hombres, con un nivel de estudios y económico medio. Lo primero que se hizo fue crear la variable diferencia entre la situación post-intervención y pre-intervención, y estudiar su normalidad a través del test Shapiro-Wilk. Haciendo esto, observamos que todas las variables son normales excepto *impulsividad*, *calidad de vida*, y *apoyo percibido*, las cuales se han marcado con un * en la tabla. Para aquellas que son normales: *ansiedad*, *depresión*, *hostilidad*, y *percepción de salud*, realizamos la media y desviación típica en situación pre y post intervención; y para las que no lo son, mediana y rango intercuartílico. Todas las variables mencionadas se incluyen a continuación en la tabla 3.

Tabla 3: *Análisis de la efectividad de la intervención psicológica sobre pacientes que han padecido un evento cardiovascular.*

Factor	Normalidad de la diferencia Shapiro-Wilk (p-valor)	Pre-intervención		Post-intervención		p-valor	n (1-β)	
		Media/Mediana	DE/RI	Media/Mediana	DE/RI		80%	90%
<i>Ansiedad (Estado)</i>	0.148	42.69	31.10	51.34	31.64	0.258	91	122
<i>Ansiedad (Rasgo)</i>	0.298	44.72	32.19	58.41	27.85	0.145	54	72
<i>Depresión</i>	0.817	5.88	4.22	4.25	3.24	0.038	25	33
<i>Hostilidad</i>	0.223	45.19	6.34	45.38	6.12	0.874	4834	6471
<i>Impulsividad*</i>	0.015	57.00	15.00	62.50	8.75	0.07	32	42
<i>Calidad de vida*</i>	0.048	9.00	3.50	9.50	4.75	0.95	4602	6161
<i>Percepción de salud</i>	0.789	64.56	21.53	70.31	20.45	0.160	58	78
<i>Apoyo percibido*</i>	0.021	42.50	14.00	41.50	20.50	0.30	626	838

DE, desviación estándar; n, tamaño muestral para detectar diferencias estadísticamente significativas con $\alpha=5\%$ y β el indicado en la fila inferior (80 o 90%); RI, rango intercuartílico.

*, variables que no cumplen la hipótesis de normalidad en la diferencia ($p<0.05$ en el test de Shapiro-Wilk).

Para las variables que cumplen normalidad en la diferencia se describen mediante media y DE, mientras que si no se cumple este supuesto se utilizan medianas y RI.

Como se puede observar, se encuentran mejorías de los pacientes en el factor *depresión*, *apoyo percibido* y *percepción de salud*. En el factor *depresión*, la media disminuye de 5.88 a 4.25, lo que significa que la media de la depresión en pacientes mejora., además, es el único factor en el que la p es significativa con una puntuación de 0.038, inferior a 0.05. Respecto a la calidad de vida de los pacientes, la media aumenta de 9.00 a 9.50, por lo tanto, la percepción de la calidad de vida de los pacientes aumenta, aunque su p valor no es significativa con un 0.95. Y en el otro factor que los pacientes mejoran es en la percepción de salud, aumentando la media de puntuaciones de 64.56 a 70.31, y con un valor $p=0.160$.

Que el factor depresión sea el único que ha salido significativo en el estudio, puede ser debido al reducido tamaño muestral. En último lugar, puesto que contamos con un tamaño muestral pequeño, calculamos cuántos pacientes necesitamos para determinar diferencias estadísticamente significativas con una potencia satisfactoria, fijando el 80-90% de potencia, que es el aplicado en los estudios clínicos. A continuación, se observa en los resultados, que se necesitarían un número de pacientes que oscilaría entre 25-4834 sujetos para un 80% y entre 33-6471 para una potencia de un 90%. Con esos tamaños muestrales, si se podría obtener conclusiones acerca de su nivel de significación con bastante certeza.

En lo que refiere a los demás factores, las medias aumentan, pasando *ansiedad como estado* de 42.69 de media a 51.34. El factor *ansiedad como rasgo*, es el que más aumenta, pasando de 44.72 de media, a 58.41. El factor *hostilidad*, pasa de una puntuación de 45.19 a 45.38. El factor *impulsividad* aumenta de una puntuación de 57 a una puntuación de 62.50 de media. Y por último, la sensación de *apoyo social* recibido, disminuye en la media de 42.50 a 41.

3. Discusión

Las cardiopatías isquémicas, son motivo de un gran impacto físico y emocional en las personas, junto con el miedo, ansiedad y percepción de peligro de volver a recaer con unas consecuencias graves. (Veloso, López, Veloso-Rodríguez y Dagoberto, 2008). Según Romero, (2007), ENRICHHD, the Enhancing Recovery in Coronary Heart Attak Randomiced Trial, un estudio con 2.481 pacientes con enfermedades cardíacas, en el cual los pacientes mejoraron con el uso de antidepresivos, con terapia cognitivo-conductual o ambas en lo que refiere al control de la depresión asociada al evento cardíaco.

Se sabe desde hace tiempo, que actividades sencillas como caminar diariamente, realizar

ejercicio físico controlado, no fumar y mantener una dieta sana y equilibrada previenen el riesgo de padecer una enfermedad coronaria (Remor, Arranz y Hulla, 2003). Si una persona sufre un evento cardíaco y tiene síntomas depresivos, podrá sentir tristeza, pérdida de libido, falta de energía, enlentecimiento psicomotor y difícilmente podrá realizar dichas actividades, por tanto, la posibilidad de recaída aumentará (Molina, Arnoby, Esparza y Milena, 2016). Por otro lado, existen pacientes, que tras el evento, pueden encontrarse muy bien, y hasta sospechar un error médico, lo cual al no tener percepción de enfermedad, pueden realizar conductas de riesgo y sería perjudicial para la salud y podrían recaer nuevamente (Veloso, López, Veloso-Rodríguez y Dagoberto, 2008).

Los resultados de la efectividad de la intervención del programa “Aprendiendo a Disfrutar de la Vida” permiten definir la intervención como válida y significativa para el factor depresión. También se puede comprobar que en el factor percepción de salud y calidad de vida, los pacientes obtienen mejores puntuaciones tras la intervención, concluimos que los pacientes mejoran en 3 factores: depresión, calidad de vida y percepción de salud. Por lo tanto, se cumple una parte del objetivo inicial del programa, determinar la efectividad de un programa de intervención psicológica, para mejorar el bienestar de los pacientes que han sufrido un evento cardíaco, y se cumple también la hipótesis de mejora de depresión, calidad de vida y apoyo percibido tras la intervención. Para el resto de hipótesis y objetivos, deberíamos realizar un estudio más preciso con un mayor número de sujetos.

En comparación con el estudio de Pallas y Torres (2015), realizado con el mismo programa, en un ambiente y características similares, con una muestra más pequeña de 10 pacientes, observamos que existen mejorías en las puntuaciones en todos los factores, aunque no podemos saber si existieron diferencias significativas ya que no se muestran los datos estadísticos de p valor. Lo que sí podemos ver, es que la mayor parte de sujetos mejoran en todos los factores

en el estudio de Pallas y Torres (2015), aunque siguen estando por encima del punto de corte o media tras la intervención. Estos datos nos indican que, seguramente, se necesitaría más tiempo de terapia y seguimiento, al igual que ocurre en nuestro estudio. Además, también se necesitaría un mayor número de sujetos para determinar la efectividad total del programa, ya que se han utilizado los mismos cuestionarios. Por ejemplo, en depresión, de los 10 pacientes, 4 no tenían depresión al inicio del programa, 3 tenían depresión, pero mejoraron, y 3, continúan con depresión leve o moderada. En nuestro estudio, de 16 pacientes, 7 no puntuaron rasgos en depresión, y 8 continuaron teniendo depresión, aunque 5 pacientes disminuyeron en sus puntuaciones. Son aspectos también a valorar, no es lo mismo no puntuar en depresión antes del programa y mantenerse, que puntuar alto en depresión antes del programa y luego reducir esa puntuación. Al igual que deberíamos tener en cuenta el tiempo que hacía desde que dichos pacientes del estudio de Pallas y Torres, les sucedió el evento cardíaco, en nuestro estudio, los pacientes hacía un mes o menos del evento.

Otro de los motivos por los cuales podemos obtener puntuaciones elevadas, puede ser debido al proceso de la intervención. Tras el programa, los pacientes comienzan a ser más conscientes de sus emociones y de lo ocurrido, con lo cual, poseen una mejor comprensión de los ítems y pueden dar respuestas más realistas y ajustadas que en los cuestionarios antes del comienzo de la intervención.

Una de las limitaciones del programa y propuesta de mejora, sería la modificación en parte de la sesión cuarta, la parte de gestión del tiempo. La gestión del tiempo pensamos que iría más enfocada a población más joven y activa en el mundo laboral. Para la población que nos encontramos, quizás sería más útil el tema de la sexualidad, la cual suele quedar muy afectada en este tipo de enfermedades crónicas, independientemente de la edad (Lugo, 2016). Como también

podemos observar en la programación de Garcés de los Fayos, Velandrino, Conesa y Ortega (2002), en el que incluyen en uno de sus módulos la sexualidad en pacientes cardíacos, obteniendo diferencias significativas.

En la encuesta final de satisfacción del programa, la mayoría de sujetos coincidieron en una satisfacción muy alta con el programa, agradeciendo la utilidad práctica de lo aprendido, y aconsejando realizarlo más extenso con un mayor número de sesiones. Podría ser más útil en este caso y pensamos que se podrían obtener mejores resultados.

Otra de las cuestiones que se nos plantea, es si teniendo un grupo control, ese grupo control sin nuestra intervención, hubiese mejorado o no, más que nuestros pacientes en las puntuaciones en las que no hemos obtenido resultados significativos y de mejora

Y por último comentar, como otra propuesta el reemplazar algunos de los instrumentos de medida, utilizar el HAD para evaluar la ansiedad y depresión escala de (Goldberg y cols., 1998, versión española adaptada GZEMPP, 1993), el STAXI 2, descrito en el estudio de Ochoa, Herrera, Lemos, Arango y Heather (2010), para medir la ira, midiendo el sentimiento, la expresión verbal y la expresión física de esta, y el SPF-36 para calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica, por las evidencias psicométricas que posee tal como se refiere en Soto y Failde (2004), y para la percepción de apoyo percibido utilizar el mismo cuestionario, de Buss Durkee. Ya que todos estos cuestionarios, han obtenido puntuaciones significativas en programas similares al nuestro. También cabría la posibilidad de añadir un cuestionario para medir la sexualidad en pacientes cardíacos.

Para futuras investigaciones, debido a que es un estudio piloto y contamos con una reducida muestra, se propone repetir el estudio ampliando la muestra, para poder obtener unos

resultados más concluyentes sobre la efectividad del programa. También sería conveniente realizar un seguimiento a medio y largo plazo tras la finalización del programa para ver si los resultados se mantienen en el tiempo.

Referencias

- Arrarte-Esteban, V.I. (2016). *Análisis de las variables psicológicas en pacientes con cardiopatía isquémica aguda (Síndrome Coronario Agudo) según procedimiento empleado* (Tesis Doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Badía, X., Monserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). The Spanish versión of EuroQoL: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Europe PMC, 112* (1), 79-85.
- Banerjea, J. C., Biorck, G., Hellerstein, H.K., Lloyd, T.A., Maddox, J.K., Puhlev, A., y otros. (1963). La Rehabilitación en enfermedades cardiovasculares. *Org. Mund. Salud Ser. Inf. Téc.*, 270.
- Blumenthal, J.A., Wang, J.T., Babyak, M., Watkins, L., W., Miller, P.,...Sherwood, A. (2010). Enhancing standard cardiac rehabilitation with stress management training: background, methods and design for the ENHANCED Study, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 30* (2), 77-84. Doi: 10.109/HCR.0b013e3181d0c1d3.
- Bueno, A. (1996). Rehabilitación post-infarto de miocardio: Propuesta de un modelo de intervención psicológica. *Análise Psicológica, 2-3* (14), 203-213.
- Canales-Reyes, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Summa Psicológica ust, 8* (1), 21-28.
- Cano de la Cuerda, R., Alguacil, I.M., Alonso, J.J., Molero, A. y Miangolarra, J.C. (2012). Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación

actual. *Revista Española de Cardiología*, 65 (1), 72-79.

Chow S, Wang H, Shao J. *Sample Size Calculations in Clinical Research*. 2nd ed. New York, NY: Chapman & Hall/CRC; 2008.

Del Pino, A., Gaos, M.T., Dorta, R., y García, M. (2004). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para modificar conductas pronocoronarias. *Psicothema*, 16 (4), 654-660.

Expósito-Ordóñez, M.E. (2017). *Eficacia de la Rehabilitación Cardíaca en la recurrencia de eventos cardiovasculares y en la prevención secundaria en pacientes coronarios del Área de Salud VII de la Región de Murcia. Según procedimiento empleado* (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Murcia.

Fundación Española del Corazón, FEC. (2011). ¿Cuánto cuesta un enfermo cardiovascular? <http://www.fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2208-cuanto-cuesta-enfermo-cardiovascular.html>

Garcés de los Fayos, E., Velandrino, A., Conesa, A. y Ortega, J. (2002). Un Programa de intervención psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (1).

García-Portilla, M.P., Bascarán-Fernández, T., Sáiz, P.A., Redondo, M.P. y García, J.B. (2011). *Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Cyesan.

Izquierdo, G. (2014). España en cifras. *Catálogo de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado*. Madrid: INE. <http://publicacionesoficiales.boe.es>.

Jiménez, M.J., Tirado, S., Martínez, R. y Martín-Oviedo, P. (2015). Rehabilitación cardíaca y emociones negativas en Cardiópatas. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, 3 (1).

Lugo, A.R. (Agosto 2015-Mayo 2016). Actividad sexual posterior a infarto de miocardio en pacientes de dos hospitales de Maturín, Venezuela. *Revista S Científica*, 14 (1), 13-16.

- Mallol, M. (2017). Trastornos Psiquiátricos frecuentes post infarto agudo y su relación pronóstica. Revisión de la literatura. *Revista de Ciencias Médicas*, 42 (2).
- Maroto-Montero, J., Artigao, R., Morales, M., Zarzosa, C, y Abraira, V. (2005). *Revista Española de Cardiología*, 58 (10), 1181-7.
- Molina, D.I., Arnoby, J., Esparza, A.S. y Milena, B. (2016). Depresión y riesgo cardiovascular en la mujer. *Revista colombiana cardiología*, 23 (3), 242-249.
- Ochoa, A., Herrera, C.I., Lemos, M., Arango, J.C. y Heather, L.R. (2010). Análisis de la ira en pacientes con cardiopatía isquémica de la ciudad de Medellín. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 26, 86-102.
- Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V. y Mann, J.J. (2001) Spanish adaptation of the Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11). *European journal of Psychiatry*, 15 (3), 147-155.
- Oquendo, M. A., Graver, R., Baca-García, E., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *Psychiatry*, 15 (101), 101-12.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2007, Octubre 14].
- Pallas-Álvarez, L. y Torres-Alfosea, M.A. (Septiembre 2014). "Aprendiendo a disfrutar de la vida". Póster presentado al X Congreso Internacional SEAS (Valencia).
- Pallas-Álvarez, L. y Torres-Alfosea, M.A. (Junio 2015). *Programa de empoderamiento del paciente con cardiopatía isquémica: Aprendiendo a Disfrutar de la Vida*. Póster presentado al Congreso de salud mental (Valencia).
- Pedrero, E. F., Paino, M., Baigrie, S. S., Giráldez, S. LL. y Muñiz, J. (2012). Propiedades

Psicométricas del “Cuestionario de ansiedad estado-rasgo” STAI) en Universitarios. *Behavioral Psychology I Psicología Conductual*, 20 (3), 547-561.

Peláez, V., Orea-Tejeda. A., Dominguez. B., Figueroa, G., Alcocer, L., Santiago, R.,...Martínez, C. (2016). Intervención Psicológica como parte del tratamiento integral en pacientes con insuficiencia cardíaca: efecto sobre la capacidad funcional. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 9 (1), 53-61.

Remor, E., Arranz, P. Y Ulla, S, (2003). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

Rocha-Nieto, L.M., Herrera-Delgado, C. y Vargas-Olano, M.O. (2017). Adherencia al tratamiento en rehabilitación cardíaca: diseño y validación de un programa de intervención biopsicosocial. *Revista Colombiana de Psicología*, 26 (1), 61-81. doi: 10.15446/rcp.v26n1.53610.

Rodríguez, J y Neipp, M.C. (2008). *Manual de Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez. T. C., Lara. S. D., Villegas. G., Sotelo. y N., León. C. C. (2014). Análisis psicométrico del Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK-11 en inmigrantes peruanos en Italia. *Pensamiento Psicológico*, 12 (1), 25-35. doi: 10.11144/Javerianacali. PPSI 12-2.apca.

Romero, C.E. (2007). Depresión y enfermedad cardiovascular. *Revista Uruguaya de cardiología*, 22.

Ruíz, E., Velandrino, A., Conesa, P y Ortega, J. (2002) Un Programa de Intervención Psicológica en pacientes con problemas cardiovasculares tipo inestable. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (1).

Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.

Smith, P.J. y Blumenthal, J. (2011). Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. *Revista Española de Cardiología*, 64 (10), 924-933.

Soto, M. y Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista Sociedad Española del Dolor*, 11, 505-514.

Veloso-Pérez, E., López, Y., Veloso-Rodríguez y Dagoberto, A. (2008). Depresión en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de Facultad de Ciencias de la Salud*, 5 (2).



4. Apéndices o Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información sobre mis datos personales y de salud será incorporada y tratada en una base de datos informatizada cumpliendo con las garantías que establece la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la legislación sanitaria.

La cesión a otros centros de investigación de la información contenida en las bases de datos y relativa a mi estado de salud, se realizará mediante un procedimiento de disociación por el que se generará un código de identificación que impida que se me pueda identificar directa o indirectamente.

Asimismo, se me ha informado que tengo la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de datos de carácter personal, en los términos previstos en la normativa aplicable.

Si decidiera revocar el consentimiento que ahora presto, mis datos no serán utilizados en ninguna investigación después de la fecha en que haya retirado mi consentimiento, si bien, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte de la investigación.

Yo entiendo que:

Mi elección es voluntaria, y que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Otorgo mi consentimiento para que el Hospital General Universitario de Alicante y el departamento de Psicología de la Universidad Miguel Hernández utilicen mis datos para investigaciones médicas, manteniendo siempre mi anonimato y la confidencialidad de mis datos.

La información y el presente documento se me han facilitado con suficiente antelación para reflexionar con calma y tomar mi decisión libre y responsablemente.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Observaciones:

*Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y en tales condiciones estoy de acuerdo y **CONSIENTO PERMITIR EL USO DE MIS DATOS CLÍNICOS Y DEMOGRÁFICOS PARA INVESTIGACIÓN.***

En de de 200...

DNI:

Fdo.:



Entrevista Inicial a paciente con Cardiopatía

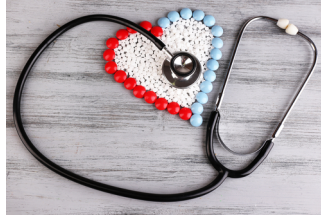
1. Nombre y Apellidos:
2. Edad:

Teléfono de contacto:

Mail:
3. Nivel de Estudios:
4. Profesión:
5. Situación laboral:
6. Situación sentimental:
7. Hijos:
8. Patología o evento cardíaco:
9. Otras enfermedades:
10. Familiares con cardiopatías u otras enfermedades:
11. Fumador:
12. Alcohol:
13. ¿Cómo sucedió el evento coronario? ¿qué hacía en ese momento, con quien estaba...?
14. ¿Qué sintió en aquel momento? ¿qué siente respecto a lo ocurrido?

15. Hábitos de alimentación, deporte y sueño...
16. ¿Le gusta su trabajo? Relación con sus compañeros, puesto que desempeña dentro de la empresa...
17. Relación con su jefe
18. ¿Alguna vez ha sufrido estrés laboral? ¿ansiedad? ¿le gustaría cambiar algo respecto a su trabajo?
19. ¿A qué dedica su tiempo libre?
20. ¿Siente que gestiona bien su tiempo?
21. Situaciones personales o familiares que le hayan generado estrés.
22. ¿Sus padres viven?
23. ¿Tiene hermanos?
24. ¿Se siente apoyado por su familia?
25. ¿A que cree que se debe lo ocurrido?
26. ¿Cuáles son las dificultades que encuentra en su día a día tras lo ocurrido?
27. ¿Cómo afronta estas dificultades?
28. ¿Conoce los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular?
29. ¿Cómo hacer frente a las emociones?
30. ¿Esperaba que le ocurriese esto?
31. ¿Cree que podía haberlo evitado?
32. ¿De qué modo?
33. ¿Cree que le podríamos ayudar? ¿De qué modo?

Anexo 3. Hoja de satisfacción del Programa.



Hoja de satisfacción del Programa “Aprendiendo a disfrutar de la Vida”

1. Mi satisfacción general con el Programa ha sido.....
2. La claridad para explicar por parte del Profesional ha sido.....
3. La preparación de las sesiones por parte de los Profesionales ha sido.....
4. La utilidad práctica de los que he aprendido ha sido.....
5. La duración de las sesiones me parece.....
6. La frecuencia semanal me parece....
7. El día y la hora de las sesiones han sido....
8. El esfuerzo que tengo que hacer para acudir a las sesiones me resulta....
9. Aconsejaría realizarlo a todos los pacientes...
10. Alguna sugerencia....