

PREMIOS
CECOVA

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN RESIDENTES
ESPECIALISTAS EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL
DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Imprenta Senén
I.S.B.N: 978-84-697-5937-0
Dep. Legal: V2458-2017
CECV 91

ÍNDICE

La inteligencia emocional como herramienta de ayuda en el trastorno bipolar. Programa psicoeducativo de Enfermería especialista en salud mental	7
La resiliencia como herramienta para la disminución del burnout en los enfermeros especialistas en salud mental.....	81
Sueño. Fuente de energía Intervención enfermera de salud mental sobre hábitos del sueño en profesores de E.S.O.....	145
Comunicación terapéutica y satisfacción del paciente. Programa formativo para el equipo de Enfermería de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica	251
Protocolo de investigación: Estudio piloto de la eficacia de la implantación de un taller en promoción de la salud mental en donantes vivos de trasplante renal	297

**La inteligencia emocional como
herramienta de ayuda en el
trastorno bipolar.**

Programa psicoeducativo de enfermería
especialista en salud mental

Inmaculada Folgueral Martínez





ÍNDICE

	Pág.
1. RESUMEN	9
2. PALABRAS CLAVE	9
3. INTRODUCCIÓN	10
4. JUSTIFICACIÓN	14
5. HIPÓTESIS	19
6. OBJETIVOS	19
6.1 Objetivo General	19
6.2 Objetivos Específicos	19
7. MATERIAL Y MÉTODOS	20
7.1 Diseño del Estudio	20
7.2 Lugar del Estudio	20
7.3 Sujetos del Programa	21
7.4 Criterios de Inclusión	21
7.5 Criterios de Exclusión.....	21
7.6 Estrategia de Muestreo y Captación de pacientes.....	21
7.7 Definición de Variables	22
7.7.1 Variables Dependientes	22
7.7.2 Variables Independientes.....	23
7.8 Instrumentos de Medida	23
7.8.1 Escala TMMS-24 de inteligencia emocional....	23
7.8.2 Cuestionario de calidad de vida	23
7.9 Cronograma	23
7.10 Técnicas de Análisis	27
7.11 Resultados Esperados	27
8. VENTAJAS Y LIMITACIONES	27
9. RECURSOS NECESARIOS	28
9.1 Humanos	28
9.2 Materiales	28
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	29
11. PERMISOS Y AUTORIZACIONES	29
12. BIBLIOGRAFÍA	30
13. ANEXOS	32



1. RESUMEN

El trastorno bipolar es considerado una enfermedad mental crónica y recurrente, en la que no se logra una recuperación completa entre episodios, esto hace que esta patología se haya convertido en la sexta causa de incapacidad en el mundo, generando grandes repercusiones y dificultades en aquellos que la padecen.

El propósito de este proyecto es realizar una intervención psicoeducativa grupal, a través de un programa de inteligencia emocional, a pacientes con trastorno bipolar con el fin de mejorar sus aptitudes personales (autoconciencia, autocontrol, automotivación), y sus aptitudes sociales (empatía y habilidades sociales). Se trata de dotar de estrategias y recursos personales empezando desde el comienzo de la enfermedad, para que sean capaces de comprender y manejar los estados afectivos logrando una mejor adaptación psicológica y social, mejorando con ello la calidad de vida.

La población a estudio incluye a pacientes entre 15 y 24 años diagnosticados de trastorno bipolar, pertenecientes al centro de salud mental seleccionado. El diseño consiste en un estudio experimental con intervención en grupo único, con medición pre-test/post-test. El instrumento de medida será la escala TMMS-24, quienes presenten puntuaciones desfavorables, pasarán a formar parte del grupo mediante muestreo consecutivo.

2. PALABRAS CLAVE

- Inteligencia emocional
- Psicoeducación
- Trastorno bipolar
- Enfermera especialista en salud mental
- Emociones
- Calidad de vida

3. INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar, denominado clásicamente “psicosis maniaco depresiva” es una enfermedad mental grave, crónica y recurrente. Su origen es biológico y se caracteriza por alteraciones del estado de ánimo alternante entre dos polos opuestos: la depresión y la manía, junto con periodos de normalidad, eutimia, aunque en éstos suelen persistir síntomas subclínicos. A pesar de los grandes avances farmacológicos sigue siendo una gran fuente de morbi-mortalidad, con grandes repercusiones en la calidad de vida de quienes la padecen (Colom&Vieta, 2004).

Esta enfermedad es conocida desde tiempos muy antiguos, Arateo de Capadocia en el año 150 d.c. ya describió la relación entre la depresión denominada “melancolía” y la manía (designaba así a la agitación, cualquiera que fuese su origen). Pero no fue hasta el s.XIX donde se vincularon conceptual y clínicamente los conceptos de manía y depresión, con la “folie circulaire” de Falret y la “folie a doublé forme” de Baillarger en 1854, para describir episodios maniacos y depresivos separados por un intervalo libre.

Hoy en día el trastorno bipolar se engloba según el DSM-IV dentro de los trastornos del estado de ánimo, lo divide en tres subtipos (DSM-IV-TR, 2009):

- Trastorno bipolar I: cursa con episodios maniacos o mixtos y/o episodios depresivos mayores.
- Trastorno bipolar II: cursa con episodios hipomaniacos y episodios depresivos mayores
- Trastorno ciclotímico: cursa con fluctuaciones del estado de ánimo entre síntomas maniacos y depresivos.

Los trastornos bipolares son la **sexta causa de incapacidad en el mundo** (Lopez&Murray, 1998, citado en Colom&Vieta, 2004), generando repercusiones económicas y sociales (pérdida de trabajo, aislamiento...) de aquellos que lo padecen.

Los primeros estudios epidemiológicos, como los de Weisman et al. en 1990 encontraron una **prevalencia anual para el trastorno bipolar del 0,8% y de 1,2% a lo largo de la vida. Trabajos posteriores** como el estudio de Zurich, 1995, calculan que la prevalencia es **del 4% y que podría llegar al 6,5% si incluimos formas menores** (San Miguel, 2001).



La afectación por sexos es igual en el trastorno bipolar I, mientras que en el tipo II es más común en mujeres. Se considera que hay dos intervalos de edad donde es más frecuente que aparezca la enfermedad, de **15-19 años** (siendo el más frecuente) y de **20-24 años** (San Miguel, 2001).

COMO ENTENDER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Hay dos modelos que definen la inteligencia emocional:

- El modelo de habilidad: defendido por autores como Salovey y Mayer, que definen la inteligencia emocional como “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Extremera&Fernández, 2005).
- El modelo mixto: siendo el autor más destacado Goleman que define la inteligencia emocional como habilidad para comprender y manejar nuestras emociones y las de quien nos rodea, en la forma más conveniente y satisfactoria (Trujillo&Rivas, 2005). Afirma que está formada por dos aptitudes:
 - La inteligencia emocional intrapersonal (aptitud personal); con tres componentes básicos:
 - Autoconciencia: capacidad de reconocimiento de las propias emociones con una evaluación realista y sensación de confianza en nosotros mismos.
 - Autocontrol: capacidad de modular y controlar las emociones de forma apropiada así como la sensación de control interno.
 - Automotivación: capacidad en la toma de iniciativas, siendo más eficaces a pesar de los contratiempos y frustraciones que se presenten.
 - La inteligencia emocional interpersonal (aptitud social); con dos componentes básicos:
 - Empatía: capacidad de reconocer y comprender las emociones ajenas.

- **Habilidades sociales:** capacidad para manejar bien las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones y redes sociales.

Goleman (1998) considera que la inteligencia emocional se basa en la capacidad de comunicarnos eficazmente con nosotros mismos y con los demás, y que esta capacidad no es algo innato sino aprendido, por lo que siempre podemos mejorarla. Aconseja que estemos pendientes de las emociones propias y ajenas, que desarrollemos la capacidad de permanecer atentos, de reconocer las señales sutiles que nos permiten saber lo que estamos sintiendo y lo que sienten los otros, pudiendo así utilizar todo esto y sentirnos más motivados para manejar adecuadamente las relaciones que mantenemos con los demás y con nosotros mismos.

Si nos habituamos a ser un poquito más conscientes de nuestros sentimientos y de los sentimientos de las de personas que nos rodean, podremos recibir una valiosa información muy importante para saber si nuestro comportamiento se ajusta o no a nuestros valores y preferencias y para captar las repercusiones que puede llegar a tener nuestra conducta en los sentimientos de éstas personas.

Ser inteligente frente a las decepciones requiere el control de los impulsos, aprender de la frustración, demostrar tolerancia hacia la demora en la gratificación, y la regulación del estado de ánimo entre otros.

La inteligencia emocional implica una serie de habilidades emocionales que, una vez manifestadas en la vida cotidiana, permite a las personas tener más probabilidades de sentirse satisfechas, siendo más eficaces y productivos en sus vidas.

LAS EMOCIONES

Estudios como los de Vieta y Colom (1999) confirman que el trastorno bipolar constituye un trastorno afectivo en el que predominan las alteraciones de las emociones y cuyas bases biológicas podrían relacionarse con **alteraciones funcionales del sistema límbico** (Benabarre, Vieta, Lomeña, Martínez, Bernardo, Corbella, Colom, Reinares&Gasto, 2000).

El foco más importante de la anatomía de la emoción es el sistema límbico, descrito por primera vez por Papez en 1937.



Nuestra vida mental según Goleman y LeDoux está formada por dos mentes: una que piensa (racional) y otra que siente (emocional), juntas llevan a cabo el proceso emocional (Goleman, 1998).

El funcionamiento de la amígdala y su interrelación con el neocortex constituyen el núcleo mismo de la inteligencia emocional, la amígdala es como un sistema de vigilancia que nos prepara para la lucha o huida, mientras que el neocortex planifica, comprende lo que se siente y coordina los movimientos.

Para comprender como procesamos las emociones cabe destacar el descubrimiento de LeDoux: una nueva vía sensorial, en el que demuestra que la primera estación cerebral por la que pasan las señales sensoriales procedentes de los ojos y los oídos es el tálamo, y a partir de ahí a través de una sola sinápsis a la amígdala. Otra vía procedente del tálamo lleva la señal hasta el neocortex (cerebro pensante) y de ahí reingresa la información a la amígdala, induciendo una modulación o regulación más refinada del proceso emocional ya desencadenado. Los sentimientos que siguen el camino directo a la amígdala son más intensos y primitivos, al seguir una ruta directa genera una respuesta rápida (milisegundos), ventajosa ante situaciones de peligro. Sentimos antes que pensamos (Goleman, 1998).

La poderosa influencia de las emociones en la razón, se debe a que de la amígdala parten muchas más vías de comunicación hacia la corteza que a la inversa (Krivoy de Taub, 2009).

La psicoterapia es un proceso que logra cambios de conducta en el individuo y actúa directamente en el cerebro a través de la sinapsis. Kendel E.(2005) señaló que la conducta en sí misma puede modificar la expresión genética, las conexiones sinápticas pueden ser alteradas y fortalecidas por el aprendizaje, cada acto de aprendizaje modifica el cerebro en términos físicos, poniendo en marcha procesos moleculares que remodelan las conexiones sinápticas existentes, lo que demuestra la flexibilidad de la estructura cerebral y su plasticidad (Krivoy de Taub, 2009). Un entorno rico, físico y emocional ayuda a que las conexiones de la corteza cerebral se desarrollen adecuadamente, pudiendo fortalecerse a través de la psicoeducación las vías que van de la corteza a la amígdala. Las técnicas usadas en el entrenamiento de habilidades sociales, manejo de las emociones, y de relaciones interpersonales, ayudan a establecer conexiones sólidas entre el sistema límbico (sede de las emociones), y la corteza (sede de la razón).

4. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad bipolar es un trastorno afectivo recidivante, más del 90% de los sujetos que tienen un episodio maniaco único presentarán futuros episodios. Está demostrado que en periodos de eutimia los sujetos muestran labilidad afectiva y dificultades interpersonales y laborales. (López, Loaiza, Lopera, Delgado, Sanz, Gil,Correa,, 2008).

Ferrier ha demostrado que no hay una recuperación completa entre episodios, sino que los pacientes continúan sufriendo alteraciones neuropsicológicas más allá de los episodios de enfermedad (López et al., 2008).

Algunos de los déficits que poseen los pacientes bipolares eutímicos:

- Dificultades en el área laboral: provocando pérdida de motivación y energía para el trabajo, los estudios y con ello de las actividades sociales.
- Dificultades en las relaciones interpersonales: un 47% experimentan empobrecimiento, esto dificulta la apertura a situaciones sociales nuevas aislando al paciente (Rosa, Bonnin, Mazzarini, Amann, Kapczinski, Vieta, 2008)
- Falta de asertividad (están muy inhibidos o excesivamente amables y atentos).
- Dificultad para ejecutar las habilidades que poseen (por sus alteraciones emocionales).
- Falta de confianza en sí mismos.

Todas estas alteraciones funcionales repercuten en la calidad de vida que pueda llegar a tener el paciente bipolar, aún estando eutímico. Un estudio llevado a cabo con pacientes con trastorno bipolar I eutímicos y sujetos sanos, demostró que los pacientes con trastorno bipolar muestran puntuaciones más bajas en todos los dominios de calidad de vida en comparación con el grupo control (Brissos,Videira, Kapczinski, 2008).

Mediante el estudio de Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal (2004) podemos encontrar la relación entre la **inteligencia emocional y la calidad de vida**, ya que han examinado el grado de asociación entre los tres componentes de la inteligencia emocional evaluados por el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24), los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y calidad de vida en adultos jóvenes universitarios.



La escala TMMS-24 evalúa tres aspectos de inteligencia emocional: Atención a los propios sentimientos, Claridad emocional y Reparación de las emociones (Extremera, Fernández-Berrocal, 2003).

Las conclusiones del estudio determinaron que puntuaciones altas en Atención emocional se relacionaban con mayor sintomatología ansiosa y depresiva y con peores puntuaciones en la calidad de vida, demostrando el carácter desadaptativo de prestar demasiada atención a nuestras emociones. Respecto a los componentes de Claridad y Reparación emocional, altas puntuaciones en ambos se relacionaron con menores niveles de ansiedad y depresión y mayor calidad de vida.

Estos estudios demuestran la **influencia que tiene una adecuada comprensión y manejo de nuestros estados afectivos, no sólo para ayudarnos a disfrutar de una mejor adaptación psicológica, sino también poder mejorar nuestro funcionamiento social al experimentar un bienestar emocional.**

El desarrollo de un programa de inteligencia emocional permite dotar al paciente de habilidades como: la capacidad de reconocimiento de las propias emociones, dando sensación de confianza al realizar una evaluación realista, la capacidad de modular y controlar emociones de forma apropiada, fortaleciendo la sensación de control interno, capacidad en la toma de iniciativas, siendo más eficaces a pesar de los contratiempos y frustraciones que se presenten, capacidad de reconocimiento y comprensión de emociones ajenas, pudiendo establecer relaciones interpersonales más satisfactorias y capacidad para el manejo de las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones y redes sociales (Goleman, 1998).

El trastorno bipolar empieza a edades muy tempranas (frecuente entre los 15-19 años), por ello los profesionales de enfermería debemos de empezar a trabajar desde la adolescencia, ya que es una época en la que los adolescentes comienzan a desarrollar sus capacidades personales y habilidades sociales que les permitirán desenvolverse con eficacia en la vida adulta.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el establecimiento de programas dirigidos a los adolescentes con el fin de intervenir en la promoción de un desarrollo social y afectivo saludable. Estos programas cuentan con una serie de intervenciones para la adquisición de aptitudes para la vida, como la capacidad de resolución de problemas, el

pensamiento crítico, la comunicación, las relaciones interpersonales y diversos métodos para afrontar las emociones que permitan a los adolescentes desarrollar una salud mental más sólida y positiva (OMS, 2001).

Los servicios que se prestan en el centro de salud mental permiten prestar cuidados sin que el paciente sea apartado de su ambiente doméstico, las terapias aplicadas van dirigidas a ayudar a los pacientes a desenvolverse adecuadamente en su comunidad permitiendo tratar la enfermedad mental desde una perspectiva social más amplia (Morrison, 1999).

El objetivo terapéutico de los profesionales de enfermería es el de ayudar a los pacientes a utilizar los recursos y capacidades adecuadas necesarias para afrontar sus problemas. Para ello, trabajamos aceptándolos como una persona en su totalidad, desarrollando una relación de confianza mutua donde puedan fortalecer su autoestima y confianza, y favoreciendo la adaptación eficaz enseñándoles habilidades adaptativas más eficaces para satisfacer sus necesidades. Hildergar Peplau (1952) define la relación terapéutica enfermera como una herramienta que contribuye a la recuperación del paciente (Morrison, 1999).

Siguiendo el modelo de Peplau y la necesidad de tener un registro y valoración rigurosa de los pacientes con problemas de salud mental adaptado a la filosofía enfermera y al método científico, se aplicará en el estudio el modelo de registro basado en el enfoque de M. Gordon por patrones funcionales de salud, adaptado a los pacientes de las unidades de salud mental por Joana Fornés (Fornés, 1997).

Un patrón de salud se entiende desde este modelo como aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano. (Fornés, 1997).

Siguiendo este instrumento de valoración seremos capaces de describir el estado de salud inicial, reconocer problemas, detectar necesidades y llevar a cabo una continuidad de cuidados a través de la relación enfermera paciente una vez finalizado el programa.

Por todo lo anterior se justifica el papel de la enfermera especialista en salud mental, ya que en colaboración con otros profesionales de la salud, trabaja en el centro de salud



mental donde se pretende llevar a cabo una intervención psicoeducativa grupal para mejorar la inteligencia emocional y calidad de vida de los pacientes con trastorno bipolar.

El modelo enfermero elegido en este estudio es el Modelo de Interrelación o de Relaciones personales de Hildegard Peplau.

La publicación en 1952 de H. Peplau «Relaciones Interpersonales en Enfermería» creó un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería en la salud mental. En especial centraba su teoría en la relación enfermera/paciente. Sus ideas sobre la enfermería fueron tomadas por una parte de los conceptos de habilidades personales e interpersonales de desarrollo y por otra de la teoría del aprendizaje.

Su modelo se centra en las relaciones humanas y describe al ser humano como un organismo que vive en un equilibrio inestable, y que la vida es el proceso de luchar para conseguir un equilibrio estable. Considera que el hombre tiene la capacidad de aprender y de desarrollar aptitudes para solucionar problemas y adaptarse a las tensiones creadas por sus necesidades. Siendo la función de la enfermería seguir un proceso educativo destinado a proporcionar apoyo a este desarrollo y crecimiento para alcanzar el máximo potencial con el fin de facilitar el movimiento hacia una vida personal y comunitaria creativa, constructiva y productiva (Hodward, 1992).

La clave de este éxito radica en el establecimiento y el mantenimiento de la relación enfermera paciente. Sin ella, la enfermera no podría ser útil ni terapéutica y los cuidados resultarían ineficaces

Se presenta la relación enfermera-paciente como una evolución que pasa por fases de interacción que se entrelazan y superponen (orientación, identificación, aprovechamiento y resolución), en la que la enfermera desempeña diferentes funciones o roles (desconocida, persona-recurso, docente, líder, sustituta y consejera). La enfermera con destreza debe saber reconocer las distintas fases así como los cuidados necesarios que se precisan en cada una de ellas. (Peplau, 1990).

Según Peplau las relaciones interpersonales influyen en la experiencia intrapersonal del paciente, en la que median sus propias percepciones, creencias, sus propios valores y

juicios para formar opiniones personales que a veces no se ajustan a la realidad, produciendo problemas a la hora de relacionarnos (Peplau, 1952).

Por todo ello la enfermera es el profesional que observa este comportamiento y quien, a través de la relación enfermera-paciente, debe ayudar al paciente a conciliarse con lo que está ocurriendo en su vida y a desarrollarse en plenitud.

Sugiere que es posible ayudar a los pacientes a descubrir nuevas estrategias de afrontamiento a fin de promocionar la salud siempre que las enfermeras seamos capaces de relacionarnos de una manera efectiva y con buenos conocimientos sobre la salud. «Las enfermeras tenemos que trabajar con y para el paciente con el fin de conseguir que se produzcan cambios» (Peplau, 1990).



5. HIPÓTESIS

La intervención de la Enfermera especialista en salud mental mediante un programa psicoeducativo, contribuye, a la mejora de la inteligencia emocional y la calidad de vida del paciente con trastorno bipolar.

6. OBJETIVOS

GENERAL

- Plantear un programa de intervención psicoeducativo para mejorar la inteligencia emocional y con ello la calidad de vida.

ESPECÍFICOS

- Capacitar para la identificación, control y manejo de las emociones.
- Fomentar la autoestima.
- Promover la adquisición de técnicas de autocontrol y manejo del estrés.
- Proporcionar el desarrollo de habilidades sociales.
- Capacitar para el manejo en resolución de conflictos.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

1.- Diseño del estudio:

Se trata de un estudio experimental con intervención en un grupo único con medición pre-test/post-test.

La intervención consiste en el desarrollo de un programa psicoeducativo de inteligencia emocional.

Se empleará una valoración inicial de la inteligencia emocional mediante la escala TMMS-24, aquellos pacientes que tengan una puntuación desfavorable en al menos uno de los tres ítems que componen la escala (Atención/Claridad/Reparación), pasarán a formar parte del programa psicoeducativo. (Anexo 6).

Si los pacientes aceptan la propuesta de participación firmarán un consentimiento informado (Anexo 2) y pasarán a formar parte del grupo, además aquellos que sean menores de edad necesitarán el consentimiento del padre/ madre o tutor legal (Anexo3).

Una vez formado el grupo se pasará la escala de calidad de vida para valorar la situación personal inicial y observar si esta es susceptible de mejora tras la participación en el psicoeducativo (Badia X, Salamero M, Alonso J, 2002). (Anexo 7).

Finalmente pediremos la colaboración de los participantes para la cumplimentación de un cuestionario de satisfacción (Anexo 4), con el que pretendemos poder mejorar aquellos aspectos en los que hayan encontrado déficits con el fin de mejorar en futuras intervenciones en nuevos grupos.

Al finalizar el programa se pasarán ambas escalas de nuevo.

2.- Lugar de estudio

El estudio se realizará en el Centro de Salud Mental de la Malvarrosa que atiende a una población de 160.000 habitantes y cuenta con un total de 18.000 pacientes, de los cuales 500 están diagnosticados de trastorno bipolar.

Las sesiones del programa se realizarán en el salón de actos del Centro de Salud Mental, en horario de 12 a 14 horas.



3.- Sujetos del programa

La población a la que va dirigido incluye a los hombres y mujeres diagnosticados de trastorno bipolar tipo I y II con edades comprendidas entre 15 y 24 años pertenecientes al Centro de Salud Mental seleccionado para la intervención.

4.-Criterios de inclusión

- Diagnóstico de trastorno bipolar tipo I y II.
- Sin patología mental asociada.
- Edad comprendida entre 15 y 24 años.
- Pertenecientes al Centro de Salud Mental de la Malvarrosa.
- Eutímicos bajo criterio médico.
- Pacientes que tengan una puntuación desfavorable en al menos uno de los tres ítems que componen la escala TMMS-24 (Atención/Claridad/Reparación).
- Aceptación de participación en el programa.

5.- Criterios de exclusión

- Puntuaciones adecuadas en la escala TMMS-24.
- Evidencia de patología orgánica incapacitante o trastorno mental severo.
- Voluntad de no participar.

6.- Estrategia de muestreo y captación de pacientes

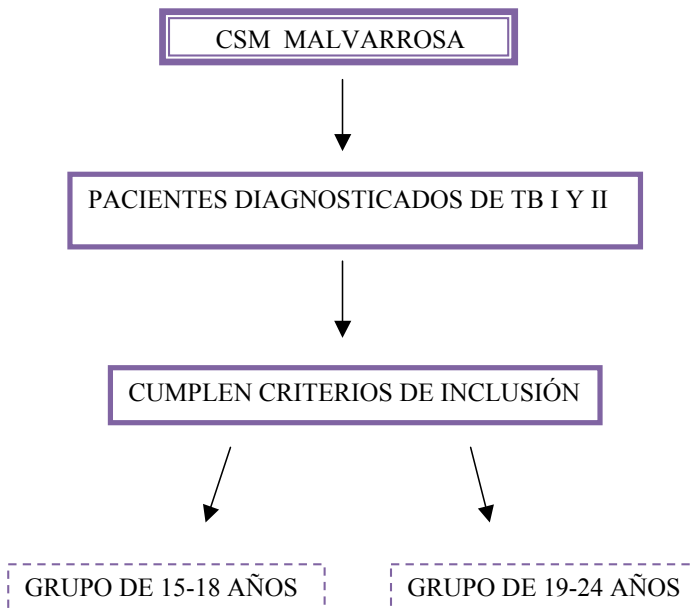
Los participantes se seleccionarán por muestreo consecutivo, que consiste en seleccionar a todos los individuos que acuden al CSM durante el período de tiempo establecido y que cumplen los criterios de inclusión del programa. Se les dividirá en dos grupos en función de la edad : un grupo de 15 a 18 años y otro de 19 a 24 años, con el fin de que la diferencia de edad no sea un obstáculo y dificulte la dinámica de las sesiones.

Cada grupo estará compuesto por una muestra de 8 a 12 pacientes, porque consideramos que un número inferior puede ser una desventaja para la riqueza de las aportaciones y las

oportunidades de los pacientes para interactuar, y trabajar con más puede hacer pensar que los terapeutas no les prestan demasiada atención, o que no les dé tiempo a participar.

Si el paciente acepta la propuesta de participación, se concretará una visita con él. Por el contrario, se le llamará de nuevo para replanteárselo.

Si finalmente decide participar, se hará una primera visita y, si no es así se le excluirá.



7.- Definición de variables

- Dependientes:

- Incremento de la inteligencia emocional.
- Control emocional.
- Perfeccionamiento de las habilidades personales
- Estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés.



- Independientes:

- Participar en el programa psicoeducativo de inteligencia emocional.

8.- Instrumentos de medida

- Escala TMMS-24 de Inteligencia Emocional

Escala que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 24 ítems.

Contiene tres dimensiones claves de inteligencia emocional con 8 ítems en cada una de ellas: Atención emocional, Claridad en los sentimientos y Reparación emocional.

Para la corrección se suman tres puntuaciones por separado, la de los ítems del 1 al 8 para el factor atención emocional, del 9 al 16 para el factor claridad emocional y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones.

-Cuestionario de Calidad de Vida (Ruiz y Baca, 1993)

Cuestionario autoadministrado compuesto de 39 ítems, cada uno de ellos cuenta con una escala tipo Likert que cubre cuatro dimensiones de calidad de vida: Apoyo social (9 ítems para personas sin pareja: 20-28; y 13 para personas con pareja: esos mismos más 36-39); Satisfacción general (13 ítems: 1, 2, 4, 11, 17-19, 30-35) Bienestar físico-psicológico (7 ítems 9-10, 12-16) y Ausencia de de sobrecarga laboral/tiempo libre (6 ítems 3, 5-8, 29). La puntuación de cada una de estas cuatro dimensiones se obtiene al sumar las puntuaciones directas obtenidas en los ítems, previa inversión de las puntuaciones de los ítems 5-8, 11-15 y 25 (es decir, 1=5, 2=4 etc.).

9.-Cronograma

El programa estará dividido en tres fases con una duración total de 7 meses. (Anexo 5).

- Fase Primera

Periodo previo al inicio del programa con una duración de 3 meses, durante este tiempo tendrá lugar la recogida de información y planificación.

- 1: Selección de la muestra por muestreo consecutivo reclutando a todos los pacientes que acuden a consulta del centro de salud mental durante dos meses y que cumplen criterios de inclusión establecidos.
 - Si aceptan la propuesta de participación se concertará una primera visita a la semana siguiente, en caso contrario se hará una llamada telefónica para replantearle la posibilidad de inclusión en el programa.
 - Si decide no participar quedará fuera del estudio.
- 2: Primera visita: será realizada por la enfermera especialista:
 - Se pasará la escala TMMS-24.
- 3: Corrección de las escalas. Los pacientes que tengan puntuaciones desfavorables en al menos uno de los tres ítems serán citados para una segunda visita a la semana siguiente.
- 4: Segunda visita:
 - Se explicarán los objetivos del programa y resumen del funcionamiento de las sesiones.
 - Si los pacientes aceptan participar se les hará entrega del consentimiento informado, en el caso de los menores de edad se pedirá autorización a los padres/madres o tutores legales para poder participar en el programa.

Una vez firmados los consentimientos se concertará una tercera visita a la semana siguiente.

- 5. Tercera visita:
 - Los pacientes serán llamados para la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida.
 - Se hará una valoración por patrones de forma individualizada con el fin de hacer una recogida de información de forma más amplia para posteriores seguimientos una vez finalizado el programa. (Anexo 8).

Una vez recogidos todos los datos se procederá a la formación de los grupos en función de la edad: un grupo de 15-18 años y otro de 19-24 años.

- Todos los datos recogidos quedarán registrados en ficheros individualizados.



- **Fase segunda**

Tendrá una duración de 3 meses constará de un total de 12 sesiones, se realizará una por semana con una duración de 90 minutos cada sesión

Se llevará a cabo el desarrollo del programa psicoeducativo La inteligencia emocional como herramienta de ayuda en el trastorno bipolar. (Anexo 1).

En la última sesión se hará entrega del cuestionario de satisfacción.

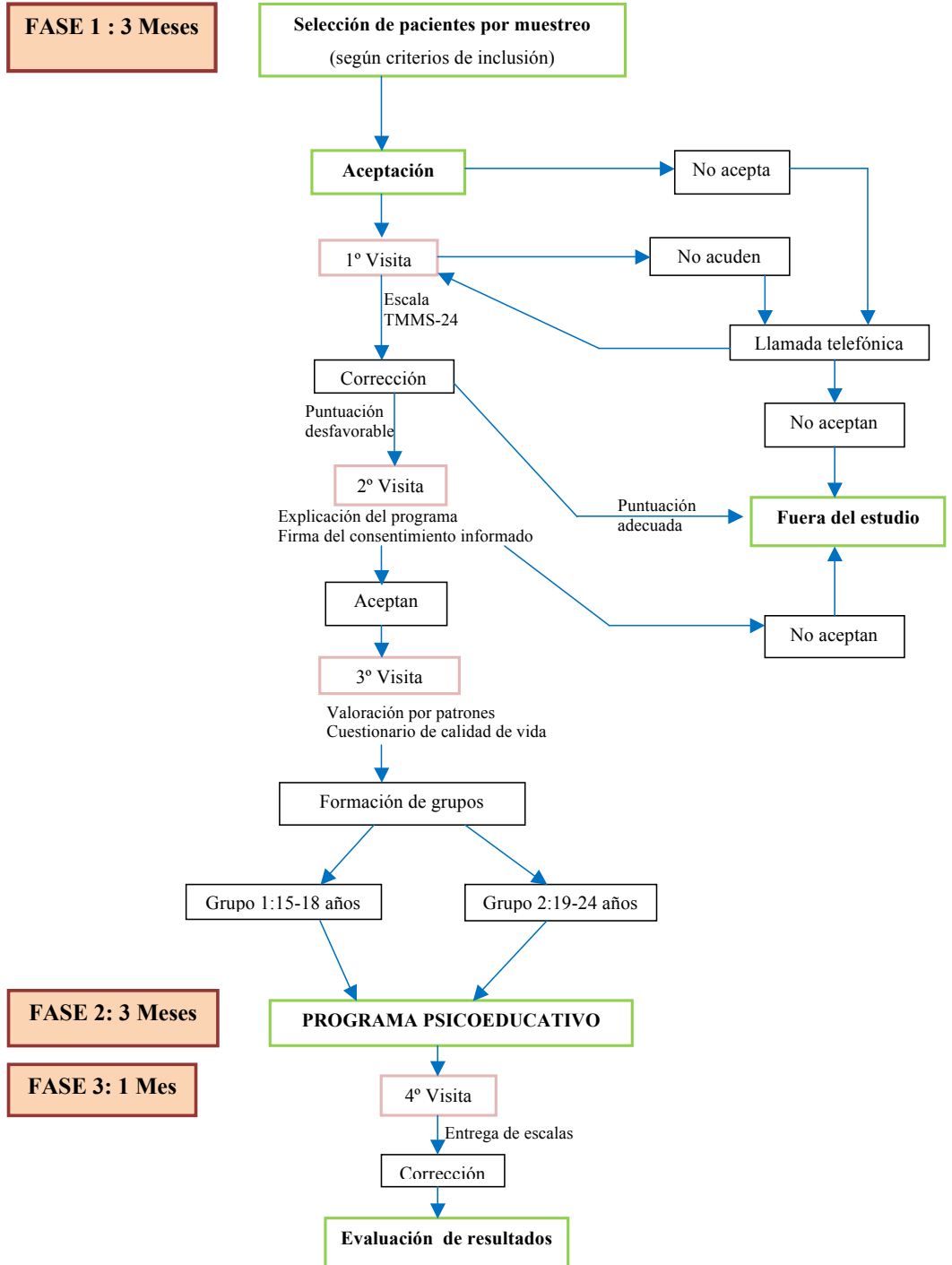
- **Fase tercera**

Esta última fase tendrá una duración de un mes.

Se estructura en:

- Una cuarta visita para entrega de cuestionarios.
 - TMMS-24
 - Calidad de Vida
- Corrección de escalas y valoración de resultados.

CRONOGRAMA





10. - Técnica de análisis

Los datos serán analizados con el programa estadístico SPSS, donde se introducirá la información de los resultados de los cuestionarios tanto antes como después de la intervención y su posterior análisis.

11.- Resultados esperados

Tras la participación el psicoeducativo se espera que los pacientes con trastorno bipolar obtengan una diferencia estadísticamente significativa en las mediciones antes y después de realizar el programa siendo capaces de manejar y controlar sus estados emocionales internos, asumiendo de forma progresiva una mayor responsabilidad en sus propios actos y reacciones creando con ello mayor sensación de seguridad y autocontrol, lo que les generará una mayor motivación con la que se sentirán más preparados para emprender nuevas relaciones interpersonales.

El manejo de las habilidades sociales adquiridas durante el programa fomentará el crecimiento personal y emocional, ayudando a que la construcción de nuevas relaciones sea de un modo más fácil y productivo, de forma que con todo lo aprendido el paciente crecerá internamente aumentando su calidad de vida y previniendo posibles complicaciones futuras. Con las habilidades aprendidas tendrán una visión más optimista de las cosas y aprenderán a sentirse más a gusto consigo mismos y con sus semejantes gracias a los cambios en el estilo de vida que llevaban.

8. VENTAJAS Y LIMITACIONES

Ventajas:

- El trabajar en grupo ayuda a que los pacientes se sientan apoyados, aprendan uno de otros y que fomenten su red social.
- Dota al paciente de habilidades y capacidades que puede utilizar para su autocuidado, siendo más independientes, más seguros de sí mismos y más sociables.
- Estimula la búsqueda del aprendizaje personal a través de ejercicios vivenciales, por su utilidad práctica en situaciones reales vividas dentro y fuera del aula de clases.
- Es una intervención económica que no genera un gasto excesivo.

Limitaciones:

- El conseguir una muestra lo suficientemente grande para que sea representativa, es decir, que los pacientes cumplan todos los criterios de inclusión para formar parte del programa, las negaciones a participar en el estudio y los posibles abandonos.
- La ausencia de un grupo control: hubo razones para no incluirlo y se buscó suplir las carencias con un grupo comparativo por medio de evaluaciones antes y después, buscando que los sujetos fueran sus propios controles, no deja de ser una limitación ya que no se puede precisar cuál hubiera sido el curso natural de las variables estudiadas.

9. RECURSOS NECESARIOS

Humanos

- Dos enfermeros especialistas en salud mental, uno de ellos será el terapeuta y el otro desempeñará la función de coterapeuta, ayudando al terapeuta en el proceso de planificación y recogida de datos del programa, en las visitas y en la dinámica de las sesiones; sirviendo como modelo, asistiendo a los miembros en situaciones difíciles, haciendo observaciones y tomando notas de lo ocurrido en las sesiones.

Materiales

- Salón de actos del Centro de Salud Mental, el cual deberá prestar las condiciones adecuadas en cuanto a capacidad, iluminación y audición, estará dotado de mesa y sillas.
- Consulta de enfermería, donde se realizará la recogida de la información y el análisis de los datos. Estará ubicada en el Centro de Salud Mental.
- Proyector, ordenador y pizarra para el desarrollo de las sesiones.
- Material de oficina: folios, carpetas, bolígrafos y tizas.
- Teléfono para contacto con los pacientes.



10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los pacientes tendrán la libertad de decidir su participación en el programa, pues todos recibirán un consentimiento, se garantizará confidencialidad en sus respuestas y en el tratamiento de todos los datos, de acuerdo con la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Las actividades realizadas por el personal de enfermería serán fieles a los principios fundamentales del Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

11. PERMISOS Y AUTORIZACIONES

- Consentimiento informado:

- Para pacientes (Anexo 2)
- Para padres/madres o tutores legales de los menores de edad (Anexo 3)

12. BIBLIOGRAFIA

- Adriane R, Bonnin, C, Mazzarini L, Amann B, Kapczinski F y Vieta E. **Predictores clínicos del funcionamiento interpersonal en pacientes bipolares**. Rev de psiquiatría salud mental (Barc) 2009; 2 (29);83-88.
- Badia X, Salamero M, Alonso J. **La medida de salud pública. Guía de escalas de medición en español**. Ed. Edimac. Barcelona. Tercera edición 2002.
- Benabarre, A; Vieta, E; Lomeña, F; Martínez-Aran, A; Bernardo, M; Corbella, B; Colom, F; Reinares, y Gasto, C. **La neuroimagen funcional de las emociones y el trastorno bipolar**. Actas Esp Psiquiatr. 2000, 28 (4):257-261.
- Brissos S, Videira V, Kapczinski F. **El desempeño cognitivo y calidad de vida en el trastorno bipolar**. Canadian journal of psychiatry 2008- ago 53 (8): 517-524
- Colom F, Vieta E. **Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar**. Ars Medica. Barcelona. 2004.
- **DSM- IV- TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Ed Masson. Barcelona. 2009.
- Extremera N, Fernández –Berrocal P. **La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey**. Rev. Interuniversitaria de formación de profesorado, 9 (3); (2005), 63-93.
- Extremera N Fernández –Berrocal P. **Inteligencia emocional, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes**. Interpsiquis 2004; (2004).
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2003). **La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula**. Revista de Educación, 332, 97-116.
- Fornés J. **Registros de enfermería ante las nuevas tendencias de salud mental. Específico para pacientes con trastornos mentales**. Rev. Rol de Enfermería marzo 1997; 223: 56-63.
- Goleman D. **Inteligencia emocional**. Best-Seller Mundial. Editorial Kairós. 2002.
- Goleman D. **La práctica de la Inteligencia Emocional**. Ed Kairós. 1998.

- Hodward S. **Modelo de Peplau. Aplicación práctica.** Barcelona. Ed. Masson-Salvat Enfermería, 1992.
- Krivoy de Taub L. **Nuevos aportes en neurociencias y psicoanálisis.** Gac Méd Caracas 2009; 117 (2):123-127.
- López C, Loaiza S, Lopera J P, Delgado A, Sanz A, Gil C, Correa Palacio A. **Neuroanatomía y neurofuncionalidad en pacientes con Trastorno Bipolar I.** Proyecto ganador al premio “Mejor trabajo de investigación a realizar”, Congreso Colombiano de psiquiatría 2008.
- Morrison M. **Fundamentos de enfermería en salud mental.** Madrid: Harcourt Brace; 1999.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.** Ginebra. 2001.
- Peplau HE. **Interpersonal Relations in Nursing: New- York:** GP. Putman, 1952.
- Peplau HE. **Relaciones Interpersonales en Enfermería.** Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. Versión española de la obra original inglesa Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing de H. Peplau, publicada por Macmillan Education Hd. De Houndmills, Basingstoke, 1990.
- San Miguel P. **¿Cuáles son los últimos datos estadísticos del trastorno bipolar?** Interpsiques. 2001; (2)..
- Torrabadella,P. **Cómo desarrollar la inteligencia emocional.** Ed. Integral, 1997
- Trujillo M, Rivas L. **Orígenes, evolución y modelos de Inteligencia Emocional.** Rev. Ciencias administrativas y sociales. Enero-junio 2005, 9-23.

13. ANEXOS

ANEXO 1. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

ANEXO 5. CRONOGRAMA

ANEXO 6. ESCALA TMMS-24

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

ANEXO 8. VALORACIÓN POR PATRONES

ANEXO 9. MATERIAL USADO EN LAS SESIONES DEL PROGRAMA
PSICOEDUCATIVO



ANEXO 1. PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

MÓDULO I: PRESENTACIÓN

SESIÓN 1 ¿QUÉ ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?

1. Acogida de los participantes

El objetivo es establecer una relación de confianza, se dará la bienvenida a todos los participantes, se presentará el terapeuta y coterapeuta.

2. Presenta a tu compañero

Se les pedirá a los participantes que se pongan en parejas (con la persona que tengan a su derecha), se les dará un tiempo de 10 minutos para que hablen entre ellos, uno de ellos será el entrevistador y el otro el entrevistado, (y viceversa), el entrevistador confeccionará un pequeño guión para preguntarle al compañero las cuestiones que le parezcan más interesantes e iniciar así una comunicación positiva. Después, lo presentará en público, si omite algún dato importante el entrevistado lo corregirá.

3. Presentación del programa

Se expondrán los objetivos del programa.

Se definirán los objetivos específicos y la estructura general del programa, así como de la sesión en particular.

4. Establecer las normas del grupo

Se propondrá a los participantes que sean ellos los que las sugieran, se irán anotando en la pizarra todas las propuestas. Se hará hincapié en las más importantes: asistencia, puntualidad, confidencialidad, respeto y tolerancia hacia los demás y participación activa.

5. ¿Qué es la inteligencia emocional?

Lluvia de ideas, si los participantes no saben, el terapeuta pondrá los componentes básicos en la pizarra y continuará la lluvia de ideas: autoconciencia, autocontrol, automotivación, empatía y habilidades sociales. ¿Qué entendéis por estos términos? ¿Añadirías algo más? ¿Por qué creéis que son importantes? Después el terapeuta hará un resumen aquellas de las ideas más importantes y resaltaré los puntos más importantes (Anexo 9.1).

MÓDULO II: APTITUDES PERSONALES

SESIÓN 2 LA EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

1. Saludo y recordatorio

- Repaso de la sesión anterior y aclaración de dudas.

2. Las emociones básicas:

- Los participantes explicarán que entienden por emoción, se irán anotando las ideas en la pizarra, posteriormente se aclararán los conceptos (anexo 9.2).
- **Actividad:** cada participante tendrá que decir una situación en la que vivió cada una de las emociones básicas (alegría, afecto, miedo, ira y tristeza), se anotarán en la pizarra. Después se analizarán las situaciones.

3. La expresión de la emoción

- Se explicará el estudio de expresión facial de las emociones de Ekman, y tendrán que identificar en cada rostro la emoción básica que expresa



4. Efecto espejo

Explicaremos la importancia que tiene que seamos conscientes del efecto del lenguaje no verbal en las emociones de los demás, mediante;

- **Actividad:** de **contagio emocional**.

Míralo atentamente:



¿CÓMO TE SIENTES?

Míralo atentamente



¿CÓMO TE SIENTES?



5. Liberar tus emociones

Cada participante cogerá un folio y responderá a las siguientes preguntas:

- ¿Puedes decir cuál de las cinco emociones básicas te cuesta más expresar (alegría, afecto, miedo, tristeza, ira)?
- Escribe diez razones que te motivan dicha emoción cuando eras niño (aunque te prohibieran pensarlo). Hazlo desde tu perspectiva adulta.
- Recuerda una situación en tu vida en la que viviste esa emoción con detalle y realismo: siéntela intensamente y amplíala al máximo.
- Enumera diez situaciones cotidianas en las que puedes sentir dicha emoción básica ahora.
- Pensando en una de las situaciones anteriores ¿cómo te sientes cada vez que alguien o algo te provoca esa emoción?, anota cinco signos físicos y cinco cosas que dices mentalmente al sentir dicha emoción.
- ¿Puedes idear formas concretas de expresión de dicha emoción que sean aceptables y te descarguen? Anota cinco formas para practicarlas con otras personas y cinco para llevarlas a cabo a solas.

Tarea para casa: ensayar dos de estas formas en la vida real (una de las practicables con personas y otra de las practicables a solas) y en la próxima sesión explicar las dos situaciones vividas.

SESIÓN 3 POR QUÉ LO AFECTIVO ES LO EFECTIVO

1. Saludo y recordatorio:

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararán dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. Por qué nuestros pensamientos afectan a nuestras emociones

Se explicará la fórmula que construye el sentimiento:

$$\begin{array}{l} \text{Emociones} + \text{pensamiento} = \text{sentimiento emocional} \\ \\ \text{(Activación física) + (Etiqueta cognitiva) = Sentimiento} \\ \text{emocional} \end{array}$$

Pondremos algunos ejemplos de situaciones donde tenemos sentimientos explicaremos cuál podría ser nuestro pensamiento:

Ejemplo: si cuando entras en una sala donde hay un grupo y todos se ríen, tienes una respuesta física emocional (activación) y puedes pensar muchas cosas:

- “He hecho el ridículo” = Sentirás miedo.
- “Se están divirtiendo, vamos a pasarlo bien” = Sentirás alegría.
- “Son maleducados” = Sentirás enfado.
- “Creo que les gusto porque al entrar yo se han alegrado” = Sentirás aprecio.

➤ **Actividad:** pediremos a los participantes que nos digan una situación donde tuvieron un sentimiento fuerte, los anotaremos en la pizarra y entre todos intentaremos sacar los máximos pensamientos posibles para cada situación. Con este ejercicio haremos ver que no siempre le damos el mejor significado a cada emoción y que podemos aprender a controlar y disfrutar mejor de nuestras emociones.

3. Formas de vivir una emoción

Pediremos a los participantes que pongan ejemplos de emociones intensas que afectan a nuestro equilibrio y que nos provocan inquietud impidiendo sentirnos bien, entre todos intentaremos sacar las tres alternativas (anexo 9.3):

- Cambiar la causa...
- Cambiar la emoción...
- Negar que tenemos esa emoción...

4. ¿Reconoces físicamente tus emociones?

Repartiremos un test a cada participante, le ayudará a comprobar si sus reacciones ante determinadas situaciones son racionales o emocionales. Deberán responder la opción que mejor describa su reacción normal (Torradabella, 1997).

5. Continúa con tus sentimientos



Tarea para casa: poner en práctica durante toda la semana todo lo trabajado en cuanto a los sentimientos y manejo del pensamiento.

SESIÓN 4 AUTOCONOCIMIENTO

1. Saludo y recordatorio

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararán dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. Dime cómo te sientes y te diré quién eres

Se trata de contestar a un cuestionario para conocerse mejor eligiendo la opción que más se acerque a la forma habitual de ser o pensar en la práctica. (Torrababella, 1997).

Luego se explicarán los factores:

Intraversión-Extraversión, Autoritarismo-Tolerancia, Cazador-Nutridor Inseguridad-Seguridad, Dominación- Subordinación (anexo 9.4).

➤ **Actividad:** se pedirá que identifiquen las características que más les llamen la atención de cada definición. Se irán anotando todas las ideas en la pizarra. Con esto tratamos de destacar la importancia de ser conscientes de cómo somos realmente.

3. ¿Quién soy yo?

➤ **Actividad:** coger un folio en blanco y encabezarlo con la pregunta ¿Quién soy yo? Escribir una respuesta en cada línea poniendo las máximas definiciones posibles que se nos ocurran.

Luego pasarle la lista al compañero de la derecha y que éste añada otra definición, la ronda acabará cuando las hojas pasen por todos los participantes. Luego se leerá cada hoja en voz alta diciendo: YO SOY...

4. ¿Eres cómo crees?

Tarea para casa: pedir a tres personas que te conozcan mucho que rellenen el cuestionario contestando tal y como creen que deberías contestarlo tú, de modo que describan fielmente tu modo real de pensar y actuar.

SESIÓN 5 AUTOESTIMA

1. Saludo y recordatorio:

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararán dudas. Se repasarán las tareas para casa, se analizarán las diferencias más significativas mediante la comparación de las respuestas al test dadas por las personas que más nos conocen y las respuestas personales.

2. El árbol de la autoestima

➤ **Actividad:** en un folio cada participante dibujará un árbol que representará su autoestima (las raíces: habilidades/cualidades, ramas: logros), se trata de que cada uno encuentre sus capacidades personales y las visualice para hacerse consciente de ellas.

3. La claves para aumentar tu autoestima

Se explicarán las “15 claves para aumentar la autoestima” (anexo 9.5).

➤ **Actividad:** cada participante anotará aquellas claves que le resulten más interesantes, más útiles para aumentar la autoestima y las que le resulten más dificultosas para llevarlas a cabo.

4. Publicítate

Hacer un spot publicitario individual, de forma positiva- realista, destacando los aspectos favorables. Una vez confeccionado se expondrá como si se tratase de un spot publicitario de televisión. Ganando así confianza en uno mismo y seguridad.

5. La pelota amable

Sentados en círculo, el terapeuta con la pelota en la mano y dice *me llamo_ y soy_ y dice una cualidad*, le pasa la pelota a otro y tiene que repetir lo del anterior y decir lo de él. Así hasta que todos participen. Luego lo mismo pero empezando por *me llamo_ y sé/se me da muy bien_*.

6. Cómo me ven los que me quieren

Tarea para casa. Pedir a las personas próximas, que sabes que te aprecian y con las que tienes confianza, que te digan cosas que les gustan de ti. Anotar las respuestas en una hoja y destacar los rasgos positivos que más te han llamado la atención.



MÓDULO III: APTITUDES SOCIALES

SESIÓN 6 LA EMPATÍA

1. **Saludo y recordatorio:**

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararán dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. **¿Qué entendemos por empatía?**

Los participantes explicarán que entienden por empatía, se irán anotando las ideas en la pizarra, posteriormente se aclarará el concepto (anexo 9.6).

3. **Evalúa tu empatía.**

Se aplicará un cuestionario para evaluar la empatía y se interpretarán los resultados (anexo 9.6).

4. **Paso 1. Presentarse de forma positiva, pero no prepotente:**

Objetivos:

Hablar en público sobre nuestros sentimientos al conocer a alguien por primera vez.

Aprender a presentarnos adecuadamente.

- **Actividad:** *El juego del cara a cara:* explorar emociones y sentimientos ligados a la mirada y reconocer al compañero/a como un semejante. Metodología: se harán dos filas primero cerraremos los ojos luego los abriremos y practicaremos la técnica del espejo (uno expresará distintas emociones y el otro observará e identificará los sentimientos). Analizaremos luego lo sentido con una reflexión en común.

5. **Paso 2. Reconocer emociones y sentimientos comunes:**

Compartir emociones y sentimientos comunes mediante:

- **Actividad:** *“Lo que sintió Pedro”* (anexo 9.6).

6. **Paso 3. Todos necesitamos ser queridos:**

Reconocer la necesidad que todos/as tenemos de ser queridos y ayudados, sobre todo en situaciones difíciles.

- Actividad: *“Encontrar a Luis fue un gran alivio”*. (Anexo 9.6). Se trata de tomar conciencia de sentimientos que, normalmente, no se toman como propios.

7. Tarea para casa

Pensar una situación que hemos vivido y en la que nos damos cuenta que no hemos actuado con empatía, y tratar de detectar en lo que hemos fallado y buscar soluciones alternativas.

SESION 7 ASERTIVIDAD

1. Saludo y recordatorio

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararan dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. Qué es la asertividad

Los participantes explicarán que entienden por asertividad se irán anotando las ideas en la pizarra, posteriormente se aclarará el concepto. (Anexo 9.7)

3. Cuáles son mis derechos

Explicaremos los derechos de una conducta asertiva:

- Ser responsable de tu vida
- Cambiar de opinión
- Cometer errores
- Decir “no lo sé”
- Hacer y rechazar peticiones

Distinguiremos entre derecho y preferencia y respetar esos derechos en los demás. Algunos de éstos derechos serán desarrollados en sesiones posteriores.

4. Estilos de conducta

Explicaremos los tres estilos de conducta que podemos manifestar al relacionarnos con los demás: agresivo pasivo o asertivo.

- Actividad: *diferencia las conductas respondiendo si la respuesta es asertiva, inhibida o agresiva.*



Tu vecino suele tener la radio puesta hasta altas horas de la noche, y no te deja dormir. Le has avisado varias veces pero no te hace mucho caso. Piensas:

- Es mejor que me aguante y no le diga nada porque podría enfadarse.

Estás en la cola de un cine. Alguien se pone delante e intenta colarse.

- Pero, ¿qué se ha creído usted?, ¡caradura! ¿Acaso nos toma por tontos? O sale ahora mismo o...

5. Recuerdo de mis conductas

Pediremos a los participantes que hagan una pequeña reflexión sobre algunas experiencias en las que tuvieron estas tres formas de comportamiento: agresiva, inhibida y asertiva.

- *Actividad: “Recuerdo de mis conductas”* (Anexo 9.7). Luego se pedirá algún voluntario y entre todos intentaremos buscar soluciones en los errores de comportamiento cometidos.

6. Tarea para casa

Se pedirá a los participantes que terminen el ejercicio en casa, identificando dónde fallaron e intentando buscar las soluciones más adecuadas.

SESIÓN 8 DETECTAR Y CAMBIAR PENSAMIENTOS

1. Saludo y recordatorio:

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararán dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. La importancia de nuestros pensamientos

Explicaremos la importancia que tiene el pensamiento en el control de nuestras emociones, utilizando el ejemplo: *si una persona llega a un lugar donde se encuentran varios desconocidos y estos la miran fijamente sonriendo; pueden hacerse varias interpretaciones; ¿Cuáles?*

- *Actividad:* pediremos a los participantes que cada uno de una opinión, las anotándolas en la pizarra pensar. Ejemplos de respuesta: que le has gustado;

suponer que se ríen de ella... El objetivo es que sean conscientes de que según lo que pensemos nos sentiremos y nos comportaremos de formas muy diferentes.

3. Creencias irracionales con las que te sientes más relacionado

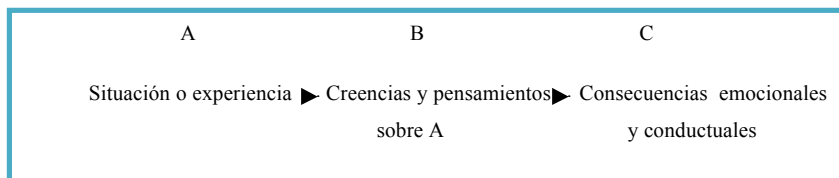
Se trata de poder identificar las distintas formas de pensar que pueden crearnos problemas al relacionarnos, explicaremos las principales formas de pensar que dificultan la asertividad y las relaciones sociales (Anexo 9.8).

- Actividad: los participantes identificarán aquellas con las que se sientan más identificados.

4. Aprende a detectar y cambiar tus pensamientos

Se explicará la técnica ABC de Ellis, que considera que si queremos cambiar actitudes, hay que tener en cuenta las situaciones externa y nuestras emociones y conductas; pero el papel más relevante sigue siendo nuestros pensamientos.

Esquema:



- Actividad: “*compañero de viaje*”: se pedirá a los participantes que piensen de forma individual en la siguiente situación: *estás viajando en un transporte público y el compañero de asiento insiste en mantener una conversación, cuando tú no lo deseas*. Después comentarán cómo creen que se sentirían y actuarían. Se escribirá en la pizarra el esquema ABC e identificarán los pensamientos subyacentes en cada una de las respuestas dadas siguiendo el esquema.

5. Convierte tus problemas en oportunidades

Leeremos el cuento de “el burro”. Después lo analizaremos y haremos una reflexión.



(Anexo 9.8).



6. Continúa practicando

Tarea para casa: practicar la técnica ABC de Ellis al final del día sobre las situaciones que hemos vivido y que más nos han llamado la atención.

SESIÓN 9 ¿CÓMO ME COMUNICO?

1. Saludo y recordatorio:

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararan dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. Estilos de comunicación

Repasaremos los tres modos que existen de comportarse ante cualquier situación (pasivo, agresivo, asertivo). (Anexo 9.9).

- **Actividad:** haremos todos juntos ejercicios de pasividad, agresividad y asertividad (anexo 9.9).

3. Comunicarnos sin hablar

Explicaremos los componentes del lenguaje no verbal: mirada, la expresión facial, la sonrisa, movimientos de la cabeza,, posición y orientación corporal, gestos de las manos, movimientos de piernas y pies, proximidad o distancia, contacto físico, escucha activa, apariencia personal y atractivo físico

- **Actividad:** Adivinemos películas: uno de los participantes piensa en el título de una película y lo comunica a través de los gestos y mímica, sin decir una sola palabra. Los demás intentarán adivinarlo haciendo preguntas que el otro responderá también con lenguaje no verbal, asistiendo o negando.

4. La vida real

Consejos que nos ayudan: explicaremos mediante diapositiva el modo de utilizar mensajes que nos facilitan/obstaculizan la comunicación (anexo 9.9).

- **Actividad:** *Has llegado con un amigo que va a llevar a otro al que no conoces y, cuando llegas al lugar de la cita, el amigo común no ha llegado pero ya está allí el otro.* Por parejas practicarán el inicio y mantenimiento de las conversaciones,

mientras que el resto del grupo observa y después comenta lo que está bien hecho y lo que puede mejorarse.

5. Tarea para casa

Practicar las técnicas de comunicación explicadas durante la sesión.

SESIÓN 10 CONFLICTOS Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. Saludo y recordatorio

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararan dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. Hacer y rechazar peticiones

Explicaremos mediante diapositiva un breve guión para rechazar y recibir peticiones (anexo 9.10).

- Actividad: cada participante hace una petición a su compañero de la derecha y éste la rechaza. (Ejemplo: intentar venderle algo).
- Actividad: cada participante hace una petición a su compañero de la izquierda y éste la acepta. (Ejemplo: pedir a un amigo que te acompañe a una entrevista de trabajo).

3. Solución de problemas

Explicaremos los cinco pasos que ayudan a la resolución de problemas (anexo 9.10)

- Actividad: Los participantes propondrán conflictos interpersonales de la vida real y se aplicará la resolución de problemas mediante todos. Se anotará, en una pizarra los conflictos propuestos y las ideas y soluciones aportadas por los participantes. (Anexo 9.10).

4. Tareas para casa

- Actividad: Elige una situación de tu vida diaria en la que gustaría formular una petición y hazte un guión de cómo llevarla a cabo.
- Actividad: Identificar el problema interpersonal más importante y solucionarlo mediante el método de resolución de problemas explicado.



SESIÓN 11 MANEJO DEL ESTRÉS

1. Saludo y recordatorio

Se hará un breve recuerdo de lo tratado en la sesión anterior y se aclararan dudas. Se revisará y comentará la tarea del día anterior.

2. Respiración diafragmática lenta

El actual ritmo de vida, el estrés, las ropas inadecuadas... colaboran a facilitar patrones de respiración caracterizados por un ritmo acelerado y una escasa intensidad, esto es, una respiración más superficial. Habitualmente, sólo utilizamos una parte de nuestra capacidad pulmonar, con frecuencia la parte superior de los pulmones, facilitando una respiración eminentemente torácica en la que la intervención del diafragma es poco relevante. Esta respiración no permite una oxigenación tan adecuada como supondría una respiración más completa. Las consecuencias de una respiración inadecuada son una menor oxigenación de los tejidos, mayor trabajo cardíaco y una mayor intoxicación general del organismo, lo que puede facilitar la aparición de ansiedad, depresión, fatiga física...

Explicaremos la técnica de relajación y la practicaremos (anexo 9.11).

3. Relajación antiestrés

Explicaremos cómo pueden prepararse para la técnica para que les resulte más fácil a la hora de entrenarla en casa, a continuación nos tumbaremos en las esterillas y comenzaremos con las fases de la relajación: respiración, tensión y relajación muscular y visualización. (Anexo 9.11).

4. ¿Cómo me siento?

Comentaremos la experiencia con la relajación, ¿ha sido efectiva?, ¿os ha relajado?, ¿qué dificultades habéis encontrado?

5. Tarea para casa

Entrénate: aplicar la técnica de relajación varias veces a la semana antes de la siguiente sesión.

MÓDULO IV: CIERRE

SESIÓN 11 DESPEDIDA

1. Concluiremos el programa haciendo un repaso de los aspectos que más les hayan llamado la atención a los participantes, o aquellos en los que les hayan quedado algunas dudas.

➤ **Actividad:** se repetirá aquella actividad que más les haya gustado, también tendremos la opción de considerar actividades propuestas por ellos acerca de algunos de los aspectos tratados a lo largo del programa.

2. Que me ha parecido

Los participantes evaluarán el programa cumplimentando un cuestionario de satisfacción (anexo 4).

3. Agradecimientos

Se agradecerá la participación en el psicoeducativo a todos los participantes, también se recordará que tienen a su disposición a la enfermera especialista en salud mental para cualquier necesidad que pueda surgir.



ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos del paciente

Apellidos:.....

Nombre:.....

Edad.....

Numero de historia.....

El/la abajo firmante declaro que se me ha ofrecido la posibilidad de participar en un estudio de investigación. Me considero informado de la metodología del estudio, los propósitos del mismo y de la necesidad de que responda a dos cuestionarios de valoración antes y después del estudio.

Declaro que he podido resolver todas mis dudas acerca del estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme libremente del estudio cuando lo desee, sin obligación de justificar la causa de abandono y sin verse menospreciada mi atención sanitaria.

Se garantiza que la utilización de los datos y resultados del estudio serán confidenciales.

Recibo copia del impreso y presto mi conformidad de participar.

Firmado:

Valencia ade.....de 20..

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO MENORES

CONSENTIMIENTO INFORMADO (Para Padre/madre/tutor)

Datos del paciente

Apellidos:.....

Nombre:.....

Edad.....

Numero de historia.....

Datos del padre/madre o tutor

Padre/ Madre o tutor:

DNI:

Apellidos:

Nombre:

El/la abajo firmante declaro que se me ha ofrecido la posibilidad de que mi hijo/a participe en un estudio de investigación. Me considero informado de la metodología del estudio, los propósitos del mismo y de la necesidad de que responda a dos cuestionarios de valoración antes y después del estudio.

Declaro que he podido resolver todas mis dudas acerca del estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria y puede retirarme libremente del estudio cuando lo desee, sin obligación de justificar la causa de abandono y sin verse menospreciada la atención sanitaria.

Se garantiza que la utilización de los datos y resultados del estudio serán confidenciales.

Recibo copia del impreso y presto mi conformidad de participar.

Firmado:

Valencia ade.....de 20..



ANEXO 4.CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

Por favor conteste las siguientes preguntas marcando con una X en la casilla que considere de acuerdo a los siguientes criterios:

	No me gustó	Me gustó un poco	Me fue indiferente	Me gustó bastante	Me gustó mucho
Programa global					
Sesión 1					
Sesión 2					
Sesión 3					
Sesión 4					
Sesión 5					
Sesión 6					
Sesión 7					
Sesión 8					
Sesión 9					
Sesión 10					
Sesión 11					
Sesión 12					
PROFESIONALES					
Terapeuta					
Coterapeuta					
CLIMA CON LOS COMPAÑEROS					
EL LUGAR					
EL HORARIO					

- Actividad que más le ha gustado.....
Por qué.....
- Actividad que menos la ha gustado.....
Por qué.....
- Sugerencias de mejora.....
.....
.....

ANEXO 5. CRONOGRAMA

		MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7
F.1 Recogida de datos y Planificación	Selección muestra	■	■	■	■			
	1ª visita			■				
	2ª visita			■				
	3ª visita			■	■			
	Selección grupos			■				
F.2 Módulo I	Sesión 1.				■			
Módulo II	Sesión 2.				■			
	Sesión 3.				■			
	Sesión 4.				■			
	Sesión 5.				■			
Módulo III	Sesión 6.					■		
	Sesión 7.					■		
	Sesión 8.					■		
	Sesión 9.					■		
	Sesión 10.					■		
	Sesión 11					■		
Módulo IV	Sesión 12.					■		
F.3	4ª visita						■	
Evaluación del Programa.	Valoración resultados							■

ANEXO 6. ESCALA TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de	Algo de	Bastante de	Muy de	Totalmente de
Acuerdo	Acuerdo	acuerdo	Acuerdo	acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

La TMMS-24 está basada en *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

La TMMS-24 contiene tres dimensiones claves de la IE con 8 ítems cada una de ellas: Atención emocional, Claridad de sentimientos y Reparación emocional. En la tabla 1 se muestran los tres componentes.

Tabla 1. Componentes de la IE en el test

	Definición
Atención	Soy capaz de <i>sentir y expresar</i> los sentimientos de forma adecuada
Claridad	<i>Comprendo</i> bien mis estados emocionales
Reparación	Soy capaz de <i>regular</i> los estados emocionales correctamente

Evaluación

Para corregir y obtener una puntuación en cada uno de los factores, sume los ítems del 1 al 8 para el factor *atención emocional*, los ítems del 9 al 16 para el factor *claridad emocional* y del 17 al 24 para el factor *reparación de las emociones*. Luego mire su puntuación en cada una de las tablas que se presentan.

Se muestran los puntos de corte para hombres y mujeres, pues existen diferencias en las puntuaciones para cada uno de ellos.

Recuerde que la veracidad y la confianza de los resultados obtenidos dependen de lo sincero que haya sido al responder a las preguntas.

	Puntuaciones <i>Hombres</i>	Puntuaciones <i>Mujeres</i>
Atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención	Debe mejorar su atención: presta poca atención
	Adecuada atención 22 a 32	Adecuada atención 25 a 35
	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención	Debe mejorar su atención: presta demasiada atención



Claridad	Puntuaciones	Puntuaciones
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su claridad < 25	Debe mejorar su claridad < 23
Adecuada claridad 26 a 35	Adecuada claridad 24 a 34	
Excelente claridad > 36	Excelente claridad > 35	

Reparación	Puntuaciones	Puntuaciones
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
	Debe mejorar su reparación < 23	Debe mejorar su reparación < 23
Adecuada reparación 24 a 35	Adecuada reparación 24 a 34	
Excelente reparación	Excelente reparación	

ANEXO 7. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

1. ¿Disfruta vd. con el trabajo que realiza?
2. Nada Poco Algo Bastante Mucho
3. ¿Esta vd. contento contento con la manera en que realiza su trabajo?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
4. ¿Le deja el trabajo tiempo libre para otras cosas que desea hacer?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
5. ¿Esta vd. contento con su ambiente de trabajo?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
6. ¿Le impiden los problemas o preocupaciones del trabajo disfrutar de su tiempo libre?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
7. ¿Termina vd. su jornada laboral tan cansado que sólo le apetece descansar?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
8. ¿El trabajo que vd. hace le provoca un permanente estado de tensión?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
9. ¿Le desborda en la actualidad su trabajo?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
10. ¿Se siente vd. con buena salud?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
11. ¿Se siente vd. con suficiente energía para hacer su vida diaria?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
12. ¿Se siente fracasado?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
13. ¿Se siente vd. inquieto o angustiado?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
14. ¿Tiene vd. preocupaciones que le impiden o dificultan descansar o dormir?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
15. ¿Tiene vd. insomnio o dificultades importantes para conciliar el sueño?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
16. ¿Se siente vd. cansado la mayor parte del día?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho



17. ¿Esta vd. satisfecho con su estado actual de salud?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
18. ¿Cree vd. que va alcanzando lo que se propone en la vida?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
19. ¿Cree vd. que la vida le va dando lo que espera?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
20. ¿Se siente capaz de conseguir la mayoría de las cosas que desea?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
21. ¿Mantiene vd. relaciones satisfactorias con las personas que convive?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
22. ¿Siente vd. que le quieren las personas que le importan?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
23. ¿Tiene vd. buenas relaciones con su familia?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
24. ¿Tiene vd. amigos con los que contar en el caso necesario?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
25. ¿Cree vd. Que tiene a quien recurrir cuando necesita compañía o el apoyo de alguien?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
26. ¿Desearía vd. tener relaciones sexuales más satisfactorias o, si no tiene relaciones, le gustaría tenerlas?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
27. ¿Tiene vd. con quién compartir su tiempo libre y aficiones?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
28. ¿Esta vd. satisfecho con lo amigos que tiene?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
29. ¿Le satisface la vida social que hace?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
30. ¿Tiene vd. tiempo suficiente para relajarse y distraerse cada día?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
31. ¿Tiene vd. posibilidades de desarrollar sus aficiones (tiempo, dinero, etc.)?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho

32. ¿Considera vd. agradable la vida que tiene?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
33. ¿Considera vd. interesante la vida que lleva?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
34. ¿Está vd. satisfecho con la vida que hace?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
35. ¿Está vd. satisfecho con el dinero del que dispone?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
36. ¿Está vd. satisfecho con su forma de ser? (Solo contestar personas con pareja)
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
37. ¿Esta vd. satisfecho con su pareja?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
38. ¿Le atrae físicamente su pareja?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
39. ¿Le satisface su pareja sus deseos y necesidades sexuales?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho
40. ¿Está satisfecho con la familia que tiene (pareja y/o hijos)?
 Nada Poco Algo Bastante Mucho



ANEXO 8. VALORACIÓN POR PATRONES

VALORACIÓN DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA Y DE SALUD MENTAL

I. VALORACIÓN GENERAL	
Nombre.....	H.CL..... Fecha.....
Frecuencia cardíaca.....	T.A.....
Frecuencia respiratoria.....	Temperatura.....
Piel y mucosas:	
Color y aspecto.....	Drenajes/Lesiones.....
Sentidos corporales:	
Vista.....	Oído..... Tacto.....
Olfato.....	Gusto.....
Funciones motoras:	
Buena.....	Limitaciones (especificar).....
Otras alteraciones o datos de interés.....	
.....	

II. ASPECTO POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD	
II.1. Patrón de percepción-control de la salud	
Aspecto general (vestido/arreglo personal):	
Adecuado.....	Descuidado.....
Extravagante.....	Meticuloso.....
Actitud frente a su enfermedad:	
Aceptación.....	Rechazo..... Indiferencia.....
Sobrevaloración.....	Reivindicativa..... Otras.....
Otras alteraciones o datos de interés.....	
.....	

II.2. Patrón nutricional-metabólico	
Peso.....	Talla..... Constitución.....
Apetito:	
Normal.....	Aumentado..... Disminuido.....
Nauseas/vómitos.....	Pérdida de peso.....
Apetencias.....	
Desapetencias.....	
Restricciones (tipo y motivo).....	
Relación consumo (c)/gasto (g) de energía	
Superior al requerido.....	Inferior al requerido.....
Hábitos y opiniones destacables respecto a la comida.....	
Historia familiar y cultural respecto a ello.....	
Historia y exigencias laborales.....	
Alteraciones cualitativas de la ingesta (especificar).....	
Otras alteraciones o datos de interés.....	
.....	

II.3. Patrón de eliminación

Eliminación intestinal:

Frecuencia..... Características..... Malestar.....
Control..... Motivos posibles.....

Eliminación vesical:

Frecuencia..... Características..... Malestar.....
Control..... Motivos posibles.....

Eliminación cutánea:

Sudoración cutánea..... Sudoración profusa.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.4. Patrón de actividad-ejercicio

Expresión facial (especificar).....

Características del habla:

Velocidad..... Tono de voz.....

Comportamiento motriz:

Inhibición..... Agitación..... Temblores.....
Estereotipias..... Incoordinación..... Rigidez.....

Regularidad del comportamiento anterior:

Frecuencia..... Intensidad.....
Condiciones que lo aumentan o reducen.....

Características del comportamiento motor:

Controlable..... Limitante..... Incapacitante.....

Seguimiento respecto a ello:

Indiferente..... Alegre..... Preocupado.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.5. Patrón de sueño-descanso

Horas de sueño nocturno..... Otros descansos.....

Problemas de sueño:

Al inicio..... Interrumpido.....
Despertar temprano..... Pesadillas (tipo).....
Somnolencia excesiva..... Otros especificar.....

Historia anterior de insomnio.....

Factores que alteran el sueño.....

Ayudas para favorecer el sueño (especificar).....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.6. Patrón cognitivo-perceptivo

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Somnoliento..... Confuso..... Apático.....
Sólo sigue instrucciones..... No responde a EE.....
Hipervigilante..... Distraído..... Fluctuante.....

Orientación espacio-tiempo-personas:

Reconoce: Lugar donde se encuentra.....
Domicilio..... Ciudad..... País.....
Reconoce: Día y mes..... Año..... Estación.....
Reconoce: Personas significativas.....
Grado de relación.....
Función personal.....
Reconoce: Quién es..... Nombre completo..... Edad.....
Fecha de nacimiento.....

Alteraciones perceptivas:

Auditivas (tipo)..... Visuales (tipo).....
Táctiles (tipo)..... Olfativas (tipo).....
Otras.....

Localización de la percepción:

Interna (tipo)..... Externa.....

Cualidades de la memoria:

Inmediata/reciente.....
Remota.....
Características de la alteración.....

Inteligencia general:

Adaptado al entorno.....
Retrasos específicos del desarrollo.....
Retrasos generalizados.....
Tipo de ayuda requerida.....

Organización-Pensamiento-Lenguaje:

Contenido:

Coherente y organizado..... Distorsionado.....
Descripción breve de la alteración (temas).....
Comportamiento adoptado frente al tema (ritualista, defensivo, destructivo o violento).....

Curso:

Inhibición..... Aceleración.....
Perseverancia..... Disgregación.....
Incoherencia..... Otros (especificar).....

Expresión del lenguaje:

Velocidad (rápido, lento, paroxístico).....
Cantidad (abundante, escaso).....
Volumen (alto, bajo).....
Tono y modulación (alterado, tranquilo, hostil).....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.7. Patrón auto percepción-autoconcepto

Autodescripción de su mismo:

Sobrevaloración de capacidades y logros.....
Exageración de errores y desgracias.....
Infravaloración de éxitos.....
Otros (especificar).....

Autoevaluación general y competencia personal:

Positiva..... Negativa.....

Seguimientos respecto a ellos y frecuencia:

Inferioridad..... Superioridad.....
Culpabilidad..... Inutilidad.....
Impotencia..... Tristeza.....
Ansiedad..... Miedo.....
Rabia..... Depresión.....
Otros.....

Comportamientos realizados para compensarlos:.....

Percepción de exigencias o presiones:

Origen (personas)..... Tipo (ámbito).....

Interés/Desinterés por actividades recreativas.....

Cambio notable de habilidades o funciones físicas/corporales.....

Ideas de suicidio.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.8. Patrón del rol-relaciones

Estructura y roles familiares:

Vive solo..... Vive acompañada.....
Lugar que ocupa en la familia y rol desempeñado.....
Forma de adoptar las decisiones en su familia.....

Reacción de la familia a la enfermedad/hospitalización:

Preocupación..... Desinterés..... Tranquilidad.....
Culpa..... Apoyo..... Ansiedad.....
Otros (especificar).....

Personas más significativas.....

Principal confidente.....

Personas con las que se relaciona a diario.....

Su relación es:

Satisfactoria..... Insatisfactoria..... Indiferente.....

Tiempo que pasa sólo y por qué.....

Tiempo que pasa con amigos o compañeros.....

La percepción de la relación escolar/laboral es

Satisfactoria..... Insatisfactoria..... Indiferente.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.9. Patrón de sexualidad-reproducción

En una escala de 0 a 10 su actividad es:

Insatisfactoria..... Satisfactoria.....

Cambios (reales o percibidos) en las relaciones sexuales.....

Motivos o causas.....

Sentimiento frente a ellos:

Ansiedad..... Miedo..... Culpabilidad.....

Otros.....

Conductas parafilicas (tipo).....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés

Estado de tensión/ansiedad:

Generalizado..... Temporal.....

Posibles desencadenantes:

Ideas/pensamiento (especificar).....

Traumatismos previos (especificar).....

Miedos/fobias (especificar).....

Problemas laborales.....

Otros acontecimientos (especificar).....

Sentimientos aparecidos:

Rabia..... Tristeza..... Frustración.....

Impotencia..... Desesperanza..... Depresión.....

Otros (especificar).....

Grado de incapacitación personal atribuida.....

Percepción de soporte:

Familiar..... Amigos..... Otros (especificar).....

Estrategias de adaptación/control:

Somatizaciones..... Inhibición..... Hiperactividad.....

Drogas/alcohol/tabaco (especificar).....

Ingesta de alimentos.....

Análisis del problema..... Compartirlo/comentarlo.....

Otras (especificar).....

Otras alteraciones o datos de interés.....

II.11. Patrón de valores y creencia

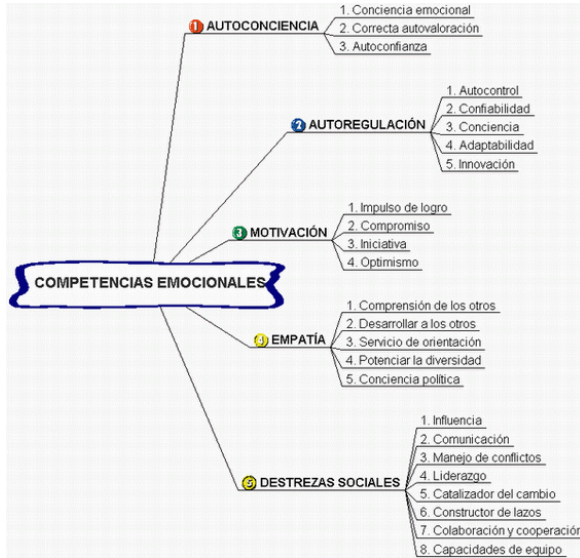
Valoración y creencias que desee sean considerados (especificar).....

Deseos de realizar prácticas religiosas.....

Otras alteraciones o datos de interés.....

ANEXO 9. MATERIAL USADO EN LAS SESIONES DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

ANEXO 9.1 SESIÓN 1 ¿QUÉ ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?



IE INTRAPERSONAL:

Percibir y manejar las propias emociones en la forma más conveniente y satisfactoria *3 pilares básicos:*

- autoconciencia
- autocontrol
- automotivación

IE INTERPERSONAL (Habilidades sociales)

Conjunto de hábitos (conductas, pensamientos y emociones) que aumentan nuestras posibilidades de:

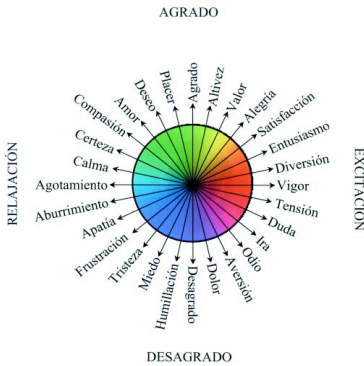
- mantener relaciones satisfactorias
- sentirnos bien
- obtener lo que queremos
- conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

9.2 SESIÓN 2 LAS EMOCIONES BÁSICAS

Las emociones: son simples activaciones físicas breves que se desencadenan en nosotros como respuesta a algo, interrumpiendo el flujo normal de nuestra conducta. Hay cinco emociones básicas:

1. Alegría.
2. Afecto.
3. Miedo.
4. Ira.
5. Tristeza.

Las **emociones** son como los colores básicos que componen nuestros **sentimientos** y pueden combinarse dando lugar a infinidad de sentimientos compuestos.



Ejemplos de sentimientos:

- Revancha: ira + alegría.
- Ternura: afecto + alegría.
- Odio: ira + miedo.
- Duelo: tristeza + miedo

Los sentimientos son como tonalidades afectivas que combinan varias emociones. Éstos a su vez confortan tu estado de ánimo, tu **afectividad**.

EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

Ekman descubrió que no importa la lengua, ni la cultura ya que las expresiones fáciles que sirven para una misma emoción.

Son para todos las mismas, son universales

- Alegría
- Tristeza
- Enfado
- Miedo
- Disgusto

ANEXO 9.3 SESIÓN 3 FORMAS DE VIVIR UNA EMOCIÓN

Cuando una emoción es muy fuerte o constante, necesitamos restablecer el equilibrio y aquietar nuestro estado de excitación para sentirnos satisfechos. Tenemos tres alternativas:

1. **Cambiar la causa**, actuar directamente sobre la situación. Por ejemplo: si en tu trabajo te tratan de forma injusta, puedes:
 - al sentirte rabioso, dejar el empleo y buscar otro. Obviamente, esta opción implica disponer de poder o recursos.
 - pensar algo para devaluar la importancia de las injusticias, diciéndote, por ejemplo, que otros trabajadores aún están peor, o que tú, al fin y al cabo, cobras bastante. Así desvías tu atención de la causa de la emoción.
2. **Cambiar la emoción**, actuar para cambiar tus sensaciones internas, no las situaciones externas.
 - Para ello muchas personas fuman, beben, consumen medicamentos, comen compulsivamente...
 - O desde un punto de vista positivo, puedes realizar ejercicios físicos de respiración y relajación que te ayuden a recuperar el estado de equilibrio deseado.
 - También puedes intentar alterar mediante tus pensamientos las sensaciones físicas de tus emociones. Por ejemplo: ejercitándote para la desensibilización progresiva. Una segunda opción sería la de actuar como si no sintieras esa emoción, mostrando aquella que te gusta tener. Si lo consigues, podrás superar la emoción que quisieras reprimir y controlar. Estas técnicas requirieren de gran esfuerzo y entrenamiento.
3. **Negar que tenemos una emoción**, negarte a ti mismo que percibes esa emoción. Por ejemplo:
 - puedes decirte:
 - “no siento celos lo que pasa es que le amo intensamente”.
 - “No es que le tenga miedo, es que intento ser amable”Ésta es la opción menos recomendable pues implica engañarse a uno mismo, negarse la misma existencia de la emoción e intentar percibir, en su lugar otra emoción “falsa”.

ANEXO 9.4 SESIÓN 4 ¿RECONOCES FÍSICAMENTE TUS EMOCIONES?

Explicación de los factores:

Intraversión-Extraversión

Introvertido: En ti pondera el pensamiento frente a la acción. Tienes tendencia a buscar el aislamiento y retirarte de los contactos sociales. Controlas tus emociones con una apariencia exterior fría o planeas casi todo y dejas poco al azar.

Extrovertido: en ti predominan las conductas observables en relación al pensamiento. Tienes tendencia a buscar los contactos sociales y evitar el aislamiento. Tus emociones son visibles, tu apariencia encantadora. Buscas contactar con la persona, pues no planeas ni anticipas el futuro.

Autoritarismo- Tolerancia

Autoritario: No significa que seas un tirano, sino que percibes la supervivencia como una lucha, en un medio hostil o incluso violento. Crees que el mundo está más bien lleno de interés, y las personas están ordenadas verticalmente: unas por encima y otras por debajo de ti.

Asocias imponerse por encima del poder con las personas superiores, y tiendes a pensar que, a menudo, la suavidad y la delicadeza tapan la debilidad. En consecuencia, respetas a los individuos que, por su carácter, han conseguido colocarse por encima de ti, pero te impacientas, y a veces eres brusco con los que no consiguen estar a tu altura.

Tolerante: crees que el ser humano es bueno. Te fías y tratas a todo el mundo como a seres con los mismos derechos. Eres flexible en tus pensamientos, nada dogmático. Pero tu visión del mundo confiada te expone a duras decepciones.

Cazador- Nutridor

Cazador: exacto, enfocado hacia las cosas, los rendimientos, los temas de mecánica, la ciencia. Alguien estable y sensato. Tiendes a mostrarte valiente en situaciones de peligro exterior y competente, enfocado a los asuntos prácticos y a la eficacia.

Nutridor: comprensivo, compasivo, generoso, alegre, paciente y delicado. Alguien intuitivo y afectuoso. Con tendencia a cuidar, alimentar y defender a los seres más pequeños. Enfocado a las personas y a los sentimientos.

Inseguridad- Seguridad

Inseguro: te crees rodeado por el peligro y los posibles desastres. Vives en una constante ansiedad más o menos moderada. Proclive al pesimismo. Eres introspectivo y autocrítico, con tendencia a los sentimientos de culpa.

Seguro: te crees rodeado por un ambiente confortable y de prosperidad continua, permaneces ajeno a la ansiedad. Tienes tendencia a ponerte metas accesibles. Ves en los demás a amigos potenciales. Proclive al optimismo.

Dominación- Subordinación

Dominante: buscas control sobre los demás. No te impone respeto confrontarte a personas importantes o superiores. Mantienes frente a ellos serenidad. Pretendes en toda circunstancia salirte con la tuya. Te encuentras cómodo reclamando tus derechos. Te resistes ante las personas que te intentan dominar y eres difícil de sugestionar.

Sumiso: evitas el enfrentamiento directo. Tiendes a ceder ante las personas dominadoras, pues resulta muy incómodo enfrentarte y oponerte a tus intereses. Al ir evitando conflictos tensos, tienes tendencia a comportarte de forma dependiente, haciendo lo que los demás quieren.



ANEXO 9.5 SESIÓN 5 AUTOESTIMA

Las 15 claves para aumentar la autoestima

1. **NO IDEALIZAR A LOS DEMÁS:** El primer paso es dejar de compararse. Quien aprende a no compararse con la gente que le rodea deja de minusvalorarse y no siente envidia.
2. **EVALUAR LAS CUALIDADES O DEFECTOS:** Hacer un inventario de los valores positivos de uno mismo y tenerlos muy presentes en todo momento. Todo el mundo los tiene, lo que ocurre es que estamos acostumbrados desde pequeños a fijarnos en lo malo y no a valorar lo bueno que hay en nosotros.
3. **CAMBIAR LO QUE NO GUSTE:** En cualquier caso, si al principio no gusta porque no responde a nuestros objetivos en la vida, o por otras causas, se puede cambiar, lo podemos cambiar, midiendo el nivel de esfuerzo a invertir.
4. **CONTROLAR LOS PENSAMIENTOS:** Se trata de aprender a pensar de otra manera, controlando esa voz interior, ese diálogo con uno mismo en que nos damos “caña”. El mecanismo es sencillo en lugar de adjudicarnos el “soy un desastre”, pensar, “vale, en esto no soy muy bueno, pero en esto otro sí”. Esto es sustituir pensamientos irracionales por pensamientos racionales.
5. **NO BUSCAR LA APROVACIÓN DE LOS DEMÁS:** Quien pretenda gustar a todo el mundo está luchando por un imposible. Lo importante es actuar correctamente de acuerdo plenamente con nuestra escala de valores y nuestros principios.
6. **TOMAR LAS RIENDAS DE LA PROPIA VIDA:** No permitir que los acontecimientos nos arrastren ni conformarnos con las circunstancias que nos vienen dadas.
7. **AFRONTAR LOS PROBLEMAS SIN DEMORA:** Casi todos los problemas tienen solución, algunos más de una. Eso sí, requieren un tiempo para solucionarse, sin demora pero sin ansiedad. Si es preciso solicitando ayuda. Si es insuperable, olvidarse de ello o renunciar a solucionarlo y poner énfasis es otras medidas.
8. **APRENDER DE LOS ERRORES:** Si de algo podemos aprender y diseñar mejores andaduras para un caminar sosegado y placentero, es aprender de los errores.
9. **PRACTICAR NUEVOS COMPORTAMIENTOS:** Confiar en la propia capacidad, para mejorar, para aprender cosas nuevas, para “enamorarnos de algo”.
10. **NO EXIGIRSE DEMASADO:** Se trata de eliminar el afán de perfeccionismo. El exceso de autoexigencia es una de las principales causas de la “caída en picado” y el déficit de autoestima.
11. **DARSE PERMISOS:** Ser comprensivo y tolerante con uno mismo. Cuantas menos licencias nos demos más mimaremos nuestra autoestima.
12. **ACEPTAR EL PROPIO CUERPO:** Aprender a estimar, amar, el propio cuerpo, ya que es nuestro y nos va a acompañar durante toda la vida.
13. **CUIDAR LA SALUD:** Cuidar la salud lleva implícita la idea o dimensión de autoestima, y a la inversa un buen nivel de autoestima implica autocuidados además en un sentido integral y globalizados.
14. **DISFRUTAR DEL PRESENTE:** Obtener satisfacción de los pequeños placeres que ofrece el presente.
15. **SER INDEPENDIENTE:** La libertad pieza clave de la autoestima, está reñida con la dependencia psicológica y material

ANEXO 9.6 SESIÓN 6 LA EMPATÍA

Empatía: Capacidad de apreciar los sentimientos y las emociones que está sintiendo nuestro interlocutor en un proceso de interacción o comunicación con él/ella.

El objetivo es: facilitar la comunicación y ayudar a mantener y mejorar la autoestima del otro.

CUESTIONARIO PARA EVALUAR TU EMPATIA

1. Puedo ponerme fácilmente en el lugar de los demás.
2. Puedo sentir fácilmente los sentimientos de los demás.
3. La gente tiende a contarme sus problemas.
4. Hay películas que me hacen llorar.
5. Si veo a otros expresar dolor con su rostro, tiendo a imitarles.
6. Soy hábil en imitar expresiones faciales.
7. No podría causar daño, ni al animal más pequeño.
8. Es fácil que las personas me hagan reír.
9. Me resulta fácil escuchar con atención a los demás.
10. Nunca castigaría con rigor a un niño.
11. No soporto el maltrato de animales.
12. Me angustia visitar un hospital por el dolor que me rodea.

CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN:

7 o más contestaciones positivas: Te resulta fácil sentir empatía por los otros.

6 o menos respuestas positivas: Necesitas mejorar tus habilidades de empatía. No te desanimes, esta facultad puede mejorarse.

“Lo que sintió Pedro”

“Pedro es un chico que, estando de viaje con los compañeros/as, se despistó del grupo y se encontró perdido en una ciudad extraña, sin dinero ni móvil, y cuando empezaba a anochecer”.

¿Cómo crees que se sentirá Pedro?

- Escribir un mínimo de palabras que expresen sentimientos.
- Resumen de sentimientos que presenten mayor afinidad.



- Representación dramática de la situación.
- Reflexión: identificación con los sentimientos del personaje.

“Encontrar a Luis fue un gran alivio”.

Pedro se había despistado de su grupo de amigos y ahora se encontraba solo en medio de Madrid, ciudad que no conocía y que le daba miedo, aunque nunca lo hubiera reconocido delante de nadie. Caminó y caminó en la dirección que le pareció que habían tomado los demás, pero, en realidad, no sabía si se estaba alejando más y más. Llevaba así más de media hora y empezaba a preguntarse qué haría si pasaba el tiempo y no encontraba a nadie. No se acordaba del nombre de la calle del Hotel y, desde luego, no sabía qué autobús o metro tendría que tomar. Empezó a sentir que la cosa se pondría fea si no pasaba algo pronto. De pronto apareció Luis y todo cambió.

A partir de la historia:

- Escribir sentimientos y emociones de Pedro antes y después de encontrar a Luis.
- Intercambiarlos y buscar sentimientos comunes.
- Anotar situaciones en las que aparezcan los mismos sentimientos.
- Anotar sentimientos opuestos a los escritos.

ANEXO 9.7 SESIÓN 7 ASERTIVIDAD

Asertividad: Autoafirmación y defensa de nuestros derechos...deseos y necesidades (sin dejar de respetar las de los demás).

Expresión de los derechos y sentimientos personales

- Expresar lo que queremos de modo directo, honesto y adecuado, indicando claramente lo que deseamos de la otra persona, pero mostrando respeto por ella, con el mínimo coste emocional y cuidando la relación con el otro.
- Nos ayuda a ser nosotros mismos y a mejorar nuestra relación con los demás, haciéndola más directa y honesta.
- Autoafirmación y defensa de los derechos personales, incluyendo la expresión de los propios sentimientos, opiniones, preferencias, y necesidades, de manera adecuada, respetando al mismo tiempo los sentimientos de los demás.

	AGRESIVO	PASIVO	ASERTIVO
CONDUCTA	<ul style="list-style-type: none"> - Insulta - Grita - Exagera - Amenaza - Reprocha - Pega 	<ul style="list-style-type: none"> - Cede - Abandona - Pasa 	<ul style="list-style-type: none"> - Dialoga - Colabora - Negocia - Defiende sus derechos
SENTIMIENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - Enfado - Ira - Tensión - Ansiedad - Culpabilidad - 	<ul style="list-style-type: none"> - Humillación - Ansiedad - Soledad - Tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> - Compresión - Satisfacción - Respeto - Alegría
CONSECUENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Deteriora la relación - Le tienen miedo - A veces, no consigue el objetivo <i>Yo gano-tú pierdes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Debilidad de carácter - Abusan de ti <i>Tú pierdes</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Consigues el objetivo - Mejoras la relación - Te valoran <i>Tú ganas-yo gano</i>

RECUERDO DE MIS CONDUCTAS:

1.- Recuerda una experiencia en que te comportaste de forma agresiva (pegar, insultar, amenazar, gritar, humillar, exagerar, culpar a otros...)

¿Qué ocurrió?

¿Qué hiciste y qué dijiste?



¿Cómo te sentías tú?

¿Cómo se sentía el agredido?

¿Cómo te hubiese gustado comportarte?

¿Qué harías y dirías ahora?

2.- Recuerda una experiencia en que te comportaste de forma inhibida (ceder, huir de los problemas, callarte aunque te humillen...)

¿Qué ocurrió?

¿Qué hiciste y qué dijiste?

¿Cómo te sentías tú?

¿Cómo se sentía el agredido?

¿Cómo te hubiese gustado comportarte?

¿Qué harías y dirías ahora?

3.- Recuerda una experiencia en que te comportaste de forma asertiva o educada (respetaste los derechos de los demás y hablaste sin herir los sentimientos de los demás)

¿Qué ocurrió?

¿Qué hiciste y qué dijiste?

¿Cómo te sentías tú?

¿Cómo se sentía el agredido?

¿Cómo te hubiese gustado comportarte?

¿Qué harías y dirías ahora?

ANEXO 9.8 SESIÓN 8 DETECTAR Y CAMBIAR PENSAMIENTOS

Creencias irracionales básicas:

Las exigencias: son creencias mantenidas en forma rígida e inflexible, acerca de cómo debería ser uno mismo, otras personas o la vida. Ejemplo: “debo hacer las cosas bien y merecer la aprobación de los demás”. Suelen relacionarse con los valores, es decir, con las creencias personales sobre lo que consideramos bueno, importante y valioso (consecución de ciertas metas, la amistad, la sinceridad...).

Catastrofismo: es la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello. Ejemplo: cuando uno recibe una crítica por algo poco importante y reacciona pensando que el otro le odia, que todos le rechazarán o que ser criticado demuestra que es un inútil.

Racionalización: tendencia a minimizar o negar nuestros problemas o nuestros derechos y preferencias. Puede concretarse en pensar (y sentir y actuar congruentemente con ello), “no me importa”, “no tiene importancia”, “paso”, cuando en realidad, se trata de cuestiones importantes para nosotros.

Distorsiones cognitivas: son sesgos sistemáticos en nuestra percepción y evaluación de la realidad, que todos podemos tener, en mayor o menor grado, y que pueden interferir en nuestro bienestar y relaciones interpersonales. Son: *sobregeneralización, etiquetas globales, filtraje, pensamiento blanco o negro, razonamiento emocional, sesgo confirmatorio, leer el pensamiento, personalización y sobreestimar los errores de los demás y minimizar los propios.*

Errores de atribución: tendencia a equivocarnos al considerar quién es el responsable (o cuál es la causa), de nuestras emociones, nuestro comportamiento y las cosas que nos ocurren y ocurren a todos.

El cuento de “EL BURRO”

“Un día, el burro de un campesino cayó a un pozo. El animal lloró fuertemente durante horas, mientras el campesino trataba de averiguar qué podía hacer.

Finalmente, el campesino pensó que el animal ya estaba viejo, y que el pozo estaba seco y que necesitaba ser tapado de todas formas, por lo que realmente no valía la pena sacar al burro.

Entonces invitó a sus vecinos para que vinieran a ayudarlo.

Todos tomaron palas y empezaron a tirar tierra para cubrir el pozo.

El burro, en el fondo del hoyo, se dio cuenta de lo que estaba pasando y lloró aún más desconsolado. Pero poco después, por sorpresa de todos se tranquilizó.

Después de unas cuantas paletadas de tierra, el campesino miró al fondo y se sorprendió de lo que veía: con cada paletada de tierra, el burro hacía algo sorprendente: se sacudía la tierra y daba un paso hacia arriba.

Mientras los vecinos seguían echando tierra encima del animal, el se sacudía y daba un paso hacia arriba.

Pronto, todos vieron sorprendidos como el burro llegó hasta la aboca del pozo, pasó por encima del borde y salió trotando...”

La enseñanza de este cuento es que no hay que ser como el burro de la primera parte (que lloraba sintiéndose una víctima indefensa), sino como el de la segunda parte del cuento que aprovechó las paletadas de tierra para salir del pozo.

El burro del cuento convirtió su problema (las paletadas de tierra), en una oportunidad para salvarse.

ANEXO 9.9 SESION 9 ¿CÓMO ME COMUNICO?

Estilos de comunicación:

Ser pasivo: Evitas decir lo que piensas, sientes, quieres u opinas:

- Porque tienes miedo de arriesgarte a las consecuencias:
- Porque no crees en tus propios personales:
- Porque no sabes cómo manifestarlos:
- Porque crees que los derechos de los demás son más importantes que los tuyos

Ser agresivo: dices lo que piensas, sientes, quieres u opinas:

- Sin respetar el derecho de los demás a ser tratados con respeto

Ser asertivo: dices lo que sientes, sientes quieres u opinas:

- Sin perjudicar el derecho de los demás a ser tratados con respeto:
- De manera franca, honesta y no amenazadora:
- Respetando tus propios derechos personales

Ejemplos

Situación 1:

Un amigo acaba llega a cenar, pero una hora más tarde de lo que había dicho. No ha llamado para avisar que se retrasaría. Estás irritado por la tardanza. Tienes estas alternativas:

1. **CONDUCTA PASIVA.** Saludarle como si tal cosa y decirle “Entra la cena está en la mesa”.
2. **CONDUCTA ASERTIVA.** He estado esperando durante una hora sin saber lo que pasaba (hechos). Me has puesto nervioso e irritado (sentimientos), si otra vez te retrasas avísame (conducta concreta) harás la espera más agradable (consecuencias).
3. **CONDUCTA AGRESIVA.** Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Es la última vez que te invito.

Situación 2:

Un compañero de trabajo te da constantemente su trabajo para que lo hagas. Decides terminar con esta situación. Puedes crear la situación preguntándole como lleva su trabajo o esperar a que el la cree cuando te pida otra vez a le ayudes haciéndole algo. Las alternativas podrían ser:

1. **CONDUCTA PASIVA.** Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, te puedo ayudar.
2. **CONDUCTA AGRESIVA.** Olvídalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un esclavo. Eres un desconsiderado.
3. **CONDUCTA ASERTIVA.** Muy frecuentemente me pides que te eche una mano en el trabajo que te asignan, porque no te da tiempo o porque no sabes hacerlo (hechos). Estoy cansado de hacer, además de mi trabajo, el tuyo (sentimientos), así que intenta hacerlo tú mismo (conductas), seguro que así te costará menos la próxima vez (consecuencias).

Situación 3

Vas a un restaurante a cenar. Cuando el camarero trae lo que has pedido, te das cuenta de que la copa está sucia, con marcas de pintura de labios de otra persona. Se trata de llevarse bien con el camarero para que nos sirva bien, pero eso no es un buen servicio, podrías:

1. **CONDUCTA PASIVA.** No decir nada y usar la copa sucia aunque a disgusto.
2. **CONDUCTA AGRESIVA.** Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que como el servicio es asqueroso nunca volverás a ir a ese establecimiento.
3. **CONDUCTA ASERTIVA.** Llamar al camarero y, mirándole a la cara y sonriendo, pedirle que por favor le cambie la copa.



Mensajes que nos ayudan en la comunicación

Mensajes y actitudes que favorecen la comunicación

- . Ser buenos oyentes, alentando al otro a hablar de sí mismo.
- . Interesarnos auténticamente por él y hablarle de lo que le interesa.
- . Hacer que el otro se sienta importante y hacerlo sinceramente.
- . Hablar siempre con respeto y con una actitud positiva hacia nosotros mismos y hacia los demás.
- . Destacar los puntos en que estamos de acuerdo.
- . Tratar de ver las cosas desde el punto de vista del otro (además de verlas desde el nuestro).
- . Mostrar simpatía por las ideas y deseos del interlocutor.
- . Usar frases que expresen deseos y preferencias, en lugar de exigencias.
- . Ser capaz de comunicarnos a diferentes niveles, hablando tanto de sucesos extremos como de opiniones, deseos o sentimientos.
- . Pedir opinión al otro.
- . Cuidar el lenguaje no verbal.
- . Transmitir mensajes verbales y no verbales de aceptación de sí mismo y del interlocutor, admitiendo los errores que se puedan cometer.
- . Formular preguntas abiertas que invitan a hablar al interlocutor.
- . Usar preguntas directas que pidan información específica cuando deseamos obtener una información concreta.
- . Procurar que nuestra comunicación sea clara y ordenada.

Mensajes y actitudes que obstaculizan la información:

- . Criticar, hacer reproches o defenderte de una crítica contraatacando.
- . Interrumpir al que está hablando o hacer declaraciones demasiado extensas.
- . Mostrarte hostil o agresivo.
- . Dar órdenes o hacer declaraciones del tipo “deberías”, “no deberías”.
- . Ignorar los mensajes del interlocutor.
- . Sobregeneralizaciones como “siempre me estás gritando”, en vez de “me molesta que me hayas gritado”.
- . Disculparnos o autoinculparnos innecesariamente.
- . Adivinar el pensamiento o hablar del otro, cuando puede hablar él.
- . Dar consejos prematuros sin alentar a nuestro interlocutor a que hable sobre el tema en cuestión. Esto impide que siga el diálogo, y a menudo nos equivocamos por no tener bastante información.

ANEXO 9.10 SESIÓN 10: CONFLICTOS Y RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

HACER PETICIONES:

Preparación: Analizar tus objetivos, la posible reacción del otro y las consecuencias a corto-largo plazo.

Cuidar los pensamientos: eliminar exigencias (a ti mismo o al otro), racionalización...

Lenguaje no verbal adecuado (no inhibido ni agresivo).

Cuidar forma y contenido de la petición:

- Mostrarse amable: pedir las cosas por favor y dar las gracias si el otro accede.
- Expresar la petición en forma clara y asegurarte de que se te ha entendido.
- Poner de relieve lo importante que es para ti y el posible interés para el otro.

Aumentar la probabilidad de que los demás accedan:

- Ser persistentes (disco rayado).
- Ser flexibles.
- Predisponer a los demás a nuestro favor.

Si no accede: aceptarlo y mostrarte empático o, si es muy importante, insistir, pero no en exceso.

Si accede: agradecerlo.

Si no tiene claro que respondernos: sugerirle que se tome un tiempo para pensarlo.

RECHAZAR PETICIONES

Preparación: analizar los objetivos, posible reacción del otro y consecuencias a corto-largo plazo.

Cuidar los pensamientos: eliminar exigencias, catastrofismos, racionalización...

Lenguaje no verbal: tranquilo, coherente, firme, sereno... (no inhibido ni agresivo).

Rechazar la petición: expresar la negativa de forma clara, breve, amable y segura. Si quieres acceder sólo ante determinadas condiciones, acláralo.

Formas amables de decir no:

- Sandwich: expresiones positivas, antes y después de rechazar la petición.
- Comunicar sentimientos positivos: "Me alegra que hayas pensado en mí para eso, pero...".
- Empatía: reformular su mensaje y coincidir con sus argumentos o con su derecho a verlo así.

Si el interlocutor insiste demasiado:

- Disco rayado: repetir una y otra vez que no quieres hacerlo.
- Dejarle clara tu negativa: "No quiero hacerlo. Te agradeceré que no me lo vuelvas a pedir".
- Ignorarlo.



SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Paso 1. Reconocer el problema lo antes posible y mantener una actitud adecuada ante él:

- Reconocer el problema
- Mantener una actitud adecuada:
 - Ser consciente de que puedes elegir cómo respondes
 - Mantener una actitud de preferencia
 - Mostrar empatía

Paso 2. Formular el problema en forma clara, teniendo en cuenta cómo lo ve el otro.

- Clarifica cómo ves tú el problema.
- Intenta comprender como lo ve la otra parte.
- Cuando sea posible, hacer una definición común.

Paso 3. Busca alternativas para solucionar el conflicto.

Paso 4. Evaluar las alternativas y elegir la mejor opción:

- Buscar soluciones gana-ganas y, si no es posible, plantear una negociación.
- Evaluar ventajas e inconvenientes.
- Elegir la alternativa que parece mejor y planificar cómo llevarla a cabo.

Paso 5. Ejecución o puesta en práctica y evaluación de resultados.

ACTIVIDAD

Paso 1 Reconocer el problema.....

.....

Paso 2. Formular el problema de forma clara y concreta

Cómo veo yo el problema.....

.....

Por qué esta situación es un problema para mí.....

.....

Cuánto me preocupa este problema (1-10).....

Qué tiene que ocurrir para que esta situación deje de ser un problema para mí.....

.....

Después, intenta ver cómo ve el problema la otra parte implicada y responde:

Cómo dice (o creo) que ve el problema.....

Por qué dice (o creo) que esta situación es un problema para él.....

.....

Cuánto preocupa (o creo que preocupa) este problema a la otra persona (1-10).....

Qué tendría que ocurrir, para que esta situación deje de ser un problema para él.....

.....

Paso 3. Anotar alternativas para solucionarlo, teniendo en cuenta el punto de vista de ambos.

.....

.....

Paso 4. Evaluar alternativas y elegir la mejor:

Averiguar si existen soluciones gana-ganas. De no ser posible, buscar alguna forma de negociación.

Evaluar ventajas e inconvenientes de las alternativas que parezcan más atractivas, y si surgen dudas entre dos de ellas, hacer también listado de ventajas e inconvenientes.

Paso 5. Ejecución Puesta en práctica de la alternativa elegida y anotar los resultados obtenidos.

.....

.....

.....

ANEXO 9.11 SESIÓN 11 MANEJO DEL ESTRÉS

RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA LENTA

- Pon una mano en el pecho y otra sobre el estómago, para asegurarte de que llevas el aire a la parte de abajo de los pulmones, sin mover el pecho.
- Toma el aire lentamente y lo llevas hacia abajo hinchando un poco la barriga sin mover el pecho



- Retienes un momento el aire en esa posición contando hasta tres
- Sueltas el aire, lentamente, hundiendo un poco estómago y barriga, sin mover el pecho, contando hasta cinco.
- Procura mantenerte relajado y relajarte un poco más al soltar el aire.

RELAJACIÓN ANTIESTRÉS

- **Cómo preparase**

- Piensa que estás aprendiendo una habilidad, como ir en bicicleta, que luego te ayudará.
- Procura encontrar un rincón tranquilo, sin demasiados ruidos que te distraigan.
- Para facilitar la relajación la habitación ha de tener una temperatura ni demasiado calurosa y demasiado fría y tener una luz tenue.
- La ropa ha de ser cómoda, que no te apriete. Quitate las gafas, pulseras, etc.
- Puedes utilizar una cama y situar los brazos y las piernas ligeramente apartados del cuerpo. O bien en un sillón cómodo, a ser posible con brazos. Asegúrate de que el cuello, los hombros y la espalda quedan adecuadamente apoyados.
- Si durante la relajación te vienen a la mente escenas que te perturban o inquietan, no hagas nada, déjalas pasar.
- Cierra los ojos

- **Respiración**

- Respirar profundamente inhalando por la nariz 5 veces profundamente y expirando por la boca, hacia fuera y despacio. Repítelo 5 veces.
- Después de estas 5 respiraciones profundas continúa respirando de forma lenta y pausada, a un ritmo normal.
- Desde ahora cada vez que inhales repite para ti mismo la palabra “quieto” y con cada exhalación la palabra “tranquilo” nota como al haber permitido que tu cuerpo se afloje, los músculos se relajan.
- Sigue repitiendo “quieto” con cada inspiración y “tranquilo” con cada expiración, y con esta repetición de forma continuada las palabras aparecen de forma acompasada con el ritmo de tu respiración y la relajación se va haciendo más profunda.
- La sensación de bienestar y calma profunda crece y se desarrolla... “quieto”... “tranquilo”...
- Continúa relajándote de esta manera un poco más. Mantén los ojos cerrados pero, acompasados con cada inspiración y expiración continúa repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo”.
- Ahora pasaremos a otra etapa de la relajación.

- **Tensión y relajación musculares**

- Intentaremos estar atentos a las sensaciones de tensión / distensión de los músculos.
- Ahora tensa con fuerza toda la musculatura de tu cuerpo cada músculo quedará tirante y tenso.
- Tensa con fuerza los músculos de:
 - las piernas: tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
 - los muslos, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
 - las nalgas, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.

- la pelvis, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- el abdomen, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- la espalda, (requiere un poco más de tiempo): tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- el tórax, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- el cuello, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- la mandíbula, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- la frente, tensar firmemente... relajar de golpe. Respirar.
- los hombros: todo bien tenso... relajar de golpe. Respirar.
- Deja escapar la tensión y relájate completamente. Siente el bienestar inmediato. Esta será toda la tensión que efectuaremos. Ahora pasaremos a otro nivel de la relajación, un nivel mucho más profundo.



- **Visualización**

- Piensa en una imagen agradable, una escena creada por ti mismo: una situación, un lugar. Cualquiera que te resulte muy agradable y relajante. Por ejemplo estar en una playa con el ruido del mar, o en un bosque... Tómate el tiempo que te haga falta para encontrar la imagen, después utilizarás la misma para relajarte en cualquier lugar. Deja que tu mente divague entre recuerdos y escenas hasta encontrar la imagen.
- Ahora imagina claramente la escena mientras continúas repitiendo las palabras “quieto” y “tranquilo” con cada inspiración y expiración. Realiza las dos cosas a la vez, y nota el efecto doblemente calmante que su ejecución te produce.
- Ahora trasládate dentro de esta imagen, siéntete parte de ella, hazla tan tuya como te sea posible, y suelta todas las tensiones.
- Después, debes permanecer quieto durante unos minutos, y poco a poco abrir lentamente la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación del cuerpo, y empezar a incorporarte lentamente, sin ningún movimiento brusco repentino.



**La resiliencia como herramienta para
la disminución del burnout en los
enfermeros especialistas
en salud mental**

Beatriz Lorenzo Plumed



“Lo que implica el concepto de resiliencia es tan antiguo como la misma humanidad y aparece enmarcado en la capacidad de supervivencia del ser humano a través de las diferentes etapas de la historia del mundo”
(Villalobos, 2009)



ÍNDICE

	pag.
RESUMEN	87
PALABRAS CLAVE	87
I. INTRODUCCIÓN	88
I.1. La resiliencia. Evolución del concepto	88
I.2. Definición, características y factores	89
I.3. Resiliencia y Salud Mental	94
I.4. Resiliencia y profesionales. Intervenciones	95
I.5. Justificación	97
I.5.1 Resiliencia y enfermería	97
I.5.2. Diagnóstico NANDA	98
I.5.3. Exposición del problema. Burnout en enfermería de salud mental	99
I.6. Marco teórico	102
I.7. Hipótesis	104
I.8. Objetivos	104
I.8.1. Objetivo general	104
I.8.2. Objetivos específicos	104
II. MATERIAL Y MÉTODO	106
II.1. Diseño del estudio	106
II.2. Población a estudio. Muestra	106
II.2.1. Criterios de inclusión	106
II.2.2. Criterios de exclusión	106
II.3. Definición de variables	107
II.4. Instrumentos de medida	107
II.5. Desarrollo de la investigación	109
II.6. Intervención	110
II.6.1. Objetivos de la intervención	110
II.6.2. Características de la intervención	111
II.6.3. Desarrollo del programa de intervención	112
II.7. Cronograma	114
II.8. Análisis estadístico	114
II.9. Recursos necesarios	115

II.9.1. Recursos humanos.....	115
II.9.2. Recursos materiales.....	115
II.9.3. Recursos materiales.....	115
III. PERMISOS Y AUTORIZACIONES.....	116
IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS	117
V. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	118
VI. RESULTADOS ESPERADOS Y CONCLUSIONES	119
VII. BIBLIOGRAFÍA	120
VIII. ANEXOS	123
VIII.1. Consentimiento informado.....	123
VIII.2. Cuestionario de variables sociodemográficas.....	124
VIII.3. Escala de valoración del burnout	125
VIII.4. Escala de valoración de la resiliencia	126
VIII.5. Desarrollo del programa de intervención en resiliencia	128



RESUMEN

La resiliencia es una cualidad dinámica que existe de forma latente en cada persona y le permite superar adversidades. La intervención en resiliencia debe basarse en la construcción desde lo positivo. Los profesionales que trabajan con pacientes con enfermedad mental están sometidos a situaciones de estrés mantenido por lo que deben cuidar su propia salud mental.

El objetivo del presente anteproyecto de investigación es medir si incrementa la capacidad de resiliencia y se reducen los índices de burnout en enfermeros especialistas en salud mental que se someten a entrenamiento específico en resiliencia.

Se trata de un estudio cuasiexperimental en el que se llevará a cabo una intervención para mejorar la capacidad de resiliencia en enfermeros especialistas en salud mental con el objetivo de disminuir el índice de burnout. La medición de las variables independientes del grupo experimental se realizará en tres fases pre-post intervención y seguimiento.

PALABRAS CLAVE

RESILIENCIA, ENFERMERA ESPECIALISTA, BURNOUT, SALUD MENTAL.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. La resiliencia. Evolución del concepto

La resiliencia es una cualidad dinámica que existe de forma latente en cada persona y le permite superar adversidades (Marsollier et al., 2009) lo que significa que no es algo nuevo, si no que la aparición de la resiliencia se remonta al inicio de la humanidad. Sin embargo, la relación entre ésta y las ciencias humanas sí puede considerarse reciente (Manciaux, 2001). El término comienza a utilizarse en las ciencias sociales a partir de 1970 (Kotliarenco et al., 1997), pero es en los últimos años cuando el interés por la realidad que pretende definir y su aplicabilidad se propaga entre los investigadores de diversas especialidades (Ospina et al., 2005). Esto explica que algunos autores, como Manciaux, afirmen que el concepto de resiliencia está todavía en proceso de construcción.

En un intento de acercamiento a la resiliencia resulta imprescindible hablar del concepto “vulnerabilidad”. La diferencia aceptada hoy entre estos dos conceptos es que la vulnerabilidad evidencia dificultades de adaptación y problemas de conducta, pero deja de lado a las personas que son capaces de superar la adversidad y no caer en la patología. Es por eso que, con la finalidad de conocer las estrategias y mecanismos de afrontamiento de estas personas, surge el concepto de resiliencia (Manciaux, 2001).

En principio, la resiliencia se presentaba como un concepto antagónico al de vulnerabilidad, entendido éste último como la imposibilidad de recuperarse frente a la presión de una situación (Kotliarenco & Dueñas, 1994). En efecto, el concepto de resiliencia nace de los estudios e investigaciones centrados en el riesgo y la vulnerabilidad llevados a cabo durante la década de los 70, que dieron como fruto el término “invulnerabilidad” para referirse al niño que no cede frente a dificultades en su vida. Sin embargo resiliencia no quiere decir “invulnerabilidad” (Ospina et al., 2005).

Diversos autores han definido la resiliencia como algo cualitativamente distinto de la invulnerabilidad (Manciaux, 2001). La diferencia radica esencialmente en que la invulnerabilidad presenta ciertas limitaciones conceptuales. Por un lado, la



invulnerabilidad no está sujeta a la relatividad de la resiliencia en lo referente a eventos estresantes, por cuanto ésta no sólo depende de factores genéticos, sino que también concede importancia a la interacción de la persona con el ambiente. Por otro lado, mientras la invulnerabilidad es estática, la resiliencia es dinámica, esto es, varía con el tiempo y etapa vital de cada persona (Kotliarenco & Dueñas, 1994). Por tanto, hay que tener en cuenta que la resiliencia comprende a la persona y su interacción con el entorno, con lo que se deja de lado la idea de persona vulnerable o no (Melillo, 2005). Al cabo de diversas investigaciones sobre el estrés, el término invulnerabilidad dejó de emplearse definitivamente, por considerarse inaplicable al ser humano, ya que ninguna persona presenta una resistencia absoluta (Ospina, 2005).

Derivado de esto se puede afirmar que la resiliencia surge de la observación de conductas y comportamientos de personas sometidas a graves situaciones de adversidad y que el interés del concepto reside en que, aun reconociendo la existencia de dificultades, éstas se intentan abordar de una manera constructiva mediante la movilización de recursos de la persona afectada, lo que por otro lado no implica ausencia de riesgo, como tampoco protección total (Manciaux, 2001).

Con el reconocimiento y posterior estimulación de las capacidades potenciales de las personas, los profesionales han sido una pieza clave para la aparición de la resiliencia. El interés que el término ha suscitado entre investigadores y profesionales de diversas áreas es lo que lo ha enriquecido enormemente (Manciaux, 2001).

I.2. Definición, características y factores

De etimología latina, el término resiliencia deriva del verbo *resilio*, cuyo significado es “rebotar, saltar hacia atrás, resurgir” (Manciaux, 2001). Asimismo, dicha voz se emplea en la mecánica y la física con el propósito de describir la capacidad de los metales para resistir un impacto y recobrar su estructura (Grané & Forés, 2007). En psicología se amplía el significado del concepto y se vuelve más dinámico para incluir la facultad de sobreponerse y de reconstruir. En inglés el término resiliencia hace referencia a la resistencia del carácter y a la robustez corporal (Manciaux, 2001).

Aunque a día de hoy el vocablo resiliencia no ha sido aún reconocido oficialmente en castellano, en el Avance de la vigésimo tercera edición del Diccionario de la lengua española, la Real Academia Española (consultada en diciembre de 2010), recoge el término como un artículo nuevo. En dicho avance se define la resiliencia como:

- “1. f. *Psicol.* Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.
2. f. *Mec.* Capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación.”

No existe una única definición, precisa y consensuada, de resiliencia, tal vez por tratarse precisamente de algo universal (Manciaux, 2001). Como ocurre con conceptos como el de emoción, motivación, dolor o incluso el de salud existen tantas definiciones como modelos, marcos conceptuales o autores estudian el tema, puesto que supone una ardua tarea el intentar definir conceptos que están presentes en la vida de todas las personas (Reeve, 2004). Todas las definiciones de resiliencia propuestas insisten en varios aspectos, como son: la resistencia al trauma, suceso o estrés grave, seguido de una evolución satisfactoria. A partir de ahí, las diferencias derivan de los distintos enfoques y perspectivas culturales así como de la época en que nace cada definición. En este sentido, algunas definiciones compiladas por Manciaux en 2001 en la obra “*La resiliencia: resistir y rehacerse*”, demuestran la variedad a la hora de describir la resiliencia que aportan distintos especialistas en el tema. A saber:

“Resorte moral, cualidad de una persona que no se desanima, que no se deja abatir” (Bowly, p. 20).

“La resiliencia es la capacidad de tener éxito de modo aceptable para la sociedad, a pesar de un estrés o de una adversidad que implican normalmente un grave riesgo de resultados negativos” (Vanistendael, p. 25)

“Capacidad de sobreponerse y de tirar adelante tras un suceso traumático o en el marco de una afección crónica” (Michaud, p.76).

“Proceso que refuerza las opciones y oportunidades de la persona,..., mediante la aplicación de sus capacidades y recursos internos para enfrentarse a situaciones de alto



riesgo, a fin de superarlas, mejorar su calidad de vida y hacer viables sus proyectos de futuro” (Peña, p.241).

Otros autores han continuado aportando su propia definición, hecho que ha enriquecido el concepto de resiliencia enormemente. Estas son, por ejemplo:

“El conjunto de fortalezas internas que desarrolla el individuo, a través del tiempo, como parte de un sistema de protección, donde median los atributos del individuo y los apoyos externos, los cuales lo capacitan para crecer y responder exitosamente a la exposición de obstáculos y dificultades simples o severas en su medio ambiente y en su vida personal o familiar” (Bueno, 2005).

“La resiliencia es la capacidad de un grupo o de una persona de afrontar las adversidades, sobreponerse y salir reforzado o transformado” (Grané & Forés, 2007).

“Patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o crisis” (NANDA, 2010).

La Organización Mundial de la Salud define del término resiliencia en su informe compendiado de 2004 de Promoción de la Salud Mental. Para la OMS la resiliencia hace referencia a la capacidad de cada persona de enfrentarse a sus sentimientos y pensamientos y de manejar su propia vida poniendo todo ello en relación con la salud física, la autoestima y la capacidad para aprender y manejar sus propios conflictos.

Como se deduce de sus distintas acepciones, la resiliencia no significa una simple vuelta al estado inicial, sino que lleva implícita la existencia de una metamorfosis, un crecimiento hacia algo nuevo. La resiliencia puede considerarse como un *iter*, un camino que ha de hacerse (Manciaux, 2001).

Características y factores

De las definiciones anteriores se pueden extraer algunas de las características de la resiliencia. Como base para su desarrollo ha de existir un nivel mínimo de salud y de cuidado físico. Características biológicas y genéticas influyen en los límites de una persona, o dicho de otra manera, “genética, neurología y secreciones neurobiológicas

tienen, sin duda, parte en la constitución del proceso de resiliencia” (Manciaux, 2001, p.182).

No obstante, lo esencial en la construcción de la resiliencia es la interacción entre la propia constitución y el ambiente, teniendo en todo esto un papel activo el propio individuo. Además de las características del individuo, la resiliencia depende del contexto familiar y social, que, por su propia naturaleza, está en continuo cambio. Es decir, además de la influencia de recursos personales de los que se disponga, para hablar de resiliencia, es necesario contar con las variables contexto, ciclo vital y condiciones de vida (Manciaux, 2001).

La resiliencia es un fenómeno universal, prueba de ello son las múltiples investigaciones llevadas a cabo en diversos contextos culturales. Por consiguiente, la cultura es también un elemento determinante en el su proceso de construcción. (Manciaux, 2001).

La resiliencia es una capacidad resultante de un proceso dinámico y evolutivo que no es absoluta y puede variar según circunstancias del trauma o la persona que se enfrenta a él y que se expresa de manera diferente según la cultura (Manciaux, 2001). Vinculada, pues, al desarrollo y crecimiento humano, la resiliencia no puede considerarse como un estado definitivo y absoluto, habida cuenta de que tiene que ver con procesos de construcción complejos, entre los que se incluyen la dimensión comunitaria del individuo (Grané y Forés, 2007).

Además, debe tenerse en cuenta que una vez adquirida, ésta puede perderse, mantenerse o reforzarse (Manciaux, 2001).

Otros autores, como Grané y Forés (2007), además, dan una serie alternativa de características de la resiliencia. A su entender, se trata de un proceso que hace referencia a una interacción dinámica entre factores y que ha de ser promovida a lo largo del ciclo vital de la persona. La resiliencia es el resultado de un proceso de equilibrio dinámico entre los factores protectores y los riesgo y vulnerabilidad (Bueno, 2005).

Los factores protectores son aquellas condiciones que posibilitan el desarrollo de la persona en circunstancias adversas (Vélez, 2007). Estos factores, para obrar como tales,



deben interactuar con el medio que rodea a las personas. Es decir, para cumplir su función protectora, no pueden actuar de forma independiente (Kotliarenco et al, 1997). Asimismo, estos factores dependen de los valores y normas de la sociedad en que se encuentra la persona (Manciaux, 2001).

Los factores protectores que moderan el estrés y contrarrestan el riesgo pueden ser la autonomía, la autoestima, una orientación social positiva, la cohesión familiar, la calidez, la ausencia de conflictos graves y la existencia de sistemas de apoyo externo (Kotliarenco et al., 1996). Además de los citados arriba otros autores mencionan la independencia, el sentido del humor, la moralidad, la capacidad de relación, la creatividad, la iniciativa y el pensamiento crítico (Melillo, 2005). Salgado en 2005 añade como otros factores a tener en cuenta en el proceso de evaluación e intervención en resiliencia la empatía y la asertividad.

Por otro lado, los factores de riesgo se pueden definir como “las características, potencialmente negativas, existentes en los diferentes ambientes, las cuales afectan al individuo dependiendo de sus características de personalidad y de su contexto social, haciéndolos más o menos vulnerables ante las circunstancias adversas” (Bueno, 2005).

Es importante reconocer que algunos de los factores que definen la resiliencia son susceptibles de cambio, dependiendo de las condiciones de vida de la persona (Manciaux, 2001). Así, de forma sólo en apariencia paradójica, algunos factores de riesgo pueden dejar de serlo e incluso transformarse en factores protectores, siendo capaces de llegar a promover un desarrollo sano y positivo. Esto lleva a la conclusión de que tanto los mecanismos protectores como los factores de riesgo son dinámicos y no estáticos, no sólo desde la perspectiva del individuo, sino también del grupo al que pertenecen, con el que convive y se desarrolla como persona (Kotliarenco et al., 1997).

I.3. Resiliencia y Salud Mental

La resiliencia está considerada por varios autores y corrientes teóricas como una característica de la salud mental que necesariamente ha de ser tenida en cuenta para intervenir en el mantenimiento y promoción de la salud (Ospina, 2005).

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como refleja su definición de salud, según la cual «no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social». En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Como se ha visto con anterioridad, desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales (OMS, 2001) y que además de ser parte integrante de la salud, está relacionada íntimamente con la salud física y la conducta (Villalobos, 2009).

La OMS en 2001 define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.1). Esta definición aporta un enfoque positivo a la salud mental que ha sido conceptualizada de esta manera como emoción positiva, como, por ejemplo, felicidad, autoestima o capacidad de resiliencia. Esta capacidad ha sido considerada por la OMS en 2004 como un rasgo determinante de la salud mental.

La resiliencia se basa en el trabajo hacia las condiciones que permiten al individuo un desarrollo positivo y sano, evitando centrarse en mecanismos que supongan riesgo para la salud física y mental de las personas (Kotliarenco, et al., 1997). La persona resiliente es capaz de alcanzar un nivel de bienestar psicológico igual o incluso superior al que presentaba previamente a un acontecimiento negativo en su vida (Manciaux, 2001).



Las acciones promotoras de la resiliencia coinciden con aquellas encaminadas a la promoción de la salud mental, lo que demuestra la vinculación entre estos dos conceptos (Melillo, 2005).

I.4. Resiliencia y profesionales. Intervenciones

Está demostrado que algunas personas sometidas a situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, pero es cierto también que en un alto porcentaje de casos esto no ocurre e incluso algunas de estas personas son capaces de aprender y beneficiarse de la experiencia (Vera, 2004). Basándose en esta idea, un gran número de profesionales han pasado a trabajar desde una tendencia centrada en el conocimiento de las causas que pudiesen provocar patología mental a un enfoque en prevención de posibles trastornos y promoción de la salud mental (Kotliarenco & Dueñas, 1994).

Trabajar en resiliencia implica un cambio en la manera de ver a la persona, cuestionando a menudo evidencias y actitudes tanto personales, como culturales e incluso institucionales. Esto supone una renovación en las prácticas profesionales, pero también un cambio en la perspectiva; implica la adopción de un enfoque más positivo, que identifique recursos y competencias y no se centre únicamente en la patología y los riesgos. Se trata, al fin y al cabo, de sustituir el paradigma médico del restablecimiento de la salud por uno basado en la creatividad de la resiliencia. Sin duda, una tarea complicada, que a veces supone un desaprendizaje, la cual requiere vigilancia y supervisión (Manciaux, 2001).

Utilizar la resiliencia como paradigma clínico significa trabajar desde una perspectiva holística y transdisciplinaria. Dicho paradigma tiene también sus propios límites, ya que se basa en características personales diversas y cambiantes (Manciaux, 2001).

Para el profesional, trabajar en resiliencia requiere la modificación de la manera de ver la realidad y un mejor uso de las estrategias de intervención. Frecuentemente las personas resilientes pasan desapercibidas para los profesionales, más centrados en las personas con problemas. Por tanto, los profesionales han de intentar detectar y hallar la manera de movilizar los recursos de las personas, entorno y servicios, tanto escolares

como sociales y sanitarios (Manciaux, 2001), sin olvidar que trabajar para promover la resiliencia supone ver a la otra persona como legítima (Grané & Forés, 2007).

Para Manciaux (2001), en la práctica, la resiliencia es difícil que aparezca sin ayuda, por lo que el profesional ha de buscar el apoyo en el entorno de la persona o serlo él mismo. Muchos factores individuales que intervienen en el proceso de construcción de la resiliencia son susceptibles de ser reforzados en el trabajo clínico. Sin embargo, es necesario recordar también que además de movilizar los recursos del propio individuo, se ha de intentar intervenir igualmente en los de su entorno.

La promoción de la resiliencia mejora la calidad de vida de las personas teniendo en cuenta cómo perciben y se enfrentan al mundo (Kotliarenco et al., 1996) puesto que dar sentido a la vida es un aspecto inseparable del proceso de construcción de la resiliencia (Melillo, 2005). El profesional que trabaja en este campo debe, por lo tanto, basar su trabajo en la capacidad de empatía, en la búsqueda de aspectos positivos y en la confianza de avanzar (Manciaux, 2001).

La promoción de la resiliencia ha de ser una obligación, además de una necesidad, en tiempos de inequidad, exclusión y dolor social (Melillo, 2005). Además el trabajo en resiliencia debe ser ético, teniendo en cuenta que los profesionales deben: evitar hacer daño, no etiquetar ni reducir a las personas a sus diagnósticos y no juzgar a quienes desarrollan comportamientos no aceptables socialmente a raíz de ser destruidos por la vida (Manciaux, 2001).

Intervenciones

Como primer paso para trabajar sobre la resiliencia se debe tener en cuenta la base del potencial de salud mental de cada persona, es decir, sus defensas y resistencias. Las intervenciones han de estar dirigidas a restablecer el equilibrio entre las capacidades de una persona y el poder del medio que lo rodea mediante el fomento de estas competencias personales o factores protectores y la reducción de la exposición al estrés y cualesquiera otros factores de riesgo (Manciaux, 2001).



Sin embargo, existe una gran dificultad a la hora de utilizar la resiliencia en el trabajo clínico, debido, sobre todo, a la falta de estudios que pongan en evidencia la manera de infundir las cualidades resilientes a los individuos. También escasean las investigaciones sobre la aplicación práctica de la misma y sus resultados prospectivos. Existen dificultades igualmente para encontrar formas de extraer las capacidades del individuo a fin de modificar el entorno para que éste sea idóneo y contribuya a favorecer el desarrollo de la resiliencia (Manciaux, 2001). Para este autor, lo que sí queda claro en cualquier caso es que la resiliencia es algo más que cálculos de probabilidad y programas estadísticos en los que se basa el conocimiento objetivo. La resiliencia “toca el corazón mismo de lo humano y no puede limitarse a cifras y modelos estadísticos. Más allá de su relación con la salud mental, la resiliencia está unida a la felicidad y al sentido que el individuo da a su vida” (p.100).

Para desarrollar intervenciones eficaces es necesario, además de los ámbitos ético y científico, tener en cuenta qué funciona como factor protector y qué lo hace como factor de riesgo. La intervención en resiliencia requiere tener claros dos conceptos: se debe construir con lo positivo, pero esto no tiene por qué ser perfecto. Además no se debe olvidar que se considera a la persona como actor en la construcción de su propia resiliencia, confiando en sus recursos y posibilidades, por lo que, en este proceso intervienen tanto dimensiones afectivas como cognitivas y sociales (Manciaux, 2001).

I.5. Justificación

I.5.1 Resiliencia y enfermería

Hoy en día aún se evita descubrir las competencias, proyectos y recursos de los pacientes, alejándolos así de su estrategia personal. Estas cualidades conforman la resiliencia. Utilizarla es positivizar al otro y utilizar sus recursos modificando las prácticas enfermeras hacia la observación y utilización de las capacidades del otro (Manciaux, 2001).

La enfermería por su situación de cercanía es clave en el cuidado de la salud mental por lo que, desde su formación, las enfermeras y enfermeros han de estar preparadas para

proporcionar cuidados significativos (Canaval, 2009). La formación de la enfermera favorece de modo natural el enfoque clínico necesario para pasar de una perspectiva basada en la disfunción a una centrada en el aprovechamiento de recursos (Manciaux, 2001).

La promoción de la resiliencia debería estar incorporada a la provisión de cuidados por parte de la enfermería, tanto individual, familiar y comunitaria y en todos los ciclos de la vida de las personas. Se ha de favorecer la autonomía, preservar la salud, incentivar la participación y cuidar en el momento en que la persona no puede hacerlo por sí misma (Menoni, 2007).

Por otro lado, en el ejercicio profesional de la enfermería así como de todo el equipo de salud se trabaja en condiciones difíciles, tanto provenientes de las personas que cuidan, como de las condiciones laborales. De ahí la necesidad de buscar también la promoción de la salud en los profesionales que se ocupan de cuidar la de los demás (Menoni, 2007).

La enfermería que trabaja con pacientes con enfermedad mental, al realizar un trabajo específico en el abordaje de procesos mentales, debe cuidar su propia salud mental ya que ésta es necesaria para cumplir su cometido en el trabajo diario (Perea-Baena & Sánchez-Gil, 2008). Por tanto, preservar la salud mental de la enfermera, garantiza una mejor asistencia a la persona, que es el objeto final de la profesión de enfermería (Porrás et al., 2005).

I.5.2. Diagnóstico NANDA

La *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA) ha publicado la Clasificación y Definición de Diagnósticos de Enfermería 2009-2011. En ella incorpora tres nuevos diagnósticos de enfermería basados en el concepto de resiliencia. Pertenecen al Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés y a la Clase 2: Respuestas de afrontamiento. Al no existir el término resiliencia en la lengua española, éste se ha traducido por “capacidad de recuperación personal”. Las nuevas etiquetas diagnósticas en su versión en castellano son:



00210. Deterioro de la capacidad de recuperación personal: “reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis” (p. 256)

00212. “Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal: patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o crisis que puede reforzarse para optimizar el potencial humano” (p. 258)

00211. Riego de compromiso de la capacidad de recuperación personal: “riesgo de reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis” (p. 260) (Nanda, 2010).

Estos diagnósticos son aplicables a las personas o grupos cuando se ha generado una situación que es vivida por ellos como una crisis o evento estresante.

I.5.3. Exposición del problema. Burnout en enfermería de salud mental

La importancia de la resiliencia para la enfermería en salud mental es base para establecer el objetivo del presente anteproyecto de investigación que gira en torno a la utilización de este nuevo concepto. Se propone trabajar en resiliencia con las enfermeras especialistas en salud mental a fin de que la intervención que se lleve a cabo les sea útil tanto en el ámbito personal como en el profesional.

La propuesta de trabajo consiste en realizar una intervención en resiliencia mediada por la utilización de uno de los nuevos diagnósticos de enfermería relacionados. A fin de dotar a la investigación de una evaluación tangible y hacer de la intervención en resiliencia algo útil para los profesionales, ésta debe llevarse a cabo en el marco de una situación que suponga para las enfermeras especialistas en salud mental un estresor mantenido que ponga en riesgo su capacidad de resiliencia o recuperación personal.

Tras un análisis de la literatura científica se propone, para su estudio y posterior intervención basada en resiliencia, el análisis del desgaste laboral o síndrome de burnout en las enfermeras especialistas que trabajan en el ámbito de la salud mental. Esta

elección se basa en que este problema reúne todas las condiciones para suponer una situación que compromete la capacidad de resiliencia de los profesionales de enfermería y en la existencia de numerosos estudios que demuestran la elevada prevalencia de aparición de este síndrome en la profesión enfermera (Moreno-Jiménez, & Peñacoba, 1999; Porras et al., 2005; Tomás & Fernández, 2002).

Antecedentes del problema

Los profesionales de enfermería están sometidos en su ámbito laboral a situaciones que pueden provocar estrés. Los factores que desencadenan estas reacciones de estrés son factores organizacionales y del ambiente de trabajo como la sobrecarga laboral, el ambiente físico, la falta de participación en la toma de decisiones y el tiempo pasado en contacto directo con los pacientes (Perea-Baena & Sánchez-Gil, 2008; Porras et al., 2005). También interfieren en la aparición de este síndrome una serie de variables individuales como pueden ser el estilo de vida o las características de la personalidad tales como la falta de asertividad, la baja autoestima o la dependencia (Moreno-Jiménez, & Peñacoba, 1999).

Ante los estresores a los que enfermeros de salud mental deben enfrentarse en el ejercicio de su profesión, se pueden manifestar respuestas muy diferentes, es decir unos sujetos son más vulnerables que otros a este estrés en función de factores como la personalidad, edad, nivel de formación, autoconfianza, empatía, afrontamiento de problemas e incluso su relación con los demás. Además de estas variables influyen también otras de tipo psicosocial entre las que se incluye la capacidad de resiliencia. Cuando estos factores facilitadores, como un adecuado nivel de resiliencia, no son suficientes para el afrontamiento a las situaciones de estrés que se generan en el ámbito laboral, se puede llegar a instaurar en los profesionales de enfermería de salud mental el burnout o síndrome del quemado (Marsollier et al., 2009; Porras et al., 2005).

El burnout es considerado como la última fase de un estrés mantenido, como una forma de estrés crónico e insidioso que no cede con el reposo (Moreno-Jiménez, & Peñacoba,



1999). Por tanto, el burnout surge como respuesta a la exposición a un estrés constante en el ámbito laboral (Marsollier et al., 2009).

En 1974 Freudenberg utilizó por primera vez el término burnout definiéndolo como “una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador” (p.5). En 1981, Maslach y Jackson lo definen como un síndrome de estrés crónico que se da en profesionales que trabajan con personas y que se manifiesta a través de tres características: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal reducida. Pines y Aronson en 1988 definen el burnout como “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes” (p.5). Las repercusiones de éste síndrome pueden ser psicósomáticas, conductuales, emocionales y por descontento, laborales (Peralta-Reyes & Vargas-Mendoza, 2009). Estas consecuencias derivan en elevados costes financieros, sociales y humanos (Garrosa et al., 2005)

Los estudios en prevención y manejo del estrés y burnout se han centrado desde hace años en el control de las fuentes generadoras del estrés, es decir en aspectos organizacionales. Estos estudios han tenido resultados positivos. Sin embargo otros investigadores como Kobassa (1979), McCranie, Lambert y Lambert (1987) o Topf (1989) basaron sus investigaciones en la implicación de variables positivas asociadas a una personalidad resiliente para conseguir una respuesta adaptativa a situaciones estresantes en el ámbito sanitario entre las que se encuentra el burnout. Estos estudios demostraron que estas características resilientes disminuyen el impacto del desgaste laboral y por tanto inciden de manera negativa en la aparición del burnout en las profesiones sanitarias (Marsollier et al., 2009; Moreno-Jiménez, & Peñacoba, 1999).

En estudios más recientes otros autores han relacionado igualmente estas características positivas o resilientes de la personalidad con bajos niveles de burnout en los profesionales de enfermería. En España, en el año 2005, Garrosa y colaboradores llevaron a cabo una investigación en la que estudiaban, en una muestra de enfermeros y estudiantes de enfermería, la relación entre variables personales y emocionales positivas y la aparición del síndrome de burnout. De este estudio se extrae que, además de las

condiciones laborales, en la aparición del burnout en la profesión de enfermería intervienen directamente variables de vulnerabilidad o resistencia de los individuos.

En 2006 en un estudio realizado también en España por de Lucena Carvalho y colaboradores sobre el modelo burnout-engagement y la resiliencia en cuidadores formales de ancianos se relaciona directamente altas puntuaciones en resiliencia con una menor aparición de burnout. Se hace referencia también en este estudio a investigaciones llevadas a cabo por Howard y Johnson en 2004 y por Edward en 2005 en los que se demuestra también la relación entre estos conceptos mediante la utilización de metodología cualitativa (de Lucena Carvalho et al., 2006).

Todo lo visto anteriormente pone de relieve la necesidad de formar y potenciar, desde un modelo positivo, el aprendizaje de habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para que la necesaria relación enfermero-paciente no suponga un riesgo para la salud física y psicológica de la enfermería y así mediante el fomento de conductas resilientes prevenir el desgaste profesional. El uso de estas fortalezas humanas y competencias sociales estimulan el compromiso y la eficacia laboral de los profesionales de enfermería, lo que supone un beneficio para el clima de trabajo, la productividad y por consiguiente para la organización o institución, lo que repercute, sin ninguna duda, en la salud de la población (de Lucena Carvalho et al., 2006; Garrosa et al., 2005, Marsollier et al., 2009).

I. 6. Marco teórico

El modelo elegido para dotar a este anteproyecto de investigación de un marco teórico apropiado es el Modelo de Adaptación de Callista Roy.

La definición del modelo data de 1968 cuando Callista Roy introdujo el sistema de adaptación en el programa de estudios de enfermería. El modelo se presentó en 1970 con el nombre de “*Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing*” (Marriner & Raile, 2008).

El modelo de Roy está basado en el concepto de adaptación de la persona. La visión de la autora sobre el metaparadigma enfermero es la siguiente:

- Persona: Roy define a la persona como un ser bio-psico-social, un sistema vivo, complejo y adaptable con procesos internos, que sirven para mantener la adaptación en la constante interacción con un entorno cambiante. La persona es el centro de atención de la enfermería (Marriner & Raile, 2008).
- Entorno: “es un conjunto formado por condiciones, circunstancias e influencias que afectan a las personas y los grupos” (Roy, 1984, citado en Marriner & Raile, 2008). Incluye factores internos y externos, que pueden ser positivos y negativos. La modificación del entorno exige energía para la adaptación a la nueva situación, por lo que las personas afectan y son afectadas por éste (Marriner & Raile, 2008).
- Salud: Roy entiende la salud como un proceso relacionado con la adaptación de la persona al entorno (Marriner & Raile, 2008). “La salud es el estado y el proceso de ser y de convertirse en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, de la interrelación entre el sujeto y el entorno” (Andrews & Roy, 1991, citado en Marriner & Raile, 2008).
- Enfermería: la teórica define la enfermería como la ciencia y la práctica que aumenta la capacidad de adaptación y mejora el entorno. Las actividades de enfermería van dirigidas al análisis de la conducta y los estímulos que influyen en la adaptación. El objetivo de la enfermería consiste en ayudar a las personas en este proceso para conseguir un estado óptimo de bienestar, fomentando respuestas adaptativas a través de seis etapas: valoración de la conducta, valoración de estímulos, diagnóstico enfermero, objetivos, intervenciones y por último las evaluaciones (Marriner & Raile, 2008).

El modelo enfermero propuesto por Callista Roy gira en torno a la idea central de la adaptación de la persona que define como un proceso o resultado que permite a las personas la integración en su entorno, teniendo en cuenta que las personas no pueden separarse de éste. La persona utiliza para ello mecanismos que desencadenan respuestas adaptativas eficaces o no. Estos mecanismos de afrontamiento son procesos innatos o adquiridos que son utilizados por las personas para hacer frente a los estímulos del entorno. Se dividen en reguladores, que responde a través de procesos endocrinos,

químicos, neuronales, y relacionales donde la respuesta se realiza a través de procesos cognitivos y conductuales innatos o aprendidos (Marriner & Raile, 2008).

Roy observa cuatro conductas que demuestran adaptación o modos adaptativos, el fisiológico basado en respuestas físicas de las persona, el modo autoconcepto basado en pensamientos o creencias de una persona sobre sí mismo, el modo función de rol basado en roles que una persona realiza en la sociedad y el de interdependencia o integración social (Marriner & Raile, 2008).

I.7. Hipótesis

Los enfermeros especialistas en salud mental que presentan desgaste profesional o síndrome de burnout que se sometan a una intervención en resiliencia presentarán un menor nivel de burnout así como mejores capacidades resilientes lo cual supondrá un aumento en su capacidad de adaptación a las situaciones estresantes en ejercicio de su profesión.

I.8. Objetivos

I.8.1. Objetivo general

Medir si se incrementa la capacidad de resiliencia y se reducen los índices de burnout en enfermeros especialistas en salud mental que se someten a entrenamiento específico.

I.8.2. Objetivos específicos

1. Determinar la incidencia de burnout en enfermeros especialistas en salud mental que trabajan en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de Hospitales públicos de la ciudad de Valencia.
2. Medir la capacidad de resiliencia de los enfermeros especialistas en salud mental.
3. Estudiar si existe correlación entre el burnout en enfermeros especialistas en salud mental y su capacidad de resiliencia.



4. Determinar mediante la utilización de escalas específicas si aumenta la capacidad de resiliencia y disminuyen los índices de burnout de los enfermeros especialistas en salud mental que se someten a un programa de intervención en resiliencia.
5. Comprobar si se mantienen los resultados obtenidos en la medición de resiliencia y burnout tras la intervención a los 6 meses de la conclusión de la misma.

II. MATERIAL Y MÉTODO

II.1. Diseño del estudio

Estudio cuasi-experimental basado en una intervención con medición antes-después.

El análisis se realizará con los participantes en un programa de intervención en resiliencia mediante la medida de las variables independientes. Esta medida se llevará a cabo en tres tiempos: pre-post-intervención y seguimiento.

II.2. Población a estudio. Muestra

La muestra objeto del estudio está compuesta por enfermeros especialistas en salud mental que trabajan en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de los Hospitales Públicos de la ciudad de Valencia.

El número total de sujetos susceptibles de formar parte del estudio se calcula en torno a 40-50.

El número de participantes en el programa de intervención será de alrededor de 25.

II.2.1. Criterios de inclusión

- Enfermeras/os especialistas en salud mental que en la fecha de comienzo del estudio ejerzan su profesión en régimen de contratación estable en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de la ciudad de Valencia.
- Prestación del consentimiento informado.

II.2.2. Criterios de exclusión

- Personas con alta puntuación en resiliencia
- Personas con baja puntuación en burnout.



- Personas que cursen baja médica.

II.3. Definición de variables

- Variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, años de experiencia en la profesión, antigüedad en el puesto, situación laboral (tipo de contrato), forma de obtención del título oficial de Enfermero Especialista en Salud Mental.
- Variables dependientes: Puntuaciones obtenidas en la cumplimentación de los instrumentos de medida seleccionados (Escala de resiliencia y MBI- GS).
- Variable independiente: Participación en el programa de intervención basado en resiliencia.

II.4. Instrumentos de medida

- Burnout (ANEXO 3)

Para llevar a cabo la medición del burnout se propone la utilización de la escala MBI-GS (*Maslach Burnout Inventory-General Survey*) de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson del año 1996 en la adaptación española de Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau del año 2000. El cuestionario puede aplicarse de una forma rápida y sencilla.

La escala consta de 15 ítems que se basan en tres dimensiones o subescalas: Agotamiento (5 ítems), Cinismo (4 ítems) y Eficacia Profesional (6 ítems). Los ítems deben ser respondidos por los trabajadores haciendo uso de una escala de frecuencia de tipo Likert que va de cero "0" (Nunca/ Ninguna vez) a "6" (Siempre/ Todos los días).

Para obtener las puntuaciones de cada subescala (Agotamiento, Cinismo y Eficacia Profesional) se deben sumar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que pertenecen a cada subescala y dividir el resultado por el número de ítems de cada una de

ellas. Hay que repetir esta operación para cada una de las subescalas y para cada uno de los sujetos a los que se ha administrado el instrumento de medida.

Altas puntuaciones en las dimensiones agotamiento y cinismo unidas a bajas puntuaciones en la dimensión eficacia profesional son indicadoras de burnout. Las pruebas realizadas sobre fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala han obtenido resultados positivos en una muestra de trabajadores españoles (Salanova et al., 2000).

- Resiliencia (ANEXO 4)

Para la medición de la resiliencia se utilizará la Escala de Resiliencia (ER) elaborada por Wagnild & Young en 1993, en su versión en castellano adaptada y validada por Rodríguez y colaboradores en 2009. En ella se define la resiliencia como una característica positiva de la personalidad que favorece la adaptación individual. Se trata de una escala que consta de 25 ítems basados en dos factores: la competencia personal formada por 17 ítems y entendida como el reconocimiento de factores de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, etc.; y la aceptación de sí mismo y de su vida entendida como sinónimo de adaptabilidad, flexibilidad, etc., y formada por 8 ítems.

Todos los ítems deben ser respondidos mediante una escala que va desde el 1 “totalmente en desacuerdo” al 7 “Totalmente de acuerdo”.

El resultado se obtiene de la suma de todas las puntuaciones y oscilan entre 25 y 175. Los valores superiores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia, los valores comprendidos entre 121 y 146 indican una resiliencia moderada y valores menores de 121 indican escasa resiliencia.

Este instrumento es válido y presenta una consistencia interna aceptable para su utilización. Además se puede administrar de forma individual, autoadministrada y no existe tiempo límite para su cumplimentación.

- Se pasará también un pequeño cuestionario sobre variables sociodemográficas. En el cuestionario se incluye también, además de las variables edad, género, estado civil, años de experiencia en la profesión, antigüedad en el puesto, y situación laboral (tipo de contrato), la forma de obtención del título de enfermero especialista en salud mental. (ANEXO 2)

II.5. Desarrollo de la investigación

El proyecto de investigación se divide en dos fases. Son las siguientes:

- Determinación del grado de aparición de burnout y de la capacidad de resiliencia en enfermeros especialistas en salud mental que trabajan en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos de los Hospitales Públicos de la ciudad de Valencia. Realización de la correlación entre estas dos variables.
- Una vez conocido la existencia de dicha correlación diseñar y realizar una intervención de enfermería basada en la capacidad de recuperación personal o resiliencia.

1ª Fase

- Preparación de documentación y material.
- Presentación del proyecto y obtención de permisos.
- Captación de la muestra.
- Obtención de las medidas pre-intervención mediante la cumplimentación de los instrumentos de medida. Se realizará de forma individual y no habrá tiempo límite para su cumplimentación. Cada sujeto, actuará como su propio control.
- Introducción y análisis estadístico de los datos obtenidos. Extracción de resultados.
- Selección de la muestra definitiva atendiendo a los criterios establecidos.

- Obtención del consentimiento informado de los participantes con el que se comprometerán a participar en la intervención.

2ª Fase

- Aplicación del programa de intervención en el grupo experimental. Desarrollo de la intervención.
- Evaluación de las variables dependientes en las mismas condiciones pre-intervención.
- Introducción y análisis estadístico de los datos obtenidos. Extracción de resultados.
- Reevaluación o seguimiento para observar si se mantienen las capacidades desarrolladas a los 3 meses de la finalización del programa de intervención. Se realizará una nueva valoración de las mediciones en las mismas condiciones pre y post intervención utilizando las escalas propuestas.
- Análisis de datos. Elaboración de los resultados de la investigación.
- Comparación y discusión de los resultados obtenidos con la bibliografía resultante de una revisión sobre el tema de investigación.
- Elaboración de las conclusiones del estudio de investigación.
- Difusión de las conclusiones entre los participantes y resto de profesionales.

II.6. Intervención

II.6.1. Objetivos de la intervención

1. Realizar una intervención basada en la capacidad de recuperación funcional o resiliencia.
2. Dar a conocer a los profesionales enfermeros especialistas en salud mental el concepto de resiliencia, los nuevos diagnósticos enfermeros relacionados, su aplicabilidad y la importancia de ésta para la salud.



II.6.2. Características de la intervención

Administradores de la intervención

El terapeuta tratará en todo momento de:

- Crear un ambiente de grupo gratificante.
- Lograr una relación de confianza con los participantes sin perder el encuadre terapéutico.
- Tener expectativas realistas.
- Fomentar la participación de todo el grupo.
- Estimular a los participantes a la consecución de objetivos y reforzar positivamente su consecución.

El coterapeuta:

- Apoyará al terapeuta principal.
- Hará observaciones sobre los procesos de la intervención.

Metodología de la intervención

El desarrollo del programa se llevará a cabo a través de un enfoque grupal. Las ventajas de este enfoque se basan en:

- El aprendizaje de los propios compañeros.
- La promoción de la independencia y el compromiso público adquirido.
- El formato grupal elegido es más económico que otros, tanto en tiempo como en esfuerzo.
- Supone un contexto más real para la práctica de habilidades.

En cuanto a las características del grupo puede se puede destacar que:

- El número de participantes en el grupo será de 25-30 personas.
- El formato del grupo será cerrado.
- Por las características de la muestra el grupo se considera homogéneo.

Se establecerán unas reglas básicas para garantizar el buen funcionamiento del grupo, estas son:

- Asistencia: se pedirá a los pacientes su compromiso de asistir al total de las sesiones. Con esto se espera que puedan extraer el máximo beneficio de la intervención.
- Puntualidad: se exigirá puntualidad para evitar el retraso en el desarrollo del programa.
- Confidencialidad: es necesario recordar que todo lo que pase dentro del grupo no puede salir de él con el objetivo de que los participantes se sientan cómodos.
- Tolerancia y respeto a los demás participantes: como una norma básica para la obtención de un buen ambiente de trabajo.
- Participación: se pedirá a los integrantes del grupo su participación para obtener el mayor beneficio posible a nivel individual.
- Realización de tareas para casa: se considera indispensable para consolidar conocimientos y cambios.

II.6.3. Desarrollo del programa de intervención

Sesiones:

- Cada una de ellas está diseñada para ser terapéutica y para brindar la posibilidad de que cada participante pueda compartir sus pensamientos y sentimientos de manera no amenazante.
- Cada sesión está dirigida a aprender nuevas destrezas que puedan ser aplicadas en la vida cotidiana.
- La frecuencia de las sesiones será de 2 a la semana.
- La duración de estas sesiones será de 3 horas.

Formato de las sesiones:

- Formulación de objetivos.
- Revisión de tareas.



- Preguntas y sugerencias.
- Intervención sobre el tema.
- Utilización de diferentes técnicas: exposición, lluvia de ideas, *role- playing*, debates, tareas de reflexión individual.

Contenidos:

El propósito de los contenidos del programa de intervención es ayudar a los enfermeros especialistas en salud mental a su desarrollo personal y social a través de actividades creativas. Cada participante tendrá la posibilidad de aprender y descubrir nuevas cosas sobre sí mismo. Se tratará de:

- Fomentar una concepción y valoración positivas del mundo y de sí mismo.
- Mejorar la autoestima, buscar y apreciar los aspectos mejores que uno tiene.
- Generar y promover sentimientos positivos sobre uno mismo.
- Promover la realización de las propias potencialidades y capacidades.
- Desarrollar y ejercitar el control emocional y promover la iniciativa, la autonomía, la independencia, el valerse por sí mismo, los proyectos, insistiendo en la persistencia y perseverancia en la realización de propósitos personales.
- Buscar recursos internos positivos. Integración de las formas positivas de enfrentar los problemas que se basan en el desarrollo y utilización de las propias potencialidades.

Estos los aprendizajes básicos de conocimiento de sí mismo, toma de decisiones, de saber convivir y comunicarse, de afrontar la vida, de pensar resolver los problemas y ser creativo, contribuyen al desarrollo personal.

Programa de intervención en resiliencia (ANEXO 5):

SESIÓN 1	Presentación del programa de intervención
SESIÓN 2	La autoestima

SESIÓN 3	La asertividad
SESIÓN 4	La empatía
SESIÓN 5	Sentido del humor
SESIÓN 6	Creatividad
SESIÓN 7	Perseverancia
SESIÓN 8	Resolución de problemas
SESIÓN 9	Sesión final

II.7. Cronograma

La duración del estudio de investigación será de 10 meses.

- Septiembre: Preparación de la documentación.
- Octubre: Presentación del proyecto y captación de la muestra.
- Noviembre: Realización de la primera evaluación y análisis de datos.
- Diciembre y Enero: Programa de intervención.
- Febrero: Análisis de resultados.
- Marzo: Evaluación del programa de intervención.
- Abril: Reevaluación con los instrumentos de medida.
- Mayo: Análisis de resultados. Discusión de resultados.
- Junio: Elaboración de conclusiones.

II.8. Análisis estadístico

Se analizarán las puntuaciones obtenidas tras la realización de los test de resiliencia y burnout. Por tratarse de dos variables cuantitativas se empleará como prueba la Correlación de Pearson para comparar si:

- existe correlación negativa entre las puntuaciones de los test de resiliencia con los de burnout (al aumentar una se reduce la otra),



- las puntuaciones varían significativamente a los 3 meses de haber finalizado el estudio (dentro de cada test). Los cálculos serán realizados empelando el programa SPSS.

II.9. Recursos necesarios

II.9.1. Recursos humanos

- Un enfermero/a especialista en salud mental.
Éste asumirá el papel de investigador principal y de coordinador del estudio.
Llevará a cabo el programa de intervención, asumirá el rol de terapeuta.
- Un enfermero/a especialista en salud mental.
Este se encargará de colaborar con el investigador principal en todos los pasos del estudio de investigación.
Asumirá el papel de coterapeuta en el programa de intervención.

II.9.2. Recursos materiales

- Despacho o aula para la elaboración del proyecto de investigación.
- Instalaciones para llevar a cabo el programa de intervención: sala acondicionada.
- Soporte informático: ordenador, impresora, programas estadísticos, acceso a Internet, proyector,...
- Material bibliográfico: libros, revistas, claves de acceso a bases de consulta bibliográfica,...
- Material de oficina: bolígrafos, folios, carpetas, pizarra...

II.9.3. Recursos materiales

- Gastos derivados de la contratación del personal encargado de llevar a cabo el proyecto de investigación
- Gastos derivados del material necesario para la realización de la investigación.

III. PERMISOS Y AUTORIZACIONES

Además del consentimiento informado de los participantes antes de poner en marcha el estudio será necesario obtener la autorización de:

- Comité ético de los hospitales seleccionados.
- Dirección de Enfermería y de Recursos Humanos.
- Supervisión de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.



IV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El papel de la ética en la resiliencia se centra en favorecer y reconocer las capacidades de las personas para su propio desarrollo (Manciaux, 2001).

Para la realización de la investigación se deberán tener en cuenta los derechos recogidos por ley de los participantes en la investigación.

- Consentimiento informado.
- Respeto a la confidencialidad y protección de datos.

Además se actuará de forma que se respete en todo momento el Código Deontológico de la Enfermería Española.

V. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación presenta una serie de limitaciones:

- En relación con la muestra del estudio:

Supone un sesgo para el estudio de investigación el carácter voluntario de la participación de la muestra.

El tamaño de la muestra también puede suponer una limitación ya que las conclusiones no podrán ser generalizadas.

En la medida de seguimiento (3 meses), diversos factores pueden influir en el grupo experimental.

Las variables sociodemográficas pueden influir en los resultados obtenidos.

- En relación con la metodología utilizada:

Debido al tipo de estudio no existe aleatorización de la intervención.



VI. RESULTADOS ESPERADOS Y CONCLUSIONES

Como resultado del presente anteproyecto de investigación se espera conseguir una disminución del índice de burnout en los enfermeros especialistas en salud mental que trabajan sometidos a un estrés constante en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos. La consecución de este resultado lleva implícito un aumento en la capacidad de resiliencia de estos profesionales ya que la intervención irá dirigida precisamente a aumentar su capacidad de resiliencia.

En un primer momento se espera obtener correlación entre las variables burnout y resiliencia en enfermeros especialistas en salud mental. La existencia de dicha correlación ya ha sido demostrada en la profesión de enfermería generalista por varios autores como por ejemplo Garrosa en 2005 o de Lucena en 2006.

El aumento de la resiliencia esperado servirá a los participantes en el programa de intervención para aumentar su capacidad de hacer frente a situaciones adversas tales como el estrés en el ámbito laboral pero también a situaciones o acontecimientos vitales.

La formación de los profesionales es un paso obligado para utilizar más y mejor el concepto de resiliencia en el trabajo diario. Esta formación supone un requisito indispensable para establecer programas basados en resiliencia. Estos programas pueden estar dirigidos a individuos como por ejemplo hacer que los niños estén mejor equipados para afrontar su vida o obtener profesionales más empáticos. A nivel familiar y comunitario se podría conseguir una sociedad más solidaria y participativa. (Manciaux, 2001)

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Bueno Delgado, G. (2005). “*Perfil sociodemográfico de los estudiantes universitarios sin progreso académico y la relación entre el apoyo psicosocial con enfoque de resiliencia y el éxito académico en los estudiantes de primer año de universidad*”. Memoria presentada para optar al grado de doctor. Facultad de filosofía. Departamento de la Conducta y Sociedad. Universidad Complutense de Madrid.
- Canaval, G., González, M., Humphreys, J., De León, N., Gonzales, S. (2009). Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarias de familia. *Invest Edu Enferm.* 27(2), p. 209-217.
- de Lucena Carvalho, V.A., Calvo, B., Hernández, L., Ramos, F., Contador, I (2006). Resiliencia y el modelo Burnout- Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema vol 18, n° 4*, p. 791-796.
- Diccionario de la lengua española. [Versión electrónica]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>. Extraído el 21 de diciembre de 2010.
- Garrosa, E., Moreno-Jimenez, B., Rodriguez- Carvajal, R., Morante, M.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad en el Trabajo*, 199(I), p.5-13.
- Grané, J., Forés, A. (2007). *La resiliència*. Barcelona: UOC
- Kotliareco, M.A., Cáceres, I., Álvarez, C. (1996). *La pobreza desde la mirada de la resiliencia*. Resiliencia: construyendo en adversidad CEANIM.
- Kotliarenco, M.A. & Dueñas, V. (1994). Vulnerabilidad versus resilience: una propuesta de acción educativa. *Derecho a la infancia*, 9.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I., Fontecilla, M. (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington, D.C.: Estados Unidos: Organización Panamericana de Salud. Oficina Sanitaria Panamericana.
- Manciaux, M. (Comp.). (2001). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Marriner Tomey, A. & Raile Alligood, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería* (6ª ed.). Madrid: Mosby.

- Marsollier, R., Aparicio, M., Aguirre, J. (2009). La problemática del desgaste laboral. Su impacto en la salud mental de los trabajadores [versión electrónica]. *Rev Psicología.com*, 13(1).
- Melillo, A. (2005). El pensamiento de Boris Cyrulnik [versión electrónica]. *Perspectivas sistémicas*, 85, marzo-abril.
- Menoni, T., Klasse, E. (2007). Construyendo alternativas al dolor: reflexiones sobre la resiliencia en barrio Casabó, cerro de Montevideo. Tesis de maestría. *Revista Uruguaya de Enfermería* 1(2): 25-39.
- Moreno-Jiménez B, & Peñacoba C. (1999). *El estrés asistencial en los servicios de salud*. En: Simón MA, ed. Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Nanda Internacional (2010). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011*. Elsevier
- OMS (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental*. Hoja informativa, nº220. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud.
- Ospina, D., Jaramillo, D., Uribe, T. (2005). La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. *Invest Educ Enferm*, 23(1): 78-89.
- Peralta-Reyes, E. B. & Vargas-Mendoza, J.E. (2009). Agotamiento emocional en el personal de enfermería del Hospital de la Niñez Oaxaqueña: la prevención del Burnout [versión electrónica]. *Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 3, Número 1*, p. 5-10.
- Perea-Baena, J.M. & Sánchez-Gil, L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral [versión electrónica]. *Index Enferm.*, Vol.17, n.3, 164-168.
- Porras Cabrera A, Bilbao Guerrero C, Vila Blasco B. (2005). Identificación de estresores laborales en profesionales de enfermería [versión electrónica]. *Presencia ene-jun; 1(1)*. Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n1/14articulo.php>>

- Reeve, J. (2004). *Motivación y emoción*. (3ª Ed.). Mc Graw-Hill.
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., de Bortoli, M., Labiano, L. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, p. 72-82.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M., & Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, (2), 117-134.
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: Una alternativa peruana. *Liberabit*, 11, p. 41-48.
- Suárez Ojeda, N., Manzur, J. (1994). *Resiliencia*. Psiquiatría del Niño y del Adolescente.
- Tomás Sábado, J. & Fernández Donaire, L. (2002). Estrés laboral en los profesionales de Enfermería hospitalarios. *Metas de Enfermería*, nº45, p.6-12.
- Vélez Laguado, P. (2007). La resiliencia: Nuevo abordaje del trauma. *Ciencia y cuidado*, 4, 4. p. 58-62.
- Vera Poseck, B. (2004). Resistir y rehacerse: una conceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, *Rev psicología positiva*, 1.
- Villalobos, A. (2009). “Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales”. Tesis para optar al grado de especialista en psicología clínica. Universidad de Costa Rica.



VIII. ANEXOS

VIII.1. Consentimiento informado

Proyecto de Investigación:

Institución:

Patrocinador:

Investigador Principal:

Dirección de contacto:

Declaro que he recibido por parte del investigador principal toda la información relativa al proyecto de investigación. Afirmo que he comprendido esta información y conozco el contenido del presente documento de Consentimiento Informado. Comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Firmo este Consentimiento Informado de forma voluntaria para manifestar mi aceptación en la participación en este estudio de investigación, hasta que decida lo contrario, caso en que podré revocarlo. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos legales. Recibiré una copia de este consentimiento.

Nombre del participante o sujeto colaborador:

DNI:

Firma:

Fecha:

VIII.2. Cuestionario de variables sociodemográficas

Nombre	
Sexo	
Edad	
Estado civil	
Años de experiencia en la profesión	
Antigüedad en el puesto	
Situación Laboral (Tipo de contrato)	
Forma de obtención del título de Enfermero Especialista en Salud Mental (Vía EIR/ Vía excepcional)	



VIII.3. Escala de valoración del burnout

Escala MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey)

1.	Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo (A)	
2.	Estoy “consumido” al final de un día de trabajo (A)	
3.	Estoy cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que afrontar otro día en mi puesto de trabajo (A)	
4.	Trabajar todo el día es una tensión para mí (A)	
5.	Puedo resolver de manera eficaz los problemas que surgen en mi trabajo (E)	
6.	Estoy “quemado” por el trabajo (E)	
7.	Contribuyo efectivamente a lo que hace mi organización (E)	
8.	He perdido interés por mi trabajo desde que empecé en este puesto (C)	
9.	He perdido entusiasmo por mi trabajo (C)	
10.	En mi opinión soy bueno en mi puesto (E)	
11.	Me estimula conseguir objetivos en mi trabajo (E)	
12.	He conseguido muchas cosas valiosas en este puesto (E)	
13.	Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo (C)	
14.	Dudo de la trascendencia y valor de mi trabajo (C)	
15.	En mi trabajo, tengo la seguridad de que soy eficaz en la finalización de las cosas (E)	

VIII.4. Escala de valoración de la resiliencia

Escala de resiliencia (ER)

1.	Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista	
2.	La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles	
3.	Soy decidido	
4.	Usualmente manejo los problemas de distintos modos	
5.	Siento que puedo manejar varias cosas a la vez	
6.	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	
7.	Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás	
8.	Usualmente encuentro cosas de que reírme	
9.	En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar	
10.	Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida	
11.	He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes	
12.	Me basto a mí mismo si lo creo necesario	
13.	A veces yo hago cosas quiera o no	
14.	Mantengo interés por las cosas	
15.	Mi vida tiene sentido	
16.	Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer	



17.	Soy autodisciplinado	
18.	Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí	
19.	Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final	
20.	Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación	
21.	Soy amigable conmigo mismo	
22.	Hago las cosa de a una por vez	
23.	Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas	
24.	No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto	
25.	Me siento cómodo si hay gente que no me agrada	

VIII.5. Desarrollo del programa de intervención en resiliencia

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN RESILIENCIA

SESIÓN INICIAL

A) Objetivos

- Conocer el grupo y que éste conozca al terapeuta y coterapeuta.
- Explicar cómo se va a llevar a cabo el desarrollo del programa.
- Establecimiento de las normas del grupo.
- Aclarar expectativas de los integrantes.
- Reparto de material.
- Introducción a la resiliencia.

B) Desarrollo de la sesión

- Presentación. Se presentarán los terapeutas y todos los miembros del grupo de intervención.
- Exposición del programa de intervención. Los terapeutas expondrán a todos los participantes el contenido del programa así como los resultados esperados. Además se clarificarán aspectos organizacionales.
- Se abrirá un turno para la exposición por parte de los participantes de preguntas o dudas.

→ ACTIVIDAD 1

Se pedirá a cada uno de ellos que aporte sus expectativas personales sobre la realización del programa de intervención para participar en él. Se recogerán en papel de forma individual y más tarde se pondrán en común. El terapeuta recogerá las expectativas individuales y las puestas en común por el grupo para compararlas con los objetivos alcanzados en la última sesión.



- Una vez conocidas las expectativas de los miembros del grupo se pasará a señalar las normas del grupo. Éstas se presentarán en formato audiovisual para clarificarlas. Además se recordará que estas normas son básicas para el buen funcionamiento del grupo.
- Se realizará una pausa. A continuación se llevará a cabo otra actividad.

→ ACTIVIDAD 2

Lluvia de ideas. Se utilizará esta técnica para que los participantes expongan sus conocimientos sobre resiliencia.

- Tras esta actividad se realizará una introducción en el tema de la resiliencia, explicando además las características de ésta que se desarrollarán a lo largo del programa.
- Despedida de los participantes. Se repartirá un esquema con los temas a abordar en las próximas sesiones.

SESIÓN 2. LA AUTOESTIMA

A) Objetivos

- Aclarar dudas sobre la sesión anterior o sobre el desarrollo de la intervención.
- Fortalecer la autoestima y la valoración de sí mismos, promoviendo la autoaceptación de los participantes en la intervención.

B) Desarrollo de la sesión

- Primero se llevara a cabo un recordatorio de nombres.
- Se comenzará a trabajar el concepto de autoestima. El terapeuta realizará una pequeña introducción en el tema. Se hablará del autoconcepto y la autoaceptación.
- Después se llevarán a cabo una serie de actividades:

→ ACTIVIDAD 1

Círculo de elogios. Los integrantes del grupo formarán un círculo. Cada uno de ellos tendrá que recordar el nombre del compañero que quede a su derecha y decir algo positivo sobre él (aspecto, cualidad personal,..). La persona que reciba el elogio deberá agradecerlo. Tras esto se realizará una ronda rápida en la que los participantes explicarán cómo se han sentido al dar y al recibir el elogio. Se analizarán los sentimientos que han aparecido tras la actividad.

→ TAREA PARA CASA

Se propondrá a los participantes que pongan en práctica este ejercicio en su vida diaria. Tendrán que sorprender a tres personas, que no lo esperen, haciéndoles algún cumplido o reconociéndoles algo que hayan realizado. Deberán recoger el efecto de su alago en los receptores y en ellos mismos.

- Se realizará un descanso.

→ ACTIVIDAD 2

Anuncio de sí mismo. Cada participante en el grupo deberá escribir en un papel un eslogan sobre sí mismo además de cualidades positivas que posea para venderse a sus compañeros. Se expondrán varios anuncios y se pondrán en común los resultados de la actividad, los sentimientos y actitudes individuales que han aflorado al realizar el ejercicio.

→ ACTIVIDAD 3

Lluvia de ideas. Se pedirá a los participantes que aporten ideas sobre cómo se sienten las personas con una baja autoestima y que sentimientos y emociones van asociadas con una alta autoestima. Además se colocará al lado de cada sentimiento la conducta que genera. Se explicará el carácter fluctuante de la autoestima y la necesidad de trabajarla.

- Se trabajará la autoaceptación mediante el trabajo individual.

→ EJERCICIO DE REFLEXIÓN



Este ejercicio se realizará en casa de forma individual.

Termina de escribir las siguientes frases:

- 1. Una de mis emociones que me cuesta aceptar es...*
- 2. Una de mis conductas que me cuesta aceptar es...*
- 3. Uno de los pensamientos que tiendo a alejar de mí es...*
- 4. No me perdono...*
- 5. Uno de los aspectos de mi cuerpo que me cuesta integrar es...*
- 6. Si me perdonara...*
- 7. Si yo aceptara mi cuerpo...*
- 8. Si aceptara mejor mi pasado...*
- 9. Si aceptara mejor mis sentimientos...*
- 10. Si fuera más honesto acerca de mis deseos y necesidades...*
- 11. Si tuviera más en cuenta sanamente a los otros...*
- 12. Lo que me asusta e impide aceptarme a mí mismo es...*
- 13. El beneficio de no aceptarme podría ser...*
- 14. Comienzo a darme cuenta de que...*
- 15. Comienzo a sentir...*
- 16. A medida que aprendo a autoaceptarme...*

SESIÓN 3. LA ASERTIVIDAD

A) Objetivos

- Desarrollar la asertividad de los participantes en la intervención.
- Como consecuencia de este entrenamiento se espera aumentar la confianza en sí mismo de cada participante.

B) Desarrollo de la sesión

- Breve recordatorio de la sesión anterior.
- Dudas y comentarios sobre las tareas para casa. Extracción de conclusiones de estas actividades.

- Desarrollo teórico del contenido de la sesión: ¿Qué es la asertividad? La asertividad es la capacidad de autoafirmar los propios derechos, sin dejarse manipular ni manipular a los demás. Se planteará una actividad con el objetivo de clarificar la información:

→ ACTIVIDAD 1

Comportamientos asertivos. La actividad consiste en conseguir diferenciar entre comportamientos asertivos y otros de tipo inhibido o violento. La actividad se realizará por parejas. Se entregarán una serie de ejemplos en papel y los miembros de la pareja tendrán que decidir qué tipo de comportamiento se utiliza en cada ejemplo.

- Se pondrán en común los resultados.

→ ACTIVIDAD 2

Derechos asertivos básicos. Se entregará a cada miembro del grupo una carta de derechos asertivos. Se pedirá un voluntario para su lectura en voz alta. Tras la lectura de cada punto se reflexionará con el grupo.

Carta de derechos asertivos básicos

- *El derecho a ser tratado con respeto y dignidad.*
- *El derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.*
- *El derecho a reconocer mis propias necesidades, establecer mis objetivos personales y tomar mis propias decisiones.*
- *El derecho a cambiar.*
- *El derecho a decir "no" sin sentirme culpable.*
- *El derecho a pedir lo que quiero, aceptando a la vez que me lo nieguen.*
- *El derecho a pedir información y ser informado.*
- *El derecho a cometer errores.*
- *El derecho a obtener aquello por lo que pagué.*
- *El derecho a ser independiente.*
- *El derecho de gozar y disfrutar.*
- *El derecho a triunfar.*

- *El derecho a ser mi propio juez.*
 - *El derecho a decidir el hacerme cargo o no de los problemas de los demás.*
 - *El derecho de dar o no explicaciones sobre mi comportamiento.*
 - *El derecho de no necesitar la aprobación de los demás.*
 - *El derecho de no ser perfecto.*
 - *El derecho a decidir no ser asertivo*
-
- Se realizará una pausa.

→ ACTIVIDAD 3

Estrategia asertiva de los 4 pasos. Se explicará esta técnica por ser una de las más eficaces estrategias para conseguir resolver los conflictos en las relaciones. El primer paso es identificar el comportamiento que no nos gusta, el segundo paso es comunicar lo que ese comportamiento nos hace sentir, el tercero es mostrar nuestra preferencia por otro tipo de comportamiento y el cuarto es reforzar a la otra persona si cambia y hace lo que le pedimos. Se pondrá un ejemplo y se pedirá que aporten más situaciones donde se puede aplicar. Como ejemplo se utilizará: "Cuando tú me gritas...", "me haces sentir mal...", "por ello, te ruego moderes tu tono de voz", "y yo te haré más caso a lo que me digas."

→ ACTIVIDAD 4

Se realizará un *role-playing* para practicar lo aprendido durante la sesión.

SESIÓN 4. LA EMPATÍA

A) Objetivos

- Comprender el concepto de empatía y cómo afecta a nuestras relaciones sociales.
- Promover la capacidad de empatía de los participantes en el grupo.

B) Desarrollo de la intervención

- Repaso de las sesiones anteriores. Preguntas o dudas.

→ ACTIVIDAD 1

Lluvia de ideas. Cada participante aportará los conocimientos que tenga sobre la empatía y comentará si se considera empático o no.

- Exposición teórica sobre el tema de la sesión: La empatía.

→ ACTIVIDAD 2

Saludos. Se repartirá a los participantes tarjetas con diferentes estados de ánimo. Después de pie tendrán que caminar y saludarse entre ellos hasta formar parejas. Al final de la actividad cada miembro de la pareja deberá haber reconocido el estado de ánimo de la otra persona. Se pondrán en común los resultados. Se hablará sobre la importancia de conectar con la emoción del otro.

- Se realizará una pausa.

→ ACTIVIDAD 3

Recortes. Se repartirán entre el grupo diferentes imágenes de revistas, periódicos, etc. Los participantes deberán Identificar las emociones de los personajes que aparecen en los diversos recortes. Formarán parejas y deberán elegir dos imágenes para percibir y atender al lenguaje verbal y no verbal de los personajes y comprender el estado emocional del otro. Se intentará lograr que los participantes consigan expresar el estado emocional de otra persona.

→ ACTIVIDAD 4

Role-playing. Esta actividad favorecerá el desarrollo de la empatía y la tolerancia, en la medida en que los participantes se tienen que poner en el lugar que les asigna el rol que representan.

SESIÓN 5. EL SENTIDO DEL HUMOR

A) Objetivo

- Desarrollar el sentido del humor de los participantes en la intervención.



- Crear un ambiente alegre y de humor, para estimular y motivar más en el aprendizaje a los participantes en la intervención.

B)Desarrollo de la intervención

- Exposición de duda o preguntas sobre la sesión anterior.
- Introducción y justificación del tema de la sesión: el sentido del humor. Se trata de responder con una actitud positiva ante los retos o situaciones difíciles que nos encontramos en el día a día. El humor nos permite enfrentarnos a una situación difícil sin dejarnos secuestrar por las emociones negativas. Nos ayuda a crear ambientes más relajados y favorables para la toma de decisiones y la solución de conflictos; y nos protege, en cierta medida, contra el estrés. El sentido del humor nos permite ver los problemas desde otra perspectiva, con mayor flexibilidad y autodistanciamiento. Se trabajará este tema ya que tener sentido del humor es una habilidad que se puede aprender.

→ ACTIVIDAD 1

Promover el sentido del humor. Se proyectarán en una pantalla algunas pautas para promover el sentido del humor actuando sobre conductas y sentimientos. Cada participante leerá una de ellas y hará un pequeño comentario.

Promover el sentido del humor Conductas y Sentimientos

- *Sonreír de forma habitual.*
- *Mostrar una expresión gestual y corporal alegre.*
- *Aprovechar las cosas que hacen reír y minimizar el resto.*
- *Utilizar el lenguaje de manera positiva.*
- *Relajarse de forma habitual.*
- *Disfrutar de lo que se hace en cada momento.*
- *Aprender a tomarse menos en serio a uno o una misma.*
- *Reducir el sentido de ridículo.*
- *Encontrar algo de humor en situaciones adversas.*

- *Mostrar agradecimiento.*
- *Elegir bien las batallas que merezcan la pena, no enredarse en asuntos de poca importancia.*
- *Afrontar el enfado.*
- *Respetarse y respetar: mostrar un comportamiento tolerante hacia los demás.*
- *Relacionarse con gente positiva y con especial aptitud para ver el lado cómico de una situación.*
- *Fomentar las habilidades de interacción positiva: dar y recibir afecto oportunamente.*

Se proyectarán también pautas para promover el sentido del humor actuando esta vez sobre la forma de pensar. Igualmente Cada participante leerá una de ellas y hará un pequeño comentario.

Promover el sentido del humor

Forma de pensar

- *Tomar conciencia del funcionamiento del estrés.*
- *Tomar conciencia de los hábitos negativos.*
- *Tomar distancia de las preocupaciones. Ver las cosas desde perspectivas más amplias.*
- *Utilizar un estilo optimista de explicación ante fracasos y éxitos.*
- *Evitar juicios negativos.*
- *Aprender a relativizar las adversidades.*
- *Seguir un proceso racional en la resolución de problemas.*
- *Convertir los errores en oportunidades de aprender.*
- *Ampliar miras, flexibilizar puntos de vista propios.*

➔ ACTIVIDAD 2

Juego de adivinación. Se pedirá a las personas del grupo que formen parejas. Uno de ellos pensará en un objeto y el otro tratará de adivinarlo por medio de preguntas.



La clave es que este elemento elegido pueda estar sujeto a distintas interpretaciones, es decir, cuanto más ambiguo, complejo y disparatado mejor. El otro participante podrá hacer las preguntas que quiera, pero está prohibido hacer gestos, responder con “sí/no” y con frases que tengan más de tres palabras. Al contar con tantas limitaciones, se propician los errores y se puede trabajar el miedo a ser evaluado o expresar lo que se piensa. El objetivo es tomar conciencia de que la risa nos libera del temor, de la angustia, del miedo a parecer ridículo, y que muchas veces la vida presenta situaciones ambivalentes y desconcertantes, que lejos de intimidarnos, pueden ser abordadas desde el humor y la aceptación del absurdo.

- Se realizará un descanso.

→ ACTIVIDAD 3

Juego de risa y seriedad. El terapeuta indicará que todos los participantes pueden empezar a reírse a carcajadas. El sólo hecho de oír las risas, incluso forzadas de los compañeros, promueve que otros generen la suya de forma espontánea. En un momento el terapeuta hará la señal para que todos permanezcan serios. Se repetirá este ejercicio varias veces, y se valorarán las dificultades para controlar o inhibir una expresión emocional, como es la risa. Esta actividad sirve también para darse cuenta de que no hace falta tener un estado de ánimo positivo para inducir una emoción agradable, no pasa nada porque al principio sea de modo artificial, lo importante es desinhibirse y dejarse llevar.

→ ACTIVIDAD 4

Hacer reír al compañero. Esta dinámica permite crear un clima distendido y de confianza desde el inicio. El terapeuta pedirá a los participantes que hagan dos filas y se pongan frente a frente. Durante un minuto o dos, uno se encargará de hacer reír y el otro tendrá la instrucción de no reírse. Lo fundamental es ser consciente de que sólo con intentar hacer reír a alguien, uno se ríe y disfruta más que siendo espectador. Cuando uno sale de sí mismo para provocar un sentimiento positivo al otro, ya empieza a encontrarse mejor.

- Se analizarán las emociones que han provocado las actividades.
- Despedida de la sesión

SESIÓN 6. LA CREATIVIDAD

A) Objetivos

- Desarrollar la creatividad de los participantes en la intervención para aumentar su capacidad de ver nuevas posibilidades ante un problema.

B) Desarrollo de la intervención

- Repaso de las sesiones anteriores.
- Introducción al tema de la sesión: La creatividad. Destacar la importancia de la creatividad como el proceso de presentar un problema a la mente con claridad y luego originar o inventar una idea para solucionarlo.
- Se plantearán una serie de actividades:

→ ACTIVIDAD 1

Se presentará al grupo un objeto común, por ejemplo, alguno de uso doméstico y se pedirán funciones alternativas para las que podría servir. Se anotarán todos los posibles usos en la pizarra.

→ ACTIVIDAD 2

Se repartirá una lista de palabras a cada pareja y se pedirá que escriban sinónimos o expliquen con otras palabras cada concepto. Se escribirán las ideas. Se pondrán en común las respuestas de todos los participantes.

- Descanso

→ ACTIVIDAD 3

Improvisación. Se realizará un *rol-playing*. Se escogerá un tema entre todos los participantes y cada pareja deberá improvisar una conversación sobre ese tema.

→ TAREA PARA CASA



Hacer algo diferente. Este ejercicio propone la realización de una tarea o actividad que los participantes en la intervención nunca hayan hecho. Primero deberán decidir qué actividad ejecutar. Después deberán llevarla a cabo.

El último paso consistirá en hacer una descripción por escrito de lo que se hizo y observar lo que la actividad realizada le permitió descubrir. Con esta actividad se pretende brindar la oportunidad de descubrir facultades, intereses, gustos, o aspectos que desconocemos de nosotros mismos y/o de las personas que nos rodean y por lo tanto nos enriquece.

- Los resultados obtenidos se analizarán en la siguiente sesión.
- Despedida de la sesión.

SESIÓN 7. LA PERSEVERANCIA

A) Objetivos

- Dar a conocer a los participantes en el programa de intervención la importancia de la perseverancia para lograr una adecuada competencia personal.

A) Desarrollo de la sesión

- Repaso de tareas para casa.
- Se llevarán a cabo una serie de actividades para abordar el tema de la perseverancia

➔ ACTIVIDAD 1

Lluvia de ideas. Los participantes aportarán ideas sobre la perseverancia y su utilidad para la vida. Se pondrán en común.

- Se hará una introducción en el tema de la perseverancia. La perseverancia como un esfuerzo continuo y valor fundamental en la vida

➔ ACTIVIDAD 2

¿Cómo desarrollar la perseverancia? Se realizarán pequeños grupos para que intenten responder a esta pregunta después se abrirá un debate y se aportarán las siguientes ideas:

Lo podemos lograr si...

- *Somos constantes en nuestras actividades y prevemos los obstáculos.*
- *Tenemos firmeza en las dificultades y somos constantes en la búsqueda de nuestro objetivo.*
- *Enfrentamos los retos sin miedo, con un compromiso pleno y decidido.*
- *Aprendemos a valernos por nosotros mismos y trabajamos con empeño para alcanzar nuestras metas.*
- *Somos conscientes que nadie puede responder por nosotros.*
- *Transformamos nuestros sueños, les damos vida y luchamos para convertirlos en realidad.*

- Se realizará un descanso

➔ ACTIVIDAD 3

Lectura y análisis. Se leerá un texto y después se responderán unas preguntas. Se trata de reforzar patrones de conductas positivos.

Lectura:

Toda gran obra es fruto de un gran esfuerzo. Sólo quien es perseverante aprende de sus fracasos e insiste con determinación. Es curioso constatar que, de algún modo, todos somos perseverantes en algo: hay luchadores perseverantes y desertores perseverantes, es decir, quienes insisten en ganar y quienes insisten en claudicar. ¿Estoy yo en el grupo de los luchadores o de los desertores? Si no quiero afiliarme en el club de los derrotados, debo levantarme con más ánimo de cada caída. Sólo con un deseo vehemente y mucha perseverancia puedo pasar de la derrota a la excelencia. Como decía Víctor Hugo: "El secreto de los grandes corazones se encierra en una palabra: PERSEVERAR."

Preguntas:



¿Qué mensaje te reporta el artículo?

¿Consideras que resulta importante perseverar ante las dificultades?

Cite ejemplos donde se evidencie el éxito de perseverar.

➔ ACTIVIDAD 4

Se formarán grupos y se repartirán unas tarjetas con frases que deberán argumentar. Las frases son las siguientes:

"No hay cosas imposibles, sino hombres incapaces"

"Mientras haya ganas de luchar, hay esperanzas de vencer"

"Un fracaso es una guía muy útil, no una señal de rendición"

"La perseverancia convierte sueños en triunfos"

"Los que se arriesgan logran muchas cosas que son imposibles para los cobardes"

"Con constancia y tenacidad se obtiene lo que se desea"

- Se propondrá un ejercicio de reflexión para realizar en casa

➔ EJERCICIO DE REFLEXIÓN

Decálogo de la perseverancia

- 1. La perseverancia comienza con un conocimiento realista de uno mismo: fortalezas y debilidades.*
 - 2. No hay calidad personal sin esfuerzo. Por eso debemos vencer los obstáculos.*
 - 3. La perseverancia es una señal de seguridad.*
 - 4. No debemos confundir la perseverancia con la rutina.*
 - 5. El valor de la perseverancia se refiere a la superación de los obstáculos.*
 - 6. El principal problema de la perseverancia es que no somos constantes en nuestras acciones.*
 - 7. Debemos ser fuertes para emprender metas y poder cumplirlas.*
-

8. *Debemos hacer lo posible por ser constantes diciendo lo que se piensa y pensando lo que se dice, y mantenernos firmes en ello.*

9. *Lo más importante en esta vida no es darnos cuenta de que tenemos problemas, sino cómo hacer para superarlos.*

10. *Cuando tus acciones sean constantes en su duración, mejores serán los resultados.*

SESIÓN 8. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

A) Objetivos

- Identificar los seis pasos para la solución de problemas.
- Describir el propósito de cada paso para la solución de problemas.
- Explicar las acciones que se deben emprender en cada paso.
- Aplicar las técnicas para fomentar la creatividad en la solución de problemas a utilizarse tanto al nivel individual como de grupo.

B) Desarrollo de la sesión

- Repaso de las tareas para casa.
- Aclaración de dudas o preguntas sobre las sesiones anteriores.

→ ACTIVIDAD 1

Lluvia de ideas. Se pedirá a los participantes que aporten sus conocimientos sobre los pasos a seguir para la resolución de problemas.

- Se explicarán los pasos para la resolución de problemas.
- *Reconocer que existe un problema*
- *Identificar el problema*
- *Generar alternativas de soluciones al problema*
- *Elegir entre las alternativas de soluciones*
- *Ejecutar la solución elegida*



- *Evaluar la solución.*
- Se explicaran técnicas para buscar soluciones

*Técnicas individuales
para generar alternativas*

- *Análisis de soluciones pasadas*
- *Ver con nuevos ojos*
- *Mapeo mental*
- *Consultar con la almohada*
- *Visualización*
- *¿Y qué si...?*

➔ **ACTIVIDAD 2**

Se planteará un problema y por grupos los participantes deberán presentar varias soluciones alternativas. Deberán responder a las siguientes preguntas ¿es realista?, ¿qué recursos se requieren?, ¿es práctica esta solución?.

➔ **ACTIVIDAD 3**

Después de encontrar varias alternativas de solución deberán Imaginar todas las contingencias posibles, prever las consecuencias y adelantarse a los obstáculos. Deberán elegir la solución final, valorando el pro y contra de cada hipótesis.

- Se realizará un descanso.
- Después se darán y analizarán unas pautas para la resolución de problemas.

→ **ACTIVIDAD 4**

Se leerán las pautas y se realizará un debate para comentarlas.

1. *Exploración del problema*
2. *Hacer una lista ¿qué sabemos?*
3. *Desarrollar y escribir el problema*
4. *Hacer una lista de posibles soluciones*
5. *Valoración de las diferentes opciones*
6. *Elegir la solución*
7. *Aplicarla*

SESIÓN FINAL

A) Objetivos

- Conseguir que los participantes reconozcan que han adquirido confianza en sí mismos.
- Comprobar si se han alcanzado las expectativas de los participantes en la intervención.
- Completar los cuestionarios de burnout y resiliencia

B) Desarrollo de la sesión

- Saludos
- Revisión de las expectativas recogidas el primer día.

→ **ACTIVIDAD 1**

Se repartirá a cada participante la lista de expectativas que realizaron el primer día y se pedirá que apunten si han sido alcanzadas y si hay algo que no esperaban obtener de la intervención y les ha sido útil.

- Se abrirá un turno para que los participantes puedan exponer qué han aprendido y qué les ha sido útil.
- Después se pasará la escala de burnout y la de resiliencia.
- Despedida del grupo.

Sueño. Fuente de energía

Intervención enfermera de salud mental
sobre hábitos del sueño en profesores
de E.S.O.

Antonia Jiménez Campos



“El sueño debe tener una función muy importante porque la naturaleza ha dedicado un tercio de nuestras vidas a cumplir la misión de dormir. Todos los animales vertebrados duermen, e incluso se han identificado comportamientos de sueño en muchos invertebrados. Si el sueño no sirviera para mucho, sería el error más grave cometido por la sabia naturaleza”

Doctor Antonio Culebras,

Entrevista con motivo del Día Mundial del Sueño, 2009

“Los ritmos de la naturaleza siguen existiendo y reafirmando su fuerza más allá y por encima de cualquier distracción inventada por el hombre”

“Dormimos para estar despiertos y estamos despiertos para poder dormir por la noche”



ÍNDICE

	pag.
1. RESUMEN	151
2. PALABRAS CLAVE	151
3. INTRODUCCIÓN	152
4. JUSTIFICACIÓN	156
5. MARCO TEÓRICO	158
6. HIPÓTESIS	159
7. OBJETIVOS	159
7.1. Objetivo general	159
7.2. Objetivos específicos.....	159
7.3. Objetivos del programa.....	159
8. MATERIAL Y MÉTODOS	160
8.1. Diseño del estudio.....	160
8.2. Lugar del estudio.....	160
8.3. Población a estudio. Muestra.....	161
8.3.1. Criterios de inclusión	161
8.3.2. Criterios de exclusión	161
8.4. Variables	162
8.4.1. Variable independiente.....	162
8.4.2. Variable dependiente	162
8.4.3. Variables descriptivas	162
8.5. Instrumentos de medida	163
8.5.1. Índice de calidad del sueño de Pittsburg	163
8.6. Metodología de la investigación.....	163
8.6.1. Fase solicitud de aprobación y preparación de material.....	163
8.6.2. Fase de información a la red social.....	164
8.6.3. Fase de captación	164
8.6.4. Fase del Psicoeducativo	165
8.6.4.1. Desarrollo del psicoeducativo	165
8.6.4.2. Formato de las sesiones.....	166
8.6.5. Fase de análisis de datos	166
9. CRONOGRAMA	167
10. RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTO	168
10.1. Recursos humanos.....	168
10.2. Recursos materiales	168
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS	168
12. LIMITACIONES	168
13. RESULTADOS ESPERADOS.....	169
14. BIBLIOGRAFÍA	170
15. ANEXOS	174

1. RESUMEN

Los avances demográficos y científicos han hecho que la sociedad se haya visto inmersa en un continuo cambio que en ocasiones debuta en patologías físicas y/o psíquicas, entre ellas, trastornos del sueño. Entre los trastornos del sueño, según datos del 2009 por El Ministerio de Sanidad y Política Social, la población general presenta una prevalencia del 30-48% por quejas de insomnio. El sueño y sus consecuencias, ya sea por exceso o defecto, han sido estudiadas principalmente entre enfermeras, médicos y trabajadores sociales, dejando una de las profesiones que generan más estrés, el profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) a un lado por no tener un turno rotatorio. Pero éste último, continúa su trabajo en casa llegando a afectar la calidad de sueño.

El objetivo del presente estudio consiste en mejorar la calidad de sueño del profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria que tiene mermada el mismo, a través de la implementación de un programa de hábitos del sueño, con las que el profesor pueda aplicar en casa, en el trabajo y en el día a día.

Se trata de un estudio cuasi-experimental, prospectivo, llevado a cabo por dos EESM a tres grupos de profesores de E.S.O. en tres institutos públicos de la ciudad de Valencia escogidos al azar. Para evaluar la eficacia del programa se pasarán medidas pre-test y post-test con el fin de valorar si hubo relación directa; al instaurar nuevos hábitos de sueño, mejora la calidad del mismo.

2. PALABRAS CLAVE

Hábitos de sueño, profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria, insomnio, enfermera especialista en salud mental

3. INTRODUCCIÓN

Abraham Maslow, psicólogo humanista del siglo XX, habló de la “Teoría de las necesidades humanas” (Cosacov, 2005). Éste plantea una pirámide donde jerarquiza las necesidades del ser humano (Anexo 1) en cuya base se encuentran las “necesidades básicas”, es decir, aquellas funciones fisiológicas que hacen posible la vida: la alimentación, la respiración, la eliminación,...ubicando entre ellas el sueño y descanso.

Virginia Henderson, siguiendo la corriente Humanista y apoyándose en la Teoría de Necesidades Humanas de A. Maslow, incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería, definiendo a la *persona* como un todo complejo que presenta catorce necesidades fundamentales encontrando entre ellas la necesidad de sueño y descanso (Luis-Rodrigo, Fernández- Ferrín y Navarro- Gómez, 2007).

Rechscahffen, Gilliland y Winter (citado en Santamaría, 2003) comprobaron que el sueño es una necesidad básica, común para todas las naciones y pueblos, siendo prácticamente universal en el reino animal e imprescindible para la vida, ya que su privación absoluta, al menos en mamíferos, produce la muerte en unas tres semanas. Pero los efectos del sueño no se limitan al propio organismo, sino que afectan al desarrollo y funcionamiento normal de un individuo en sociedad, rendimiento laboral o escolar, relaciones interpersonales, seguridad vial, etc (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002).

El sueño deriva de un conjunto de procesos fisiológicos complejos que resultan de la interacción de una gran cantidad de sistemas neuroquímicos del sistema nervioso central que se acompañan a su vez de modificaciones en el sistema nervioso periférico, endocrino, cardiovascular, respiratorio y muscular. Fisiológicamente, el sueño se divide en dos fases (Anexo 2): fase NREM (Non Rapid Eye Movements), la cual se subdivide en 4 estadios del sueño, y fase REM (Rapid Eye Movements) que se caracteriza por movimientos oculares rápidos (López- Ibor Aliño y Valdés-Miyar, 2002). Durante estas fases, se da un estado de alteración de conciencia en el que la percepción, la reacción al ambiente y la actividad física son mínimas, además de darse una serie de cambios en los procesos orgánicos (Kozier, Erb, Berman y Snyder, 2005). Es un fenómeno instintivo y cíclico que alterna noche y día, siendo el sueño nocturno el que permite al cuerpo relajarse, rejuvenecer, descansar y reparar todos los sistemas corporales.

Todas las personas cuentan con relojes biológicos que sincronizan el ciclo de sueño (Potter y Griffin, 2002), pero el hombre ha visto y sentido alterado el ritmo natural del sueño por los imperativos que la vida moderna establece. El estilo de vida, el estrés, las exigencias personales, las



responsabilidades, las tentaciones, los horarios,...alteran el ritmo natural de nuestras vidas, provocando tanto enfermedades físicas: aumento de la actividad del sistema nervioso simpático, incremento en el metabolismo basal, alteraciones de la frecuencia cardiaca, incremento de la temperatura corporal, inmunosupresión, dificultades para el mantenimiento e instauración del sueño (Miró, Iáñez y Cano, 2002; Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y Rodríguez-Marín, 2007; Richardson y Roth, en Szelenberger y Soldatos, 2005) como mentales, entre las que encontramos los trastornos del sueño (Caballero-Martínez, 2008). Según Moriana y Herruzo (citado en Mañas-Mañas, Franco y Justo 2011) esta serie de acontecimientos suponen un aumento de baja laboral de tipo psiquiátrico.

El papel del sueño en el bienestar psicológico se aprecia mejor al constatar el deterioro del funcionamiento mental relacionado con la privación del sueño, por ello personas que duermen poco tienden a estar irritables, a concentrarse mal y a experimentar dificultades para tomar decisiones (Arthur y Guyton, 2006; Valdizan, 1999). También se dan cambios en las respuestas cognitivas y en el entretimiento de tareas autorreguladoras, reduciendo por lo general el número de respuestas adecuadas a situaciones problemáticas, problemas de memoria, aumento del tiempo de ejecución, lapsus y falsas respuestas (Marín-Agudelo, Sosa- Rodríguez, Vivanco, Aristizabal, Berrio y Vinaccia-Alpi, 2005) junto con un elevado número de accidentes laborales y de tráfico (Vela-Bueno, Iceta y Fernández, 1999). En el día mundial del sueño del 2009, Antonio Culebras, profesor del departamento de Neurología, Upstate Medical University, Syracuse, New York, codirector del Día Mundial del Sueño y director asociado de la Revista de Neurología, afirmaba que las personas con enfermedades del sueño más importantes, manifiestan una calidad de vida más ínfima.

Vivimos en un mundo que funciona las veinticuatro horas del día. Las diferencias horarias han dejado de existir gracias a las nuevas tecnologías de información y comunicación que nos facilitan estar pendientes de todo lo que sucede, y el tiempo que invertimos en conseguirlo nos resta horas de sueño provocando una pérdida de sincronización entre el individuo y su medio ambiente natural, alterando al sueño y haciendo de éste la epidemia silenciosa más grave de nuestro tiempo. Hoy día es uno de los principales problemas de salud en las sociedades industrializadas (Sierra, Delgado-Domínguez y Carretero-Dios, 2009).

Conociendo el alcance y las consecuencias que tiene el sueño para nuestro cuerpo y mente, es de interés hacer frente a los obstáculos y barreras que nos encontramos en el camino del día a día de forma natural. Caballero-Martínez (2008), exhibe las mejorías que se observan en los trastornos afectivos ante modalidades terapéuticas cuando se actúan sobre los ritmos circadianos. También

queda constatado, tras la revisión realizada por un equipo de expertos a petición de la American Academy of Sleep Medicine (AASM), que intervenciones no farmacológicas sobre educación en hábitos de sueño, terapias de relajación y terapia de restricción de sueño, entre otras, producen cambios favorables y duraderos en personas aquejadas de insomnio (Morin, Colecchi, Stone, Sood y Brink, 1999).

Los trastornos del sueño constituyen un área patológica de gran importancia sanitaria y socioeconómica, implicando un riesgo directo para la vida del paciente (Vela-Bueno, Iceta y Fernández, 1999).

Hipócrates, ya realizó las primeras observaciones acerca de la relación entre sueño y salud (física y mental), llegando a afirmar que el insomnio era un signo de dolor y sufrimiento que podía conducir a la enfermedad mental (Bosch y Canalís, 1843).

A la hora de diagnosticar los trastornos del sueño, los profesionales de la salud tienen dos manuales de referencia: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10).

El DSM-IV-TR (López- Ibor Aliño y Valdés-Miyar, 2002) define *insomnio primario* como un trastorno del sueño caracterizado por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes, provocando un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo, no asociado a otros trastornos (Anexo 3).

En el 2009, el Ministerio de Sanidad y Política social publicó que entre los trastornos del sueño, destaca el insomnio con una prevalencia en la población general del 30-48%, hallando un 9-15% por quejas de insomnio más consecuencias diurnas, manifestando un 8-18% de insatisfacción por su calidad y cantidad de sueño y constando con insomnio diagnosticado el 6% (Anexo 4). En España la prevalencia del insomnio primario se da principalmente entre aquellos grupos donde tienen capacidad y edad para trabajar. Las mayores cargas de enfermedad por insomnio primario se dan en los grupos de edad comprendidos de 15-29 años; 30-44 años; y 45-59 años, siendo las mujeres las que padecen más carga de enfermedad relacionada con el insomnio primario con respecto a los hombres (Anexo 5).

Los factores que contribuyen a la aparición, desarrollo y mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Ministerio de Sanidad y Política Social,

2009; Rubio- Jiménez, 2005; Sierra, Zubeidat, Ortega y Delgado-Domínguez, 2005; Szelenberger y Soldatos, 2005) siendo los precipitantes los más comunes, y los perpetuantes, aquellos que podemos modificar al cambiar ciertos hábitos de vida que lo que provocan es alejarnos más del ritmo natural de vigilia-sueño, entre ellos: aumento del consumo de alcohol, cafeína, tabaco, medicamentos que alteran el sueño,...(Anexo 6). Haciendo referencia a este último dato, en una reciente investigación a nivel internacional del 2011, se estudió la prevalencia del sueño, demostrando que de 2000 personas el insomnio es una condición frecuente, siendo pocas las personas que buscan asesoramiento pero que el uso y toma de medicamentos prescritos para el insomnio es la opción más utilizada (Morin, Leblanc, Belanger, Ivers, Merette y Saward, 2011). La primera línea de tratamiento suele ser autoinducida con algún tipo de medicación. Cuando se busca ayuda profesional, habitualmente acuden a los servicios de atención primaria, donde los médicos suelen recurrir a la farmacoterapia como el más y, a menudo, único tratamiento recomendado. Según un estudio encargado por la National Sleep Foundation de Estados Unidos, (citado en Raich I Escursell y Sánchez Carracedo, 2005) a un 20% de las personas que se quejan de insomnio ya se les había prescrito anteriormente un hipnótico en algún momento. Las frecuentes visitas al médico y la habitual prescripción de medicación pueden comportar importantes gastos sanitarios. Un factor de riesgo es el desconocimiento por parte de la sociedad en cuanto al consumo prolongado de hipnóticos, ya que éstos generan insomnio persistente debido a la dependencia y además, el síndrome de abstinencia exacerba inicialmente el insomnio (Vallejo-Ruiloba, 2006). En España, La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios publicó la utilización de ansiolíticos e hipnóticos, pasando de 32,73 DHD (Dosis por Habitante y Día) en 1992 a 69,92 en 2006, lo que supone un incremento de un 113,6%. A pesar de ser fármacos que sólo se dispensan con receta médica, exhiben un amplio componente de autonomía en su uso, a través de prescripción inducida y requerida (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2006).

Son múltiples los estudios de investigación donde quedan reflejados todos aquellos factores que pueden afectar a conciliar el sueño y su calidad: psicológicos, ambientales, socioculturales, económicos (Montejano y Olmedo, 2008) y las consecuencias que pueden darse entre los grupos más vulnerables. Constatando la importancia que tiene el sueño sobre la salud física y mental, definiendo ésta última como: "estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y hacer una contribución significativa a la comunidad" (Bones-Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2010), la enfermera especializada en salud mental (EESM) extenderá una serie de conocimientos sobre hábitos de sueño.

4. JUSTIFICACIÓN

Las profesiones más estudiadas han sido aquellas que tienen turno rotatorio (enfermeras, médicos y trabajadoras sociales) pero en todos los casos los resultados obtenidos señalan al profesorado como el más afectado por el estrés y las consecuencias que ello desencadenan, entre ellas, insomnio (Moriani y Herruzo, 2004). El Instituto de Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester elaboró un listado de aquellas profesiones más estresantes, encontrando al docente entre las 10 primeras profesiones con mayor carga (Aguayo y Lama, 1996). Igualmente, múltiples estudios reflejan que el contexto educativo no es saludable para sus profesionales (Hermosa-Rodríguez, 2006; Llorens, García-Renedo y Salanova, 2005; Rubio- Jiménez, 2005).

Cristina Marrau (2004) apunta que las transformaciones de los últimos años han modificado las reglas laborales y de vida dentro y fuera de las instituciones educativas y pese a tener un trabajo a horario lectivo, son múltiples las ocasiones que tienen que llevarse parte de las tareas a casa para corregir, organizar la clase para el siguiente día, preparar temas que motiven al alumno,... convirtiendo a la docencia en una profesión donde la labor no solo se hace en horario lectivo sino que ésta continúa en casa afectando al sueño y calidad del mismo, e independientemente se trate de un instituto público o concertado, ya que las condiciones de cada tipo de centro no cambia los posibles efectos generados por el agotamiento emocional del docente (Latorre-Reviriego y Sáez-Carreras, 2009).

El inicio de la vida contemporánea en la que estamos inmersos y los cambios científico-tecnológicos, económicos, sociales y culturales, alteran el ritmo biológico, entre los que se ven profundamente afectados los docentes (Rubio- Jiménez, 2005). Desafortunadamente, la formación académica del profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria no incluye ningún tipo de preparación psicológica ni herramienta alguna de autoconocimiento personal, por lo que los profesores suelen carecer de recursos y habilidades necesarias para poder hacer frente a las exigencias y demandas que su labor les genera día a día (Guerreo-Barona y Rubio-Jiménez, 2005; Mañas-Mañas, Franco y Justo, 2011). Les exigen que eduquen y formen a personas en una sociedad llena de violencia, injusticias y desigualdades sociales generando incapacidad para desconectar del trabajo, cansancio, problemas de espalda, cuello, dolores de cabeza, enfermedades coronarias, taquicardia, aumento de enfermedades virales y respiratorias (Mañas-Mañas, Franco y Justo, 2011), malestar y frustración en el profesor cuya cronicidad en el tiempo dará lugar a afectaciones varias (Llorens, García-Renedo y Salanova, 2005). Esta situación, según Guerrero (citado en Rubio-Jiménez, 2005), arrastra a muchos profesores a tomar medidas de afrontamiento pasivas como: consumo de drogas,

desconexión conductual, uso de tranquilizantes, estimulantes, abuso de café, tabaco, alcohol y otras drogas con objetivo de mantener la alerta y estar despiertos, destacando en la literatura la proliferación del consumo de alcohol entre profesores y en consecuencia el aumento y presencia de sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio (Moriana y Herruzo, 2004) afectando mayormente al profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria (Moriana y Herruzo, 2004; Galdeano, Godoy y Cruz, 2007).

Para combatir y crear una herramienta útil para los docentes, Moriana y Herruzo (2004) establecen que una mayor autoconsciencia y un mayor nivel de autocontrol y autoeficacia pueden ejercer como factor protector. En concordancia con este planteamiento, Shapiro y Schwartz (citado en Mañas-Mañas, Franco y Justo, 2011) consideran que el desarrollo de la capacidad de atención produce mejoras sobre el funcionamiento del sistema de autorregulación de la conducta encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo. Y Miró et al., (2007) afirman que las intervenciones para optimizar hábitos de sueño podrían servir para prevenir o aliviar burnout y ser parte del trabajo organizacional.

Sintetizando, la aceleración con la que suceden los cambios sociales, el aumento de las demandas hacia el profesorado, la incertidumbre ante las reformas de la enseñanza y el deterioro de la imagen social, han afectado al docente y consecuentemente a su calidad de vida. Se espera que el profesor eduque, oriente y tantas cosas más, que en ocasiones deben hacerse responsables de funciones que no les competen. Estas responsabilidades junto con las exigencias y la reorganización del sistema, hacen a la docencia una profesión de riesgo. Si no descansan o no obtienen una calidad de sueño oportuna, les será más difícil poder concentrarse y llevar a cabo tanto una vida personal como profesional adecuada para consigo mismo y para con la sociedad a la que brinda su servicio.

Según la literatura expuesta anteriormente, y tras una exhaustiva búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos de ciencias de la salud y ciencias de la educación no se ha encontrado ninguna intervención por parte de la EESM sobre la higiene del sueño en el profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Por ello, este estudio pretende mostrar la importancia que alcanza el mantener unos buenos hábitos de sueño evitando factores que lo único que hacen es perpetuar la dolencia. Mejorar la necesidad de sueño y descanso es una de las funciones de la EESM, y este estudio pretende psicoeducar para que a nivel personal, grupal o familiar cada profesor, en su casa, en el trabajo o en otro lugar, pueda cambiar ciertos hábitos que obstaculizan obtener y/o mantener una buena calidad de sueño.

5. MARCO TEÓRICO

Este trabajo enfermero queda enfocado bajo el marco teórico de Dorothea Orem y su Teoría General del Autocuidado, ya que es quien describe mejor el cuerpo de conocimiento que pone en práctica este estudio. Esta teoría está relacionada a su vez con tres teorías: la del autocuidado, déficit de autocuidado y teoría de sistemas,

Dorothea Orem define el autocuidado como una actividad aprendida, orientada al objetivo consistente en el propio interés por mantener la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar.(Potter, 2002).

Orem (en Potter, 2002) describe la filosofía enfermera como:

“La Enfermería tiene un compromiso con las necesidades del hombre de realizar acciones de auto-cuidado y con la prestación y la gestión de éstos, de forma continua, para mantener la vida y la salud, recuperarse de la enfermedad o las lesiones y afrontar sus efectos. Cuando no se mantiene el auto-cuidado se producirá malestar, enfermedad o muerte” (Orem pp.98)

Dorothea Orem tiene como objetivo ayudar, enseñar, actuar, guiar, apoyar y procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona. Para ello la enfermera se vale de tres modos de intervención cuando detecta un déficit del autocuidado: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de sistema de apoyo educativo y la voluntad de la persona, siendo de las tres intervenciones que expone, la *enfermería como “sistema de apoyo educativo”* la que más se adapta a este estudio. La EESM propone actuar sobre un grupo comunitario sin insomnio como diagnóstico establecido, pero sí presentando una alteración del sueño percibido, apoyándonos en instrumentos validados y encuestas elaboradas para la ocasión.

El estudio pretende psicoeducar y fomentar una serie de hábitos y actividades que en casa, en el trabajo, en su día a día y con su autocuidado, un grupo de profesionales (profesorado de E.S.O.) restablezcan la calidad de sueño que se había visto mermada, abordando el mismo desde una prevención secundaria.

6. HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

- La aplicación de un programa psicoeducativo, centrado en hábitos de sueño, por parte de la enfermera especialista en salud mental, contribuirá a restaurar la calidad del sueño del profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.).

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la calidad del sueño a aquellos profesores de E.S.O. que tienen mermado el mismo a través de la implementación de un programa psicoeducativo.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Instruir hábitos de sueño.
- Disminuir el número de casos de insomnio.
- Reconocer si disminuye el número de quejas por dolores musculares.
- Comparar constantes vitales tras el programa para valorar cambios fisiológicos relacionados con el sueño.

7.3 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Aumentar el nivel de conocimientos sobre el ciclo normal del sueño, factores que alteran el sueño y consecuencias de su alteración.
- Identificar hábitos de sueño que mejoren la calidad del sueño y que los docentes los pongan en práctica.
- Ilustrar técnicas de canalización de tensión.
- Adquirir habilidades de afrontamiento.
- Revelar técnicas de asertividad.
- Aprender técnicas para solucionar conflictos.
- Aumentar la autoestima.
- Proporcionar un espacio y un lugar donde poder expresar inquietudes.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Para analizar los efectos del estudio dedicado al sueño y calidad del mismo se pasarán medidas pre-test y post-test desde un enfoque cuantitativo, tipo cuasi-experimental, prospectivo. Cada individuo actúa como su propio control y evalúa su respuesta en tres momentos; antes del psicoeducativo, al finalizar el psicoeducativo y pasados tres meses después de terminar el mismo, para conocer si adapta a su vida nuevos hábitos que ayudan a mejorar su calidad de sueño, a la vez que se observará mediante indicadores objetivos (constantes vitales) posibles cambios orgánicos que se ven afectados por el sueño.

8.2 LUGAR DEL ESTUDIO

Institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.) públicos de la ciudad de Valencia, escogidos al azar.

Según datos aportados por la Conselleria de Educación, Formación y Empleo de la Generalitat de Valencia, los institutos de E.S.O. públicos de la ciudad de Valencia son un total de 33. Siendo el lugar de estudio tan amplio y contando tan solo con dos EESM, se decide seleccionar la muestra al azar introduciendo en una urna 26 bolitas, siendo cada bolita un número de código postal diferente de la ciudad metropolitana de Valencia y sometiendo al estudio a aquellos institutos de E.S.O. que se encuentren en dicha zona. Al azar surte el código postal 46022 por tanto, se somete a estudio a los tres institutos de E.S.O. públicos que hayamos en la zona:

1. Institut d'educació secundària EL CABANYAL
2. Institut d'educació secundària SERPIS
3. Institut d'educació secundària SOROLLA

Se solicita la colaboración de la unidad docente de la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) para poder obtener un espacio en el cual las dos EESM que llevan a cabo el estudio puedan registrar y analizar datos.



8.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO. MUESTRA

Profesores de institutos de Enseñanza Secundaria Obligatoria, elegidos con muestreo aleatorio simple de todos aquellos que cumplan los criterios de inclusión.

El tamaño muestral será de una $n=45$. Habrá 3 grupos, uno por instituto. Cada grupo psicoeducativo estará formado por 10-15 profesores, teniendo en cuenta y calculando una pérdida de participantes del 20-30% a lo largo del estudio (García-Campayo, Hidalgo Campos y Orozco- González, 2006). No se aceptarán más participantes puesto que solo contamos con dos EESM que actúan como terapeuta y co-terapeuta.

Los grupos serán cerrados, es decir, formados los grupos e iniciado el programa psicoeducativo no se aceptarán nuevos participantes, y los que hay, podrán abandonar el mismo en caso de: enfermedad, exitus ó sujetándose a la Ley de Autonomía e Independencia del 41/2002 del 14 de Noviembre. Sin carácter retroactivo, si abandonan no podrán incorporarse ni éstos ni otros profesores que no comenzaron el estudio desde un principio, por el hecho de no alterar la dinámica de grupo, confidencialidad y respeto de los presentes.

8.3.1. Criterios de inclusión

- Profesores que adquieran en el Índice de Calidad de Pittsburg una puntuación total (PT) mayor a 5.
- Profesores que tengan más de un año ininterrumpido de experiencia laboral.
- Profesores, hombres y mujeres, que tengan menos de 54 años. De Teresa- Romero, Vázquez- García, Álvarez- Hurtado, Carretero- Ares, Alonso del Teso y González las Heras, (2001) afirman que por encima de los 54 años no se está contento con la calidad del sueño, siendo está disconformidad mayor entre las mujeres.
- Profesores que hayan firmado el consentimiento informado previo al estudio.

8.3.2. Criterios de exclusión

- Profesores que estén en tratamiento con antidepresivos, corticoides, neurolépticos y ansiolíticos de forma crónica.
- Profesoras que estén en el post-parto o peri-menopáusicas
- Profesores con alteraciones del sueño asociadas a enfermedades neurológicas

- Profesores con alteraciones asociadas a mioclonías nocturnas
- Profesores con alteraciones del sueño asociadas a síndrome de piernas inquietas
 - Epilepsia
 - Enfermedad de Parkinson
 - Demencias
- Profesores que a lo largo del estudio y haciendo función de la Ley de Autonomía del 41/2002 del 14 de Noviembre quieran abandonar el estudio.

8.4. VARIABLES

8.4.1. Variable independiente

- Programa psicoeducativo destinado a mejorar y recuperar la calidad del sueño del profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria que tienen merma la misma.

8.4.2. Variable dependiente

- Calidad de sueño, según la Escala de Pittsburg.
- Constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y peso.
- Dolor corporal percibido: cefaleas, dolor de cuello y/o espalda.
- Número de horas de sueño nocturno.

8.4.3. Variables descriptivas

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Años de experiencia profesional
- Asignatura impartida



8.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La "calidad del sueño" es un proceso complejo, difícil de definir y difícil de medir con objetividad, en el que se integran aspectos cuantitativos (duración del sueño, latencia del sueño, número de despertares) y subjetivos del sueño (profundidad, reparabilidad). Buysse, Reynolds III, Monk, Berman y Kupfer (1989) diseñaron el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (PSQI) con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos. Este cuestionario fue ampliamente utilizado y adoptado. Es un instrumento validado por los organismos regentes en la materia como American Sleep Disorders Association. Ha rebasado continentes y ha sido difundido en Europa. En lo que al habla hispana se refiere, el instrumento ha sido traducido y puesto a prueba, y se ha corroborado que conserva las mismas capacidades clinimétricas (Royuela-Rico y Macías-Fernández, 1997).

8.5.1. Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg (Anexo 7)

El PSQI es una encuesta con 18 puntos que permiten evaluar la calidad del sueño en general y los hábitos de sueño en el último mes. Los elementos individuales se clasifican ya sea en una escala Likert de 5 puntos o preguntas abiertas. Utilizando algoritmos distintos, los elementos se combinan para formar siete escalas separadas o "componentes" del sueño. Estos componentes son la calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia habitual del sueño, trastornos del sueño, uso de medicamentos para dormir y disfunción diurna. Los componentes se representan como variables ordinales codificados 0-3, donde 0 indica que "ninguna dificultad", y 3, "graves dificultades". Las puntuaciones de los distintos componentes se pueden sumar para obtener un puntaje global (rango de 0 a 21, donde 0 indica que no hay dificultad y 21, gran dificultad).

8.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN (Anexo 8)

8.6.1. Fase de solicitud de aprobación y preparación de material

En el mes de junio se envía el protocolo al Comité Ético de Investigación Clínica. Se solicitará la valoración del estudio en términos de su factibilidad ética. Dicho Comité podrá aprobar o rechazar la realización del mismo, de acuerdo a si éste cumple o no con los requisitos éticos internacionalmente recomendados y aceptados.

Durante los meses de julio y agosto se comienza a preparar las sesiones del psicoeducativo con objetivo de ir perfilando el mismo y estar preparados por si se aprueba y acepta el estudio.

8.6.2. Fase de información a la red asistencial

Durante el mes de septiembre, se preparan las citas pertinentes con los directores y/o subdirectores de cada centro, buscando su colaboración al estudio. Se facilitará información tanto verbal como por escrito mediante una hoja informativa (Anexo 9).

Con la colaboración de los directores y/o subdirectores, se concertará otra reunión en cada instituto, con los profesores que trabajen allí para informarles mediante una charla y una hoja informativa, (Anexo 10) del estudio que se va a llevar a cabo y el objetivo que allí nos reúne, el sueño. También quedará constancia que los sujetos no recibirán compensación económica ni de otro tipo por su colaboración.

Será una primera toma de contacto con los candidatos donde se les pedirá opinión acerca del estudio y si existe interés por su parte en participar en el mismo. Se comprobará que han entendido toda la información dada, se aclararán dudas si existieran y se procederá a entregar:

- ✓ Índice de Calidad del Sueño de Pittsburg
- ✓ Consentimiento informado (Anexo 11)
- ✓ Hoja de anamnesis (Anexo 12), elaborada para la ocasión, con el fin de recabar más información sobre sus hábitos de sueño.

Dichos documentos los deberán rellenar en sus domicilios con objetivo de que no exista presión por tiempos y horarios, enfatizando la importancia de responder con sinceridad y la inexistencia de respuestas mejores o peores. Cada profesor candidato dispondrá de una semana para cumplimentar dichos documentos.

8.6.3. Fase de captación

Realizada la fase de información a la red asistencial y transcurrida una semana desde que hacemos entrega de los documentos pertinentes, las EESM que participan en el proyecto volverán a los centros educativos que colaboran en el estudio para recoger los mismos, teniendo dos semanas para valorar, conocer y capturar a un total de 45 profesores de aquellos que cumplen los criterios de inclusión, mediante muestreo aleatorio simple.

Captados los participantes, las dos EESM llamarán por teléfono a los mismos para indicar el día/hora/lugar donde se llevarán a cabo las sesiones. Si no ha sido admitido, igualmente se le llamará

para explicarle el motivo de no haber sido seleccionado para ser uno de los participantes del estudio dirigido al sueño.

8.6.4. Fase psicoeducativa

La duración del programa será de 4 meses y medio, comenzando en el mes de Octubre, respetando días festivos y periodos vacacionales. Constará de un total de 16 sesiones con una periodicidad semanal. Con posterioridad, a los 3 meses, se realizará una sesión final de seguimiento y recordatorio.

8.6.4.1. Desarrollo del psicoeducativo (Anexo 13)

BLOQUES	SESIONES	TEMAS
PRESENTACION DEFINICIÓN Y CONTENIDO TEÓRICO	1. <i>¿Por qué yo?</i>	Presentación del equipo, toma de contacto, toma de constantes vitales
	2. <i>¿Por qué el sueño?</i> 3. <i>Y si no dormimos??</i>	Argumentación de importancia y relevancia del sueño en nuestras vidas Sintomatología: insomnio
ESTRATEGIAS PARA DORMIR	4. <i>Qué hacer para dormir (I)</i>	Creación de horarios regulares para ir a dormir. Siesta...si ó no?
	5. <i>Habitaciones de sueño</i>	Crear espacios de descanso
	6. <i>STOP al estrés</i>	Relajación. Técnicas de relajación y canalización del estrés. Disfruta del "Aquí y Ahora"
	7. <i>Qué hacer para dormir (II)</i>	Alimentación
	8. <i>Qué hacer para dormir (III)</i>	Ejercicio Físico. Y si no dormimos...
	9. <i>Y ahora, ¿Qué haces para dormir?</i>	Repaso de las sesiones anteriores
	10. <i>P.A. controlando tus emociones</i>	Autocontrol emocional. Como controlar tus emociones.
	11. <i>Quiérete para dormir</i>	Autoestima. Estrategias para aumentar tú autoestima.
	12. <i>¿Tú ó yo?</i>	Asertividad. Técnicas de asertividad.
	13. <i>Quién dijo...problemas??</i>	Resolución de conflictos.
	14. <i>Déjate llevar...</i>	Relajación guiada.
	15. <i>Cómo lo ves ahora</i>	Posiciones perceptiva (PNL).
	DESPEDIDA	16. <i>Hasta luego.</i>
17. <i>Cómo duermo tras 3 meses. Gracias.</i>		Cuestionario de Pittsburg; toma de constantes vitales y encuesta final.

8.6.4.2. *Formato de las sesiones*

Se realizará una sesión por semana, variando el día en función del instituto. Las sesiones se impartirán en aulas concertadas con el director/a de cada centro educativo, con el fin de no tener que desplazar al profesorado, obteniendo mayor adhesión y aceptación.

Horario de las sesiones: se realizará fuera de la jornada laboral por no alterar la dinámica de las clases, siendo:

- Grupo 1: lunes de 17-18:30h.
- Grupo 2: miércoles de 17-18.30 h.
- Grupo 3: jueves de 17- 18:30 h.

Se usará un lenguaje coloquial con capacidad de entendimiento para con el profesor.

Duración de las sesiones: 90 minutos.

Metodología de cada sesión:

1. *Parte participativa:*

- Turno abierto los primeros 10 minutos para aclaración de dudas de la sesión anterior.
- Revisión de las tareas para casa.

2. *Parte teórica:*

- Contenido de las sesiones.

3. *Tareas para casa:*

- Propuestas de nuevas tareas para casa.

En todo momento, la terapeuta y co-terapeuta estimularán la participación del grupo.

8.6.5 Fase de análisis de datos

La recopilación de datos se hará a lo largo de los meses de marzo, abril y mayo, haciendo evaluación continua a lo largo de todo el desarrollo del programa.

Los datos serán registrados y analizados por el programa informático SPSS, versión 20 para Windows. En primer lugar se realizará un análisis descriptivo de la muestra con un recuento de frecuencias, porcentajes, medias, rango, varianza y desviación típica. En segundo lugar se analizará si existe asociación entre variables respuestas y variables explicativas. En el caso de variables categóricas utilizaremos la Chi-Cuadrado; en el caso de variables continuas calcularemos la t- de student, si nos da una $p < 0,05$ nos indicará que hay asociación.

Finalmente se realizará un análisis multivariado. Para medir la asociación utilizaremos modelos de regresión logística en variables categóricas, y el modelo de regresión lineal simple en las no categóricas.

Se prevé que esta fase del estudio tenga una duración aproximada de un mes, incluyendo la tabulación de los datos recogidos y posterior análisis.

9. CRONOGRAMA

MESES 2012-2013	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
F. de solicitud de aprobación y preparación de material	■	■	■										
F. de información a la red asistencial				■	■								
F. de captación					■								
F. psicoeducativa y sesión de seguimiento y recordatorio					■	■	■	■	■	■	■	■	■
F. de análisis de datos											■	■	■

Solicita aprobación del estudio

Fase de captación

Fase de análisis de datos y conclusión

Días vacacionales o festivos

Sesiones psicoeducativas

Información a la red asistencial

Valoración de seguimiento y recordatorio

10. RECURSOS NECESARIOS Y PRESUPUESTOS

10.1 RECURSOS HUMANOS

- Dos Enfermeras especialistas en salud mental..... (X €).....
- Un psicoterapeuta.....(X €).....

10.2 RECURSOS MATERIALES

- Una sala amplia, tranquila e iluminada en cada centro con sillas (proporcionada por el centro educativo al que sometemos a estudio)
- Un dossier para cada profesor que forme parte del proyecto
- Folios
- Cojines y/o colchonetas
- Lápices y/o bolígrafos
- Incienso
- Pizarra y rotuladores
- Mini-cadena
- Caramelos

Total de presupuesto:.....(X €).....

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los miembros del equipo se comprometen a respetar la confidencialidad de los datos personales del estudio y harán explícito este compromiso ante todas las personas que participen en el proyecto, siguiendo la Ley Orgánica 5/1992 del 29 de Octubre.

Al tratarse de seres humanos, también se tendrá en cuenta los criterios éticos de la Declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1983.

Tendremos en cuenta el Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

Según la Ley de Autonomía e Independencia del 41/2002 del 14 de Noviembre, el encuestado podrá ejercitar su derecho de cancelación en cualquier momento que crea o se vea en necesidad de ello.

12. LIMITACIONES

La muestra se compuso con los que voluntariamente quisieron contestar los cuestionarios, por lo que puede presentar ciertos sesgos, además de que no se han tenido en cuenta otras variables que

pueden influir en la calidad del sueño como son los hábitos tóxicos, entre ellos el alcohol y tabaco. Los datos fueron obtenidos mediante auto-informe y sería interesante complementarlos con otras medidas y con una visión longitudinal.

Puesto que el tamaño de la muestra no es significativo, los datos obtenidos no se pueden extrapolar a la población sometida al estudio, profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria. Además hay que tener en cuenta un 20-30% de abandono del tamaño muestral. Por ello, como propuesta para futuros proyectos, sería muy enriquecedor complementar la fase cuantitativa con una fase cualitativa que incluya entrevistas en profundidad o grupos focales e inclusive solicitar la colaboración de otros compañeros EESM de otras ciudades y/o provincias que quieran participar en este estudio, con el fin de obtener una mayor muestra representativa y significativa de la población.

Por otro lado, los resultados se limitan al contexto del profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria, por lo que resultaría interesante confirmar los resultados obtenidos en otras muestras ocupacionales, alegando así que mantener unos buenos hábitos de sueño nos ayuda a obtener y lograr más energía con la que hacer frente al día que también despierta.

13. RESULTADOS ESPERADOS

Una vez finalizada la recogida de datos y realizado el análisis de los mismos, si se observan diferencias estadísticamente significativas tras la aplicación del psicoeducativo se habrá confirmado nuestra hipótesis, es decir, se habrá mejorado la calidad del sueño del profesorado de Enseñanza Secundaria Obligatoria (E.S.O.).

Los resultados de este estudio podrían contribuir, no sólo a mejorar el sueño en profesores de E.S.O., sino también al número de enfermedades físicas y mentales. Al mismo tiempo, intervenciones de este tipo no solo redundan en beneficios para los docentes, sino que sus efectos se extienden al alumnado, y por ende, al proceso de enseñanza-aprendizaje, incrementando y mejorando con ello la calidad de nuestro sistema educativo.

14. BIBLIOGRAFIA

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2006) Informe sobre "Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España, 1992-2006.
- Aguayo, F. y Lama, J.R. (1996). *Estrés ocupacional*. Instituto de Ciencia y Tecnología. Universidad de Manchester. Mapfre Seguridad, vol. 62, pp. 21-31.
- Arthur, C. y Guyton-John, E.H. (2006). *Tratado de Fisiología Medica*. 11ª ed. Madrid: Elseiver.
- Bones-Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2010) Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Rev. Psicothema*, vol.22, nº.3, pp.389-395.
- Bosch, D.C. y Canalís. (1843) *Aforismo y pronóstico de Hipócrates*. Valencia. Imprenta de Benito Monfort . Sección II, pp.23.
- Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk T.H., Berman S.R. y Kupfer D.J.(1989) The Pittsburg Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. Pittsburg: Pittsburg University Press. *Rev. Psychiatry Res*, vol. 28, pp. 193-213.
- Caballero-Martinez, L. (2008). Ritmos biológicos, sueño y depresión: Agomelatina en el tratamiento de la depresión. *Revisión, Archivos de psiquiatría*, vol. 7, nº1-4, pp.28-49.
- Conselleria de Educación, Formación y Empleo. Generalitat de Valencia. Guía de Centros Docentes. Disponible en: <http://www.edu.gva.es/ocd/areacd/es/mapacomar.asp>
- Cosacov, E. (2005). *Introducción a la psicología*. 5ª ed. revisada. Córdoba: Brujas, pp. 294-95.
- Culebras, A. (2009). Día mundial del sueño. *Rev. Neurología*. Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/entrev.php?clas=2&subclas=&ap=&id=13&idioma=0>
- De Teresa- Romero, G. de, Vázquez-García, V.M., Álvarez- Hurtado, A.A., Carretero- Ares, J.L., Alonso del Teso, F. y González las Heras, R.M. (2001). Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general". *Rev. MEDIFAM*, vol. 11, nº1, pp.11-15.

- Galdeano, H., Godoy, P. y Cruz, I. (2007). Factores de riesgo psicosociales en profesores de educación secundaria. *Arch Prev Riesgos Laborales*, vol. 10, nº4, pp.174-180
- García-Campayo, J., Hidalgo- Campos, I., Orozco- González, F., (2006). *Psicoterapia de resolución de problemas en atención primaria*. Barcelona.
- Guerrero-Barona, E y Rubio-Jiménez, J.C. (2005) Estrategias de prevención e intervención del Burnout en el ámbito educativo. *Rev. Salud Mental*. Oct. Vol. 28, nº 5, pp.27-33.
- Hermosa-Rodríguez, A.M. (2006) Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en profesores de educación primaria y secundaria. Universidad de Ibagué- Corunversitaria. *Rev. Colombiana de Psicología*, Julio, pp.81-9.
- Kozier, B., Erb. G., Berman, A. y Snyder, S. (2005) *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica*. Madrid: McGraw-Hill.
- Latorre-Reviriego, I. y Sáez-Carreras, J. (2009). Análisis del Burnout en profesores no universitarios de la Región de Murcia en función del tipo de centro docente; Público versus concertado. Departamento de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Murcia. *Rev. Anales de la Psicología*, Junio, vol.25, nº1, pp. 86-92.
- López-Ibor Aliño, J.J. y Valdés-Miyar, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. 4ª ed*. Masson: Barcelona.
- Luis- Rodrigo, M.T., Fernández- Ferrín, C., Navarro-Gómez, M.V. (2007). *De la teoría a la práctica: El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Masson: Barcelona. 3ª ed. pp. 49-54.
- Llorens, S., García-Renedo, .M y Salanova, M. (2005). Burnout como consecuencia de una crisis de eficacia: un estudio longitudinal en profesores de secundaria. *Rev. Psicología del trabajo y de las organizaciones*, vol. 21, nº1-2, pp55-70.
- Mañas-Mañas, I., Franco, J.C. y Justo, M.E. (2011). Reducción de los niveles de estrés docente y los días de baja laboral por enfermedad en profesores de Educación Secundaria Obligatoria a través de un programa de Entrenamiento de Mindfulness. Universidad de Almería. *Rev. Clínica y Salud*.vol.22 nº2, pp.121-137.
- Marín-Agudelo, H.A., Sosa-Rodríguez, S., Vivanco, D., Aristizabal, N., Berrio, M.C. y Vinaccia-Alpi, S. (2005). Factores culturales que privan el sueño y causan somnolencia excesiva en estudiantes

universitarios: Un estudio piloto. Universidad Veracruzana. Xalapa, México. *Rev. Psicología y salud. Enero-junio, vol.15, n°1*, pp. 57-68.

Marrau, C. (2004) El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades. Universidad nacional de San Luis, vol. 10, n°2*, pp. 53-68.

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria*. Comunidad de Madrid.

Miró, E., Iáñez, M.A. y Cano L., M.C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 2, n°2*, pp. 301-326.

Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A.I y Rodríguez-Marín, J. (2007). Relación entre el Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, la tensión laboral y las características del sueño". Universidad de Granada y Universidad Miguel Hernández de Elche. *Rev. Psicothema, vol. 19; n°3*; pp.388-394.

Montejano, R. y Olmedo, A. (2008). El sueño: fuente o problema de salud. *Rev. Educare21*: Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare/secciones/enseyando>

Moriana, J. A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *Rev. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 4*, pp. 597-621.

Morin, C.M., Colecchi, D., Stone, J., Sood, R. K. y Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies for late-insomnia: A randomized controlled trial. *Rev. Journal of the American Medical Association, vol 11*, pp. 991-99.

Morin, C.M., Leblanc, M., Belanger, L., Ivers, H., Merette, C. y Sward, J. (2011). *Rev. Journal. Psychiatry, 56(9)*. pp. 540-8.

Potter, P. y Griffin, A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Harcourt.

Potter, P.A. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Madrid. 5ª ed., vol. 1, pp. 98-99.

Raich I Escursell, R. M., Sánchez Carracedo, D. (2005). Tratamiento psicológico de un caso de insomnio crónico. En Espada- Sánchez, J. P., Olivares- Rodríguez, J., Méndez- Carrillo, F. X. *Terapia psicológica. ed: Pirámide*, pp. 361-76.

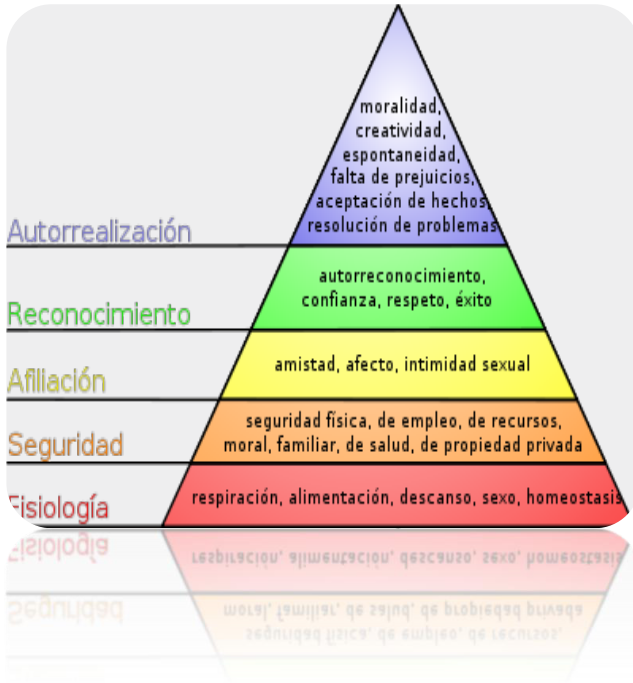


- Royuela-Rico, A. y Macías-Fernández, J.A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburg. *Rev. Vigilia Sueño. Vol. 9*, pp. 81-94.
- Rubio-Jiménez, R.P. (2005). *Estrés en profesores extremeños de infantil, primaria y secundaria*". Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura.
- Santamaría, J. (2003). Mecanismos y función del sueño: su importancia clínica. Servicio de neurología. Hospital Clinic de Barcelona. *Rev. Medicina Clínica, vol. 120, nº 19*, pp. 750-755.
- Sierra, J.C., Delgado-Domínguez, C. y Carretero-Dios, H. (2009). Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. *Rev. Latinoamericana de Psicología, vol 41, nº1*, pp. 119-128.
- Sierra, J.C., Jiménez-Navarro, C. y Martín-Ortiz, J.D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. Facultad de Psicología. Universidad de Granada, España. *Rev. Salud Mental. Dic, vol. 25, nº 6*, pp.35-43.
- Sierra, J.C., Zubeidat, I., Ortega, V. y Delgado-Domínguez, C.J. (2005). Evaluación de la relación entre rasgos psicopatológicos de la personalidad y la calidad del sueño. *Rev. Salud Mental, junio, vol. 28, nº3*, pp. 13-21.
- Szelenberger, W. y Soldatos, C. (2005). Trastornos del sueño en la práctica psiquiátrica. *Rev. World Psychiatry (Ed. Esp), Dic. vol.3, nº3*; pp. 185-9.
- Valdizan, J.R. (1999) *Sueño: funciones y patología*. Barcelona: Sociedad Científica Interdisciplinar del Sueño.
- Vallejo-Ruiloba, J. (2006). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Editorial Masson, (6ª ed.) vol. 1, pp. 229-248.
- Vela-Bueno, A., Iceta, M. de, y Fernández, C. (1999) Prevalencia de los trastornos del sueño en la ciudad de Madrid. *Rev Gac Sanit. Vol. 13, nº6*, pp. 441-8.

15. ANEXOS

ANEXO 1

Pirámide de las necesidades humanas de Abraham Maslow

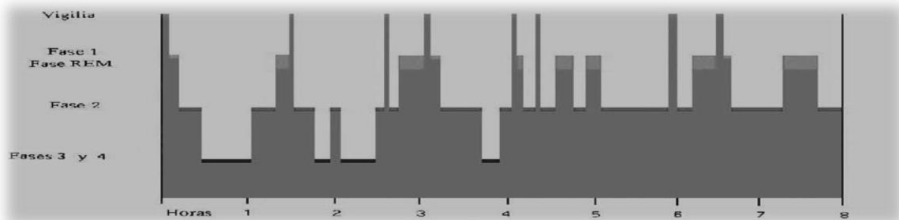


Fuente: Cosacov, E. (2005) Introducción a la psicología. 5ª ed. Revisada.

El sueño se divide en dos fases:

Mediante la polisomnografía se pueden registrar cinco estadios del sueño diferentes: el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y cuatro estadios de sueño con reducción de los movimientos oculares rápidos (NREM) (estadios 1, 2, 3 y 4). En el estadio 1 NREM se produce la transición de la vigilia al sueño y constituye un 5 % del tiempo total de sueño en los adultos sanos. El estadio 2 NREM, que se caracteriza por ondas electroencefalográficas específicas (husos del sueño y complejos K) constituye un 50 % del tiempo de sueño. Los estadios 3 y 4 NREM (también conocidos como sueño de ondas lentas) son los períodos de sueño más profundo y constituyen aproximadamente un 10-20 % del sueño. El sueño REM, durante el cual tiene lugar la mayor parte de la actividad onírica, constituye alrededor del 20-25 % del sueño total. Estos estadios de sueño presentan una organización temporal a lo largo de la noche. Los estadios 3 y 4 NREM tienden a aparecer desde el primer tercio hasta la mitad de la noche y aumentan su duración en respuesta a la privación de sueño. El sueño REM aparece de un modo cíclico a lo largo de la noche, alternándose con el sueño NREM cada 80-100 min. Los períodos de sueño REM aumentan su duración al amanecer. El sueño humano también varía de un modo característico a lo largo de la vida. Después de observarse una estabilidad relativa en la niñez y las primeras etapas de la adolescencia en cuanto a la presencia de sueño de ondas lentas, la continuidad y la profundidad del sueño van deteriorándose a lo largo de la vida adulta. Este deterioro se refleja en un aumento de la vigilia y del estadio 1 del sueño y en una disminución de las fases 3 y 4. A causa de todo ello es necesario considerar la edad del individuo a la hora de efectuar el diagnóstico de un trastorno del sueño.

HIPNOGRAMA: representación gráfica de la organización cronológica de las diferentes fases del sueño a lo largo de la noche

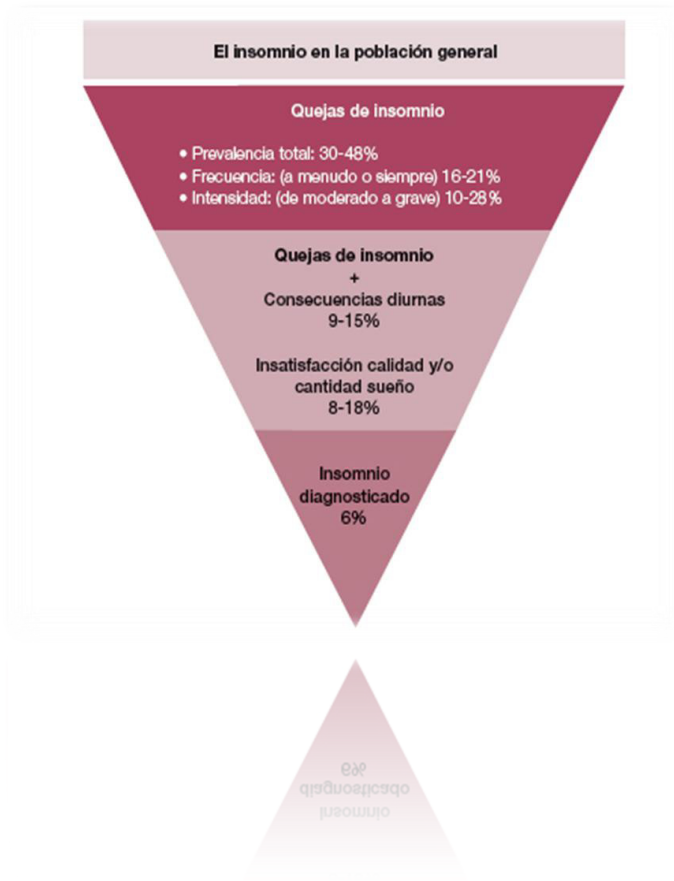


ANEXO 3

Criterios para el insomnio primario según el DSM-IV- TR

- A. El síntoma predominante es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o no tener un sueño reparador, durante al menos 1 mes.
- B. La alteración del sueño (o la fatiga diurna asociada) provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. La alteración del sueño no aparece exclusivamente en el transcurso de la narcolepsia, el trastorno del sueño relacionado con la respiración, el trastorno del ritmo circadiano o una parasomnía.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium).
- E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancias o de una enfermedad médica

Modificado de Ohayon, Sleep med Rev, 2002.

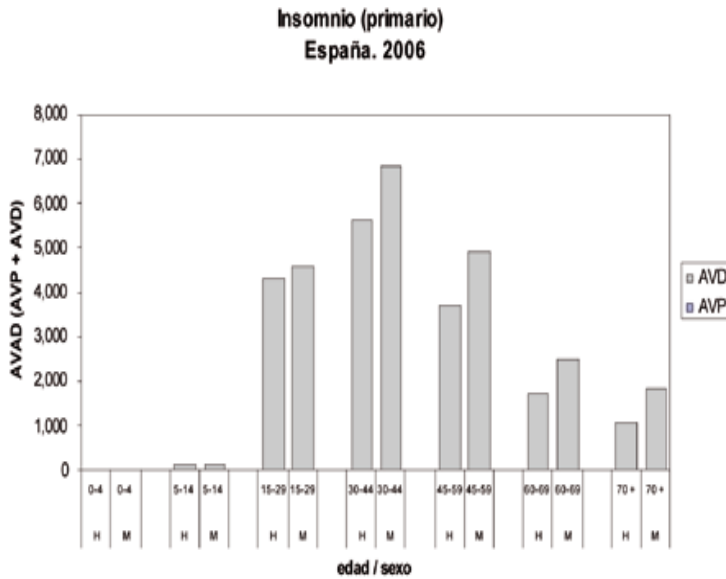


Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria (2009)

ANEXO 5

Carga de enfermedad por insomnio (primario) por grupos de edad

Carga de enfermedad por insomnio (primario) por grupos de edad*. España. 2006



(*) Código F51 de la CIE-10
 AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad.
 AVD: Años vividos con discapacidad o mala salud.
 AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura.

Fuente:
 información facilitada y elaborada por el Servicio de Informes de Salud y Estudios. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid

Fuente de información: Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con insomnio en Atención Primaria (2009)

Anexo 6 Factores que contribuyen a la aparición, desarrollo y mantenimiento del insomnio

Los factores que contribuyen a la aparición, el desarrollo y el mantenimiento del insomnio se agrupan en: predisponentes, precipitantes y perpetuantes (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Rubio- Jiménez, 2005; Sierra, Zubeidat, Ortega y Delgado-Domínguez, 2005; Szelenberger y Soldatos, 2005)

❖ Factores predisponentes:

- ✓ El *género, la edad, el nivel socioeconómico y el estado de salud*, son factores predisponentes para el insomnio (Royuela Rico y Macías Fernández, 1997)
- ✓ *Genéticos*. Hay pocos estudios en este ámbito, probablemente por la dificultad para definir el fenotipo. Algunos estudios en gemelos o familias sugieren la heredabilidad del insomnio (Royuela Rico y Macías Fernández, 1997)
- ✓ Aunque se necesitan estudios más específicos, lo que parece heredarse son ciertos rasgos temperamentales, como la emocionalidad lo que, a efectos del insomnio, se traduce en una mayor facilidad para alertarse ante una situación estresante.
- ✓ *Psicológicos*. Destacan, sobre todo, los sentimientos negativos y la tendencia a rumiar, que difícilmente se puede disociar de la tendencia a internalizar las emociones (inhibición de la expresión emocional), lo que desde el siglo pasado se ha relacionado con estados de hiperactivación somática. Por otra parte, los pacientes con insomnio crónico usan estrategias de afrontamiento del estrés centradas en la emoción que son menos eficaces en la resolución de problemas y típicamente incrementan la activación emocional (Szelenberger y Soldatos, 2005)

❖ Factores precipitantes: Los más comunes.

- ✓ Las *situaciones estresantes*. Estudios controlados han demostrado que el comienzo del insomnio crónico está precedido de un aumento de acontecimientos estresantes (Szelenberger y Soldatos, 2005)

Son muchos los estudios que han investigado la correlación negativa significativa entre tensión laboral y calidad de sueño que podría estar mediada por las preocupaciones sobre temas laborales en el momento de acostarse. Las situaciones de alta tensión laboral pueden generar una elevación del arousal cognitivo, ej., pensamientos relacionados con el trabajo. (Miró, Solanes, Martínez, Sánchez y

hacen menos reparador. Debido a esos microdespertares se ocasiona un déficit de sueño acumulado (American Sleep Disorders Association, 1997). Si el sueño no proporciona la recuperación adecuada, puede verse afectado el funcionamiento diario y acumularse un “débito de energía” generando una especie de “circulo vicioso”.

❖ **Factores perpetuantes:** Se relacionan, sobre todo, con el miedo a no dormir y con las creencias y comportamientos no adaptativos (con el consiguiente desarrollo de hábitos erróneos) en relación con el sueño (Szelenberger y Soldatos, 2005).

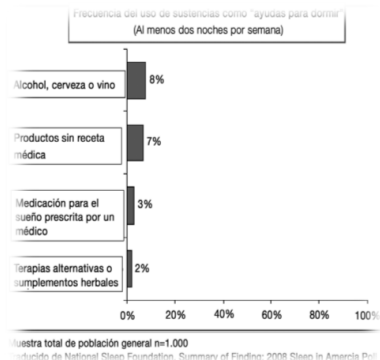
✓ El consumo excesivo de alcohol, cafeína y nicotina alteran también la arquitectura del sueño. Alcohol, cafeína y tabaco, está demostrado que es perjudicial para la salud. Sierra, Jiménez-Navarro y Martin-Ortiz (2002) demostraron que el consumo diario habitual no excesivo de estas sustancias provoca una mala calidad de sueño, una mayor latencia del sueño, un mayor número de perturbaciones del mismo y por consiguiente una mayor somnolencia diurna. Los alcohólicos presentan graves problemas en la arquitectura del sueño, en especial una reducción drástica del sueño de ondas lentas. En cuanto a cafeína, un consumo diario por encima de 300 miligramos provoca trastornos del sueño; su ingesta minutos antes de acostarse aumenta la latencia del sueño y el número de despertares y reduce el sueño de ondas lentas.

Los efectos de la nicotina, al tratarse de un estimulante del sistema nervioso central, son muy similares a los de la cafeína (Sierra, Jiménez-Navarro y Martin-Ortiz, 2002).

✓ La exposición al ruido: Se estima que superando los 40 decibelios reduce el sueño, por lo que una persona sometida a un ruido excesivo durante la noche puede considerar que duerme bien, pero su sueño no será restaurador y se encontrará cansado/a al día siguiente. La sensibilidad al ruido aumenta con la edad y es mayor en las mujeres que en los hombres. (Sierra, Jiménez-Navarro y Martin-Ortiz, 2002)

✓ En cuanto a la activación mental y la obsesión por quedarse dormido, existe evidencia de que una actividad mental excesiva en el momento de dormirse (preocupaciones o pensamiento intrusivos) pueden precipitar o

Figura “x”: Porcentajes pertenecientes a diferentes opciones utilizadas como “ayudas para dormir”





mantener trastornos del sueño (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002).

- ✓ Dormir con luz es contraproducente (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002)
- ✓ Las temperaturas extremas provocan efectos negativos sobre la arquitectura del sueño.

La temperatura debe oscilar entre 10-20 grados centígrados y humedad ambiental no debe ser ni baja ni alta, en torno al 40%-70%. (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002)

- ✓ El uso continuado de hipnóticos no resuelve el problema del insomnio por ello diversos estudios plantean como alternativa las técnicas cognitivas-conductuales y las medidas de higiene del sueño (Martínez-Manzano y Levario-Carrillo, 1997). Los hipnóticos, barbitúricos y benzodiacepinas por uso crónico acaban provocando graves problemas sobre el sueño, generando cambios en la arquitectura del sueño; reduce ondas lentas, deterioro de la vigilancia a la mañana siguiente y una rápida tolerancia. (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002).

PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index. Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh

INSTRUCCIONES: Las siguientes cuestiones hacen referencia a tus **hábitos de sueño sólo durante el último mes**. Tus respuestas deben **reflejar fielmente lo ocurrido la mayoría de días y noches del último mes**. Por favor contesta a todas las preguntas.

1. Durante el último mes, ¿a qué hora solías acostarte por la noche? _____
2. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo (en minutos) te ha costado quedarte dormido después de acostarte por las noches? _____
3. Durante el último mes, ¿a qué hora te has levantado habitualmente por la mañana?

4. Durante el último mes, ¿cuántas horas de sueño real has mantenido por las noches? (puede ser diferente del número de horas que estuviste acostado)

Para cada una de las cuestiones siguientes, selecciona la respuesta más adecuada a tu situación.

5. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia has tenido un sueño alterado a consecuencia de...?
(a) no poder conciliar el sueño después de 30 minutos de intentarlo:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(b) despertarse en mitad de la noche o de madrugada:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(c) tener que ir al baño:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(d) no poder respirar adecuadamente:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(e) tos o ronquidos:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(f) sensación de frío:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(g) sensación de calor:

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(h) pesadillas

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(i) sentir dolor



No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(j) otra causa(s), describir: _____

¿Con qué frecuencia ha tenido un sueño alterado a consecuencia de este problema?

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

6. Durante el último mes, ¿cómo calificarías, en general, la calidad de tu sueño?

Muy buena	Bastante buena	Bastante mala	Muy mala
-----------	----------------	---------------	----------

7. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste que tomar medicinas (prescritas o automedicadas) para poder dormir?

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

8. Durante el último mes, ¿con que frecuencia tuviste dificultad para mantenerte despierto mientras conducías, comías o desarrollabas alguna actividad social?

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

9. Durante el último mes, ¿cómo de problemático ha resultado para ti el mantener el entusiasmo por hacer las cosas?

No ha resultado problemático en absoluto	Sólo ligeramente problemático	Moderadamente problemático	Muy problemático
--	-------------------------------	----------------------------	------------------

10. ¿Tienes pareja o compañero/a de habitación?

No tengo pareja ni compañero/a de habitación	Si tengo pero duermo en otra habitación	Si tengo, pero duermo en la misma habitación y distinta cama	Si tengo y duermo en la misma cama
--	---	--	------------------------------------

Si tienes pareja o compañero/a de habitación con el que duermes, con qué frecuencia, durante el último mes, te ha dicho que has tenido...

(a) ronquido fuertes

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(b) largas pausas entre las respiraciones mientras dormía

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(c) temblor o sacudidas de las piernas mientras dormía

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(d) episodios de desorientación o confusión durante el sueño

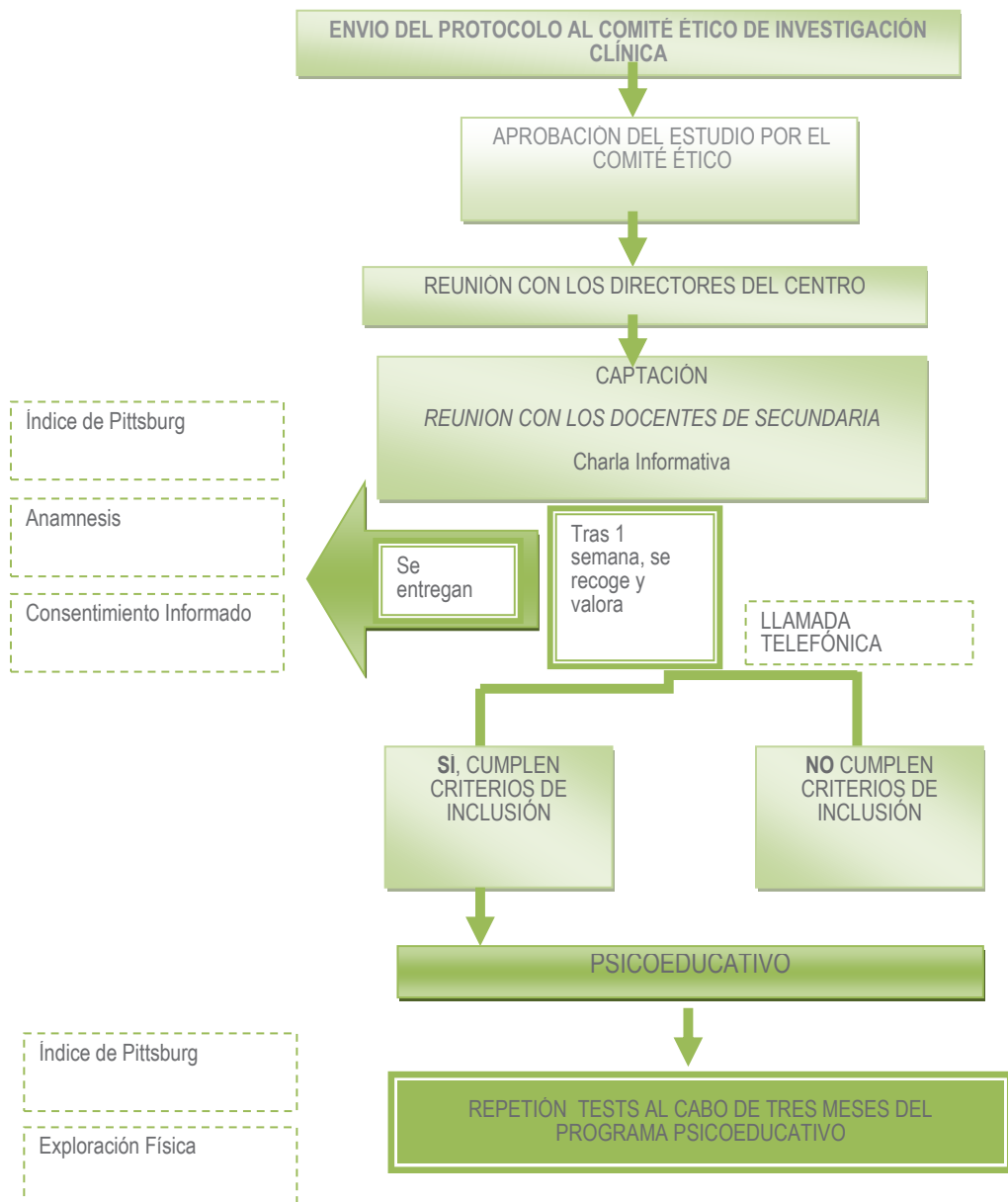
No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

(e) otro tipo de trastorno mientras dormía, por favor descríbelo: _____

No me ha ocurrido	Menos de una vez	Una o dos veces	Tres o más veces durante el último mes a la semana a la semana a la semana
-------------------	------------------	-----------------	--

Interpretación:

Las 4 primeras preguntas se contestan de forma concreta. Las restantes se contestan mediante una escala con 4 grados. Al ser corregido sólo se valoran las 18 primeras preguntas, que son las que debe contestar el propio sujeto (las 5 últimas las debería contestar el compañero de cama). De la puntuación se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de otros tantos componentes de la calidad de sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, "eficiencia de sueño", perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío...), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad como cansancio). Cada componente recibe una puntuación discreta que puede ir de 0 a 3. Una puntuación 0 indica que no existen problemas a ese respecto, mientras que si es de 3 señala graves problemas a ese nivel. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los componentes parciales genera una puntuación total (PT), que puede ir de 0-21. Según Buysse y cols, una PT de 5 sería el punto de corte que separaría a los sujetos que tienen buena calidad de sueño de aquellos que la tienen mala: una puntuación igual o inferior a 5 señalaría a los buenos dormidores.



CARTA INFORMATIVA PARA DIRECCIÓN DEL CENTRO DE DOCENCIA

A la atención del Director y/o subdirector del Instituto.....

Estimados señores/as:

Nos dirigimos a usted/es para informar sobre un estudio de investigación que se va a llevar a cabo dentro de vuestro distrito. Dicho estudio lo realizan dos Enfermeras Especialista de Salud Mental (terapeuta y co-terapeuta) en el centro de Educación de Secundaria donde usted trabaja activamente y es responsable. El estudio que se pretende, consiste en un programa psicoeducativo destinado a profesores que presentan una calidad de sueño alterada, basándonos en test validados y en una encuesta rellena a título personal por cada profesor que se someta al estudio. El objetivo de la misma es dotar al participante de información comprensible acerca de la importancia del sueño en nuestra vida, hábitos de sueño para inducir al mismo, así como aportar técnicas de: relajación, resolución de conflictos, asertividad y autoestima, con el fin de incrementar habilidades que podrán utilizar en su cuidado, mejorando así su sueño, su capacidad ante situaciones estresantes tanto laborales como personales y por ende, su calidad de vida. El estudio durará cuatro meses y medio durante los cuales se realizarán 16 sesiones grupales, teniendo una última sesión de seguimiento y recordatorio al cabo de tres meses. Cada sesión durará 90 minutos, en horario no lectivo, con el fin de no alterar la dinámica de las clases. Las sesiones tendrán lugar en una de las aulas del centro que usted dirige. Los resultados y la eficacia del programa se evaluarán pasando de nuevo el test inicial y una exploración física a los participantes.

Si desea más información sobre el estudio o necesita aclarar alguna duda, puede contactar con nosotros llamando al teléfono de contacto:

Enfermera Especialista de Salud Mental (terapeuta) xxxxxxxx

Enfermera Especialista de Salud Mental (co-terapeuta) xxxxxxxx

En.....a.....de.....del 20.....

Atentamente,

Investigadora principal: Antonia Jiménez Campos

HOJA INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Sueño, Fuente de Energía. Intervención Enfermera de Salud Mental sobre hábitos del sueño en profesores de E.S.O.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Antonia Jiménez Campos (Enfermera Especialista de Salud Mental)

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. Si usted está leyendo esta hoja es porque cumple ciertos requisitos que se pretenden para este estudio, con lo cual si usted estuviera interesado en participar, el siguiente paso sería firmar una hoja de consentimiento y contrato terapéutico, indicando que está de acuerdo en participar en el estudio, rellenar un test sobre su calidad del sueño y una hoja de anamnesis para recoger los datos pertinentes. Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento. Dicho estudio consiste en un programa psicoeducativo para profesores que tienen o están en riesgo de tener problemas de sueño, concretamente problemas a la hora de conciliar el sueño o insomnio primario. El objetivo de la misma es dotarle de información comprensible acerca de la importancia del sueño en nuestra vida, hábitos de sueño para inducir al mismo, así como aportar técnicas de: relajación, resolución de conflictos, asertividad y autoestima, con el fin de incrementar habilidades que podrán utilizar en su cuidado, mejorando así su sueño, su capacidad ante situaciones estresantes tanto laborales como personales y por ende su calidad de vida. El estudio durará cuatro meses y medio durante los cuales se realizarán 16 sesiones grupales, teniendo una última sesión de seguimiento y recordatorio al cabo de tres meses. Será una sesión por semana, con una duración de 90 minutos, a horario no lectivo con el fin de no alterar la dinámica de las clases. Se le entregará un test y una hoja de anamnesis para rellenar en casa, teniendo una semana para entregar dichos documentos. A la semana, las EESM recogerán los documentos y analizarán los resultados de las mismas. Será avisado/a vía telefónica informándole si forma parte o no del estudio que se va a realizar. Si fuera aceptado/a será informado/a del lugar, día y hora. Los resultados y la eficacia del programa se evaluarán pasando de nuevo el test inicial junto con una hoja de exploración física. Por supuesto se resalta la confidencialidad de todos los datos que se proporcionen para el estudio así como de la información que el participante comente en cada sesión grupal del estudio.

Si desea más información sobre el estudio o necesita aclarar alguna duda, puede contactar con nosotras llamando al teléfono de contacto:

Enfermera de Salud Mental (terapeuta) xxxxxxxx

Enfermera de Salud Mental (co-terapeuta) xxxxxxxx

En.....a.....de.....del 20.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

D. /Dña. _____ mayor de edad, con DNI nº

_____ Teléfono _____

Domicilio _____

Ciudad _____ C. Postal _____ Provincia: _____

MANIFIESTO:

Que acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por la Enfermera Especialista de Salud Mental. He sido informado/a de que el objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de una intervención psicoeducativa para profesores en riesgo o que padecen problemas para dormir o para conciliar el sueño.

Que he sido informado/a de forma clara y comprensible acerca del estudio de investigación que se va a llevar a cabo en el cual yo he decidido participar. He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente.

CONSIENTO:

Al personal del equipo que lo integra que me sometan a los cuestionarios, test o preguntas necesarias para llevar a cabo el estudio de investigación. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al teléfono:
XXXXXXXXXX

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante _____

En.....a.....de.....del.20.....

Firma del Participante



ANEXO 12

Hoja de anamnesis

HOJA ANAMNESIS

Nombre: _____ Apellidos: _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Sexo: _____ Si es mujer, ¿está embarazada?

Años de experiencia profesional: _____

Asignatura impartida: _____

Padece algún tipo de enfermedad actualmente: Cuál(es): _____

Está en tratamiento: Qué fármacos toma: _____

Bebe alcohol: Qué / Cantidad aprox. por semana: _____

Fumador: N° cigarrillos/día: _____

Presenta dolores osteo-musculares:

Cefalea Dolores de espalda Dolor de cuello

¿Has tenido dificultades para iniciar o mantener el sueño, al menos durante este último mes?

Valore de una escala del 0 al 10 su calidad de vida: _____



SUEÑO, FUENTE DE ENERGÍA

BLOQUE I: *Presentación*

PRIMERA SESIÓN

¿POR QUÉ YO?

Metodología/ Duración/ Objetivos

Metodología: Presentación + Encuesta inicial + Exploración física

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Presentación del terapeuta y co-terapeuta
- Valorar estado inicial y percepción subjetiva de cada participante antes de la implementación de la intervención
- Registrar constantes relacionadas con el sueño
- Mostrar la prevalencia entre compañeros.
- Empatizar con el prójimo (en este caso, compañeros de trabajo)
- Conocer las similitudes entre unos y otros, al mismo tiempo que intentamos desinhibir a los allí presentes para hacer más participe y amena la sesión inicial.
- Conocer las expectativas que tienen los participantes para con el programa en el que han decidido participar.

Exposición, (Primeros 40 minutos):

Presentación del terapeuta y co-terapeuta, (Nombre, edad, lugar donde trabajan)

El terapeuta y co-terapeuta expondrán las normas del funcionamiento del programa.

Presentación de cada uno de los participantes (nombre, edad, asignatura que imparten)

con:

- Técnica de hilo de ovillo, haciendo reflexión breve sobre:
 - ¿Por qué os interesasteis en la intervención y en colaborar con la misma?
 - ¿Qué esperamos de ella?
 - Recogida del hilo. Hablamos del compañero/a que nos lanzo el ovillo.

Exploración física: TA / F.C. / F.R. / peso / dolor corporal percibido / horas dedicadas al ejercicio físico/ horas de sueño nocturno/

Tareas para casa:

- Reflexionar sobre la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer o mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Contestarse a las siguientes preguntas en casa:
 - ¿Cuál crees que son los acontecimientos o hábitos que alteran tú sueño?
 - ¿Cómo te influye y repercute no descansar bien?
 - ¿Has hecho algo para cambiarlo?, si es un Sí, ¿qué y cómo?
 - ¿Cómo crees que podemos disminuir este problema, si lo hay y /o persiste?

NORMAS DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

- La asistencia es esencial e imprescindible para que la intervención y el grupo no se desmotive.
- Confidencialidad de todos los datos o historias que puedan surgir a lo largo de la intervención. En estos momentos entran a formar parte de un grupo y están obligadas a no comentar fuera del grupo ni el nombre ni lo que se comenta dentro.
- Puntualidad a la hora de comenzar la sesión. Durarán 90 minutos (ni más ni menos)
- Se pide colaboración y compromiso para registrar en el Diario del Sueño diariamente y las tareas que se deriven para casa.
- Se motivará para ir cambiando hábitos cotidianos y se pedirá colaboración para que cada uno los ponga en práctica y los vaya interiorizando en su día a día.
- Se pretende potenciar y desarrollar la interacción humana. La experiencia de grupo es un buen medio para comprender y modificar aquellas pautas de conducta aprendidas anteriormente y que resultan desadaptativas para el funcionamiento cotidiano.
- Si algún participante quiere o no puede seguir, según la Ley de Autonomía e Independencia del 41/2002 del 14 de Noviembre, el encuestado podrá ejercitar su derecho de cancelación en cualquier momento que crea o se vea en necesidad.



Constantes vitales del participante (Exploración física)

Nombre:Apellidos:.....

Fecha:			
Tensión Arterial (mm/hg)			
Frecuencia Respiratoria (resp/min)			
Frecuencia Cardíaca (lat/min)			
Peso (Kg)			
Horas dedicadas al sueño			
Horas dedicadas al ejercicio física			
Dolor corporal percibido (tipo y localización)			
Cómo defines tu actitud para afrontar el día			

BLOQUE II: *Definición y contenido teórico*

SEGUNDA SESIÓN

¿POR QUÉ EL SUEÑO?

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica (contenido de la sesión) + Tareas para casa

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Conocer la influencia e importancia del sueño en nuestro día a día
- Instruir la arquitectura del sueño a los docentes de secundaria

Parte participativa:

- Primeros 10 minutos para volver a presentarnos. Esta vez no diremos nuestros nombres sino el del compañero sentado a nuestra izquierda. También los aprovecharemos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- ¿Por qué dormimos?
- Fases del sueño
- Importancia del sueño
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.

¿POR QUÉ DORMIMOS?

El sueño es fundamental para preservar la salud y la vitalidad del cuerpo y la mente.

El tiempo que pasamos durmiendo, aproximadamente un tercio de nuestras vidas, no es un paréntesis donde no sucede nada. Todo lo contrario, es un periodo activo donde se producen cambios hormonales, bioquímicos, metabólicos y de temperatura corporal, imprescindibles para un buen sueño y un correcto funcionamiento diurno. Dormir nos permite estar despiertos y estamos despiertos para poder dormir.

La necesidad de sueño cambia, en cada persona, de acuerdo a la edad, estado de salud, estado emocional y otros factores. El tiempo ideal de sueño es aquel que nos permita realizar las actividades diarias con normalidad.

El sueño es una necesidad fisiológica tan esencial para la supervivencia como el hambre o la sed. Está demostrado que si una persona no durmiera nada, moriría en un plazo no superior a los siete días. Por este motivo, la escasez o mala calidad del sueño pueden desencadenar graves trastornos para la salud corporal y psicológica.

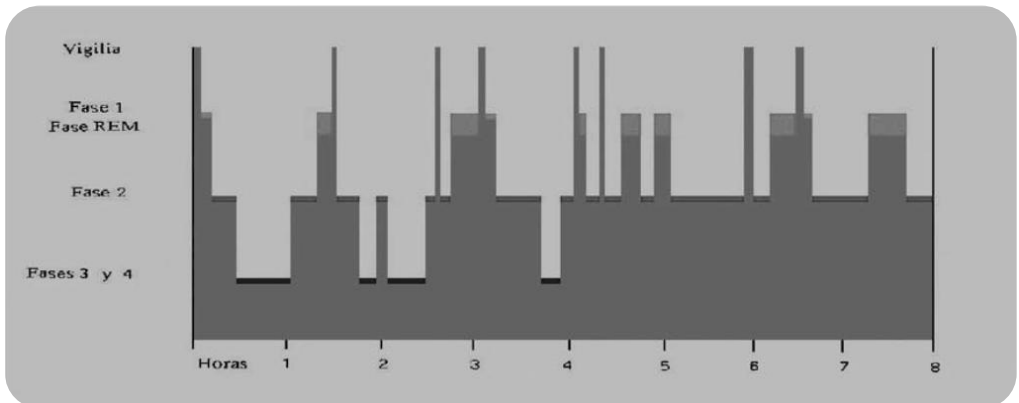


FASES DEL SUEÑO

El sueño se divide en dos fases:

Mediante la polisomnografía se pueden registrar cinco estadios del sueño diferentes: el sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y cuatro estadios de sueño con reducción de los movimientos oculares rápidos (NREM) (estadios 1, 2, 3 y 4). En el estadio 1 NREM se produce la transición de la vigilia al sueño y constituye un 5 % del tiempo total de sueño en los adultos sanos. El estadio 2 NREM, que se caracteriza por ondas electroencefalográficas específicas (husos del sueño y complejos K) constituye un 50 % del tiempo de sueño. Los estadios 3 y 4 NREM (también conocidos como sueño de ondas lentas) son los períodos de sueño más profundo y constituyen aproximadamente un 10-20 % del sueño. El sueño REM, durante el cual tiene lugar la mayor parte de la actividad onírica, constituye alrededor del 20-25 % del sueño total. Estos estadios de sueño presentan una organización temporal a lo largo de la noche. Los estadios 3 y 4 NREM tienden a aparecer desde el primer tercio hasta la mitad de la noche y aumentan su duración en respuesta a la privación de sueño. El sueño REM aparece de un modo cíclico a lo largo de la noche, alternándose con el sueño NREM cada 80-100 min. Los períodos de sueño REM aumentan su duración al amanecer. El sueño humano también varía de un modo característico a lo largo de la vida. Después de observarse una estabilidad relativa en la niñez y las primeras etapas de la adolescencia en cuanto a la presencia de sueño de ondas lentas, la continuidad y la profundidad del sueño van deteriorándose a lo largo de la vida adulta. Este deterioro se refleja en un aumento de la vigilia y del estadio 1 del sueño y en una disminución de las fases 3 y 4. A causa de todo ello es necesario considerar la edad del individuo a la hora de efectuar el diagnóstico de un trastorno del sueño.

HIPNOGRAMA representación gráfica de la organización cronológica de las diferentes fases del sueño a lo largo de la noche





IMPORTANCIA DEL SUEÑO

Funciones fisiológicas que el sueño:

1. Conservación de energía
2. Termorregulación cerebral
3. Detoxificación cerebral
4. Restauración tisular
5. Memoria y aprendizaje. Durante el sueño, el cerebro selecciona para guardar lo que considera útil y desecha lo que sobra. De esta forma queda espacio libre para incorporar nuevos conocimientos, es decir, selecciona y consolida.
6. Se restauran y recuperan los músculos, disminuyendo la fatiga y las tensiones del día
7. Crecemos y maduramos, ya que se secreta la hormona del crecimiento, así como otras sustancias que necesitamos para desarrollarnos.
8. Mejora nuestro humor. El cortisol y las catecolaminas son sustancias indispensables para estar a pleno rendimiento durante el día, nos permite estar en alerta. Por la noche, su nivel desciende disminuyendo la alerta, la tensión, la ansiedad, y el mal humor acumulado durante la jornada. Pero ¿qué ocurre si nuestro sueño es insuficiente y no logramos que disminuyan esas sustancias? En ese caso, nos levantaremos tensos, irritables, y si persiste varias noches, sufriremos distrés o estrés.
9. Se regenera la piel.
10. Se vacían los lacrimales, por eso cuando no dormimos se nos nota en la cara, ya que los párpados están hinchados.

TERCERA SESIÓN

Y SI NO DORMIMOS...

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica (contenido de la sesión) + Tareas para casa

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Conocer como nos repercute la falta de sueño
 - Ilustrar causas que alteran el sueño
 - Saber como usar un Diario de sueño y cómo registrar en él
-

Parte participativa:

- Primeros 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma. También los aprovecharemos para hacer una **tormenta de ideas** sobre posibles **causas** que nos **impiden conciliar el sueño**.

Parte Teórica:

- ¿Qué pasa si no dormimos?
- ¿Cuál es la causa de no dormir bien?
- Se reparte un Diario del Sueño para que registren a lo largo del día momentos donde aparezca mayor somnolencia y hagan siesta.
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Redactar "Un día de tu vida"
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño.

¿QUÉ PASA SI NO DORMIMOS?

A corto plazo se resiente la salud física, mental y emocional. Es indispensable dormir bien para gozar de una buena calidad de vida. Prueba de ello es que una mala noche hace que el día siguiente estemos fatigados, irritables y poco concentrados. Un buen descanso depende de la manera en que afrontemos tanto la vigilia como la hora de acostarnos. Si llegamos por la noche ansiosos o tensos, nos será más difícil conciliar el sueño y descansar bien. En este caso no podremos cumplir de manera óptima la acción reparadora que el organismo necesita.

Si no dormimos bien, tendremos sueño (somnolencia) durante el día, y éste puede deberse a haber dormido pocas horas o que éstas hayan sido muy superficiales. En este sentido la somnolencia diurna puede considerarse un trastorno patológico y cuando ésta se hace grave se convierte en un problema importante que influye en todas las dimensiones de nuestra ser.

Además, no dormir bien causa:

- ❖ Aumento de la temperatura corporal
- ❖ Aumenta latidos del corazón
- ❖ Falta de concentración
- ❖ Empeora el proceso de memorizar
- ❖ Entorpece la capacidad de resolución de conflictos
- ❖ Altera el estado de ánimo
- ❖ Fatiga física y mental (embotamiento)
- ❖ Incremento de errores humanos
- ❖ Tendencia a ganar peso
- ❖ Menor tolerancia al dolor
- ❖ Cambios en numerosos sistemas corporales e inmunosupresión
- ❖ Aumento de consumo de sustancias (drogas legales e ilegales) para afrontar el día
- ❖ Aumento de bajas laborales
- ❖ Incremento de estrés e irritabilidad



¿CÚAL ES LA CAUSA DE NO DORMIR BIEN?



Hay muchos factores que intervienen en la aparición y mantenimiento del insomnio. Entre los más importantes destacan los psicológicos (tendencia a dar vueltas a las cosas, dificultades para manejar las emociones negativas, creencias erróneas en relación con el sueño, con los consiguientes hábitos inadecuados), el estrés y el miedo a no dormir. En ocasiones, se podrían tener en cuenta, además, factores hereditarios o familiares y factores socio- laborales que pueden influir en la aparición del insomnio.

1. Factores predisponentes:

- ❖ Género, edad, nivel socioeconómico, estado de salud
- ❖ Genéticos
- ❖ Psicológicos (tendencia a internalizar las emociones)

2. Factores precipitantes: (actuaremos sobre ellos)

- ❖ Situaciones estresantes
- ❖ Alta tensión laboral e interiorizar esa tensión, creando un estado de activación emocional continuo que no deja descansar

3. Factores perpetuantes (actuaremos sobre ellos)

- ❖ Miedo a no poder dormir cuando llega la hora
- ❖ Adquisición de comportamientos no adaptativos (llamados también, sabotadores del sueño)

- Consumo de alcohol
- Tabaco
- drogas
- Cafeína
- Temperaturas extremas
- Ruidos
- Consumo de hipnóticos u otros medicamentos que alteran el sueño

- ✓ El **alcohol** favorece el adormecimiento por depresión del sistema nervioso central, pero se ha demostrado que impide llegar a las fases profundas del sueño, es decir, al tomar alcohol se dormirá antes, pero el sueño que adquiere será superficial y lo más probable es que se desvele tres o cuatro horas después de haberse dormido o que se levante con la sensación de no haber descansado bien.
 - Además el alcohol agrava los ronquidos.
 - Evite el alcohol en las tres- cuatro horas previas al sueño.
- ✓ La **marihuana** dificulta y requiere más tiempo para conseguir dormir además de disminuir el sueño REM, es decir, sueñas menos, dificulta la consolidación y el aprendizaje
- ✓ El **tabaco (nicotina)** es un estimulante. A los fumadores les cuesta más conciliar el sueño y se despiertan más veces por la noche. Además aumenta la tensión arterial, taquicardia y excita al cerebro
- ✓ La **cocaína**, provoca euforia pero seguida de depresión. Está droga interactúa con la dopamina, el neurotransmisor cerebral o sustancia del cerebro que interviene en el ciclo del sueño y la vigilia. Disminuye el sueño profundo
- ✓ Las **anfetaminas** son poderosos estimulantes del sistema nervioso lo que dificulta el sueño. Provocan insomnio y somnolencia excesiva al suspender el consumo. También favorecen la aparición de pesadillas.
- ✓ La **cafeína** aumenta la tensión lo que a su vez, incrementa también las hormonas del estrés. Los efectos de la cafeína perduran entre dos y siete horas en la sangre, según cada persona. Sin



embargo puede resistir hasta el momento de acostarse, incluso cuando se ha consumido antes de las 13 horas. La cafeína bloquea los receptores de adenosina (ATP), una sustancia comnógena que se acumula en el organismo durante el día y nos prepara para dormir. Si esta sustancia se bloquea a causa de la cafeína, además de perjudicar el sueño, puede agravar cualquier enfermedad relacionada con el estrés.

Se ha estudiado bastante sobre ello y los grandes cafeteros en días laborables, cuando llega el fin de semana sufren fuertes dolores de cabeza, temblores, palpitaciones y otros síntomas debido a la reducción del nivel de cafeína. Esto se denomina Síndrome de abstinencia de la cafeína.

Hay muchos **medicamentos** que alteran el sueño y debemos tener presentes a la hora de tratar el sueño, entre ellos:

- Antidepresivos
- Antihipertensivos
- Antiinflamatorios no esteroideos
- ACTH: hormonas que estimulan las glándulas suprarrenales
- Gotas nasales con efedrina
- Pastillas para adelgazar
- Anfetaminas y derivados
- Hormonas tiroideas
- Medicamentos con cafeína
- Antihistamínicos
- Anticonceptivos orales



DIARIO DEL SUEÑO

Consignas para el paciente:

- Rellenarlo todas las mañanas, en función de los recuerdos de la noche anterior (El diario de sueño no es un instrumento de precisión).
- Rellenarlo cada noche, para informar sobre las condiciones del sueño durante el día (por ejemplo, siestas).
- Mantenerlo actualizado, sobre todo durante el período de observación, para obtener una visión global de los cambios en el sueño con el paso del tiempo y tras el aporte de conocimientos sobre el sueño.

Nombre y Apellidos del participante: _____
 Nº de hoja (una por semana): _____ Acontecimientos significativos que hayan ocurrido a lo largo de la semana: _____

DD/MM/A	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	2	24h	1h	2	3	4	5	6	7	8
A	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h	h		h	h	h	h	h	h	h	h
1																h									
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									

Sombrear las casillas que corresponden a las horas de sueño y siesta

1. Señale en el diario la información que se indica a continuación, escribiendo la letra que corresponda

- Hora de acostarse: **A** Hora de levantarse: **L** Hora en que se apaga la luz (oscuridad): **C**
 Despertares nocturnos: **D** Horas de sueño: **E** Comidas: **Co**
 Tiempo dedicado al ejercicio físico: **E.F.**

BOQUE III: *Conceptos y estrategias*

CUARTA SESIÓN

QUÉ HACER PARA DORMIR (I)

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica (contenido de la sesión) + Tareas para casa

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Enseñar la importancia de mantener una rutina en las horas previas al sueño



Parte participativa:

- Primeros 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- Horario regular (ejercicio)
- Comparamos con la tarea "Un día de tú vida".
- Siesta,...si o no!?
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Ejercicio; "Describe tu habitación" para la siguiente sesión.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño

Horario regular

Dormir es un hábito que exige determinadas rutinas y rituales. Repetir cada día la misma rutina al final del día nos prepara para pasar de la vigilia al estado de somnolencia sin que nos demos cuenta. ¿Ha pensado en las acciones que realiza habitualmente antes de acostarse? Las cosas que hacemos por rutina permiten que nuestro cuerpo y mente estén más relajados y desconectados del caos diario.

Al caer la noche, nuestro cuerpo se pone en sintonía para dormir, pero aprovechamos hasta el último minuto, una carrera a contra tiempo entre que salimos del trabajo y nos acostamos. Solo tenemos tiempo para ir de compras, hacer gimnasia, quedar con amigos, entre otras muchas actividades. Por la noche también hacemos vida social: miramos la tele, estudiamos, chateamos, miramos el correo,... y todo a expensas del sueño. ¿Por qué robamos tiempo al sueño?

La diversión y el contacto social son necesarios para la salud del cuerpo y la mente. No hay que renunciar a nada, siempre que lo hagamos con un poco de orden.

La mayoría llegamos a casa con un grado alto de tensión, estrés y ansiedad. Sin embargo, terminamos el trabajo pendiente tras la cena, en vez de descansar y desconectar, hiriéndonos a la cama a altas horas de la noche. Y a la mañana siguiente, nos preguntamos ¿por qué nos hemos despertado cansados y con ganas de seguir durmiendo?.

Si cada noche nos vamos a la cama a distinta hora sin poner una hora límite para terminar las tareas, o si cada vez hacemos algo diferente sin tener rituales o hábitos establecidos hará que el cerebro desconecte, éste no nos preparará para conciliar el sueño. Ha pensado alguna vez porque se acuesta siempre en el mismo lado de la cama o en la misma posición? Y.....¿Qué pasaría si una noche no duerme en esa posición o en ese lado? Le cuesta más o menos.

Proponemos un ejercicio que nos permite saber si estamos durmiendo lo necesario.

Calcule cuantas horas descansa durante los días laborales, súmelas y divida por 5: el resultado obtenido nos indica el promedio de horas de sueño que usted tiene de lunes a viernes. Luego haga lo mismo con las horas que durmió los últimos tres fines de semana, cuando puede levantarse tarde, y compare. Supongamos que el primer cálculo le dio 6 horas diarias de promedio entre semana y el segundo calculo, en fines de semana y festivos, obtuvo entre 9 y 10 horas de promedio de sueño. Está claro que le debe sueño a su cerebro y necesita recuperar. Tendría que aumentar su promedio de horas que duerme durante la semana. Si no lo hace puede ser que su cuerpo y mente se lo cobre.

Dr. Eduard Estivill y Dra. Mirta Averbuch

Siesta,.....si o no!?

Aunque está acondicionada por las condiciones laborales, este invento español ayuda a desconectar del estrés diario.

La siesta no debería prolongarse más de 20 minutos ya que tras los mismos el sueño se hace cada vez más profundo y cuando nos despertamos estamos más aturdidos, irritables, inclusive cansados por paradójico que suene.

20 minutos de siesta tiene como misión afrontar mejor el resto del día, ya que cumple las pequeñas necesidades de sueño que tiene nuestro cerebro entre las 2 y las 4 de la tarde. (Mientras que nuestro cuerpo se concentra en la digestión).

La siesta es un momento de descanso y relajación que nos permite recuperar fuerzas, mejora el estado de ánimo y la concentración.

Consejos para una buena siesta:

- Su duración debería ser entre 15-30 minutos.
- Conveniente realizarla justo después de la comida del mediodía. Se ha estimado que el momento ideal para echar la siesta es 8 horas después de habernos levantado. Por consiguiente si se levanta a las 7:30 h, la hora más beneficiosa para la siesta será las 15:30 h.
- Nunca hacerla después de las 17h si padece insomnio
- Al despertar necesitará 5-10 minutos para vencer el aturdimiento. Luego se sentirá mejor.

A lo largo de la jornada, haga pequeñas pausas en el trabajo. Cada 2 horas, pausas de 5 minutos de descanso. Puede levantarse o pasear por el pateo, desentumecer los músculos. A ello puede ayudar 5 respiraciones profundas para oxigenar pulmones, sangre y cerebro.

"La Meridiana o La siesta": Van Gogh, Representa la Francia rural de 1860.





QUINTA SESIÓN

HABITACIONES DE SUEÑO

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica (contenido de la sesión) + Tareas para casa

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Saber como mantener unas condiciones ambientales adecuadas (acústicas, térmicas y cromoterapéuticas) propias para el sueño
-

Parte participativa:

- Primeros 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- Mi habitación. Tener en cuenta la importancia que tiene aclimatar y acondicionar la habitación para obtener un sueño placentero, libre de estímulos que dificulten el mismo. Comparamos con la tarea que se mando para casa “Describe tú habitación”, la sesión anterior.
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Ejercicio: Aplicar método de Elaine St. James. si lo crees necesario.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño.

Mi habitación

Para lograr nuestro objetivo final, dormir, la mente y el cuerpo tienen que asociar exclusivamente el dormitorio y la cama con actividades para dormir y sexo. Si se come, mira la televisión, ...el cerebro se confunde porque está recibiendo mensajes contradictorios: ya no sabe si en aquella habitación toca dormir o estar despierto.

¿Cómo preparo mi habitación?

Son muchos los factores que influyen en nuestro descanso nocturno, pero el entorno, el lugar donde dormimos, es fundamental a la hora de disfrutar de un buen reposo.

Mobiliario básico:

- Cama
- Mesilla de noche
- Una lámpara
- Armario ropero, si no dispone de un vestidor
- No televisión
- No equipos de música
- No aparatos de gimnasia
- No a los objetos o libros destinados al trabajo
- No revistas
- No CDs

Al llenar la habitación de objetos, aumentamos el polvo y dificultamos la ventilación, creando un ambiente opresivo, de desorden.

Para librarnos de los trastos innecesarios, Elaine St. James en su libro, "*Simplifica tu vida*" propone un método que consiste en:

Poner en una caja todo aquello que no utilizamos habitualmente y pegar una etiqueta con la fecha. Si al cabo de un año no hemos necesitado abrirla, podemos deshacernos de todas esas cosas son problemas de conciencia.

Ahora con más espacio, coloca la cama donde mejor duermas, evitando colocar la cabecera debajo de una ventana, ni tampoco bajo el aire acondicionado.

Fíjese en el color de las paredes, Una habitación de color amarillo puede ser original pero no le ayuda a relajarse. La cromoterapia ha demostrado que los colores afectan al estado de ánimo. Los tonos intensos son excitantes, mientras que los pastel tiene efecto relajante.

Se recomienda que haya oscuridad en la habitación mientras dormimos. También se puede recurrir al antifaz. Si le gusta leer antes de dormir porque le relaja y vive en pareja, use una lámpara de luz puntual.

La ausencia de ruido ayuda a conciliar y mantener el sueño. Escuchar música muy suave (música clásica, grabación de sonidos naturales) ayuda a algunas personas a conciliar el sueño, pero eso no significa que todos nos cause el mismo efecto puesto que nuestro cerebro está perfectamente preparado para dormir con la necesidad de estímulos sonoros de ningún tipo.

También tenemos que tener en cuenta el lugar in situ donde dormimos, el colchón. Un colchón o somier no es para siempre. Transcurridos 10 años hay que pensar en cambiar por otros nuevos. Si nos levantamos con dolor de espalda, aparecen contracturas de cuello, trapecio,...es hora de revisar el colchón y/o somier.

Demasiado calor o frío en la habitación perjudican al sueño. Cuando nos acostamos la temperatura corporal comienza a descender. Por eso nos resulta un poco mejor dormimos cuando tenemos un poco de frío (mejor tener frío que calor). La temperatura ideal estaría ente 18° y 22°. Hay aspectos cotidianos que también alteran nuestra temperatura corporal y nos puede alterar el sueño, entre ellos; el alcohol eleva la temperatura corporal, por ello se recomienda tomar por la tarde, o lo más lejos a la hora de acostarse y también las cenas copiosas elevan la temperatura corporal, por ello es mejor optar por una cena ligera , refrescante y de fácil digestión.



SEXTA SESIÓN

STOP AL ESTRÉS

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Disfrutar del momento presente: “Aquí y ahora”
- Enseñar técnica de respiración diafragmática

Parte participativa:

- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- *“Disfruta del aquí y ahora” Repartir caramelo por persona para saborearlo y ser conscientes de ese momento, sin pensar en más.*
- *Relajación (IMPORTANCIA)*
- *Música que nos ayudará a relajarnos*
- *Técnica de relajación.*
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño

Disfruta del “aquí y ahora” (5 minutos de los 1440 min que tiene un día)

Repartir caramelo por persona para saborearlo y ser conscientes de ese **momento, sin pensar en más.**

Nos sentamos en la silla.

Desenvolvemos el caramelo y sin masticarlo, cerramos los ojos. Saboreamos plácidamente todos los placeres que nos aporta, Nos hacemos conscientes solamente del caramelo, sin prestarle atención a nada más que sea el caramelo; sabor, textura,...como aumenta la saliva,...nuestra respiración se hace más lenta, disfrutamos del caramelo. No lo masticamos, solo los saboreamos. Si viene algún pensamiento de cuando éramos niños, dejamos que entre a formar parte de nosotros, dejando a un lado, preocupaciones y tensiones. Ahora gozamos de un caramelo, solo de ello... Y una vez relajados, pasamos a exponer la importancia de una buena relajación a través de la respiración.



Relajación

La relajación es la actividad más natural que existe, pero es un arte olvidado. Pocas personas pueden afirmar actualmente que se sienten completamente relajadas durante la mayor parte del día. Esto es una consecuencia del grado de estrés que sufrimos en nuestras vidas, y de la cantidad de tensión oculta o inconsciente que existe en nuestros cuerpos.

Cuando estamos verdaderamente relajados en nuestro organismo se producen cambios muy concretos y verificables.

La respiración es un puente por el que se pasa de un estado consciente y voluntario a un estado de relajación trascendente e involuntario. Concentrarse en la respiración es un instrumento ideal para bloquear los pensamientos extraños, tranquilizar y poner la mente en blanco, y reemplazar el desorden mental por un único objeto de contemplación.

Cuando esté relajado, cierre los ojos y empiece a concentrarse en el ritmo y la calidad de su respiración. La respiración no debe ser forzada, pero sí un poco más lenta y superficial que lo normal. Sienta cómo su estomago sube y baja suavemente cada vez que respire.



Música que nos ayudará a relajarnos

Los antiguos griegos lo sabían, los primeros psicólogos lo utilizaron y la ciencia moderna lo confirma: la música afecta a mente y cuerpo. La música influye sobre las ondas cerebrales que indican la actividad eléctrica del cerebro. Cuando estamos relajados, las ondas cerebrales son más lentas y se aceleran a medida que e cargan de energía. La música de unos 60 compases por minuto parece ser la más cómoda para todas las culturas porque coincide con el ritmo del corazón humano en reposo.

La música barroca resulta particularmente adecuada para crear un estado de conciencia relajado, conocido como estado alfa. Para exponernos a este tipo de música, tenemos que escuchar pasajes largos y los adagios de piezas compuestas entre los años 1600 y 1750: Bach, Mozart, Handel y Vivaldi son buenos para empezar.

- Beethoven: Moonlight Sonata (Sonata al chiaro di luna)
- Dan Gibson: Streams of Hope
- Dan Gibson: Nurturing

Técnicas de relajación

Respiración diafragmática

El musculo que separa al tórax del abdomen desempeña un papel relevante. Si se acuesta verá como el abdomen sube y baja con el ritmo respiratorio. Este mecanismo con la vida sedentaria y el estrés se ve perturbado quedando una respiración superficial y realizada por la parte superior de los pulmones.

Es importante restablecer los movimientos naturales del diafragma, perdidos entre masa de gordura, cinturones apretados,... Primero activaremos al diafragma:

Se trata de un ejercicio puramente mecánico. En el no nos preocupamos propiamente de la respiración. Sentado o de pie, movemos el vientre de delante a atrás bajo la acción del diafragma. Debe mantener su atención en lo que esta haciendo. No use la violencia. Evite el ejercicio si el estomago está lleno. Para mayor facilidad y si está de pie, incline el tronco hacia adelante apoyando las manos en los muslos un poco por encima de las rodillas.

Ahora supongamos que ya hemos aprendido a mover el diafragma de delante hacia a atrás. Ahora toca limpiar el pulmón, expulsando todo el aire, ayudado por una ligera tos y elevando el diafragma, comprimiendo la musculatura abdominal, como si el ombligo quisiera tocar la espalda. No hacerlo con el estomago lleno. Habiendo readquirido el movimiento natural diafragmático gracias a un ejercicio anterior puramente mecánico, ahora toca asociar a este movimiento la respiración, que parece sencillo pero no lo es puesto que algunos desnaturalizados automatismos respiratorios adquiridos perturban los estados fisiológicos.

Acuéstese sobre la espalda, sobre una superficie dura (ej. En el suelo alfombrado), encoja las piernas manteniendo las rodillas altas y los pies separados en el suelo. Coloque las manos sobre el abdomen aflojando todos los músculos. Así el abdomen debe estar lo más retraído y así conservarlo hasta que se sienta impulsado a inspirar, cuando el abdomen tiende a expandirse. Ahora suéltelo y deje entrar el aire. En este momento el abdomen se eleva, arrastrando el diafragma, que a su vez atrae la base del pulmón, y de esta forma, el aire que entró por las fosas nasales llena al pulmón. Para la exhalación nuevamente el abdomen se retrae y desciende, empujando el diafragma, en cuanto el aire va para fuera.

Después de cierto progreso en la técnica las piernas pueden quedar extendidas y no más flexionadas

Cuando te hallas en la cama es un lugar idóneo para practicar este tipo de respiración. El buen éxito depende de la correcta posición del cuerpo, del relajamiento y de la actitud mental.

SEPTIMA SESIÓN

QUÉ HACER PARA DORMIR (II)

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- instruir técnicas y métodos para favorecer la adquisición de un buen sueño con la alimentación.
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración profunda.
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- Come para dormir
- y... ¿Qué bebida tomar?
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Registrar en el Diario del Sueño y añadir el registro del tiempo dedicado a las comidas.

Come para dormir

En las tiendas tenemos grandes aliados que nos ayudan a dormir pero muchos desconocemos las propiedades nutritivas de los alimentos.

Un nutriente que ayuda a dormir mejor es el triptófano. Se trata de un aminoácido (compuestos que forman las proteínas), que activa otra sustancia llamada serotonina, (neurotransmisor) que influye en nuestro sueño y en nuestro estado de ánimo. Para desencadenar la producción de serotonina tenemos que incluir a nuestra dieta alimentos que sean ricos en triptófano, principalmente a la hora de la cena.

Alimentos donde podemos encontrar triptófano:

- huevos
- jamón
- trigo
- pan
- pasta
- tapioca
- carne de aves
- pescado azul
- leche y derivados
- patatas
- cebada
- col
- calabaza
- frutos secos

Pero no queda todo aquí. La vitamina b6 ayuda a convertir el triptófano de los alimentos en serotonina, por tanto se prefiere comer aquellos alimentos ricos en vitamina b6, que a su vez también contienen triptófano;

- carnes
- pescados
- huevos

El mejor momento para consumir carne (preferiblemente pollo), pescado, huevos y lácteos es durante la cena ya que estos alimentos aportan los aminoácidos que precisa el organismo para la regeneración orgánica. es conveniente que este proceso tenga lugar durante el sueño, cuando la lenta digestión no afecta a las tareas diarias.

Si es vegetariano puede sustituir la carne por tofu o nueces.

Al igual que al hacer ejercicio, las comidas también deberían tener un horario el cual respetar, sin obviar ninguna comida importante del día.

Comenzar el día con un buen desayuno rico en pan, cereales y frutas evita bajadas de azúcar en sangre que a media mañana podrían provocar nerviosismo e irritabilidad.

Los dulces hay que consumirlos con moderación antes de las 18, bien alejados de la hora para irnos a la cama prevista ya que el azúcar es energizante y al activar el sistema nervioso central dificultaría el sueño, por ello también se recomienda evitar cenas copiosas ó difíciles de digerir.

Se recomienda cenar dos horas antes de ir a cenar.

No conviene irse a la cama en ayunas porque el hambre le despertaría.

Ojo con las dietas pobres en carbohidratos (pan, cereales, frutas, frutos secos...), vitaminas y sales minerales, ya que son nutrientes esenciales para el buen funcionamiento del sistema nervioso.

Las verduras se pueden comer todo el tiempo, siendo siempre bien recibidas por su gran aporte de vitaminas y minerales.

El objetivo no solo queda en obtener un buen sueño si no en evitar unos de los saboteadores del sueño, la obesidad. Para ello, a parte de comer a horas regulares es importante comer sano eligiendo preparaciones lo menos grasas posibles:

SI	NO
Planchas, parrillas, asados, microondas, cocciones en agua	Frituras, rebozados, empanados, guisos, estofados
Usar aceites vegetales puros, a ser posible, aceite de oliva de primera presión	

En cuanto a las bebidas, se recomienda no beber muchos líquidos a partir de las 18 de la tarde para así no interrumpir el sueño huyendo al aseo.

Evitar aquellas bebidas que resultan estimulantes para el sistema nervioso:

- café
- mate
- té
- alcohol
- refrescos de cola

Si usted es adicto a la **cafeína**, debería saber que se puede superar esa adicción. Consiste en ir sustituyendo la cafeína progresivamente, nunca de golpe, por otras bebidas descafeinadas

Cómo saber si eres adicto a la cafeína

Examínese para saber si padece de estos síntomas:

- necesita tomar sustancias con cafeína solo al despertarse por la mañana.
- después de ingerirlas se siente bien, incluso eufórico
- al cabo de pocas horas, sufre un bajón y siente deseos de tomarlas nuevamente, entonces vuelve a sentirse bien.

Si es así, comience por cambiar paulatinamente hábitos alimenticios.

En cuanto al **alcohol** evítelo totalmente las tres o cuatro horas previas al sueño. Sustitúyalos por agua o infusiones. Si está en una fiesta, brinde y tome solo una copa y no beba mucho más. Por la noche lo agradecerá.



Y... ¿QUÉ BEBIDA TOMAR?

Siempre hablamos de la tila, valeriana, pero sabemos realmente el efecto que surge al tomar este tipo de bebidas. Debemos tenerles más consideración?

Bien, la **valeriana** (*Valeriana officinalis* L. s.l.) es una planta herbácea cuyas partes subterráneas (la raíz y estolones) han sido empleados desde la antigüedad principalmente con efecto sedante, ansiolítico y espasmolítico. indicada en situaciones temporales de tensión nerviosa leve, como puede ser época de corrección de exámenes, inicio de curso, ó tener dificultad para conciliar el sueño.

En una reciente revisión sistemática realizada por Bent y cols (2006) concluye que los preparados de raíz de valeriana pueden mejorar la calidad del sueño sin provocar efectos secundarios.

También **Sumidad de Pasiflora** (*Passiflorae herba*) una planta tropical americana que los jesuitas relacionaron con la pasión de Cristo por su morfología floral, de ahí su nombre. La ESCOP (European Scientific Cooperative On Phytotherapy) la acepta como indicación a estados de tensión nerviosa, irritabilidad y dificultad para conciliar el sueño.

Y por último destacar la **Flor de Lavanda**, la cual es muy conocida por sus olor característico y tan extendido, pero qué decir de las propiedades de la flor?

La flor de lavanda (*Lavandulae flos*) desprende un aceite que es a quien hay que atribuir la actividad sedante. Como indicaciones, la Comisión E del Ministerio de Sanidad Alemán acepta el uso de la flor de lavanda para casos de malestar asociados a estados de intranquilidad, agitación, insomnio y trastornos funcionales del aparato gastrointestinal, recomendando 1-2 cucharaditas por taza.

OCTAVA SESIÓN

QUÉ HACER PARA DORMIR (III)

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Enseñar importancia de mantener hábitos de actividad física.
 - incorporar al Diario del Sueño las horas que invertimos en practicar ejercicio físico.
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración profunda
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma

Parte Teórica:

- *Ejercicio para dormir*
- Y si no dormimos...
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Registrar en el Diario del Sueño y añadir el registro de tiempo dedicado al ejercicio.

Ejercicio para dormir

Practicar algo de ejercicio ayuda a rebajar la tensión y favorece el sueño nocturno. Es recomendable realizarlo al mediodía o por la tarde, pero no cerca de la hora de irse a dormir porque eleva la temperatura corporal y retrasa la llegada del sueño. Si quiere hacer aeróbic, jugar al tenis, fútbol... es decir, todo ejercicio que requiera mucha activación energética, que sea antes de las 17 ó 18 h de la tarde. Más relajante es dar un paseo durante media hora.

Un baño tras un paseo ayuda y relaja cuerpo y mente y aun mejor si lo acompañamos posteriormente con ejercicios de yoga, taichí o meditación siendo excelentes formas de hacer deporte, estirar músculos y relajación.

Como hemos dicho en sesiones anteriores, la importancia de crear y mantener un horario regular a la hora de comer también lo es a la hora de hacer ejercicio. Cuando suene el despertador y antes de saltar de la cama, despiérese a gusto. ¿Se ha fijado en los animales? si tiene un perro o un gato podrá observar que lo primero que hacen al despertarse es desentumecer los músculos provocando sensación de ligereza.

Recomendamos estiramientos matinales que duran solamente 5 minutos y que ayuda a iniciar el día con energía y positividad.

Extienda los brazos hacia arriba, entrecruzando los dedos de la mano. Luego gire suavemente la cabeza para un lado y el otro: mírese un hombro, luego el otro y ahora baje la barbilla hacia el esternón. Evite echar la cabeza hacia atrás, porque podría marearse.

Ahora tome el codo derecho con la mano izquierda, y llévelo por encima de su cabeza como si fuera a rascarse la espalda. Mantenga esa posición, sin forzarla, no vaya a hacerse daño, durante unos segundos. Repita el ejercicio con el otro codo.

A continuación quédese quieto con los pies ligeramente separados y las rodillas apenas flexionadas, comience a bajar el tronco y la cabeza hacia el suelo muy lentamente (si nota que se mareo, suspenda el ejercicio). Los brazos deben colgar al lado de las orejas. Cuando llegue el punto más bajo que pueda, quédese unos segundos en esa posición: sirve para estirar la columna.

Luego suba lentamente. Imagine que tiene un hilo en la espalda y están tirando de él. Suba primero la cintura, luego la espalda y por último el cuello. Finalmente levante la cabeza. Respire hondo y...

FIN DEL EJERCICIO.

Y si no dormimos...

Es importante conocer que nuestro cerebro desde hace mucho tiempo no asocia actos, momentos o situaciones determinadas para ir a la cama. Al comenzar en la andadura por restablecer un ritmo constante de sueño en nuestras vidas, puede que tengamos momentos en los que queramos tirar la toalla porque pese a poner en marcha todas las pautas que se están aprendiendo, no es fácil reeducar y hacer que nuestro cerebro reconozca ciertos momentos como inductores del sueño. La mayoría de las veces es el miedo y la preocupación por no dormir el hecho que nos dificulta obtener un buen sueño. Queremos poner nuestro empeño por dormir, porque ha llegado la hora, estamos cansados, a la mañana siguiente madrugamos, pero... **y si no dormimos...** En este momento, no te agobies, levántate y date una vuelta pero no te despistes con la televisión, la música o el libro que te gusta y tienes pendiente. El sueño es algo pasivo que no requiere activación.

Si tras darte una vuelta por casa no te viene el sueño, utiliza la psicología inversa:

1. Échate en la cama y apaga la luz.
2. Intenta mantener los ojos abiertos. Cada vez que los cierres debes decirte:
“Sería bueno aguantar un poco más”
3. A medida que pase el tiempo felicítate de que está despierto.
4. Si empieza a sentirse irritable por no dormir recuerda:
“El plan es mantenerse despierto: lo estoy haciendo muy bien”
5. Intente estar despierto lo que pueda.
6. No usé métodos activos para mantenerse despierto. (No tv, no música)



NOVENA SESIÓN

Y AHORA,... ¿QUÉ HACES PARA DORMIR?

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- El objetivo de esta sesión será asentar los conceptos básicos y más importantes vistos hasta el momento, resolviendo cualquier duda que haya quedado en el aire.
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración profunda
- 10 minutos ronda de nombres como recordatorio tras las semanas y la época vacacional. Con una pelota, lanzaremos la misma hacia un compañero al mismo tiempo que nombramos su nombre hasta completar todos.

Parte Teórica:

- Repaso: Se realizará un repaso a aquellas cuestiones más importantes vistas hasta el momento y se darán solución a aquellas dudas que existan en el grupo.
- Expondrán de forma voluntaria si han adquirido nuevos hábitos de sueño tras las sesiones expuestas a lo largo de este periodo

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.

DÉCIMA SESIÓN

P.A. CONTROLANDO TÚS EMOCIONES

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Saber como controlar nuestras emociones
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración diafragmática
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- *Autocontrol emocional*
- *Cómo controlar nuestras emociones para ir a dormir*
 - Ejercicio “Nuestras creencias irracionales”
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño



Autocontrol emocional

El autocontrol emocional es la capacidad que nos permite controlar a nosotros mismos nuestras emociones y no que estas nos controlen a nosotros, sacándonos la posibilidad de elegir lo que queremos sentir en cada momento de nuestra vida.

Nosotros somos los actores o hacedores de nuestra vida ya que de las pequeñas y grandes elecciones depende nuestra existencia; tenemos la importante posibilidad de hacer feliz o no nuestra vida, a pesar de los acontecimientos externos.

Esos acontecimientos no son los que manejan nuestra vida, sino nosotros mismos, como sujetos activos manejamos nuestra felicidad dependiendo de la INTERPRETACION que hacemos de ellos.

Somos lo que pensamos y si aprendemos a controlar nuestros pensamientos también así podremos controlar nuestras emociones.

Sentimiento. Lo podemos definir como una reacción física a un pensamiento. Si no tuviéramos cerebro no sentiríamos.

Todas las sensaciones llegan precedidas por un pensamiento y sin la función del cerebro no se pueden experimentar sensaciones. Si se controlan los pensamientos...y las sensaciones y sentimientos vienen de los pensamientos, entonces ya se es capaz de tener un autocontrol emocional.

Todos tenemos derecho a hacer, pensar y sentir lo que queremos, siempre y cuando no perjudiquemos a nadie

Hay muchas ideas irracionales o pensamientos distorsionados en nuestra sociedad que impiden el autocontrol emocional y logran que nuestra vida no sea plena, que la disfrutemos con alegría. A continuación se exponen aquellas ideas irracionales que nos impiden en ciertas ocasiones hacer lo que queremos para y por sentirnos bien.

Lista de creencias irracionales de Ellis (1994)

CREENCIA IRRACIONAL	CONTRAPARTIDA RACIONAL
Para ser feliz, es necesario que todo el mundo me aprecie, me apruebe y me trate con simpatía. Tengo que ser amado /a y aceptado /a por toda la gente que sea importante para mí.	No siempre voy a caerles bien a todos. Intentaré hacer las cosas bien y no me preocuparé si no contento a todos. Mi valía como ser humano no depende de la aprobación de ninguna otra persona.
Si quiero considerarme necesario y útil, tengo que ser totalmente competente, adecuado / a y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente o con talento en algún área importante.	No tengo que demostrar que entiendo de todo y que soy competente en todo. Yo valgo mucho, incluso si cometo errores. Puedo aprender de ellos y seguir intentando cosas nuevas.
Cuando alguien actúa de manera ofensiva e injusta, debe ser condenado por ello y ser considerado como un individuo vil, malvado e infame.	El hecho de que algunas personas hagan cosas que supuestamente no deberían hacer no significa que sean malas y que merezcan un escarmiento. Aceptaré los propios errores y los ajenos.
Es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría.	Si las cosas no salen una vez, ya saldrán a la siguiente. Lo que importa es que mantenga la esperanza.
La desgracia humana es debida a causas externas y la gente no tiene ninguna o muy pocas posibilidades de controlar sus disgustos y trastornos.	Nada está escrito y puedo lograr más de lo que creo. Soy responsable de mi vida. Puedo elegir cuánto me afectará el comportamiento de los demás.
Si algo parece peligroso o terrible, tengo que estar preocupado por ello y sentirme ansioso.	Esperar siempre lo peor no va a arreglar nada. No necesito preocuparme acerca de lo que podría pasar; las cosas generalmente salen bien, y puedo controlar el hecho de que sucediera algo malo.
Es más fácil eludir que hacer frente a las dificultades o responsabilidades personales.	Todo irá mejor si me enfrento cuanto antes a las dificultades y responsabilidades de la vida.
Siempre se necesita de alguien más fuerte que uno mismo en quien poder confiar.	Los demás no siempre saben más que yo, también pueden equivocarse. Soy capaz de tratar un problema con responsabilidad y no necesito estar apoyándome siempre en otros.
Lo ocurrido en el pasado nos afecta de tal manera que no se puede borrar y determina nuestra conducta pasada y futura.	Lo pasado, pasado está y se puede integrar. Puedo cambiar y nunca es tarde para ello. No necesito continuar haciendo lo mismo.
Existe una solución precisa y concreta para cada situación, y si no la encuentro sobreviene la catástrofe.	Para cada situación puede haber varias soluciones, a veces contrapuestas, y si no se hallan a la 1ª, ya saldrán a la 2ª o a la 3ª.
Uno debe estar permanentemente preocupado por los problemas de los demás.	Tengo derecho a juzgar si me incumbe la responsabilidad de encontrar soluciones para los problemas de otras personas.

Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia, la inactividad y la pasividad. Si no tengo ganas de hacer algo, no lo hago. Si algo es incómodo o molesto, lo evito.

Los problemas no desaparecen ignorándolos. La inercia y la pasividad no son la mejor forma de arreglar las cosas. Ser activo y decidido, buscando ayuda y perseverando hacia la solución, suele ser un mejor planteamiento.

No tengo control sobre lo que siento y experimento.

Tengo cierto control en las relaciones interpersonales y puedo elegir cómo voy a responder a las acciones de otro.

No tengo por qué sufrir, tengo derecho a disfrutar de una buena vida.

La vida no siempre es justa y es posible que sufra a pesar de que trate de evitarlo. Puedo afrontar el dolor y aprender de la experiencia

El enfado es automáticamente malo y destructivo.

El enfado es una emoción honesta. No es malo enojarse, pero es adecuado controlar el enfado.

Tengo que pensar en los otros primero; actuar en favor de los otros incluso si es malo para mí. No debo ser egoísta.

Mis necesidades son importantes. Si las atiendo, estaré más relajado y saludable, y podré actuar mejor en favor de los otros.

No diré cosas que puedan lastimar los sentimientos de otras personas.

Las cosas importantes hay que decir las, pero con tacto. Lo que uno dice a menudo es menos importante que cómo lo dice.

Los amigos o familiares desconsiderados se merecen que no les hable.

Si los comportamientos de un amigo o familiar me molestan, lo inteligente es hablarlo. Si no hablo sobre ello, ¿cómo voy a solucionarlo!

Debo guardar mis sentimientos para mí.

La expresión de sentimientos construye confianza e intimidad. Si oculto constantemente mis sentimientos a los demás, me desconecto de mí mismo.

La crítica es una buena forma de corregir los errores de la gente.

Me concentraré en solucionar el problema, no en criticar errores pasados. Si me encontrara en el lugar del otro, ¿cómo me gustaría que se dirigieran a mí?

Para cambiar uno debe entender las razones de su conducta.

Para cambiar mi vida es mejor hacer algo en el presente; no esperaré a entender el pasado.

Una persona que realmente me quiera debería saber lo que necesito.

Es mejor expresar claramente lo que uno quiere y cómo uno se siente; no debo esperar a que los demás puedan leer mi mente. Las personas que me quieren no se merecen menos.

Debería tener siempre pensamientos positivos, amables y de cariño

Es preferible tener pensamientos positivos, pero a veces es difícil mantenerlos.

Cambiar de idea es una señal de debilidad.	Tengo derecho a cambiar de idea siempre que me haga responsable de sus consecuencias.
Las manifestaciones emotivas son una señal de debilidad.	Las expresiones de emociones adecuadas a la situación hacen que las otras personas conozcan mejor lo que sentimos hacia lo que sucede.
Antes de abordar una tarea difícil, necesito tener confianza en mí mismo.	El abordar tareas difíciles me da práctica, hace que cada vez sea más fácil y me da confianza en mí mismo.
Necesito tener control de mí mismo en todas las ocasiones.	El exceso de autocontrol bloquea la expresión de los sentimientos. Seré natural.
Esconderé mis errores; lo importante es tener razón.	Nadie es perfecto. Es normal cometer errores. Si no tengo razón, es mejor admitirlo cuanto antes.
Seguro que lo que diga no va a interesar a nadie. Creerán que soy tonto / a por lo que diga o se reirán de mí	Digo lo que pienso o lo que necesito preguntar. No se trata de parecer inteligente. Es muy probable que lo que tengo que decir interese al menos a alguien. Y si se ríen, ¿qué podría pasar?
Si voy por ahí haciendo cumplidos a la gente y diciéndoles cuánto les aprecio, pensarán que quiero algo de ellos.	Si hago un cumplido cuando la gente se lo merece, estoy recompensando y manifestando mi agrado por ese comportamiento.
Si alguien me hace un cumplido y lo acepto, pensaré que soy vanidoso / a.	Si acepto los cumplidos, estoy agradeciendo la atención de la otra persona hacia mí.
Si pido y recibo un favor, estoy obligado / a con la otra persona.	Cualquier tipo de obligación es algo que yo me autoimpongo.
Es más fácil acceder a la petición de otro que enfrentarme a cómo se sentirá si me niego	Tengo derecho a rechazar de forma adecuada lo que no quiero hacer.
Si soy un / a amigo / a de verdad, debo acceder a su petición.	La amistad significa sinceridad, pero no acceder a cada petición del otro.



¿Cómo puedo controlar mis emociones para ir a dormir?

Ejercicio "Nuestras creencias irracionales"

a) Leemos la lista de creencias irracionales y nos preguntamos cuáles poseemos y cuáles hemos podido transmitir a lo largo del día a través de mensajes verbales o actitudes tales como:

- *obligación: tienes que..., debes hacer..., deberías...*
- *prohibición: no, no hagas..., no pienses..., no digas...*
- *negación de sentimientos: no llores, no te preocupes, no goces*
- *permiso: no puedo permitir..., puedes...*
- *aislamiento / desconfianza: finge..., que no se aprovechen de ti...*
- *inseguridad: no vas a poder..., ya lo hago yo...*
- *vergüenza / culpa: está mal..., hacer eso es de...*
- *inferioridad: no te mereces..., no te dejes tentar... eres pequeño para...*
- *desesperación / paralización: no intentes..., no vengas con cosas nuevas*
- *locura: eres raro, eres un loco, los otros no lo hacen*
- *muerte: un día te matarás, mejor no hubieras nacido...*
- *condicionamiento: te lo compraré si haces..., te quiero si...*
- *contradicción (decir una cosa y hacer otra)*

b) Cada uno piensa en una preocupación específica que tiene ahora y que le puede quitar el sueño. Tras ello se pregunta; cómo se siente, qué piensa al sentirse así, si existe alguna creencia irracional sobre lo que piensa, cómo podría combatirla.

c) Compartimos las respuestas en pequeños grupos y se obtienen conclusiones.

d) Puesta en común en el gran grupo.

UNDÉCIMA SESIÓN

QUIÉRETE PARA DORMIR

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Definir autoestima
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración diafragmática
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- ¿Qué es autoestima?
- ¿Nos queremos lo suficiente para dormir y estar contestos y descansados con nosotros mismos?
 - Anuncio publicitario de uno mismo
 - Pregúntate el precio
 - Aprende a gestionar tu enfado
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Registrar en el Diario del Sueño, horario de actividades-ejercicios



Autoestima

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo.

Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, en el sentido que acabo de indicar. Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida, equivocado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona.

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merecer la felicidad y por lo tanto, ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades: cuánto más flexibles seamos, más resistiremos las presiones que nos hacen sucumbir a la desaparición o a la derrota.

Tener una autoestima alta nos ayuda a sobrellevar los problemas del día a día mejor. Permite acabar el día con actitud positiva, sin remordimientos y sin miedos que pueden perturbar la conciliación del sueño.

Estrategias para aumentar la autoestima

Una de las técnicas más importantes para poder aumentar nuestra autoestima pasa por saber aceptarse a uno mismo.

Hay aspectos de nuestra vida, de nuestra forma de ser y de nuestra imagen corporal que no podemos cambiar. No tiene sentido que estemos continuamente sufriendo por aspectos que nos han tocado por casualidad y que no podemos cambiar. Lo mejor en estos casos es saber aceptar nuestros defectos o aquello que no nos gusta de nosotros. No se trata de resignarse y aceptar todo lo que no nos gusta como si no quedara más remedio. Antes de nada, debemos distinguir entre lo que no podemos y lo que sí podemos cambiar. Por ejemplo, si pensamos que no se nos valora en nuestro trabajo, podemos cambiar de trabajo y buscar uno nuevo o esforzarnos más para que se nos valore. Por otro lado, existen determinadas cuestiones que no podemos cambiar, como por ejemplo nuestra estatura. En estos casos, lo mejor es aprender a aceptarse y aprender a valorar otras virtudes o aspectos que nos gusten y que podamos tener. No es lo mismo pensar “soy demasiado pequeño y nadie podrá quererme”, que pensar, “seré pequeño, pero soy muy simpático y agradable y estoy seguro que muchas me querrán con independencia de mi estatura”.

Lo mismo ocurre con las historias del pasado. El pasado no puede ser modificado, por eso lo mejor que se puede hacer es saber aceptarlo y no dejar que nos influya negativamente, por tanto una equivocación no significa que todo lo hagamos mal, no vale generalizar, porque ello nos generaría mala conciencia, preocupaciones,...que alterarían el sueño.

Reflexiona sobre los pensamientos negativos que te pueden quitar el sueño después de un largo día de trabajo: qué están diciendo de ti, hasta qué punto son ciertos o impuestos por otros, qué función cumplen...

- Hay que aprender a responder a esa crítica. La manera de hacerlo es buscar una frase que te sirva para mostrar tu enfado con esos pensamientos hirientes e injustos. Basta con algo tan sencillo como gritarse mentalmente “Cállate”, “Basta” o “Eso son mentiras”.
- Hay que intentar parar esos ataques antes de que hagan verdadero daño, así que insiste aunque en un primer momento las críticas persistan. Verás como en poco tiempo eres capaz de controlarlas.

Anuncio publicitario de uno mismo

1) Haz una lista de, por lo menos, 5 cualidades positivas en tu persona (corporales, de tu carácter ante los alumnos, capacidad de enfrentamiento al estrés, en el terreno de las relaciones personales, como miembro del colectivo docente, destrezas ante problemas en el aula,..) y 5 logros positivos en tu vida. Si no se te ocurren ninguno, puedes guiarte por la siguiente guía de ejemplos:.

GUÍA DE EJEMPLOS

<i>Perseverancia</i>	<i>Simpatía</i>	<i>Valentía</i>
<i>Dinamismo</i>	<i>Confianza en sí mismo / a</i>	<i>Cortesía</i>
<i>Capacidad de observación</i>	<i>Fuerza de voluntad</i>	<i>Paciencia</i>
<i>Previsor / a</i>	<i>Sensibilidad</i>	<i>Comunicativo</i>
<i>Sentido del humor</i>	<i>Comprensivo / a</i>	
<i>Fiable</i>	<i>Alegre</i>	<i>Responsable</i>
<i>Capacidad de escucha</i>	<i>Expresivo / a</i>	<i>Animoso / a</i>
<i>Organizado</i>	<i>Buena voz</i>	<i>Capacidad de concentración</i>
<i>Iniciativa</i>	<i>Ecuánime</i>	<i>Generosidad</i>
<i>Cordialidad</i>	<i>Franqueza</i>	<i>Adaptable</i>
<i>Auténtico / a</i>	<i>Honesto</i>	<i>Abierto / a</i>
<i>Afectuoso / a</i>	<i>Trabajador / a</i>	<i>Persistente</i>
<i>Independiente</i>	<i>Creativo / a</i>	<i>Original</i>
<i>Solidario / a</i>	<i>Marcar un gol</i>	<i>Conseguir ligar</i>
<i>Mantener un secreto</i>	<i>Conseguir hablar en público</i>	
<i>Escribir sin faltas</i>	<i>Resolver un problema</i>	<i>Leer bien</i>
<i>Aprenderme una lección</i>	<i>Habilidades manuales</i>	<i>Controlar mis impulsos</i>
<i>Cantar</i>	<i>Bailar</i>	<i>Meter una canasta</i>
<i>Ayudar a otros</i>	<i>Ojos grandes</i>	<i>Tener fe</i>
<i>Pensamiento lógico</i>	<i>Capacidad para intimar</i>	

2) A partir de la lista anterior, escribe un anuncio intentando venderte a los demás. Se trata de que te vendas bien y muestres tus cualidades y logros de los que estás satisfecho. Sé directo y entusiasta. Si te es más fácil, ayúdate con un dibujo o un lema.

Consejo: Repítelo en voz baja cuando quieras darte ánimos. Y compártelo con gente de confianza.

Pregúntate el precio

- Piensa en el precio que pagas por escuchar los ataques de tu crítica.
- Haz una lista de las formas en las que tener una autoestima baja ha afectado a tus relaciones, rendimiento laboral, sueño,...
- Haz una frase resumen que una tus críticas negativas y lo que has pagado por ellas. Por ejemplo, si tu crítica te dice que no eres lo suficientemente bueno para hacer bien tú trabajo y eso te ha costado perder el sueño, apunta una frase como "No me puedo permitir pensar que no soy bueno en mi trabajo.. Eso me ha costado perder el sueño y rendir peor en las clases".

Sólo con evaluar su coste, la crítica suele perder poder. Utiliza esas frases que has redactado para combatir la crítica cada vez que ataque

Aprende a gestionar tú enfado

- Respira profundamente 2 ó 3 veces (oxigenas tú cuerpo y te relajas).
- Piensa en la causa de tú enfado.
- Piensa en un momento:
 - ¿Por qué te enfadas y para qué?
 - ¿Qué te lleva a ese enfado?
 - ¿Servirá para solucionar el problema ó lo complicará más?
- Replantea la estrategia
- No expreses tus sentimientos de forma agresiva.
- No te reprimas, pero no seas agresivo/a.

DUODÉCIMA SESION

TÚ Ó YO

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Asertividad
- Técnicas de asertividad

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración diafragmática
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- ¿Qué es asertividad?
- Técnicas de asertividad (poner todas las técnicas de asertividad) y que escojan para llevar a cabo en el día a día
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Registrar en el Diario del Sueño, horario de actividades-ejercicios
- Poner en práctica tanto en casa como en el trabajo, técnicas de asertividad ante situaciones que nos generan malestar
- Para la siguiente sesión realizaremos en casa un listado de problemas. Cada uno/a pone una cruz a la izquierda de aquellas frases que expresan algo que es realmente un problema para él/ella (entendiendo como problema lo que nos preocupa o lo que, aunque no nos preocupe, está en realidad causando un trastorno en nuestra vida o aquello a lo cual no estamos sabiendo dar una solución acertada, o lo que es de solución difícil para nosotros, aunque sepamos cual es la solución acertada, o un gran deseo que tenemos y no lo podemos alcanzar). A continuación, recorre el listado de problemas marcados y encierra la cruz dentro de un círculo en aquellos problemas que siente que le preocupan de una manera especial, por último recorre los problemas marcados con una cruz y un círculo y encierra ese círculo dentro de otro en aquellos que sienta que le preocupan de manera especialísima. No hay tiempo prefijado, estas en casa, cada uno se toma el tiempo que necesite.

¿Qué es asertividad?

Wolpe (1958) y Lazarus (1966) definen asertividad como la expresión de los derechos y sentimientos personales. Además hallaron que casi todo el mundo podía ser asertivo en algunas situaciones y totalmente ineficaz en otras. Por tanto, de lo que se trata es de aumentar el número y diversidad de situaciones en las que se pueda desarrollar una conducta asertiva. La forma de interaccionar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés en la vida tanto para adultos como para niños. El entrenamiento asertivo permite reducir ese estrés, enseñando a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

Estilos de conducta asertiva

Estilo agresivo: son conductas típicas de aquellas personas que buscan pelea y conflicto, acusan y amenazan. En general todas aquellas actitudes que buscan agredir a los demás sin tener en cuenta los sentimientos del otro. La ventaja de esta clase de conducta es que la gente no pisa a la persona agresiva, la desventaja es que no quieren tenerla cerca.

Estilo pasivo: Se dice que tiene una conducta pasiva cuando permiten que los demás le pisen, cuando no defiende sus intereses y cuando hace todo lo que le dicen sin importar lo que piensen o sientan al respecto. La ventaja de ser una persona pasiva es que raramente se recibe un rechazo directo por parte de los demás. La desventaja es que los demás se aprovechan de uno y se acaba por acumular una pesada carga de resentimiento y de irritación.

Estilo asertivo: una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella. Al mismo tiempo, es considerada con la forma de pensar y de sentir de los demás. La ventaja de ser asertivo es que puede obtenerse lo que se desea sin ocasionar trastorno a los demás. Siendo asertivo se puede actuar a favor de los propios intereses sin sentirse culpable o equivocado por ello.

De estas 3 conductas, ni con la agresiva ni con la pasiva sirven para lograr lo que se desea.

Existen diferentes técnicas que nos permiten actuar de manera asertiva con el fin de actuar por nuestros propios intereses, sin dañar al prójimo, de tal manera que no nos remuerda la conciencia o quedarnos con resentimiento por haber actuado de forma pasiva o quedarnos solos por mostrar una conducta agresiva y a la defensiva ante el estrés que se puede generar en un ambiente docente y a veces hostil, de los institutos de hoy día.

Técnicas de asertividad

Para llegar a ser asertivo debemos evitar la manipulación. Para ello contamos con posibles técnicas a llevar a cabo:

1. **Técnica del disco roto:** repita su punto de vista con tranquilidad sin dejarse llevar por los aspectos irrelevantes:
 - sí, pero.....Lo sé, pero....mi punto de vista es.....Estoy de acuerdo pero.....Sí, pero yo decía.....Bien, pero todavía no me interesa.
2. **Técnica del acuerdo asertivo:** responda a la crítica admitiendo que ha cometido un error, pero separándolo del hecho de ser una buena o mala persona:
 - Sí, me olvide de la cita que teníamos para comer. Por lo general, suelo ser más responsable.
3. **Técnica de la pregunta asertiva:** Consiste en incitar a la crítica para obtener información que podrá utilizar en su argumentación:
 - Entiendo que no te guste el modo que en que actué la otra noche en la reunión, ¿qué fue lo que te molestó de él?, ¿qué es lo que no te gusta de mi que hace que no te guste? ¿qué hay en mi forma de hablar que te desagrada?
4. **Técnica para procesar el cambio:** desplace el foco de la discusión hacia el análisis de lo que ocurre entre su interlocutor y usted, dejando aparte el tema:
 - Nos estamos saliendo de la cuestión. Nos vamos a desviar del tema y acabaremos hablando de cosas pasadas. Me parece que estas enfadado.
5. **Técnica de la claudicación simulada (Banco de niebla):** Aparentemente cedemos el terreno pero sin cederlo realmente. Muéstrese de acuerdo con el argumento de la otra persona pero no consienta en cambiar de postura:
 - Es posible que tengas razón, seguramente podría ser más generoso. Quizá no debería mostrarte tan duro, pero....
6. **Técnica de ignorar:** ignore la razón por la que su interlocutor parece estar enfadado y aplase la discusión hasta que éste se haya calmado:
 - Veo que estas muy enfadado, así que ya discutiremos esto luego
7. **Técnica de quebrantamiento del proceso:** responda a la crítica que intenta provocarle con una sola palabra o con frases lacónicas:
 - Sí, No, Quizá...
8. **Técnica de ironía asertiva:** responda positivamente a la crítica hostil:
 - Gracias,...
9. **Técnica del aplazamiento asertivo:** Aplase la respuesta a la afirmación que intenta desafiarle hasta que se sienta tranquilo y capaz de responder a ella apropiadamente:
 - Prefiero reservarme mi opinión al respecto...No quiero hablar de eso ahora.



DÉCIMOTERCERA SESIÓN

QUIÉN DIJO...PROBLEMAS???

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Aprender Terapia de Resolución de conflictos
 - Facilitar una actitud positiva ante los problemas
 - Aprender a compartir o buscar diferentes puntos de vista para solucionar problemas
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración diafragmática.
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- *Resolvemos??*
 - *Con el listado de problemas que traemos de casa, llevamos a cabo un ejercicio; "compartiendo los problemas"*
 - *Otra estrategia para resolver conflictos: TREC (Terapia Racional Emotiva- Conductual).*
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño.

Resolvemos??

Ejercicio: Compartiendo los problemas

Sentados en un círculo, y con nuestra lista de problemas elaborada por cada uno de nosotros, se va pasando la lista a la persona que se encuentra a la derecha la cual escribirá al reverso posibles soluciones a los problemas señalados (teniendo en cuenta su gravedad, sus alternativas, sus implicaciones y sus consecuencias), y así sucesivamente, hasta que cada uno vuelve a tener en sus manos su propia lista de problemas. Entonces, cada participante lee en silencio las soluciones aportadas por los otros, las reflexiona pausadamente, y después, por turno y en voz alta, de su parecer, pide aclaraciones y da las gracias.

Estrategia: TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual, Albert Ellis)

Ante problemas del día a día, en ocasiones nos vamos con algún tipo de remordimiento de conciencia por algo que surgió durante el día y pensamos que reaccionamos mal, creemos que no supimos resolver bien el problema o situación que se dio y eso nos dificulta relajarnos y obtener el sueño. Ante ello, ofrecemos otra estrategia para analizar las situaciones que se nos presenten y nos provoquen esta sensación

¿Qué sucedió?--> ¿Qué sentí?--> ¿Qué pensé al sentirme así? --> ¿Qué hice? --> ¿Qué pensé al actuar así? --> ¿Qué consecuencias tuvo sentir, pensar y actuar así a corto plazo? --> ¿y a largo plazo? --> Si la misma o similar situación volviese a ocurrir, ¿cómo me gustaría sentirme, actuar y pensar? --> ¿Estos nuevos sentimientos, pensamientos y conductas aumentarían la probabilidad de mejores resultados a corto plazo? --> ¿y a largo plazo?



DÉCIMOCUARTA SESIÓN

DÉJATE LLEVAR...

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Relajar a los participantes del programa.
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración diafragmática
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- *Hacer una relajación guiada con visualización*
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño

RELAJACION GUIADA

Ponte en posición cómoda. Relájate. Siente como la relajación se extiende por tu cuerpo. Respira suave y lentamente.

Presta atención a tus pies. Mueve ligeramente los dedos. Deja que se relajen. Piensa ahora en tus pantorrillas. Deja que tus gemelos se relajen completamente. Siente como tus piernas se hundan en un estado de total relajación. Relaja tu parte trasera.

PAUSA

Concéntrate en los músculos de la parte inferior de tu espalda. Piensa en como la relajación invade esos músculos. Siente la relajación extendiéndose por la parte superior de tu espalda. Siente como todo tu cuerpo se hunde en un estado de relajación profunda. Concéntrate ahora en tus dedos. Siente como hormigean ligeramente. Piensa en el calor que se apodera de tus dedos. Deja que se relajen totalmente. Relaja tus antebrazos, tus brazos y tus hombros. Totalmente relajados. Relaja tu cuello.....(PAUSA)....y tu mandíbula. Siente como tu cabeza se hunde en una posición cómoda y relajada.

Recorre tu cuerpo buscando posibles zonas de tensión y relaja esas zonas. Siente como tu cuerpo está rodeado por una tranquilizante sensación de calor y relajación. Disfruta de este maravilloso estado de completa relajación.

PAUSA DE UN MINUTO

Ahora concéntrate en tu respiración. Respira suave y lentamente.

PAUSA

A medida que inspiras, permite a tu estómago que se eleve y expanda. Cuando espire, deja que todo tu cuerpo se relaje, inspira: siente como se eleva tu estómago. Expira: relax: Inspira. Siente como se eleva tu estómago. Expira: relax. Inspira...(tres veces). En las próximas diez respiraciones, cada vez que inspires siente como se eleva tu estómago; cada vez que espire piensa para ti.....relax.....relax.....relax...

PAUSA DE 10 RESPIRACIONES

Siente como te hundas más y más profundo en un estado calmado y maravilloso de completa relajación.

Ahora vas a ir con tu mente a un lugar especial. Puedes ir a ese lugar cada vez que quieras encontrar paz y tranquilidad. En tu lugar especial brilla el sol. El cielo es azul. Estas totalmente relajado, disfrutando del aire tibio y de la tranquilidad.

PAUSA

Siente el calor. Disfruta de la belleza.

PAUSA

Puedes estar aquí solo o puedes compartir este lugar con alguien especial para ti. Es tu lugar. Tú decides.

En tu lugar especial, todo es relajante. Estás tranquilo, relajado, confiado y contento de estar vivo. Tú tienes el control. Te sientes muy bien.

Siente como la calma se extiende por todo tu cuerpo y tu mente mientras descansas dulcemente, disfrutando de la paz y la tranquilidad de tu lugar especial. Te sientes tan bien y relajado. Tienes el control de tu cuerpo y tu mente. Disfruta de este maravilloso descanso.



DÉCIMOQUINTA SESIÓN

CÓMO LO VES AHORA

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- No juzgar el comportamiento de los demás
 - Aprender a que no nos influya los comentarios de terceras personas para no adquirir una actitud negativa ni que nos influya a la hora de ir a la cama
-

Parte participativa:

- 10 minutos de respiración diafragmática.
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- *Definir PLN*
- *El metaespejo*
- Hacer feedback para saber si se quedaron claros los contenidos y propósitos de esta sesión.

Tareas para casa:

- Valorar la importancia del sueño en vuestra vida diaria. Como os afecta el carecer de ó mantener unos buenos hábitos de sueño en el día a día.
- Comprometer a registrar y rellenar Diario del Sueño.

DEFINICIÓN P.N.L. (POSICIONES PERCEPTIVAS)

Las tres posiciones primarias desde las que es posible contemplar una situación son:

Primera posición: desde la primera posición vemos, oímos y sentimos la situación desde nuestros propios ojos, oídos o emociones, es decir, vivimos la situación desde dentro de nuestra propia piel. La primera posición es interesante cuando queremos fijarnos unos objetivos iniciales o cuando queremos crear una opinión propia. Desde esta posición podemos también hacer el chequeo ecológico (“¿es congruente este objetivo con lo que soy o quiero ser?”).

Segunda posición: desde la segunda posición nos metemos en la piel de otra persona y vivimos la experiencia como si fuéramos esa otra persona. No se trata de ponernos en el lugar de la otra persona de forma intelectual, sino vivencial, sintiendo lo que la otra persona sentiría en esa situación. Con la segunda posición es muy fácil entender la percepción que la otra persona tiene de algo, por lo que se puede utilizar cuando nos cuesta comprender las reacciones de los demás.

Tercera posición: desde la tercera posición nos distanciamos de la situación y la vivimos como si fuéramos alguien neutral, como si fuéramos un testigo ajeno, sin emociones. La tercera posición nos acerca a la objetividad y la podemos utilizar cuando no queremos que nuestros sentimientos influyan en nuestras decisiones.

En realidad, lo que hacemos es abrir nuestro mundo a nuevas opciones y evitar así el bloqueo. La salud mental consiste, entre otras cosas, en combinar sabiamente estas tres posiciones con el fin de establecer pautas flexibles que proporcionen vías de acercamiento hacia nuestros propios deseos y las necesidades de los demás.

El metaespejo

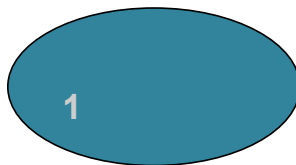
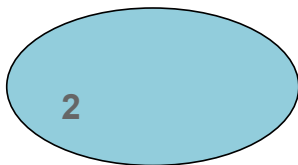
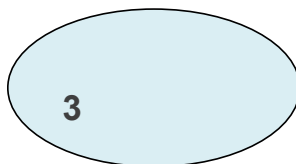
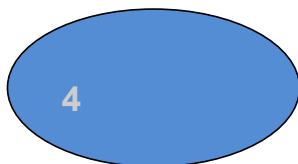
Ten en cuenta que todo el mundo información con la que crea su propia realidad a través de sus cinco sentidos: visual, auditiva, cinestésico, gustativo y olfativo. Sin embargo, nuestros sentidos bombardean nuestro cerebro con tal cantidad de información que, para no perder la cordura, solo procesamos una diminuta fracción de toda la información que entra. Ahora, aquello a lo que accede nuestro cerebro lo dictaminan unos filtros que son combinaciones entre lo que creemos ser, nuestros valores y creencias, y nuestros recuerdos.

El metaespejo es un ejercicio que desarrollo Robert Ellis en 1988 con el propósito de juntar un cierto número de perspectivas o posiciones de percepción. En la base del metaespejo radica la idea de que los problemas a los que nos enfrentamos son un reflejo nuestro y de cómo nos relacionamos con nosotros mismos, que sobre la otra persona. Es una manera de dar un paso atrás y observar el problema al que nos enfrentamos ante una nueva luz.

El ejercicio siguiente juega con cuatro posiciones perceptivas. Puedes hacer este ejercicio con la ayuda de un amigo para que te sea más fácil centrarte en el proceso.

Primero escoge una situación que te pueda generar un enfrentamiento difícil. Ahora destina cuatro posiciones distintas. Importante que cada vez que cambies de posición, da un paso y sacude tu cuerpo.

1. Ponte de pie sobre la primera posición. Imagina que observas a la otra persona o situación en la segunda posición (puede estar colocado tu amigo). Pregúntate: ¿Qué siento y pienso al observar a esa persona?
2. ahora, sacúdete ese estado y pasa a la segunda posición. Imagina que esa otra persona que ahora te devuelve la mirada te observa en la primera posición. Pregúntate: ¿Qué siento y pienso al observar a esta persona?
3. Sacúdete de nuevo y pasa a la tercera posición, que será la del observador independiente que observa la relación de las otras dos personas de manera objetiva. Mientras te observas a ti mismo en la primera posición, ¿Cómo reaccionas frente a ese "tú" que ahora ves allí?
4. Sacúdete de nuevo y ponte de pie en un lugar aún más lejano, la cuarta posición. Compara tus reflexiones y sensaciones en la tercera posición con tus reacciones en la primera e inviértelas un par de veces, juega con ellas. Por ejemplo: en la primera posición te sentiste confundido mientras que en la tercera te embrago la tristeza. No importa cuales fueron tus reacciones, invierte mentalmente la posición de las distintas reacciones.



BLOQUE IV: *Despedida*

DÉCILOSEXTA SESIÓN

HASTA LUEGO

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa + parte teórica

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Importancia de dar GRACIAS para que los demás estén bien y contigo mismo también
- Cierre del psicoeducativo

Parte participativa:

- 10 minutos de relajación diafragmática
- Aplicar práctica del "Aquí y Ahora" (caramelos)
- 10 minutos para resolver dudas de la sesión anterior o hacer algún comentario referente a la misma.

Parte Teórica:

- *Pasar Índice de Calidad de Pittsburg (2ª ocasión)*
- *Exploración Física (2ª ocasión)*
- *Despedida (preguntas para futuros proyectos).*
- *Culminar con la música de: Dan Gibson (Streams of Hope)*

Tareas para casa:

- Llevar a cabo todos aquellos conocimientos aportados en el psicoeducativo y que les sean de provecho para su día a día para que sean capaces de autocuidarse evitando el insomnio.



Despedida

¿QUÉ PODEMOS MEJORAR DEL PSICOEDUCATIVO?

.....

.....

.....

.....

¿CÓMO LO PODRÍAMOS HACER?

.....

.....

.....

.....

¿QUÉ ASPECTOS PODEMOS QUITAR O AÑADIR AL PROGRAMA? ¿CUÁLES OS HAN GUSTADO MÁS Y CUÁLES MENOS?

.....

.....

.....

.....

¿QUÉ OS HA GUSTADO MÁS?

.....

.....

VALORA DEL 0 AL 10 (siendo 0 la peor nota y 10 la mejor) ESTA HERRAMIENTA Y COMO NOS INFLUYE A MEJORAR NUESTRA CALIDAD DE VIDA.

.....

.....

DÉCIMO SÉPTIMA SESIÓN

CÓMO DUERMO TRAS 3 MESES. GRACIAS.

Metodología/ Objetivos/ Tareas

Metodología: Parte participativa

Duración: 90 minutos

Objetivos:

- Sacar conclusiones tras el psicoeducativo
 - Conocer si se dieron cambios de hábito de sueño en los participantes
 - Saber si mejoró la calidad de sueño entre los docentes que colaboraron en el estudio.
 - Y para estudios futuros, desde una percepción personal, conocer si mejoró la calidad de docencia, manera de afrontar los problemas y la relación con los compañeros y alumnos en el instituto, pasando una encuesta con preguntas cerradas.
-

Parte participativa:

- Volver a presentarnos terapeuta y co-terapeuta.
- 10 minutos respiración diafragmática
- Responder de manera breve a una Encuesta Final de preguntas abiertas para futuros proyectos:
 - ✓ *¿Qué cambios has notado el tú sueño a lo largo de estos 3 meses? ¿Para mejor o para peor?*
 - ✓ *¿Te ha supuesto un gran sacrificio?*
 - ✓ *¿Recomiendas esta herramienta a otros compañeros?*
 - ✓ *Si tienes familia o pareja, ¿éstos han notado un cambio en tu actitud? ¿y tú?*
 - ✓ *¿Ha cambiado también la familia hábitos de sueño?*
 - ✓ *¿Crees que está herramienta se puede ampliar a otras categorías profesionales y/o grupo de personas?*
- Pasar Índice de calidad de sueño de Pisttburg (3ª ocasión).
 - Exploración física (3ª ocasión)
- **GRACIAS!**

Tareas para casa:

- Aprovechar el tiempo necesario para dormir.
- Dar la importancia que se merece al sueño, porque éste es sinónimo de SALUD, ENERGÍA Y VITALIDAD!

Encuesta final

*¿QUÉ CAMBIOS HAS NOTADO EN TÚ SUEÑO A LO LARGO DE ESTOS TRES MESES?
¿PARA MEJOR O PARA PEOR?*

.....
.....

¿TE HA SUPUESTO UN SACRIFICIO?

.....
.....

¿RECOMIENDAS ESTA HERRAMIENTA A OTROS COMPAÑEROS?

.....
.....

*SI TIENES FAMILIA O PAREJA, ¿ÉSTOS HAN NOTADO UN CAMBIO EN TU ACTITUD? ¿Y
TÚ?*

.....
.....

¿HA CAMBIADO LA FAMILIA TAMBIEN LOS HÁBITOS DE SUEÑO?

.....
.....

*¿CREES QUE ESTÁ HERRAMIENTA SE PUEDE AMPLIAR A OTRAS CATEGORÍAS
PROFESIONALES Y GRUPOS DE PERSONAS?*

.....
.....

**Comunicación terapéutica y
satisfacción del paciente**

Programa formativo para el equipo
de enfermería de la Unidad de
Hospitalización Psiquiátrica

Gloria Alfonso Martínez



ÍNDICE

	pag.
1. RESUMEN	255
2. PALABRAS CLAVE	255
3. INTRODUCCIÓN	255
4. MARCO TEÓRICO	258
5. JUSTIFICACIÓN	259
6. HIPÓTESIS	264
7. OBJETIVOS	264
7.1 Objetivo general	264
7.2 Objetivos específicos	264
8. MATERIAL Y MÉTODOS	265
8.1 Diseño del estudio	265
8.2 Lugar del estudio	265
8.3 Duración del estudio	265
8.4 Población y muestra del estudio	266
8.4.1 Criterios de inclusión	266
8.4.2 Criterios de exclusión	266
8.5 Definición de variables	267
8.5.1 Variable independiente	267
8.5.2 Variable dependiente	267
8.5.3 Variables de confusión	267
8.6 Instrumentos de medida	268
8.7 Metodología del estudio	269
9. ANÁLISIS DE LOS DATOS	270
10. RECURSOS NECESARIOS	271
10.1 Recursos Humanos	271
10.2 Recursos Materiales	271
11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	272
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y AUTORIZACIONES	273
13. RESULTADOS ESPERADOS	273
14. BIBLIOGRAFÍA	274

15. ANEXOS	277
Anexo I: Cronograma	277
Anexo II: Cuestionario para profesionales.....	278
Anexo III: Cuestionario de satisfacción en comunicación	279
Anexo IV: Consentimiento informado.....	282
Anexo V: Acreditación.....	284
Anexo VI: Control de asistencia.....	285
Anexo VII: Programa Formativo en Comunicación Terapéutica.....	287



1. RESUMEN

La comunicación del equipo de enfermería con el paciente es algo fundamental en el contexto de los cuidados, y como demuestran numerosos estudios, tiene una relación directa con la satisfacción de los pacientes. Cuando se trata de pacientes con problemas de salud mental la importancia de la comunicación aún es mayor, y si estos pacientes están en una unidad de hospitalización psiquiátrica la comunicación se convierte en la principal herramienta de trabajo para el equipo de enfermería.

Otros estudios ponen de manifiesto el déficit de formación continuada de los profesionales de enfermería en el campo de la comunicación, por ello la inseguridad que les causa ponerla en práctica y en consecuencia su falta de uso.

Con este proyecto se pretende realizar un estudio cuasi-experimental, en el que se realizará una encuesta de satisfacción a los pacientes de la unidad de hospitalización psiquiátrica, antes y después de impartir un programa de formación en comunicación terapéutica al equipo de enfermería de esta unidad.

El estudio se llevará a cabo en 5 hospitales de la Comunidad Valenciana (Hospital de la Marina Baixa, Hospital La Fe, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Hospital de la Ribera de Alzira y Hospital Provincial de Castellón).

2. PALABRAS CLAVE

Comunicación terapéutica, satisfacción del paciente, enfermera hospitalización psiquiátrica, programa formativo.

3. INTRODUCCIÓN

Etimológicamente la palabra comunicación proviene del término en latín *comunicare*, y significa *põremcomum* (poner en común). La comunicación implica la competencia interpersonal en las interacciones y es la base de la relación entre los seres humanos, además de ser un proceso vital y recíproco capaz de influir en el comportamiento de las personas. El acto comunicativo como fenómeno interactivo

revela la relación entre los seres humanos, ya que a partir del proceso de comunicación compartimos experiencias, inquietudes e inseguridades mientras satisfacemos nuestras necesidades como seres de relación (Smith da Nóbrega, Geraldo da Costa, Dias y Carneiro, 2009).

La comunicación terapéutica se define como “un instrumento único de interacción interpersonal que contribuye a la excelencia en el trabajo, lo que permite sustancialmente la relación entre enfermera y paciente, la asistencia en la resolución de los problemas físicos, mentales, emocionales y espirituales”. Este tipo de comunicación tiene como objetivo identificar y reconocer las necesidades del paciente, la creación de un vínculo de confianza entre los individuos, y promover la seguridad del paciente (Da Silva, Tavares de Oliveira, Ferreira da Costa, Ferraz, Pereira y De Freitas, 2012).

Según Clara Valverde (2007):

La comunicación terapéutica constituye un nuevo enfoque en los cuidados enfermeros en el cual el centro de trabajo es el paciente, su narrativa (lo que dice y cómo lo dice), su experiencia de la enfermedad, su experiencia del sufrimiento y lo que significa para él, cómo el profesional escucha, atiende y dialoga con él sobre esa experiencia (p.19).

La comunicación en enfermería ejerce un papel importante en relación con una atención competente y humanitaria, favorece una relación terapéutica con el paciente, entendida como un proceso interactivo y personalizado, existiendo afinidad, comprensión y aceptación entre la enfermera y el paciente (De Lemos, De Oliveira, De Freitas y Freitas da Silva 2010).

A nivel de la relación enfermera-paciente cuando las palabras no se dicen, se dicen mal o no se comprenden, aparece un deterioro en el paciente, regresión o incluso empeoramiento de su enfermedad. De esto se deduce que muchas veces el paciente no colabora por razones como la incomunicación, una información inadecuada, la insatisfacción, no conformidad con el tratamiento y por último una baja calidad de los resultados médicos o de enfermería (Cibanal y Arce, 1991).

Es importante señalar la importancia tanto de la comunicación verbal como de la no verbal para fortalecer el vínculo afectivo entre el profesional de enfermería y el paciente, dándose una relación intersubjetiva con especial énfasis en las necesidades individuales de cada paciente. La comunicación no verbal, al estar desprovista de



palabras, es percibida como una forma compleja de interacción interpersonal, llena de expresiones y significados que enriquecen la comunicación pero que conllevan la necesidad de ser clarificados con el paciente, para no llevar así al error de la interpretación y como consecuencia una mala comunicación (Smith da Nóbrega et al., 2008) (Cibanal, Arce y Carballal, 2010).

Cuando comunicamos debemos tener claro qué es lo que queremos comunicar y cómo lo vamos a hacer para que se obtenga el resultado deseado.

Para ello debemos tener en cuenta los **objetivos de la comunicación terapéutica**:

Principal: aumentar la calidad de vida del paciente.

Específicos para el paciente: se centrarán en que el paciente...

- Sienta que es el centro de los cuidados y del proceso de enfermería.
- Note que su experiencia de la enfermedad es lo que más importa al enfermero.
- Pueda comunicar sus vivencias y sea escuchado.
- Perciba que su sufrimiento (físico y emocional) es creído y tomado en serio.
- Se sienta acompañado y menos solo.
- Tenga la posibilidad de identificar, sentir, saber y decidir si quiere cambiar y cómo, su manera de vivir su situación para poder:
 - o Enfrentarse a un reto como la enfermedad.
 - o Mejorar una situación problemática o potencialmente problemática.
 - o Encontrar maneras de ser y recursos personales más satisfactorios.
 - o Desarrollar su sentido de la vida en una situación nueva (enfermedad, discapacidad...)

Específicos para el profesional de enfermería:

- Crear una relación terapéutica eficaz con el paciente.
- Aumentar su eficacia y satisfacción.
- Desarrollar un “saber estar” profesional por medio del pensamiento terapéutico.
- Disminuir su propia frustración.
- Aceptar que el sufrimiento es un tema central en enfermería.
- Aumentar su interés por la complejidad del paciente.
- Sentirse más humano (Valverde, 2007).

Comunicar es uno de los comportamientos humanos más importantes; lo que nos hace sentirnos personas es la relación.

4. MARCO TEÓRICO

El modelo teórico más apropiado para la elaboración de este proyecto es el de Relaciones Interpersonales de Hildegard Peplau.

“La enfermería es una relación humana entre una persona que está enferma, o necesitada de servicios de salud, y una enfermera con una formación especializada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda” (Peplau, 1990).

Peplau defiende la práctica de la “Enfermería Psicodinámica”, cuyas etapas se dividen en reconocer, clarificar y construir una comprensión de lo que sucede cuando una enfermera se relaciona de modo útil con un paciente.

Bajo este pensamiento se entiende que el principal objetivo de las escuelas profesionales de enfermería es conseguir el máximo desarrollo de la enfermería como persona consciente de su actuación en una situación concreta. La medida en que cada enfermera comprenda su propia función determinará la medida en que llegue a comprender la situación del paciente y la forma en que éste la concibe.

Las tareas relacionadas con éste objetivo se resumen en: expresar interés humano por las personas con dificultades, liberar la capacidad emocional e intelectual para poder elegir y que la enfermera se desarrolle como persona cuyo autointerés bien aprendido tenga como finalidad una relación productiva con todo tipo de pacientes, estudiantes y ciudadanos.

Recordando que el principal objetivo de la escuela de enfermería no debe ser el interés por el paciente, siendo esta la tarea de la enfermera, el objetivo es el desarrollo de la enfermera como persona que desea cuidar a los pacientes de forma útil.

Las interacciones interpersonales entre un paciente y una enfermera resultan a menudo más esclarecedoras del desenlace del problema de un paciente que muchos procedimientos técnicos sistemáticos.

“Lo que la enfermería sea y pueda llegar a ser depende de lo bien que pueda reconocer la enfermera las dificultades que plantean las relaciones con las personas y



de la habilidad que alcance para ayudar a las personas a resolver sus dificultades y a desarrollar nuevas facultades para afrontar los problemas recurrentes” (Peplau, 1990).

Para Peplau la relación enfermera-paciente se divide en cuatro fases, todas ellas relacionadas entre sí:

- Fase de orientación
- Fase de identificación
- Fase de explotación
- Fase de resolución

Dentro de la relación enfermera-paciente la enfermera desempeña un rol determinado, estos roles pueden venir determinados tanto por la intención de la enfermera como por las expectativas del paciente.

- Rol de extraño
- Rol de persona-recurso
- Roles de enseñanza
- Rol de función de liderazgo
- Roles sustitutivos
- Rol de asesor

5. JUSTIFICACIÓN

Numerosos artículos apoyan la relación existente entre una buena comunicación enfermera-paciente y la satisfacción del paciente.

“La falta de comunicación con los profesionales sanitarios es la causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados” (Vidal, Adamuz y Feliu, 2009).

En un estudio en el que se realizaban encuestas de satisfacción del paciente lo que mayor valoración obtenía eran las condiciones para “humanizar” la asistencia (65% de

los casos), después la cantidad y cualidad de la información que se facilita a los pacientes (50%) y a continuación la competencia percibida de los profesionales (43%). Esto avala la importancia que tiene el análisis de la relación enfermera-paciente en el proceso terapéutico (Marín y León, 2001) (Mira, Rodríguez-Marín, Peset, Ybarra, Pérez-Jover, Palazón y Llorca, 2002).

Cuando el paciente se siente escuchado, comprendido, apoyado, ve que se valora su opinión, que forma parte de su plan de cuidados y de su propia evolución, se siente más satisfecho y esto se ve reflejado directamente en los resultados clínicos de forma positiva. Entre un 30 y un 50% de los pacientes no muestran adherencia al tratamiento a consecuencia de una deficiente comunicación con el personal (Vidal et al., 2009). Esto también tiene un gran efecto en la enfermera, porque cuando ésta realiza una comunicación de calidad se siente más valorada (Maqueda y Martín, 2012).

“Una relación eficaz entre el paciente y la enfermera tiene potencial curativo real” (Mc Donald, 2003).

Hay evidencia significativa de que una comunicación efectiva provoca la disminución de la ansiedad, aumenta la capacidad de afrontamiento del paciente y como consecuencia se da una mayor adherencia al tratamiento (Stickley y Freshwater, 2006).

Cuando permitimos que el paciente dé su punto de vista sobre la enfermedad, escuchamos cómo éste la vive y la siente, ya estamos ayudando a que se adapte a ella. Pero para que el paciente se abra es preciso que se sienta escuchado de manera empática (Díaz, 2011).

De manera especial, el paciente hospitalizado se encuentra en una situación de vulnerabilidad en varios sentidos, está ubicado fuera de su ambiente cotidiano, rodeado de personas desconocidas, en un entorno con estrictas normas, escuchando tecnicismos que no llega a comprender, etc. Si añadimos todo esto a la propia preocupación por su estado de enfermedad, el estado de ansiedad de un paciente hospitalizado aumenta.

En este contexto el paciente pierde su identidad como ser individual, no se siente escuchado, tiene miedo, no es capaz de expresar sus sentimientos, inquietudes y preocupaciones, se ve envuelto en la vorágine de una rutina en la que no existe la humanización necesaria en un proceso de cuidado (De Lemos et al., 2010).



Uno de los objetivos de la labor diaria de enfermería es que los pacientes satisfagan sus necesidades intrínsecas, en el caso de los pacientes hospitalizados se deben tener en cuenta con mayor énfasis las necesidades de comunicación, el hecho de que el paciente se sienta escuchado, valorado, comprendido en su estado de enfermedad, es crucial para que pueda evolucionar en todos los sentidos. El profesional de enfermería es el que más tiempo pasa en contacto con el paciente, es el sanitario más accesible para ellos, debe utilizar la comunicación como herramienta para humanizar, cuidar, hablar con el paciente, para aclarar dudas con respecto al tratamiento, diagnóstico o evolución de su proceso, minimizando su ansiedad fruto de la pasividad impuesta por la enfermedad y la hospitalización (Smith da Nóbrega et al., 2008).

Hay estudios que destacan la importancia y la necesidad de una educación continua de los profesionales de la salud en comunicación terapéutica, ya que existen debilidades en este ámbito. Existen dificultades en la interacción y en el uso de técnicas terapéuticas debido a problemas como la falta de conocimientos de técnicas de comunicación terapéutica, lo que da lugar a una limitación en la relación del profesional de enfermería con el paciente, viéndose de esta manera afectada la identificación de las verdaderas necesidades del paciente (Da Silva et al., 2012) (Stickley, 2006).

La inseguridad que produce el no estar o no sentirse preparado para comunicarse con personas que están pasando por momentos difíciles, hace que en muchas ocasiones se evite el contacto con estas personas. Incluso los estudiantes de enfermería se llegan a sentir insatisfechos, ansiosos e incluso agobiados en su trabajo de relación porque hay un déficit de formación en este ámbito (Alfárez, 2012).

Para poder mantener una buena comunicación es muy importante conocerse a uno mismo, saber expresar los sentimientos, entender por qué nos comportamos de determinadas maneras, cuáles son nuestras dificultades y analizar cómo influye todo esto a nuestra capacidad para comunicarnos.

La relación de ayuda favorecerá nuestro crecimiento personal, al enfrentarnos a los problemas de los demás revivimos los propios. Al trabajar como agentes de relación de ayuda trabajamos sobre nosotros mismos, siendo capaces de cuestionarnos y de crecer psicológicamente (Cibanal, 1991).

Una buena comunicación requiere un entrenamiento concienzudo, una práctica diaria, ser constantes y tener claro cuál es el objetivo. Pero bien es cierto que las

técnicas y habilidades de comunicación no se aprenden de la noche a la mañana. Tampoco se debe caer en la frustración de pensar que no se puede conseguir porque no salga al primer intento, o creer que es tarde para cambiar la forma de comunicarnos con los demás (Cibanal et al., 2010).

Estos sentimientos de impotencia o de incapacidad se incrementan en las enfermeras de las unidades de psiquiatría, donde pueden incluso llegar a sentirse perdidas y algo inútiles cuando acostumbradas a la carga de funciones técnicas de otras plantas, se encuentran en esta unidad donde la demanda de cuidados precisa de una serie de técnicas interpersonales diferentes. Nos encontramos en este momento ante una deficiencia formativa en este campo, una falta de entrenamiento en el trato con el paciente cuando no tenemos una técnica de por medio (Da Silva et al., 2012).

Otro aspecto que puede crear cierto rechazo hacia las relaciones terapéuticas son las expectativas creadas previamente por la enfermera. Es probable que tras una hora hablando con un paciente quede la frustración de no haber producido ningún cambio en su evolución. Esta situación puede continuar por dos caminos: por un lado provocar un distanciamiento en la relación enfermera-paciente; y por otro pensar en cómo actuar en el próximo contacto. Lo ideal sería seguir el segundo camino para lograr una relación enfermera-paciente efectiva, tanto para el paciente como para el profesional.

No debemos olvidar que la enfermera es el profesional de la salud que más tiempo pasa con el paciente, es el que más posibilidades tiene de observar a los pacientes y de intervenir favorablemente en su desarrollo (Werner y Rouslin, 1996).

Para conseguir una comunicación satisfactoria, es necesario que las enfermeras tomen conciencia de que su presencia es tan importante como la realización de procedimientos técnicos (Carvalho, Tigre y Costa, 2008).

A la hora de organizar las tareas del día es frecuente que quede en un segundo plano el tiempo para hablar con el paciente, cuando esta tarea es indiscutiblemente una parte del cuidado holístico del paciente, pero que todavía cuesta incluir en nuestra planificación diaria. Así se demuestra cuando, aun habiendo iniciativa y predisposición por parte de los profesionales, la organización y el entorno laboral declaran este hecho como una pérdida de tiempo.

Al igual que los pacientes necesitan a las enfermeras para realizar una cura o una extracción sanguínea, también las necesitan para desahogar sus problemas, sentirse



escuchados y comprendidos. De hecho en muchos casos es esta segunda necesidad la que prima sobre la primera, siendo así la mayor ayuda que los profesionales pueden aportar (Cibanal et al., 2010).

“El núcleo de la enfermería es la relación enfermera-paciente” (Montejo, 2009).

Este hecho adquiere un papel crucial en las unidades de psiquiatría. En muchas ocasiones las personas que padecen un trastorno mental interpretan erróneamente la realidad y sus habilidades interpersonales se ven afectadas, por ello las enfermeras que se encuentran en estas unidades deben manejar bien las técnicas de comunicación interpersonal.

Según Joana Fornés:

Es competencia específica para la enfermera de salud mental comprender la conducta del ser humano, y para ello es necesario utilizar una actitud abierta para escuchar aquello que preocupa al otro, aquello que es un problema para él o para ella, separándolo de lo que personalmente se puede considerar aceptado o no, lo que implica habilidades de comunicación y estrategias de afrontamiento adaptativo. (Perea-Baena y Sánchez-Gil, 2008).

El concepto de satisfacción en los pacientes de una unidad de psiquiatría es muy complejo, ya que queda dividido en satisfacción vital y satisfacción con los cuidados psiquiátricos (Längle en Sartorius, Sanz y Pérez, 2006).

Podemos caer en el error al pensar que la información proporcionada por los pacientes ingresados en estas unidades es poco fiable por creerlos demasiado enfermos, pero en los resultados del “Psychiatric Care Satisfaction Questionnaire” realizado por Längle y Baum (2003) podemos ver como estos pacientes valoran como lo más importante la relación terapéutica, la relación con enfermería y con el trabajador social, coincidiendo éstos con los aspectos valorados también como más satisfactorios. Lo que nos muestra que las encuestas de satisfacción en psiquiatría son una herramienta de evaluación de la calidad asistencial de indudable valor (Sartorius et al., 2006).

Debido al hecho evidenciado de la necesidad formativa continua de los profesionales de enfermería en comunicación terapéutica, así como la clara relación existente entre una buena comunicación y la satisfacción de los pacientes, es necesario

crear un programa formativo para estos profesionales. Concretamente un programa dirigido a los que desempeñan su labor en las unidades de hospitalización psiquiátrica, ya que los pacientes hospitalizados son más vulnerables y especialmente los pacientes de las unidades psiquiátricas debido a su perfil de necesidades.

6. HIPÓTESIS

La aplicación del programa formativo sobre comunicación terapéutica en el equipo de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica de cinco hospitales de la Comunidad Valenciana, mejorará la satisfacción de los pacientes de dichas unidades.

7. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general: evaluar la efectividad del programa formativo en comunicación terapéutica para el equipo de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica de cinco hospitales de la Comunidad Valenciana, sobre la satisfacción de los pacientes de dichas unidades.

7.2. Objetivos específicos

- Conocer la satisfacción de los pacientes de las unidades de hospitalización psiquiátrica con respecto a la comunicación con el equipo de enfermería durante su estancia en la unidad.
- Valorar si mejora la satisfacción de los pacientes respecto a la escucha del equipo de enfermería hacia el paciente.
- Valorar si mejora la satisfacción de los pacientes respecto al tiempo que dedica el equipo de enfermería a comunicarse con ellos.
- Valorar si mejora la satisfacción de los pacientes respecto a la claridad en la comunicación con el equipo de enfermería.



8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. Diseño del estudio

El diseño del estudio es CUASI-EXPERIMENTAL ANTES-DESPUÉS, se realizará una valoración de la satisfacción de los pacientes antes de la intervención y otra después de la misma.

8.2. Lugar del estudio

El estudio se realizará en las unidades de hospitalización psiquiátrica de cinco hospitales de la Comunidad Valenciana, donde se imparte formación a los EIR de Salud Mental coordinados por la EVES:

- Hospital de la Marina Baixa (Villajoyosa)
- Hospital La Fe (Valencia)
- Hospital Clínico Universitario (Valencia)
- Hospital de la Ribera (Alzira)
- Hospital Provincial de Castellón

La captación de los pacientes y la valoración de la satisfacción se realizarán en las unidades de hospitalización psiquiátrica.

El programa formativo tendrá lugar en el Salón de Actos o Aulas de formación de cada Hospital, dependiendo de la disponibilidad de cada centro.

8.3. Duración del estudio

La duración total del estudio será de 8 meses, durante los 2 primeros meses se realizarán las encuestas de satisfacción a los pacientes, en los siguientes 3 meses tendrá lugar el programa formativo, durante 2 meses se volverán a realizar las encuestas de satisfacción a los pacientes, y finalmente en el mes restante se llevará a cabo la evaluación y análisis estadístico. Cronograma (Anexo I).

8.4. Población y muestra del estudio

Hay dos poblaciones:

- **Población 1.** Equipo de enfermería de las unidades de psiquiatría de los cinco hospitales, Diplomados Universitarios en Enfermería (D.U.E.) y Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (T.C.A.E.). Población a la que va dirigido el programa formativo.

Criterios de inclusión:

- Antigüedad en plantilla de la unidad de hospitalización psiquiátrica de al menos 6 meses.

Criterios de exclusión:

- Baja o finalización de contrato prevista durante el periodo de duración del programa formativo.
- Negativa a participar en el programa formativo.

Tamaño de la muestra

La muestra esperada para esta población es de un porcentaje cercano al 100%, ya que se ofrecen facilidades para la asistencia al programa formativo y se obtiene un incentivo al asistir (objetivo de productividad).

- **Población 2.** Pacientes hospitalizados en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los cinco hospitales. Población a la que se le medirá la satisfacción al alta.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Ingreso de al menos 2 días en la unidad de hospitalización psiquiátrica.

Criterios de exclusión:



- No aceptar la participación en el estudio (no haber firmado el consentimiento informado).
- Diagnóstico de retraso mental moderado-grave que no permita cumplimentar el cuestionario de satisfacción.

Tamaño de la muestra

La selección de la muestra vendrá determinada por los criterios de inclusión y exclusión. Se calculará un tamaño muestral representativo, con el programa informático Epidat, considerando un nivel de confianza al 95%, y asumiremos un error muestral del 5%.

El muestreo será un muestreo de conveniencia, determinado por la accesibilidad y voluntariedad de los participantes. Consideramos que el periodo de 2 meses es suficiente para realizar la captación de los participantes, que nos asegure un tamaño muestral representativo, modificando dicho periodo en el caso que fuera necesario, para conseguir unas muestras equilibradas y representativas en los dos grupos (antes y después), dichas muestras equilibradas, nos garantizaran una mayor potencia.

8.5. Definición de variables

8.5.1. Variable independiente

- Programa formativo en comunicación terapéutica para el equipo de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica de cinco hospitales de la Comunidad Valenciana.

8.5.2. Variable dependiente

- Satisfacción de los pacientes.

8.5.3. Variables de confusión

Debido a que el grupo de pacientes que van a realizar la encuesta de satisfacción no es el mismo antes y después, y considerando que los grupos en los que se va a llevar a cabo la intervención pueden tener distintas características, debemos tener en cuenta ciertas variables de confusión, que pueden influir en los valores de la

variable dependiente. También en el grupo de profesionales puede haber características que pueden influir en dicha variable. Intentaremos controlar la influencia de estas variables en el posterior análisis de los datos.

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico principal
- Motivo de ingreso actual
- Duración de la estancia en la unidad
- Motivación para aplicar la comunicación terapéutica
- Formación previa en comunicación terapéutica

8.6. Instrumentos de medida

Cuestionario de Satisfacción en Comunicación

Elaborado en base al *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Satisfacción del paciente: Comunicación (3002). Esta encuesta valora el grado de percepción positiva de la información intercambiada entre el paciente/usuario y el personal de enfermería. Utiliza una escala que va desde *No del todo satisfecho* hasta *Completamente satisfecho* (del 1 al 5). (Anexo II) (Moorhead, Johnson, Maas y Swanson, 2011).

Para poder evaluar y analizar como variable la satisfacción del paciente, se realizará la suma de la puntuación de las respuestas y se valorará en base a los siguientes intervalos:

- De 18 a 27: No del todo satisfecho
- De 28 a 45: Algo satisfecho
- De 46 a 63: Moderadamente satisfecho
- De 64 a 81: Muy satisfecho



- De 82 a 90: Completamente satisfecho

En el caso de los objetivos específicos, para poder evaluarlos y analizarlos tendremos en cuenta el número obtenido de forma independiente en cada uno de los ítems correspondientes a un objetivo específico (escucha, tiempo y claridad), incluidos en el cuestionario:

- 1: No del todo satisfecho
- 2: Algo satisfecho
- 3: Moderadamente satisfecho
- 4: Muy satisfecho
- 5: Completamente satisfecho

Dentro de este mismo cuestionario se incluye la recogida de datos necesarios para el posterior análisis de las variables de confusión referentes a los pacientes.

Cuestionario para profesionales

Este cuestionario consta de tres preguntas mixtas dirigidas a los profesionales, y cuyas respuestas serán utilizadas para poder realizar el análisis de las variables de confusión referentes a los profesionales (Anexo III).

8.7. Metodología del estudio

- Primera fase: durante 2 meses se realizará la captación de pacientes en las unidades de hospitalización psiquiátrica, si fuera necesario este periodo se modificará para obtener una muestra representativa. En el momento del alta del paciente se le pedirá el Consentimiento Informado (Anexo IV), en el caso de que el paciente desee participar en el estudio se le entregará el cuestionario sobre satisfacción en comunicación que deberá cumplimentar antes de abandonar la unidad, y que depositará en una urna habilitada para este fin.
- Segunda fase: durante 3 meses se impartirá el Programa Formativo en Comunicación Terapéutica (Anexo VII), a los equipos de enfermería de las unidades de hospitalización psiquiátrica de cada hospital de forma simultánea.

El programa estará dividido en 12 sesiones, pero cada sesión se impartirá dos veces ya que todo el personal de enfermería no podrá acudir a una sesión quedando la unidad desatendida. Cada semana tendrá lugar una misma sesión en dos días diferentes para que todo el equipo de enfermería reciba la misma formación y facilitar así la asistencia. En la primera sesión se les entregará el cuestionario para profesionales del cual deberán contestar dos preguntas. Al finalizar el programa, en la última sesión se pasará de nuevo el cuestionario de una sola pregunta. Se hablará con los jefes de servicio y la supervisora de cada unidad de la posibilidad de incluir el programa de formación como objetivo de productividad, para así asegurar una mayor asistencia e interés. Al finalizar dicha formación los profesionales recibirán una acreditación del programa formativo (Anexo V). Para obtener esta acreditación los profesionales deberán acudir a un mínimo de un 80% de la duración total del programa, siendo controlada la asistencia mediante la firma de los profesionales (Anexo VI).

- Tercera fase: una vez impartido el programa formativo se volverá a realizar una captación de pacientes en las unidades de hospitalización psiquiátrica durante 2 meses, periodo que podrá variar si fuera necesario para alcanzar una muestra representativa, como en la captación anterior al programa formativo. Se volverá a pedir la colaboración de los pacientes al alta mediante el Consentimiento Informado, y una vez aceptada la participación cumplimentarán el cuestionario sobre satisfacción.
- Cuarta fase: una vez obtenidos los datos se llevará a cabo la evaluación y análisis estadístico.

9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tras obtener los resultados de las encuestas de satisfacción, antes y después de impartir el programa formativo, se realizará un análisis descriptivo de los datos en el que se obtendrán, frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión, para las distintas variables.

Se realizará un análisis comparativo entre los dos grupos (antes y después de la intervención), para constatar la existencia de evidencias estadísticamente significativas,



en la variable nivel de satisfacción. Con el fin de garantizar la equivalencia de los grupos, se utilizará el método de pareo. La elección de la prueba para el contraste de hipótesis se realizará en función de si la distribución de la variable en cuestión es paramétrica (comparación de medias) o no (comparación de medianas).

El análisis de los datos se ajustará por las variables de confusión para garantizar que las posibles diferencias encontradas en los dos grupos sean debidas al programa formativo. Dicho análisis será realizado mediante el programa SPSS versión 20, utilizando un nivel de significación estadística del 95%.

10. RECURSOS NECESARIOS

10.1. Recursos humanos

- Cinco Enfermeras Especialistas en Salud Mental (una para cada hospital): serán las encargadas de impartir el programa formativo al equipo de enfermería de cada unidad. Estas enfermeras recibirán con antelación un curso formativo en la EVES, para asegurar que el programa formativo se imparte de manera homogénea en cada hospital.
- Cinco EIRs de Salud Mental (uno de cada hospital): junto con la Enfermera Especialista en Salud Mental impartirán el programa formativo al equipo de enfermería, y también, cuando estén realizando el rotatorio en las unidades de hospitalización psiquiátrica serán los encargados de la captación de los pacientes al alta. Antes de iniciar el proyecto se preverá el rotatorio de los residentes por estas unidades para llevar a cabo sus tareas.
- Un estadístico encargado de realizar el análisis de los datos.

10.2. Recursos materiales

- Aula de formación o salón de actos (dependiendo de la disponibilidad de cada centro), donde se realizará el programa formativo.

- Consulta o despacho adecuado en la unidad de hospitalización psiquiátrica para que el paciente pueda realizar la encuesta de satisfacción con intimidad y tranquilidad; luz adecuada, una silla, una mesa y un bolígrafo.
- Urna para depositar las encuestas de satisfacción.
- Tantas sillas (con brazo adaptado para escribir) como profesionales vayan a asistir al programa formativo en cada hospital.
- Pizarra (de rotuladores o de tizas).
- Material de oficina: folios, carpetas, bolígrafos, rotuladores o tizas para la pizarra...
- Cañón de diapositivas.
- Ordenador: con Office para poder ejecutar presentaciones con diapositivas.
- Fotocopias de los cuestionarios de satisfacción.

11. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Sesgo de selección, debido a la falta de aleatorización y a la formación de los grupos con participantes voluntarios. Estas condiciones podrían suponer diferencias en los dos grupos (antes, después) lo que podría dificultar la extrapolación de los resultados. Para tratar de controlar esta limitación y compensar las diferencias se utilizará el pareo y el análisis multivariante.
- Profesionales del equipo de enfermería que no quieran realizar el programa formativo, o aquellos que presenten ausencias superiores al 20%. Estas pérdidas tratarían de evitarse con incentivos, como incluir la asistencia al programa formativo como objetivo de productividad, y también dando facilidades de horarios realizando la misma sesión dos veces a la semana.
- Pérdidas de pacientes que una vez cumplimentado el cuestionario de satisfacción decidan revocar su consentimiento. Debido a la



voluntariedad de participación es algo a tener en cuenta, pero al no haber un seguimiento en el tiempo, en un principio no es de esperar un número elevado de pérdidas. En tal caso se podría considerar la aplicación de incentivos.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y AUTORIZACIONES

Las características de este estudio no conllevan problemas éticos, ya que participan todos los pacientes al ser dados de alta, son informados, por escrito y verbalmente, se les entrega un consentimiento para que lo firmen, y se mantiene la intimidad del paciente en todo momento. Las encuestas de satisfacción estarán codificadas con un número de identificación y por lo tanto serán totalmente anónimas.

En el caso de los profesionales del equipo de enfermería, el Programa Formativo va dirigido a la totalidad de la plantilla.

Por otro lado, debemos contar con la autorización de:

- Los jefes de cada una de las unidades de hospitalización psiquiátrica.
- La dirección de enfermería de cada hospital.
- El comité de ética de cada área.

13. RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que, tras la realización del estudio, habiendo puesto en práctica el Programa Formativo en Comunicación Terapéutica y analizado los resultados obtenidos de las encuestas de satisfacción, se cumplan los objetivos planteados, pudiendo comprobar así la veracidad de la hipótesis inicial.

14. BIBLIOGRAFÍA

- Alférez, A.D. (2012) La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. *RevEsp de Com en Salud*, 3(2), Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.aecs.es>.
- Beviá, B. y Cibanal, L. (1991). La relación como instrumento básico para Enfermería en todos los niveles de atención. *Enferm Científica*, 117, 16-26.
- Carvalho, A., Tigre, I.M. y Costa, I. (2008). Comunicação terapéutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *REBEn*, 61(3), 312-318.
- Cibanal, L. (1991). *Interrelación del profesional de enfermería con el paciente*. Barcelona: Doyma.
- Cibanal, L. y Arce, M.C. (1991). *La relación enfermera paciente*. Alicante: Secretariado de Publicaciones de la UA.
- Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2010). *Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud* (2ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Da Silva, J.F., Tavares de Oliveira, D.S., Ferreira da Costa, T., Ferraz, F., Pereira, S.R. y De Freitas, K.N. (2012). Therapeutic and non therapeutic communication between nurses and hospitalized elderly citizens. *J Nurs UFPE on line*, 6 (7), 1566-1575, Extraído el 20 de octubre de 2013, de <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista>
- De Lemos, P., De Oliveira, M., De Freitas, K.N. y Freitas da Silva, G.R. (2010). Comunicação terapéutica entre enfermeiros e pacientes de una unidade hospitalar. *Rev Eletr Enf*, 12 (1), 120-132, Extraído el 3 de marzo de 2013, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a15.htm>.
- Díaz, M.M. (2011). Comunicación enfermera paciente, reflexión sobre la relación de ayuda. *RevEsp de Com en Salud*, 2(1), Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.aecs.es>.
- Maqueda, M.A. y Martín, L. (2012). La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *RevEsp de Com en Salud*, 3(2), Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.aecs.es>.

- Marín, M. y León, J.M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales, un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal en el área de enfermería. *Psicothema*, 13 (2), 247-251.
- McDonald, P. (2003). Developing a therapeutic relationship. *Practise Nurse*, Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.accesmylibrary.com>.
- Mira, J.J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I. y Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*, 17 (5), 273-283.
- Montejo, A. (2009). Influencia del cambio de personal durante el periodo vacacional sobre la relación enfermera-paciente en el ámbito de la Salud Mental. *10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis*. Extraído el 20 de Octubre de 2013 de, <http://hdl.handle.net/10401/4806>.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M.L. y Swanson, E. (2011). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC) (4ªed.)*. Madrid: ElsevierMosby.
- Peplau, H.P. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería*. Barcelona: Salvat.
- Perea-Baena, J.M. y Sánchez-Gil, L.M. (2008). Estrategias de afrontamiento en enfermeras de salud mental y satisfacción laboral. *Index Enferm*, 17 (3), Extraído el 3 de marzo de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000300003&script=sci_arttext.
- Salamanca, A.B. (2013). *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: Fuden.
- Sartorius, N., Sanz, J. y Pérez, R. (2006). Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 26 (98), 289-301.

- Smith da Nóbrega, G., Geraldo da Costa, S.F., Dias, W. y Carneiro, A.D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul Enferm*, 22 (3), 323-327.
- Stickley, T. y Freshwater, D. (2006). The art of listening in the therapeutic relationship. *Mental Health practice*, 9 (5), 12-18.
- Valverde, C. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería.
- Vidal, R., Adamuz, J. y Feliu, P. (2009). Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Ediciones de la Universidad de Murcia*, 8(3), Extraído el 26 de enero de 2013, de <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/75311> .
- Werner, A. y Rouslin, S. (1996). *Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau*. Barcelona: Masson.



15. ANEXOS

ANEXO I

CRONOGRAMA

MESES	1	2	3				4				5				6	7	8
SEMANAS			9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
Captación de pacientes	■	■															
Sesión 1		1	2														
Sesión 2				1	2												
Sesión 3					1	2											
Sesión 4						1	2										
Sesión 5							1	2									
Sesión 6								1	2								
Sesión 7									1	2							
Sesión 8										1	2						
Sesión 9											1	2					
Sesión 10												1	2				
Sesión 11													1	2			
Sesión 12														1	2		
Captación de pacientes																■	■
Evaluación y análisis																	■



ANEXO III

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN EN COMUNICACIÓN

A continuación se presenta un cuestionario sobre satisfacción del paciente respecto a la comunicación del equipo de enfermería.

Usted deberá cumplimentar dicho cuestionario con total sinceridad, es totalmente confidencial. Por necesidad del análisis posterior del estudio precisamos de datos generales como sexo, edad, diagnóstico principal, motivo actual de ingreso y duración total de la estancia en la unidad.

Para tener un control de los pacientes que han participado en el estudio usted mismo creará un código que apuntará en el apartado correspondiente del cuestionario. Insistimos en que todos los datos referenciados en este cuestionario no revelan en ningún momento su identidad.

El cuestionario valora una serie de ítems que se puntúan con una escala del 1 al 5, siendo el 1 “no del todo satisfecho” y el 5 “completamente satisfecho”. Usted deberá marcar uno de los números en cada ítem según su opinión al respecto.

Ante cualquier duda podrá dirigirse al personal de enfermería con el que haya firmado el Consentimiento Informado.

Al finalizar dicho cuestionario podrá depositarlo en la urna habilitada para este fin.

Muchas gracias por su colaboración.

Escala Indicadores	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderada- mente satisfecho	Muy satisfecho	Completa- mente satisfecho
El personal de enfermería se presenta	1	2	3	4	5
El personal de enfermería utiliza mi nombre	1	2	3	4	5
El personal de enfermería habla claramente	1	2	3	4	5
El personal de enfermería me escucha	1	2	3	4	5
El personal de enfermería fomenta las preguntas	1	2	3	4	5
El personal de enfermería repite la información tantas veces como sea necesario	1	2	3	4	5
El personal de enfermería se toma tiempo para comunicarse conmigo	1	2	3	4	5
El personal de enfermería presenta información de manera comprensible	1	2	3	4	5
El personal de enfermería se asegura de la comprensión de la información	1	2	3	4	5
El personal de enfermería utiliza una comunicación sin juicios	1	2	3	4	5



El personal de enfermería responde las preguntas con claridad	1	2	3	4	5
El personal de enfermería responde las preguntas por completo	1	2	3	4	5
El personal de enfermería responde las preguntas con una duración de tiempo razonable	1	2	3	4	5
Todo el personal de enfermería proporciona información consistente	1	2	3	4	5
El personal de enfermería tiene en cuenta mis valores personales	1	2	3	4	5
El personal de enfermería tiene en cuenta mis preferencias personales	1	2	3	4	5
El personal de enfermería resuelve las discrepancias en la comunicación de manera oportuna	1	2	3	4	5
El personal de enfermería utiliza métodos de comunicación alternativos, si es necesario	1	2	3	4	5

Edad:

Sexo:

Duración de la estancia en la unidad:

Diagnóstico principal:

Motivo de ingreso actual:

Código: escriba las iniciales de su nombre y apellidos, y el número de día y mes actuales.

Ejemplo: María García López. Fecha: 2 de septiembre Código: MGL29

CÓDIGO

ANEXO IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Información respecto al estudio

El equipo de enfermería (Enfermera Especialista en Salud Mental y Enfermera Interna Residente de Salud Mental) de la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría está realizando un estudio para evaluar un Programa Formativo en Comunicación Terapéutica.

Debido a este motivo solicitamos la colaboración de los pacientes de esta unidad cuando son dados de alta.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará que responda a un cuestionario sobre su satisfacción respecto a la comunicación con el equipo de enfermería de la unidad de hospitalización psiquiátrica.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, la información recogida será confidencial y no se usará bajo ningún concepto con otro propósito diferente de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario de satisfacción estarán codificadas con un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Si tuviera alguna duda sobre este estudio puede realizar las preguntas necesarias, al igual que podrá revocar su consentimiento en cualquier momento sin que esto le perjudique en forma alguna.

Muchas gracias por su participación.



Formulario de Consentimiento Informado

Yo, D/D^a.....
acepto participar voluntariamente en este estudio. Declaro que he sido informado/a, por escrito y verbalmente de la finalidad y significado del mismo. Comprendo el objetivo e implicación de mi persona en este estudio, he resuelto mis dudas acerca de éste y entiendo que mis respuestas al cuestionario de satisfacción son estrictamente confidenciales, y que no serán utilizadas para ningún otro propósito. También soy conocedor/a de la posibilidad de revocar mi consentimiento en cualquier momento sin que esto me perjudique de alguna forma.

Para que así conste firmo este consentimiento informado junto al profesional que me dio la información.

Fdo.

Fecha

ANEXO V

ACREDITACIÓN

PROGRAMA FORMATIVO EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

D/D^a.....,
responsable docente del Programa Formativo en Comunicación Terapéutica certifico
que D/D^a.....
ha asistido a dicho programa, cumpliendo los objetivos del mismo satisfactoriamente.

El programa ha tenido lugar en el Hospital.....,
en el periodo comprendido entre el.....y el.....de.....de.....,
con una duración total de 36 horas.

Actividad acreditada por la Dirección de la unidad como objetivo de
productividad.

Fdo. Responsable docente del Programa Formativo en Comunicación Terapéutica

.....

Fecha:



ANEXO VII

PROGRAMA FORMATIVO EN COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA

El programa formativo está compuesto por 12 sesiones, de 3 horas cada una. La duración será de 12 semanas, se impartirá una sesión doble por semana, es decir, cada sesión se impartirá dos veces en una misma semana (para que todos los profesionales puedan asistir al programa sin que la unidad de hospitalización quede desatendida).

OBJETIVO GENERAL

Que los profesionales del equipo de enfermería a los que va dirigido este programa aumenten su formación en comunicación terapéutica y desarrollen habilidades prácticas para llevarla a cabo.

Sesión 1: Presentación

Objetivos

- Conocer a los profesionales y que éstos conozcan a los docentes.
- Conocer las expectativas de los profesionales respecto al programa.
- Que los profesionales conozcan los contenidos y organización del programa.
- Que los profesionales realicen sugerencias sobre temas de interés común que no estén incluidos en el programa.
- Recogida de las variables formación previa en comunicación terapéutica y motivación para aplicarla.

Contenido

- Acogida de los profesionales y entrega de material.
- Presentación de los profesionales participantes y de los docentes.
- Concretar normas de funcionamiento entre todos los componentes del programa.
- Exposición de expectativas respecto al programa: ¿Por qué estoy aquí?, ¿qué espero de este programa?
- Exposición de los contenidos y organización del programa.

- Sugerencias sobre algún tema que no esté incluido en el programa y sea de interés común.
- Realización del cuestionario para profesionales.

Sesión 2: Introducción a la Comunicación

Objetivos

- Conocer generalidades de la comunicación: definición, factores que influyen en la comunicación, modelos de comunicación, definición de términos (percepción, observación, interpretación, proyección) y esquema de comunicación.

Contenido

- Se le pedirá a los componentes del programa que expliquen qué entienden por “Comunicación”. Puesta en común.
- Definición de Comunicación.
- Factores que influyen en la Comunicación:
 - o La percepción
 - o Valores y creencias
 - o Aspectos sociales
 - o Aspectos culturales
 - o Aspectos familiares
 - o Aspectos individuales
- Modelos de Comunicación:
 - o Comunicación – Acción
 - o Comunicación – Interacción
 - o Comunicación – Transacción
 - o Modelo de comunicación según el Interaccionismo Simbólico
- Definición de términos:
 - o Percepción
 - o Observación
 - o Interpretación
 - o Proyección
- Esquema de la Comunicación:
 - o Emisor



- Mensaje
- Receptor

Sesión 3: Introducción a la Comunicación Terapéutica

Objetivos

- Conocer generalidades de la Comunicación Terapéutica: definición, objetivos, elementos que la componen.
- Aprender la diferencia entre Comunicación Terapéutica y Comunicación Social.

Contenido

- Se le pedirá a los componentes del programa que expliquen qué entienden por “Comunicación Terapéutica”. Puesta en común.
- Definición de Comunicación Terapéutica.
- Objetivos de la Comunicación Terapéutica:
 - Objetivo principal
 - Objetivos específicos para el paciente
 - Objetivos específicos para el profesional de enfermería
- Elementos de la Comunicación Terapéutica:
 - Elementos básicos
 - Herramientas para poner en práctica los elementos básicos
- Diferencias entre Comunicación Terapéutica y Comunicación Social: se les pedirá a los componentes del programa que expliquen algún ejemplo que hayan visto o vivido en el que se hayan confundido estos términos.

Sesión 4: Habilidades y actitudes para ser un buen emisor

Objetivos

- Conocer qué es el lenguaje verbal, no verbal y escrito.
- Aprender a manejar las habilidades y actitudes para ser un buen emisor.
- Practicar estas habilidades y actitudes mediante la técnica de Rol-playing.

Contenido

- Lenguaje verbal
- Lenguaje no verbal
- Lenguaje escrito
- Se realizarán una serie de Rol-playing en los que unos componentes del programa realizarán supuestos de comunicación y el resto de componentes observarán las habilidades y actitudes de los emisores. Al finalizar los supuestos de comunicación se hará una puesta en común para conocer las dificultades que han encontrado los emisores, en qué se han sentido más cómodos y la impresión que han tenido los receptores y espectadores sobre la dinámica de la comunicación.

Sesión 5: Habilidades y actitudes para ser un buen receptor

Objetivos

- Conocer a qué se refiere observar, percibir y escuchar en Comunicación Terapéutica.
- Aprender a manejar las habilidades y actitudes para ser un buen receptor.
- Practicar estas habilidades y actitudes mediante la técnica de Rol-playing.

Contenido

- Aprender a observar
- Aprender a percibir
- Aprender a escuchar
- Se realizarán una serie de Rol-playing en los que unos componentes del programa realizarán supuestos de comunicación y el resto de componentes observarán las habilidades y actitudes de los receptores. Al finalizar los supuestos de comunicación se hará una puesta en común para conocer las dificultades que han encontrado los receptores, en qué se han sentido más cómodos y la impresión que han tenido los emisores y espectadores sobre la dinámica de la comunicación.



Sesión 6: Habilidades interpersonales en la Comunicación Terapéutica

Objetivos

- Conocer el significado de autoconcepto, yo profesional, autoestima y autocuidado.
- Conocer los atributos personales que facilitan la Comunicación Terapéutica.
- Aprender a reconocer estos atributos en uno mismo y en los demás.
- Practicar el uso de estos atributos mediante la técnica de Rol-playing.

Contenido

- El autoconcepto y el yo profesional. Autoestima.
- El autocuidado para cuidar al "otro".
- Atributos personales necesarios que facilitan la Comunicación Terapéutica
 - o Asertividad (autenticidad)
 - o Congruencia
 - o Respeto
 - o Empatía
 - o No juzgar
- Se realizarán una serie de Rol-playing en los que unos componentes del programa realizarán supuestos de comunicación y el resto de componentes observarán las habilidades interpersonales del profesional. Al finalizar los supuestos de comunicación se hará una puesta en común para conocer las dificultades que han encontrado los profesionales, en qué se han sentido más cómodos y la impresión que han tenido los espectadores sobre la dinámica de la comunicación.

Sesión 7: Obstáculos en la Comunicación

Objetivos

- Conocer el significado de diferentes términos que suponen un obstáculo para la comunicación.
- Que los profesionales reflexionen sobre su uso.

Contenido

- Se realizará una puesta en común de los diferentes términos: dirigir, mandar, amonestar, amenazar, moralizar, evaluar, culpar, aconsejar, dar soluciones inmediatas, juzgar, criticar, interpretar, catalogar, etiquetar, simular que estamos de acuerdo, alabar inoportunamente, insultar, ridiculizar, avergonzar, tranquilizar, consolar, desviar el tema, investigar, interrogar, comparar con otras personas.
- Se le pedirá a los componentes del programa que pongan ejemplos que hayan visto o vivido al respecto y se debatirá.

Sesión 8: Las emociones en la Comunicación Terapéutica

Objetivos

- Conocer qué son las emociones, ejemplos y cómo actuar ante ellas.
- Identificar qué emociones despierta la Comunicación Terapéutica en el profesional de enfermería.
- Conocer el manejo de los componentes del programa de las emociones.

Contenido

- ¿Qué son las emociones?
- ¿Qué hacer ante las emociones del paciente?
- La tristeza y el desánimo del paciente.
- La ansiedad del paciente.
- La rabia del paciente.
- Los comportamientos.
- Las emociones del profesional de enfermería en el contexto de la Comunicación Terapéutica.
- Se le pedirá a los componentes del programa que expongan cómo manejan en su día a día las emociones de los pacientes, poniendo ejemplos concretos. Después se realizará un debate sobre las emociones que más dificultad les suponga a los componentes del programa, y posibilidades de afrontamiento a este reto.



Sesión 9: Cómo dar malas noticias

Objetivos

- Conocer las dificultades y barreras existentes a la hora de dar malas noticias.
- Conocer el protocolo de Buckman y sus pasos a seguir.
- Reflexionar sobre situaciones de comunicación de malas noticias.

Contenido

- Dificultades y barreras
- Protocolo de Buckman
 - o Paso 1: Preparación de la entrevista
 - o Paso 2: Descubriendo qué sabe el paciente
 - o Paso 3: Reconociendo cuánto quiere saber el paciente
 - o Paso 4: Comunicando la información al paciente
 - o Paso 5: Respondiendo a las reacciones del paciente
 - o Paso 6: Diseñando un plan terapéutico a seguir
- Se le pedirá a los componentes del programa que pongan ejemplos de experiencias vividas en las que hayan tenido que dar malas noticias. Puesta en común.

Sesión 10: Cambios de hábitos. La Comunicación Terapéutica para el cambio

Objetivos

- Conocer las expectativas y exigencias de cambio por parte del profesional de enfermería así como la realidad existente y lo que supone el reto de cambiar.
- Conocer la utilidad de la Comunicación Terapéutica para ayudar en los cambios.
- Conocer el significado de motivación y los factores que la condicionan.
- Conocer las etapas del cambio.

Contenido

- Expectativas y exigencias de cambio por parte del profesional de enfermería.
- Realidad y reto de cambiar.
- La comunicación terapéutica para ayudar con los cambios.

- Motivación
 - o Factores del profesional de enfermería que afectan a la motivación del paciente.
 - o Factores del paciente que afectan a su motivación.
- Etapas del cambio.

Sesión 11: Comunicación en situaciones de conflicto

Objetivos

- Saber cómo distinguir y precisar quién tiene el problema y cómo actuar en consecuencia.
- Que los profesionales reflexionen sobre situaciones de conflicto vividas.

Contenido

- Distinguir y precisar quién tiene el problema
- Yo (profesional) tengo el problema.
 - o “Mensajes Yo”
 - o Pasos esenciales: cómo comunicarme cuando soy yo quien tiene el problema.
 - o Efectos que produce el “Mensaje yo”
- Tú (paciente) tienes el problema: Escucha activa
- Ambos tenemos el problema
 - o Método del consenso o de la concertación.
 - o Método 1: yo gano y tú pierdes.
 - o Método 2: tú ganas y yo pierdo.
 - o Método 3: nadie pierde
- Se le pedirá a los componentes del programa que expliquen situaciones de conflicto en las que se han visto inmersos, y qué manejo hicieron al respecto. Puesta en común.



Sesión 12: Libre

Objetivos

- Tratar el o los temas de interés común previamente pactados.
- Resolver dudas o preocupaciones.
- Recogida de la variable motivación para aplicar la comunicación terapéutica.

Contenido

- Se tratará el o los temas de interés común pactados al inicio del programa.
- Resolución de dudas o preocupaciones.
- Realización de cuestionario para profesionales.

**Protocolo de investigación:
Estudio piloto de la eficacia de la
implantación de un taller en promoción
de la salud mental en donantes vivos
de trasplante renal**

María Martínez Díaz



PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO PILOTO DE LA EFICACIA DE LA IMPLANTACION DE UN TALLER EN PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN DONANTES VIVOS DE TRASPLANTE RENAL.

RESUMEN:

Introducción: Debido a la escasez de órganos para trasplante, se está llevando a cabo de manera más continúa la realización de trasplantes con donante vivo, existiendo, hasta la fecha en España, una relación emocional entre los donantes vivos y los receptores. Trasplantar un órgano, debido al complejo procedimiento que es necesario seguir, supone tanto para el receptor como para el donante del órgano, sentir una serie de emociones que pueden afectar a la salud mental preoperatoria y postoperatoria haciendo necesaria una intervención en ambos puntos dado que se ha visto que el funcionamiento cognitivo y emocional pre-trasplante son importantes para las posibles consecuencias que puedan existir a largo plazo y en la calidad de vida de las personas afectadas. Basándonos en el modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender se expone la necesidad de la implantación de un taller donde la conducta esté motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano.

Objetivo: Con este proyecto se pretende medir la eficacia del taller en promoción y prevención de la salud en donantes vivos cuyo receptor forme parte de su red social.

Métodos: Se llevará a cabo un estudio cuasi-experimental pre-post de una intervención educativa. Los participantes seleccionados para el estudio serán aquellos donantes que formen parte de la red social del receptor en el trasplante renal, realizándose la selección de la muestra de forma consecutiva oportunista. Los datos serán recogidos mediante los inventarios de ansiedad y depresión de Beck.

Conclusión: Actualmente en la bibliografía revisada se encuentra que todas las investigaciones relacionan el periodo de donar con la aparición de ansiedad y depresión existiendo morbilidad psicológica en la mayoría de ocasiones, pero ninguna ha profundizado en la necesidad de la implantación de un taller a este nivel, donde se

22trabaje este tipo de cuestiones con el fin de disminuir posibles complicaciones reales que puedan surgir.

PALABRAS CLAVE: donante vivo, emociones, depresión, donante vivo de riñón, ansiedad y receptor.



ABSTRACT:

Introduction: Due to the shortage of organs for transplantation, it is carrying out much continues performing live donor transplants, having hitherto in Spain, an emotional relationship between living donors and recipients. Transplanting an organ due to the complex procedure that must be followed, is for both the recipient and the donor organ, feeling a range of emotions that can affect preoperative and postoperative mental health necessitating an intervention on both points since it has been seen that cognitive and emotional functioning pre-transplant are important for the possible consequences that may exist in the long term and the quality of life of those affected. Based on the model of health promotion Nola J. Pender the need for the implementation of a workshop where behavior is motivated by the desire to achieve wellness and human potential is exposed.

Objective: To measure the effectiveness of the workshop on promotion and prevention of health in living donors whose receptor is part of your social network.

Methods: A quasi-experimental pre-post study of an educational intervention will take place. Participants selected for the study are those donors who are part of the social network of the receptor in renal transplantation, performed the sample selection opportunistic consecutively. Data will be collected through inventories Beck anxiety and depression.

Conclusion: Currently in the literature reviewed is that all investigations relate the period to donate to the emergence of anxiety and depression exist psychological morbidity in most occasions, but none has deepened the need for the establishment of a workshop at this level where such matters are working to reduce possible real complications that may arise.

KEYWORDS: living donor, emotions, depression, living kidney donors, anxiety and receiver.



ÍNDICE

	pag.
1. Introducción	305
1.1. Justificación y relevancia de la investigación	305
1.2. Marco teórico.....	306
1.2.1. El trasplante renal vivo.....	306
1.3.1.1 historia de los trasplantes.....	307
1.2.2. Conceptos, principios y protocolos de actuación	308
1.2.2.1 Protocolos de actuación	310
1.2.2.2 Protocolo de evaluación psicológica del candidato adonante altruista para TRDV	312
1.2.3. El donante vivo como fuente de órgano	314
1.2.3.1 Ventajas, desventajas y complicaciones que pueden aparecer en el trasplante con donante vivo	314
1.2.3.2 Emociones y sensaciones del donante vivo.....	316
1.2.4. El receptor.....	322
2. Función de enfermería de salud mental dentro de la promoción y prevención de la salud. Modelo de enfermería	324
2.1. Metaparadigmas del modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender	326
2.2. Conceptos principales del modelo	326
3. Hipótesis.....	329
4. Objetivos.....	329
4.1. Objetivos generales	329
4.2. Objetivos específicos.	329
5. Material y métodos	330
5.1. Plan de trabajo	330
5.1.1. Búsqueda bibliográfica.....	330
5.2. Diseño.....	331
5.3. Muestra	331
5.3.1. Criterios de inclusión.....	332

5.3.2. Criterios de exclusión.....	332
5.4. Variables	332
5.4.1. Variables sociodemográficas	332
5.4.2. Variables independientes	332
5.4.3. Variables dependientes	333
5.5. Análisis de datos.....	333
5.6. Trabajo de campo	334
5.7. Instrumentos de evaluación.....	334
6. Recursos necesarios	336
6.1. Recursos humanos	336
6.2. Recursos materiales.....	336
7. Consideraciones éticas.....	336
8. Limitaciones del estudio.....	337
9. Resultados esperados	337
10. Bibliografía.....	338
11. Anexos	341
Anexo 1: Gráficas.....	342
Anexo 2: Peticiones protocolo donante vivo.....	343
Anexo 3: Consentimiento informado	345
Anexo 4: Hoja de información al paciente.....	346
Anexo 5: Taller de educación para la salud.	350
Anexo 6: Inventario de depresión de Beck.....	354
Anexo 7: Inventario de ansiedad de Beck	359
Anexo 8: Cronograma.....	360
Anexo 9: Declaración de cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos 6315/99.....	361



1. INTRODUCCION

1.1. JUSTIFICACION Y RELEVANCIA DE LA INVESTIGACION

La promoción de la salud se describe como un proceso, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Con arreglo a esto, una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud.

Actualmente, debido a la escasez de órganos para trasplante, se está llevando a cabo de manera más continúa la realización de trasplantes con donante vivo, puesto que la discrepancia entre oferta y demanda en el caso del trasplante renal se incrementa a lo largo del tiempo y es esperable que siga aumentando (Domínguez & Pascual, 2008).

La función psicosocial en la donación de riñón, para la mayoría de los donantes, parece estar afectada mientras que para otros, mejorada. Si tenemos en cuenta que para algunos de los donantes existe el riesgo de experimentar morbilidad psicosocial, la realización de un taller educativo no debe ser subestimada (Beavers et al., 2001), dado que puede disminuir aquellos efectos colaterales que acarrea el proceso de trasplante.

En un estudio realizado por Álvarez et al. (2005) sobre la opinión que tenían los profesionales respecto a la donación renal con donante vivo pone de manifiesto que el 43,7% opinaron que se debería incidir en la información del proceso de trasplante a la población en general, el 24,6% pensó que se debería mejorar la información a pacientes y familiares, el 15,9% solamente a profesionales y tan solo un 4,2% opinó que no era necesario potenciar la donación renal en vivo.

En una investigación llevada a cabo por Bellver & Moreno (2009) en receptores y donantes de médula ósea se estableció un riesgo potencial para la morbilidad psicológica, por ello se hace necesario abordar el problema desde una perspectiva global y multidisciplinar que pueda atender las diferentes áreas que afectan el funcionamiento humano

Asimismo, en una pesquisa realizada por Beavers, et al. (2001) se muestra que los posibles donantes deben ser informados de todos los resultados que potencialmente pueden aparecer, recomendando la necesidad de que éstos conozcan los riesgos y complicaciones que puedan surgir a largo plazo y que la mayoría de ellos desconocen, así como establecer medidas de apoyo y seguimiento de los donantes, teniendo en cuenta también a la familia y amigos (Clemens et al., 2006).

¿Por qué no ha funcionado mi riñón?, ¿todo este esfuerzo no ha servido para nada?, ¿y si mi hijo rechaza el riñón, nos quedaremos los dos con uno y el otro se perderá? Todas estas cuestiones y muchas más pueden aparecer cuando existe una relación de parentesco entre los donantes y receptor las cuales generan una gran variedad de emociones como podrían ser ansiedad o frustración que en caso de pasarse por alto podrían desembocar en alteraciones mentales más graves. Por ello, es importante que los donantes aprendan estrategias que les ayuden a afrontar estos miedos dado que en ocasiones, se trata de situaciones difíciles de gestionar

Por tanto, la creación de un taller educativo para desarrollar estrategias de afrontamiento así como plantear aquellas dudas que les puedan surgir durante este proceso, con el fin de minimizar los efectos psicológicos post trasplante, hace que la implantación de este recurso en el protocolo de actuación sea esencial. También se hace necesario que se establezca una selección cuidadosa de los donantes mediante la implantación de un seguimiento donde las enfermeras especialistas en salud mental actúen como enlace para éstos, con el objetivo de ayudar a minimizar los posibles daños que puedan surgir. Se trata de un seguimiento que los donantes desean, puesto que el asesoramiento temprano puede ayudar a aliviar morbilidad psicosocial (Clemens et al., 2006).

1.2 MARCO TEORICO

1.2.1. El trasplante renal vivo.

En los 90 el trasplante renal de vivo representaba el 1-1,5% de toda la actividad de trasplante renal en España, sin embargo, dicho porcentaje se ha visto incrementado en un 4,7%, pese a que la actividad sea inferior si observamos al resto de países de la UE.



Desde 1988 hasta el 2013, en las gráficas del INE, se aprecia un aumento de la actividad del trasplante renal en el territorio nacional así como en la Comunidad Valenciana, pasando de 76 trasplantes renales realizados en 1988 a 237 en 2013 (Dominguez Gil & Pascual, 2008). (Anexo 1)

Además de la presión de las listas de espera, otros factores como la buena evolución a largo plazo y mejor calidad de vida de donantes y receptores, y las cirugías, que cada vez son menos invasivas, han propiciado la reconsideración de la donación renal de donante vivo en nuestro país (Dominguez Gil, et al., 2010).

Hasta la fecha, en España los donantes vivos estaban emocionalmente relacionados con los receptores. El 34% se trataban de esposos/pareja estable, el 30% eran padre o madre, el 28% hermanos, 1% hijos y un 7% otra relación (Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Protocolo de donación renal altruista, Madrid).

1.2.1.1 Historia de los trasplantes

Hace más de 250 años los trasplantes de órganos y tejidos homólogos y heterólogos se comienzan a realizar en Occidente gracias a la llegada de las ciencias naturales (botánica y zoología). En la última década del siglo XIX, se desarrolló la cirugía vascular lo que supuso un gran avance en la técnica de trasplantes dado que permitía las anastomosis permeables de los vasos sanguíneos. La gran mayoría de las vísceras fueron trasplantadas en animales hasta que se empezó a desarrollar la de riñón en hombres. En la década del siglo XX, se llevaron a cabo trasplantes de todas las vísceras entre animales de la misma especie y diferente. Estas prácticas fueron realizándose hasta que finalmente, se observó que la genética era determinante en el fracaso de los injertos debido a la respuesta humoral y celular del huésped del injerto. En 1933 Voronoy llevó a cabo el primer trasplante renal en un humano a partir del riñón de otro humano sin éxito (López-Navidad, Kulisevsky & Caballero, 1997).

El primer trasplante renal exitoso entre humanos con donante fallecido se realizó en 1947 por Hume dándose la supervivencia del receptor (López-Navidad et al, 1997). Sin embargo, el trasplante que pasó a la historia fue el realizado por Joseph Edward Murray

en 1954 en Boston, el cual documentó la supervivencia del primer trasplante renal de donante vivo realizado entre gemelos univitelinos. El receptor falleció ocho años después del trasplante mientras que el donante vivió más tiempo (Dominguez Gil & Pascual, 2008).

En España el primer trasplante de órganos que se realizó con éxito entre humanos fue en 1965 por los doctores Gil Vernet y Caralps, en Barcelona, y Alférez y Hernando, en Madrid. Ambos órganos correspondían al riñón de un cadáver. Desde entonces hasta el reconocimiento legal del concepto de “muerte cerebral” de forma oficial mediante la ley de 27 de octubre de 1979, todas las extracciones renales para trasplantes procedentes de cadáveres habían de esperar a asistolia del donante (López-Navidad et al, 1997).

1.2.2 Conceptos, principios y protocolos de actuación.

El Boletín General del Estado del Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad establece que el trasplante es un proceso destinado a restaurar determinadas funciones del cuerpo humano mediante la sustitución de un órgano enfermo por otro procedente de un donante vivo o de un donante fallecido.

El trasplante renal de donante vivo está regulado en España por la Ley de trasplantes 30/1979 aplicada mediante el Real Decreto 2070/1999. Dicha ley regula la donación en vida de un órgano si es compatible con la vida y la función del órgano o parte de él, que sea compensada por el organismo. Además especifica que el destino del órgano será su trasplante a una persona determinada permitiendo la donación, no solo entre personas emocionalmente relacionadas sino entre desconocidos, siempre que se realice de forma altruista y desinteresada.

Se habla de donación cuando se lleva a cabo una cesión de órganos para su posterior trasplante en humanos. En la actualidad este procedimiento está reglado por el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre que además de regular dicha obtención, estipula la coordinación territorial de los órganos humanos destinados a este fin y establece requisitos de calidad y seguridad.



Se entiende por donante vivo cuando de la persona viva de la que, cumpliendo los requisitos establecidos por Real Decreto 1723/2012 de 28 de diciembre, se pretende obtener aquellos órganos, o parte de los mismos, cuya obtención sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura. Se denomina donante altruista o buen samaritano a aquella persona que dona un órgano a otra desconocida pudiéndose realizar dicho procedimiento de una persona anónima a un candidato de la lista de espera o de un familiar/amigo de un candidato de la lista de espera a otro candidato diferente (donación renal cruzada), sabiendo que un 30% de donaciones entre familiares no son posibles por la incompatibilidad. Existe una nueva modalidad de trasplante renal cruzado denominada trasplante en cadena el cual se basa en el intercambio de órganos de donantes de vivo entre dos o más parejas, cuyo objetivo es ofrecer a los pacientes con IRC la posibilidad de recibir un injerto gracias a la generosidad de su pareja cuando ésta no es compatible. Un programa informático es el responsable de realizar este emparejamiento a nivel nacional.

En todo este proceso también hallamos la figura del receptor siendo la persona que recibe el trasplante de uno o varios órganos con fines terapéuticos.

El término *trazabalizar* hace referencia a la capacidad para localizar e identificar el órgano en cualquier etapa desde la donación hasta su trasplante o su desestimación incluyendo la capacidad de localizar al donante y al centro de obtención, a los receptores en los centros de trasplante e identificar toda la información no personal relativa a los productos y materiales que han entrado en contacto con dicho órgano y que puedan afectar a la calidad y seguridad del mismo (Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Real Decreto 1723/2012 del 28 diciembre, 2012, Madrid).

En otros tipos de trasplantes como el de médula ósea el propio paciente puede ser el propio donante, procedimiento que recibe el nombre de trasplante autólogo, mientras que si lo recibiera de otro individuo (habitualmente suele ser de un familiar) o de un cordón umbilical recibiría el nombre de trasplante alogénico (Bellver & Moreno, 2009).

Desde el punto de vista de la bioética, es imprescindible establecer una serie de requisitos en la valoración de un posible candidato a donante altruista. Como en todo donante vivo, es fundamental conseguir una alta probabilidad de éxito y seguridad para el donante. Para ello, es necesaria la realización de una valoración psicológica más profunda, haciendo especial hincapié en las motivaciones que llevan a una persona a donar un órgano a un desconocido garantizando que dicha donación se realice de manera desinteresada sin buscar el beneficio económico, publicitario o algún tipo de promoción personal (Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Protocolo de donación renal altruista, Madrid)

La obtención y utilización de órganos humanos está regulado por el Real Decreto 1723/2012, de 28 diciembre donde expone los principios fundamentales que se han de tener en cuenta.

1.2.21 Protocolos de actuación:

Todos los donantes deben tener las pruebas estándar realizadas para garantizar la seguridad de ellos mismos con el fin reducir las consecuencias negativas que puedan aparecer para su salud inmediata y a largo plazo. Con estos principios establecidos, la guía de trabajo del Foro de Amsterdam establece una lista exhaustiva de los criterios médicos usado a nivel internacional para evaluar los potenciales donantes de riñón (Delmonico & Dew, 2007).

En el caso del Hospital U.P. La Fe todos los procedimientos a seguir quedan recogidos en los Protocolos de Trasplante Renal. (Anexo 3)

Asimismo, es necesario que todos los donantes sean sometidos a una evaluación psicosocial con el fin de obtener información básica sobre los motivos del individuo para la donación y el estado psicosocial actual, situación laboral, recursos de apoyo familiares durante el período de recuperación post operatoria y bienestar psicológico, así como facilitarles conocimientos sobre los datos básicos de los riesgos involucrados en la donación (Tabla 1). En caso de tratarse de un individuo que presente antecedentes de trastorno mental, como depresión mayor, podrá requerir de una evaluación adicional



con el fin de determinar si dicho donante puede o no estar en riesgo de sufrir una descompensación de su enfermedad psiquiátrica como resultado de la donación (Delmonico & Dew, 2007).

Tabla 1: Componentes de la evaluación psicosocial de los donantes vivos de riñón.

Componente	Descripción del contenido
Historia sociodemográfica y estado actual	Nivel de estudios, situación de vida, creencias y prácticas religiosas, estado civil y empleo
Capacidad	El estado cognitivo y la capacidad de comprender la información; riesgo de explotación por otros para beneficio personal monetario u otros
Estado psicológico	Presencia de trastorno psiquiátrico actual y pasado, incluyendo el estado de ánimo, ansiedad marcada, consumo de sustancias, la personalidad y otros trastornos graves. El uso actual y pasado de las intervenciones terapéuticas (consejería y medicamentos) para estresores psicológicos o de otro tipo, incluyendo el abuso sexual, o para el tratamiento del dolor crónico. Naturaleza de habilidades de afrontamiento para manejar la vida actual o pasada o factores estresantes relacionados con la salud.
Relación con el receptor	Naturaleza y grado de relación (si lo hay) para candidato a trasplante; si la donación impondría expectativas u obligaciones percibidas
Motivación	Justificación y razones para ser voluntario para donar; percibida coacción o persuasión indebida por otros a donar
Conocimiento, comprensión y preparación para donar	Conocimiento de los riesgos a corto y largo plazo para las complicaciones quirúrgicas y los resultados de salud; comprensión de recuperación y recuperaciones tiempo; disponibilidad de tratamientos alternativos para el candidato a trasplante
Apoyos sociales	Cónyuge u otro soporte de Asociados familia significativo para proceder con la donación; apoyo de otras fuentes (amigos y empleado)
Situación financiera e	La estabilidad financiera y la libertad de dificultad financiera actual o que se espera; disponibilidad de recursos para cubrir los gastos

idoneidad

esperados e inesperados de donación relacionados; disponibilidad de seguro de invalidez y salud

Fuente: Delmonico & Dew, 2007

Las principales contraindicaciones psicosociales para la donación en vivo serían las siguientes (Delmonico & Dew, 2007):

- Problemas psiquiátricos o consumo de tratamientos psiquiátricos en curso.
- Presencia de factores estresantes (como pueden ser los económicos los cuales podrían tener un efecto coercitivo sobre la decisión de donar o bien, empeorar como resultado de la donación o cualquier prueba médica)
- Que el donante potencial haya experimentado una presión indebida de los demás para donar.
- Presentar un conocimiento limitado para entender los riesgos que puede experimentar y los beneficios que conlleva dicha donación.
- Ambivalencia acerca de proceder con la donación.

Para la obtención de un órgano procedente de un donante vivo es imprescindible que el organismo que vaya a realizar el procedimiento cuente con la autorización de la autoridad competente de la Comunidad Autónoma correspondiente, en el caso de Valencia, se trataría del Hospital Universitari i Politècnic la Fe. Dicha autorización podrá ser revocada o suspendida.

1.2.2.2 Protocolo de evaluación psicológica del candidato a donante altruista para TRDV.

Este protocolo pese a estar dirigido al candidato donante altruista vivo también es utilizado para el donante conocedor del receptor.



Lo primero de todo, previo a la evaluación psiquiátrica, física y psicosocial, se debe garantizar, desde el punto de vista ético y legal, que la donación sea desinteresada y que no haya beneficio económico, publicitario o de promoción personal.

Posteriormente, se establece la evaluación citada en la Tabla 1, poniendo especial hincapié en sus motivaciones. Tras eso, se realiza una evaluación por parte del comité de ética, que continúa con una recopilación de la documentación necesaria para presentar al juez, que se consensuará con el poder judicial (Figura1) (Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Protocolo de donación renal altruista, Madrid).

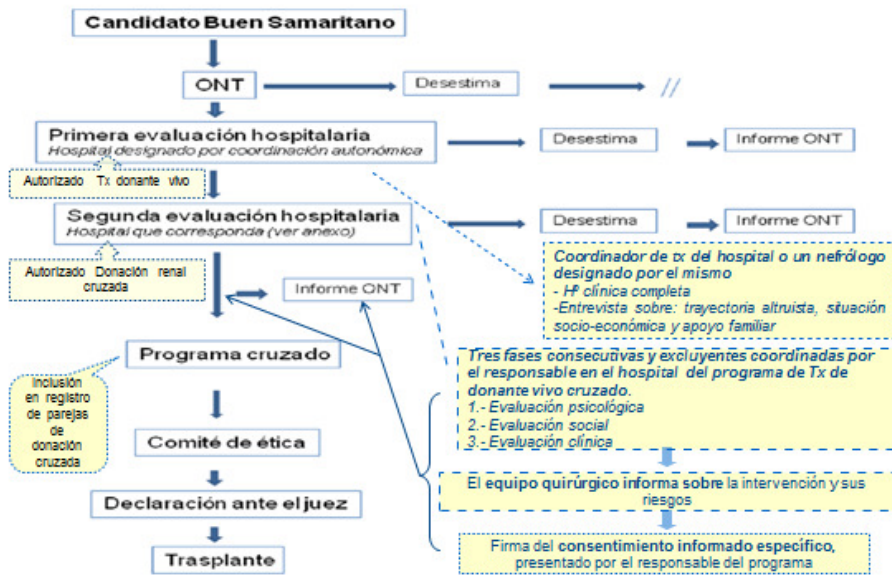


Figura 1: Procedimiento ante la solicitud de un donante altruista.

Fuente: Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Protocolo de donación renal altruista, Madrid

En lo que respecta la evaluación psicológica del candidato a donante altruista para TRDV se analizará en primer lugar la salud mental de éste mediante una exploración psicopatológica, estudios de la personalidad de base y estilos de afrontamiento. Para la primera de ellas, se realizará una evaluación de la existencia de síndromes clínicos, su naturaleza y su nivel; una evaluación de la existencia de trastornos de personalidad, su

naturaleza y su nivel y una valoración del nivel de ansiedad y depresión habitual del sujeto y el nivel previo a la donación. En cuanto a los estilos de afrontamiento se establecerá una relación intrapsíquica, una relación con los otros, conflictos, sufrimiento, ansiedades y defensas, así como emociones, sentimientos, frustraciones y patología psicomática (Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Protocolo de donación renal altruista, Madrid).

Por otro lado, se realizará un análisis de la motivación del trasplante (si existen beneficios económicos, publicidad o alguno de promoción personal). También se valora si el candidato se encuentra en una situación de vulnerabilidad en diferentes ámbitos (laboral, familiar, social, económico, enfermedades y estudio de la calidad de vida del donante altruista y de sus familiares) y una comprensión y asimilación de la información (Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Protocolo de donación renal altruista, Madrid).

1.2.3 El donante vivo como fuente de órgano.

1.2.3.1 Ventajas, desventajas y complicaciones que pueden aparecer en el trasplante con donante vivo

En una encuesta de opinión realizada en el 2005 por la Sociedad Española de Nefrología y la Organización Nacional de Trasplantes tanto a los profesionales sanitarios, nefrólogos y urólogos de centros trasplantados y no trasplantados, personal de enfermería y coordinadores de trasplante, como a los pacientes en lista de espera se obtuvieron que el 60% de estos consideraban que el tiempo de espera para recibir un trasplante era largo o muy largo, el 59% de los pacientes refería no tener información respecto al trasplante de vivo y un 16% sí que la tenía pero con muchas duda (Álvarez et al, 2005).

También en dicha encuesta se valoraban las preferencias de elección de la pareja de donante-receptor. El 23% eran entre padres a hijos, el 18% eran entre hermanos HLA idénticos, el 13% entre hermanos semiidénticos compartiendo un solo halotipo, un 10% con respuesta negativa tras transfusiones donante-específicas, el 12,5% donantes



emparentados no emparentados, otros parientes un 11%, hermanos con HLA diferente un 5% y solamente un 2.5% consideraba aceptable la donación de vivo de donantes no emparentados y no relacionados (Álvarez et al, 2005).

El trasplante renal con donante vivo ofrece mejores resultados con una supervivencia de cinco años del 82% para los receptores de un injerto renal de donante fallecido versus el 90,2 %, en el caso de trasplante renal vivo (Dominguez-Gil & Pascual, 2008).

Por otro lado, diferentes estudios realizados hasta la fecha afirman mejores resultados en donante vivo frente al donante renal fallecido. Esto se debe a que los receptores son más jóvenes presentado una mejor compatibilidad HLA y mejor estado de salud del donante, la ausencia de los posibles daños que se producen en el riñón secundaria a la muerte encefálica, el menor tiempo de isquemia y la posibilidad de realizar el trasplante anticipado explican la mejor supervivencia de injerto y del paciente.

La disposición de obtener un donante vivo disminuye el tiempo que puede permanecer a la espera el receptor para recibir el trasplante. En el caso de receptores jóvenes es más beneficioso puesto que si no fuera así las posibilidades de obtener un órgano adecuado a su edad son menores, debido al cambio en el perfil de los donantes fallecidos, cada vez de mayor edad.

En lo que respecta al donante, la realización de evaluaciones pre trasplante y seguimientos después de su realización, así como las técnicas quirúrgicas menos invasivas conlleva a un bajo índice de complicaciones y una esperanza de vida de los donantes similar a la de la población general (Dominguez et al, 2010).

Según la *Organ Procurement Transplant Network*, la supervivencia del injerto renal al año procedente de donante fallecido es de un 89% frente al 95,1% para el donante vivo siendo más llamativo si se establece un seguimiento de cinco años cuya supervivencia es de un 66,5% en comparación con el trasplante de donante vivo que corresponde a un 79,7%. En lo que respecta la supervivencia del paciente a lo largo de cinco años se observa un 82% para los receptores con donante fallecido frente al 90.2% en el caso del trasplante renal vivo (Dominguez & Pascual, 2008).

La realización de una nefrectomía en una persona sana no deja de ser inocua. Si bien es cierto que la realización de una laparoscopia facilita la mejora en el postoperatorio inmediato y la reinserción en la vida social y laboral más precoz, no deja de ser un riesgo. El riesgo de mortalidad incrementada al proceso de la donación renal de vivo, pese a ser baja, se estima en un 0.03% existiendo también la posibilidad de sufrir complicaciones como el sangrado o la infección pese a ser bajas. A largo plazo, la mortalidad vinculada a la donación de vivo no parece superior que la del resto de población general ajustado por edad y comorbilidad asociada, siendo el estado de salud del donante vivo similar y existiendo unas mínimas repercusiones fisiológicas como puedan ser la función renal, albuminuria y cifras de tensión arterial. Respecto a la calidad de vida a largo plazo que perciben los donantes, los estudios indican que en algunos casos ésta es mayor dado que a su situación general se une la satisfacción que produce la ayuda prestada (Domínguez et al., 2010).

En cuanto a las complicaciones destacar que, en un estudio realizado por Álvarez et al. (2005), los profesionales de los centros de trasplante con experiencia en trasplante de vivo afirmaron que una de las más importantes fueron los problemas psicológicos con un 22.6%, seguidas por HTA con un 13.2%, 9.43% proteunuria, 5.6% IR, 3.7% hepatitis, y un 22.6% complicaciones miscelánicas en las que se incluyen la muerte referida en cinco casos.

1.2.3.2 Emociones y sensaciones del donante vivo.

Trasplantar un órgano, debido al complejo procedimiento que es necesario seguir, supone tanto para el receptor como para el donante del órgano sentir una serie de emociones que pueden afectar a la salud mental preoperatoria y postoperatoria haciendo necesaria una intervención en ambos puntos para así controlar y disminuir posibles efectos colaterales que pueda desencadenar dicho proceso.

En una revisión bibliográfica realizada entre los años 1969 y 2006 por la *American Journal of Transplantation*, cuyos criterios eran haber realizado una evaluación psicosocial mediante cuestionarios en 10 o más donantes después de la nefrectomía,



pone de manifiesto que en rasgos generales, en todos los estudios realizados, se observó que la relación entre el donante y receptor de la misma familia había mejorado e incluso había aumentado la cantidad de tiempo que pasaban juntos y en otras ocasiones la relación permanecía igual pero nunca empeoraba (68% de los padres donantes admitían que la relación con sus hijos había mejorado mientras que entre 83-100% de los donantes informaron que sus relaciones generales con la familia fueron similares o mejoradas) (Clemens et al., 2006). En un estudio cuyo objetivo fue evaluar la morbilidad asociada con la donación en vida desde la perspectiva de los donantes, el estado funcional después de la donación y la satisfacción general con el proceso de donación se objetivó una mejora de la satisfacción general de un 88% de los donantes vivos, es decir, los donantes afirmaban estar satisfechos con su decisión de donar y elegirían donar de nuevo si tuvieran la oportunidad de hacerlo. Asimismo, el 100% de dichos donantes donaría de nuevo y recomienda la donación independientemente del resultado que se obtenga. Cuando se les preguntó si la donación de vivo debería ser una opción habitual en el tratamiento de la enfermedad hepática, el 88% de los donantes vivos estaban de acuerdo o muy de acuerdo con esta idea, pese existir un 40% de tasa global de complicaciones y un 22% de reingresos, un 6% fueron neutrales y el 6% no estuvo de acuerdo (Beavers, 2001).

Respecto al autoconcepto destacar que en la mayoría de los estudios se observa un aumento de la autoestima tras la donación. El 58% se sentía orgulloso, valiente, heroico y el 42% consideraba que eran personas mejores. Algunos desarrollaron una mejor comprensión de los demás, ganaron una fe religiosa más profunda, experimentaron una sensación de logro y tomaron nota de las mejoras personales. En lo que respecta la comparación de los donantes que tenían diferentes procedimientos quirúrgicos, el 60% y el 89% de los donantes con cirugía laparoscópica y con cirugía abierta respectivamente, sintieron una mejora del autoconcepto después de donar, mientras que una cuarta parte de los donantes de ambos grupos se sintieron recompensados por su experiencia. Las puntuaciones obtenidas respecto a la autoeficacia, el locus de control y de la medida de coherencia personal fueron más altas que la población general (Clemens et al., 2006)

Por otro lado, la imagen corporal no sufrió ningún cambio significativo para la mayoría de los donantes admitiendo que la presencia de la cicatriz de la nefrectomía no les causaba ningún reparo. De hecho, un 15% en otro estudio realizado indicó que su cicatriz les hizo sentir más atractivos observándose resultados adversos en una minoría de los donantes. El 2% se percibió como menos atractivo para su pareja, informando un 13% un deterioro importante estético en relación con su cicatriz (Clemens et al., 2006).

Respecto al bienestar psicológico de los donantes tras la nefrectomía, las revisiones indicaron que el 95% de los donantes fueron felices y una gran mayoría (80%) se sintieron aún más felices después de la donación. El 24% de los pacientes afirmaron que habían mejorado sus emociones y un 55% contaron que después de la operación se sintieron más calmados, satisfechos, alegres y con menos probabilidades de sentir que la vida no tenía sentido sintiéndose más fuertes en ese sentido y pensando que la vida valía la pena vivirla, mientras que tan solo un 4% se encontraron decepcionados con la donación. Dos estudios informaron que el 6% y el 8% fueron ignorados. En los donantes cuyos receptores experimentaron efectos adversos, el 13% sintió que el procedimiento había sido una pérdida, el 5% se sintió culpable y de aquellos cuyos receptores habían fallecido, solamente el 50% sintió que su experiencia había valido la pena (Clemens et al., 2006).

En una encuesta realizada por Álvarez et al. (2005) se obtuvo que el 40% de los encuestados tuvieron una experiencia positiva mientras que el 35.5% la consideraron tanto positiva como negativa y tan sólo un 2% la consideró negativa.

La tabla 2 sintetiza los efectos psicológicos negativos descritos hasta el momento que aparecen en los donantes vivos que presentan relación con el receptor.

Tabla 2. Efectos psicológicos negativos.

SENSACIONES/EMOCIONES	
NEGATIVAS	RESULTADOS
Relación con los hijos empeorada	32%

Relaciones familiares no mejoradas	18%
No mejorada la satisfacción en general (no eligieron donar de nuevo)	12%
La donación con donante vivo no es una opción	6%
No orgulloso, heroico, valiente	42%
No se consideran personas mejores	58%
No mejora el autoconcepto después de donar	Qx abierta: 11% Laparoscopia: 40%
Menos atractivo para su pareja	2%
Deterioro estético importante	13%
No felices tras la donación	20%
No mejora de sus emociones	76%
No se sintieron más calmados, satisfechos, alegres y pensando que la vida no tenía sentido	45%
Decepción en la donación	4%
El procedimiento fue una pérdida	13%
Sensación de culpabilidad	5%
Con los receptores fallecidos la experiencia no había valido la pena	50%

De cinco estudios revisados, entre el 77-95% de los donantes no experimentaron síntomas de depresión después de la donación. Por otro lado, en dos de los estudios analizados se observó que entre el 86% al 94% de los donantes no experimentó ansiedad indebida después de la donación. En otro de ellos, los donantes obtuvieron calificaciones bajas de ansiedad no teniendo ningún trastorno de ansiedad importante. En uno de los estudios donde se utilizó el inventario de depresión de Beck se obtuvo

que un 6% de los donantes experimentaron un aumento de la depresión o la ansiedad preexistente. Poco después de la cirugía el 31% se sintió deprimido y el 19% con más ganas de llorar (Clemens et al, 2006).

En un estudio realizado por Jowsey et al. (2014), a través de una encuesta transversal de los donantes de riñón donde se analizaron los autoinformes que recopilaban síntomas depresivos, se afirmó que para la mayoría de los donantes la donación de riñón no confiere una mayor prevalencia de la depresión, existiendo una minoría que informaron la existencia de síntomas depresivos después de la donación debido a la aparición de una serie de factores como son un mayor tiempo de recuperación, aumento de la carga financiera, sintiendo la obligación moral de donar, ser más joven en el momento de la donación, ser de raza distinta a la blanca, tener una peor salud física y presentar menos optimismo. Un historial de depresión en el momento de la donación también se asoció con la aparición de una depresión posterior. Del 4% que señaló problemas psiquiátricos en algún momento tras la donación, el 2% buscó tratamiento y un 1% ya se encontraba en tratamiento activo.

Los donantes que buscaron ayuda para el problema depresivo después de la donación tenían un historial depresivo pre donación con propensión a informar de que el injerto de su destinatario había fracasado. Sin embargo, en el estudio realizado no se hallan datos que muestren que el fracaso en el injerto provoque un aumento de síntomas depresivos a largo plazo. Finalmente, destacar que un alto optimismo prepara el escenario para mejores resultados postrasplante. Nuevas modalidades en intervenciones de reducción del estrés como puede ser el mindfulness y estrategias para hacer frente a los factores de estrés financieros de resolución de problemas, podrían ayudar a aliviar el estrés de someterse a una cirugía a los donantes. Además, ciertas intervenciones como la entrevista motivacional para explorar la ambivalencia de los donantes, se ha traducido en mejores resultados en otras poblaciones de donantes (Jowsey et al., 2014).

El estrés es otra de las emociones que puede aparecer en donantes a lo largo del proceso pre y post trasplante. En una de las revisiones bibliográficas realizadas por la psychosocial health of live kidney donors se obtuvo que un 39% afirmaba que la



experiencia en general fue un poco estresante. Entre un 6 al 22% encontró la cirugía y la recuperación estresante. Para un 34% y 49% su estado físico postoperatorio les causaba estrés. Para un 3 y 36% tener un riñón les causó preocupación y el 31% de los donantes en dos estudios mostraban preocupación por sufrir fracaso renal. En otros estudios el 50% de los donantes estaban preocupados por las complicaciones, 6% por futuros problemas de riñón y salud en general, el 8% estaban preocupados por los costos médicos y el 14% por la pérdida de ingresos (Clemens et al., 2006).

Respecto a la calidad de vida, comentar que en un estudio revisado el 95% indicó que no experimentó cambios tras la donación mientras que otro señalaba que los donantes tenían una adecuada calidad de vida pero con una ligera tendencia a la depresión (Clemens et al., 2006).

La tabla 3 expone de forma sintetizada los porcentajes de emociones y sensaciones negativas que aparecen en el donante vivo en el proceso de trasplante.

Tabla 3. Emociones y sensaciones negativas en el donante vivo.

EMOCIONES/SENSACIONES	DESCRIPCIÓN	RESULTADO
SÍNTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVOS.	Síntomas depresivos	5-23%
	Síntomas ansiosos	6-14%
	Síntomas ansiosos después de la operación	31%
	Ganas de llorar después de la operación	19%
ESTRÉS	Experiencia estresante	39%
	Cirugía y recuperación estresante	6-22%
	Estado físico en el postoperatorio	34-49%

PREOCUPACIONES	Tener un riñón	3-36%
	Sufrir fracaso renal	31%
	Sufrir complicaciones	50%
	Futuros problemas de riñón	6%
	Costes médicos	8%
	Pérdida de ingresos	14%
CALIDAD DE VIDA	Experimentación de cambios en la donación	5%

1.2.4 El receptor.

Hasta ahora hemos observado lo que para el donante supone, a nivel emocional, la realización de un trasplante pero no debemos de olvidar el papel que puede llegar a adoptar el receptor sobre las emociones y sensaciones de éste, por eso es importante tener en cuenta cómo puede sentirse el receptor del órgano dado que pueden influir significativamente en el objeto del estudio.

El trasplante de un órgano supone para el paciente una incorporación tanto física como imaginaria y simbólica del órgano de la persona, lo que puede conllevar al padecimiento de una serie de trastornos psicológicos como alteraciones en el estado de ánimo, trastornos de ansiedad, disfunciones sexuales, alteraciones neurológicas, problemas de identificación con el donante y sus familiares y alteraciones de la imagen corporal. Respecto a este último aspecto, al tratarse el nuevo órgano de un cuerpo extraño que ha de integrarse en la nueva imagen somática que el receptor tiene de sí mismo, el paciente



trasplantado puede llegar a fantasear con las características físicas y psicológicas de los donantes (peso, estatura, sexo, generosidad o altruismo, talento artístico, amabilidad...). Cuando estas imágenes y pensamientos sobre el donantes son positivas suelen disminuir los trastornos psicológicos que aparecen tras el trasplante aunque es importante destacar que las alteraciones psicológicas no sólo están asociadas a una imagen corporal sino también a la presencia de otros factores psicosociales previos al trasplante como alteraciones psiquiátricas, escaso apoyo social, baja autoestima y estrategias de afrontamientos evitativas (Pérez San Gregorio & Martín Rodríguez, 2002)

En el trasplante de médula ósea se ha observado que de un 20 % a un 30% de los pacientes sufren complicaciones psicológicas a largo plazo, caracterizadas por cuadros ansiosos, síntomas depresivos y baja autoestima (Bellver et al., 2009). Antes del ingreso un 40% refiere ansiedad elevándose en el momento de éste, mientras que la depresión aumenta a lo largo de la hospitalización. También aparece la incertidumbre debido a la carencia de información que recibe la persona. El miedo que genera el procedimiento, la presencia de poco apoyo social y los antecedentes psicológicos pueden interferir en la decisión (Bellver et al., 2009).

Por otro lado, no debemos de olvidar el momento de firmar el consentimiento informado, que supone un gran estrés puesto que es el momento donde el receptor acepta ser intervenido asumiendo que pueden aparecer complicaciones (Bellver et al., 2009).

En la fase post-trasplante suelen aparecer sentimientos de esperanza junto con el temor que supone abandonar el hospital y muchos de ellos esperan que su estado físico, psíquico y emocional vuelva a la normalidad espontáneamente cosa que no es así dado que existe una pérdida de las capacidades (Bellver et al., 2009).

Son frecuentes los TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático) tras la finalización del trasplante. Asimismo, el 30% de los pacientes tienen problemas sexuales, fatiga y síntomas depresivos. También puede aparecer distrés tanto del paciente como de la familia a la hora de reincorporarse a la vida laboral o escolar (Bellver et al., 2009).

2. FUNCIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DENTRO DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD FUNDAMENTADO EN EL MODELO TEÓRICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER.

Según la Carta de Ottawa el concepto de promoción de la salud mental viene definido como la creación de condiciones sociales, individuales y del entorno las cuales permiten un desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo con el fin de mejorar la calidad de vida permitiendo así a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Llopis, 2004)

En el sentido amplio de la Promoción de la Salud, la enfermería es un campo de acción estratégico en cualquier sistema sanitario puesto que permite al enfermero valorar las competencias individuales de los sujetos a través de la articulación del equipo de salud, tanto de atención primaria como especializada. Las concepciones de la enfermería son fundamentales para la práctica, por ser a quien se le atribuye la competencia para actuar como educador, junto al equipo y la comunidad. Por tanto, las acciones de la enfermería no sólo pueden estar centradas en la prevención de enfermedades o de los factores de riesgo dado que sólo estaría enfocado en la enfermedad, sino que también deben estar centradas en la promoción de la salud a través de grupos, con los que se pretenda llegar a una autonomía y asimilación de conocimientos por parte del sujeto que contribuyan a la mejora de su calidad de vida mediante el desarrollo de acciones de cuidado pautadas en un proceso de diálogo y valorando la individualidad de cada ser (Firmino Bezerra et al., 2013).

Por otro lado, cabría desglosar el término de prevención en salud mental, cuyo enfoque es reducir los factores de riesgo promocionando los factores protectores relacionados con un trastorno mental (Llopis, 2004). Es en este punto donde el enfermero, involucrado en la asistencia del sujeto, tiene un papel fundamental ya que es éste, y no otro miembro del equipo multidisciplinar, el que presenta las capacidades de objetivar la oportunidad de aplicar estrategias de promoción de la salud dado que es el que está en contacto directo con el usuario, con participantes activos de los cuidados y con los



responsables del mantenimiento de la salud. Asimismo, el enfermero es aquél que interactúa con los otros agentes de salud facilitando la interdisciplinariedad, la cual produce efectos positivos para el bienestar del individuo (Firmino Bezerra et al., 2013).

Remarcar, además, que en numerosos estudios se evidencia que los programas de prevención y promoción en salud mental funcionan produciendo beneficios en la salud de los individuos sobre todo reduciendo la incidencia de ansiedad y depresión. Pero no solamente produce beneficios a nivel personal, sino también se ha demostrado que la promoción de la salud mental consigue beneficios económicos y resultados rentables. Un ejemplo de ello se observa en el Programa pre-escolar Perry donde de cada 1000 dólares invertidos se produjo una rentabilidad de 7000 dólares (Llopis, 2004).

Nola J. Pender, enfermera y autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se trata de uno de los modelos que más predomina en la promoción de la salud en enfermería.

El MPS habla de que los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida se encuentran divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, ideas y creencias que tienen las personas sobre la salud o inducen a conductas o comportamientos determinados, que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

Su modelo de promoción de la salud se sustenta en dos modelos teóricos. Por un lado, la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y por el otro, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather que a través de ellos expone aquellos aspectos que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos y sus actitudes y motivaciones que conllevarán a la activación de una promoción de la salud. El primero de ellos habla de la importancia que tienen los procesos cognitivos en el cambio de conducta incorporando aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual

reconociendo que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Mientras que el segundo, afirma que la conducta es racional, considerando el componente motivacional como algo clave a conseguir. Argumenta que cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr un objetivo (Aristabal Hoyos et al. 2011).

2.1. METAPARADIGMAS DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER.

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

2.2. CONCEPTOS PRINCIPALES Y DEFINICIONES DEL MODELO.

Esta autora expone para su modelo conceptos principales y definiciones puntualizando, que los siguientes factores que se explican a continuación, son cognitivo-perceptuales y se definen como “mecanismos motivacionales primarios” de las actividades relacionadas con la promoción de la salud (Raile Alligood & Marrines Tomey, 2011). (Figura 2):



- **Conducta previa relacionada:** Frecuencia de la misma conducta o similar en el pasado efectos directo o indirectos de comprometerse con las conductas de promoción en salud.
- **Factores personales:** Factores predictivos de ciertas conducta, siendo los siguientes:
 - Factores personales biológicos: Variables como edad, sexo, IMC, estado de menopausia capacidad aeróbica, fuerza, agilidad y equilibrio.
 - Factores personales psicológicos: autoestima, auto motivación, competencia personal, estado de salud percibido y definición de salud.
 - Factores personales socioculturales: Raza, etnia aculturación, formación y estado socioeconómico.
- **Beneficios percibidos de acción:** Resultados positivos anticipados que se producirán desde la conducta de salud.
- **Barreras percibidas de acción:** Bloqueos anticipados, imaginados o reales y costes personales de la adopción de una conducta determinada.
- **Auto eficacia percibida:** Juicio de la capacidad personal de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud.
- **Efecto relacionado con la actividad:** Los sentimientos subjetivos positivos y negativos que se dan antes, durante y después de la conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. Cuanto más positivo en el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia.

- **Influencias interpersonales:** Los conocimientos acerca de las conductas, creencias o actitudes de los demás. Las influencias interpersonales incluyen: normas, apoyo social y modelación.
- **Influencias situacionales:** Las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto determinado que pueden facilitar o impedir la conducta.
- **Compromiso con un plan de acción:** El concepto de la intención y la identificación de una estrategia planificada lleva a la implantación de una conducta de salud.
- **Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas:** demanda contrapuesta, preferencias contrapuestas, importancia de la salud, definición de salud, estado de salud percibido, beneficios de las conductas.
- **Conducta promotora de salud:** El punto de mira o el resultado de la acción dirigido a los resultados de salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva.

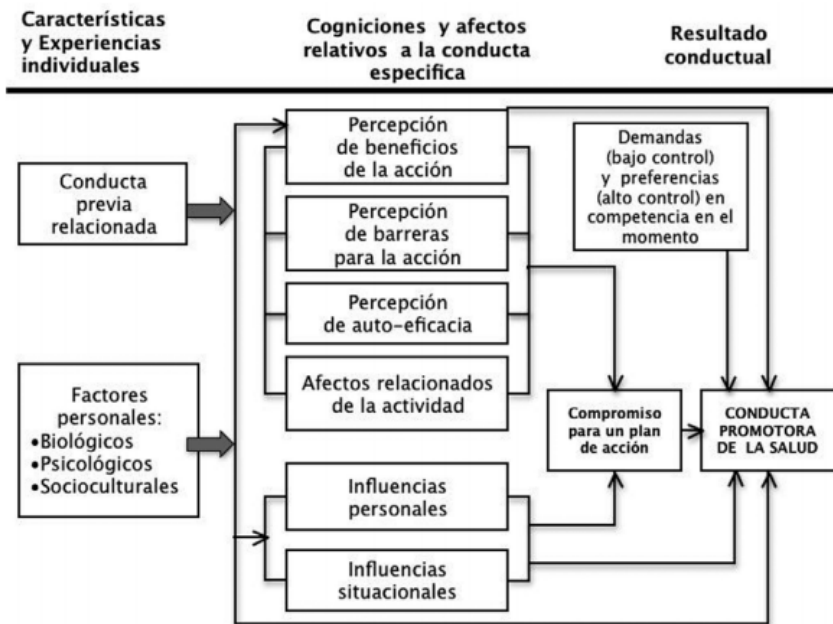


Figura 2. Modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender.

Fuente: Modelo de promoción de la salud de Pender 1996. En: Cid, Merino & Stipovich.

3. HIPÓTESIS:

La participación en el taller educativo previene las complicaciones psicológicas que puedan derivar de la realización de la donación del órgano en el donante vivo que forme parte de la red social del receptor.

4. OBJETIVOS:

4.1. OBJETIVO GENERAL.

- Medir la eficacia del taller en promoción y prevención de la salud en donantes vivos cuyo receptor forme parte de su red social.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Medir variaciones de ansiedad tras el proceso de trasplante en donantes vivos cuyo receptor del órgano forme parte de su red social.
- Medir variaciones de la depresión tras el proceso de trasplante en donantes vivos cuyo receptor del órgano forme parte de su red social.

5. METODOLOGÍA:

5.1. PLAN DE TRABAJO.

5.1.1. Búsqueda bibliográfica.

Para poder documentar nuestra pregunta de investigación, se necesitó realizar varias búsquedas, en el período de tres meses, tanto a través de bases de datos en soporte digital como acudiendo a las hemerotecas y bibliotecas de la universidad de Valencia, la Biblioteca del Hospital General Universitario de Alicante y Hospital Universitario y Politécnico de la Fe. Además, también se realizaron búsquedas en revistas especializadas y en los manuales y protocolos de enfermería en trasplantes.

La búsqueda bibliográfica se efectuó a través de diversas bases de datos electrónicas PUBMED, CINHALL, LILACS, SCIELO. Para seleccionar los artículos se utilizaron los siguientes descriptores: living donor – emotions - living kidney donors - anxiety –depression- receiver (donante vivo- emociones- donante renal vivo- ansiedad- depresión- receptor) y la combinación entre ellos; en el periodo comprendido entre 2000-2014, escritos en español, inglés y portugués. Se incluyeron artículos originales en los que estuviera disponible el resumen. A los documentos seleccionados se les realizó un rastro de las referencias bibliográficas.

Por otro lado, y para complementar las búsquedas anteriormente citadas se realizaron búsquedas con motores de búsqueda generales como Google Académico. A esto hay que sumarle las consultas realizadas en páginas especializadas.

Después de haber realizado la búsqueda y con los datos obtenidos se observa que aunque sí existe evidencia acerca de los beneficios de intervenciones educativas en otras



patologías como diabetes, EPOC, y otras enfermedades crónicas, no se han encontrado estudios que informen sobre la efectividad de intervenciones educativas de promoción de la salud mental y prevención de la aparición de problemas mentales en el transcurso de preparación para el trasplante del donante vivo que tenga parentesco con el receptor. Por consiguiente, se considera relevante y de interés sanitario la realización de un estudio cuasi- experimental pre-post de tipo transversal para valorar si la implantación de estas sesiones previenen las complicaciones psicológicas en el objeto de estudio.

5.2 DISEÑO.

Estudio cuasi-experimental pre-post de una intervención educativa. La población objeto de estudio serán aquellos donantes que formen parte de la red social del receptor en el trasplante renal.

La selección de la muestra se realizará de forma consecutiva oportunista. Serán derivados desde la consulta del Psiquiatra tras ser valorados y aceptados como candidatos a donante. Seguidamente la enfermera especialista responsable del proyecto, será la encargada de citar a los participantes de forma individual en su consulta, con el fin de entregar la hoja de consentimiento informado (Anexo 3), la hoja informativa del estudio (Anexo 4) y aclarar dudas que puedan surgir.

5.3 TAMAÑO MUESTRAL.

La muestra estará constituida por todos los donantes vivos derivados durante los meses de Mayo del 2015 a Mayo del 2016. Se realizarán subgrupos mensuales con el objetivo de que los participantes en la intervención educativa no superen un número máximo de cinco integrantes. Además, la excepcionalidad de la muestra relacionada con el tiempo que pasa entre que son aceptados como donantes y la intervención, hace que no podamos esperar más de un mes para la captación de los individuos de cada taller.

Para la determinación del tamaño muestral, basándonos en estudios en donde se ha realizado este tipo de intervención pero enfocada a otros ámbitos (Mohabbat, Golzari, Moradi, & Esmail Akbari, 2014), se ha obtenido que la desviación típica estimada para

la diferencia entre antes y después del tratamiento es de 11.5 y que la disminución mínima clínicamente relevante es de 5 puntos. Por lo tanto, asumiendo estos valores de desviación estándar y diferencia post-pre tratamiento, se ha estimado que para alcanzar un alfa de 0.05 y una potencia del 80% serán necesarios 44 sujetos, que en el caso de que se den mayor número de derivaciones, serán incluidos en la muestra.

5.3.1 Criterios de inclusión

- Donantes vivos que tengan parentesco con el receptor del órgano.
- Personas que hayan sido aceptados como donantes tanto por el nefrólogo como por el psiquiatra
- Personas que sean mayores de edad.
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado (Anexo 3)

5.3.2 Criterios de exclusión

- Personas con deterioros cognitivos.
- Personas que en el momento de la realización del estudio presenten cualquier impedimento físico y/o psíquico grave que impida la cumplimentación del cuestionario.

5.4 VARIABLES.

5.4.1. Variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudio, estado civil, grado de parentesco)

5.4.2. Variables independientes:

-Fase de la intervención (pre y post)

El taller educativo se estructurará en 3 sesiones, de las cuales la primera será una sesión introductoria donde se realizará la presentación de la intervención educativa, una primera recogida de datos con los cuestionarios citados (ansiedad y depresión) y la exposición de sentimientos y motivaciones individuales y colectivas de los presentes,



para posteriormente comenzar a trabajar con los conceptos establecidos. Esta sesión junto con la segunda, que se realizará una semana después de la primera, serán administradas previamente al trasplante. La última sesión se efectuará un mes (o mes y medio, dependiendo de cuando se realice la intervención quirúrgica de cada miembro del grupo) después a la realización de éste debido a la temática que aborda. Dos meses después de la tercera sesión se llevará a cabo la última reunión grupal donde se evaluará la eficacia del taller. En él los donantes cumplimentarán de nuevo los dos cuestionarios que se realizaron en la primera sesión del taller y se expresará de forma verbal, mediante dinámica de grupo, aquello que los miembros del taller deseen puntualizar acerca de éste con el fin de saber si se han cumplido tanto las expectativas individuales como colectivas. Las sesiones están desarrolladas en el Anexo 5.

5.4.3 Variables dependientes cuantitativas:

- Inventario de Depresión de BECK (Anexo 6)
- Inventario de Ansiedad de BECK (Anexo 7)

5.5 ANÁLISIS DE DATOS.

Con el objetivo de definir el perfil sociodemográfico y psicológico de los donantes vivos, las variables de interés serán resumidas a partir de una serie de medidas (media, desviación típica, mediana, rango intercuartil, porcentajes y frecuencias) en función del carácter cuantitativo y/o cualitativo de las mismas.

Por otro lado, para contrastar la eficacia preventiva del taller educativo sobre la ansiedad y la depresión de los donantes vivos, y dado que los sujetos han sido evaluados en dos momentos temporales distintos (antes y después), se llevarán a cabo test t para medidas repetidas (uno para las medidas del cuestionario de depresión y otro para las medidas del cuestionario de ansiedad).

Sin embargo, dado que las variables basadas en cuestionarios y, por lo tanto, acotadas en un rango, no suelen seguir una distribución normal (violando el supuesto principal de

las pruebas paramétricas), se considera también la opción de utilizar la prueba de los rangos de Wilcoxon en el caso de no cumplir con el supuesto de normalidad.

En cualquiera de los casos, los p-valores inferiores a 0.05 serán considerados estadísticamente significativos, y serán complementados con intervalos de confianza al 95%.

Los resultados serán obtenidos mediante el software estadístico R (versión 3.1.2).

5.6 TRABAJO DE CAMPO.

La captación de la muestra se llevará a cabo durante un año, de Mayo de 2015 a Mayo 2016. Sin embargo, la obtención de los individuos para cada taller se realizará en menos de un mes debido al escaso tiempo que existe entre que los donantes son aceptados y la realización de la intervención. El taller constará de 3 sesiones, realizándose la última de ellas un mes después del trasplante. A los dos meses de concluir el taller, se pasarán de nuevo los dos cuestionarios realizados en la primera sesión. Una vez concluido el año establecido para la captación de la muestra, se dispondrán de tres meses posteriores donde se analizarán los resultados, se redactará el informe pertinente y se hará la publicación y difusión de los resultados. Los tres meses previos a la captación de la muestra, se utilizarán para presentar el documento al CEI, para la evaluación del protocolo de investigación y la espera de aprobación por parte del CEI del proyecto de investigación. (Anexo 8)

En la Fase 1 de captación de la muestra se irán realizando talleres conforme se vayan derivando los individuos por parte del psiquiatra hasta que se disponga de un número de cuatro a cinco participantes para formar el grupo educativo (los cuales se captarán en un mes). Por lo que los grupos se solaparán en el tiempo, pudiéndose llevar en un mismo periodo de tiempo más de un taller.

Cada participante que sea derivado por el psiquiatra, inmediatamente será entrevistado por la enfermera especialista en salud mental. Todo esto será en el período de un mes.

5.7. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:



Los instrumentos que se aplicarán para conocer la eficacia y repercusión del taller serán:

- **El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II):**

Es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert que se puede aplicar de forma individual o colectiva y que se ha de realizar entre 5 y 10 minutos. Dicho autoinforme proporciona información acerca de la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Compuesto por 21 ítems, indica síntomas como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc., que se corresponden con los criterios para el diagnóstico recogidos en el DSM-IV y CIE-10.

En el inventario se pide a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que se están generando durante las últimas dos semanas, incluyendo el día actual. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que contienen 7 categorías. A partir de las puntuaciones se podrá obtener los siguientes resultados: 0-13, mínima depresión; 14-19 depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63 depresión grave (Muñiz & Fernández-Hermida, 2010).

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):**

El BAI es un autoinforme diseñado para medir de forma específica el grado de ansiedad prolongada tratándose del instrumento menos contaminado por contenido depresivo. El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso.

Se puede aplicar a una gran variedad de grupos de pacientes (población adulta y adolescentes a partir de los 13 años). Tiene 21 ítems siendo de formato tipo Likert. Es un instrumento sencillo que se puede realizar de forma oral y con lápiz. La forma de corrección es manual. El procedimiento de obtención de las puntuaciones directas se realiza sumando las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos. El tiempo estimado para la realización del test será de 5-10

minutos en el caso de que se aplique tanto de forma individual como colectiva (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2012.Madrid).

6. RECURSOS NECESARIOS:

6.1. RECURSOS HUMANOS:

- Una enfermera especialista en salud mental será la responsable de llevar a cabo el taller. En caso de que los grupos se solapen en el tiempo y que se realice en más hospitales de la provincia, en el momento que se pretenda obtener una muestra estadísticamente representativa, será necesario de la presencia de una nueva enfermera especialista.

6.2. RECURSOS MATERIALES.

- Consulta con mobiliario de oficina: una mesa escritorio, tres sillas (una para la enfermera y dos para los usuarios) con teléfono.
- Sala acondicionada de reuniones luminosa y espaciosa pero a la vez acogedora del departamento de trasplantes del Hospital la Fe de Valencia, donde haya tantas sillas como participantes tenga el grupo.
- Seis esterillas confortables (una para cada participante incluyendo la enfermera) para la realización de determinadas técnicas.
- Material informático: un ordenador dotado de acceso a internet con paquete de ofimática y una impresora. Será proporcionado por el centro.
- Material fungible: bolígrafos, folios, fotocopias, carpetas, etc.:

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se llevará a cabo siguiendo las normas deontológicas reconocidas por la Declaración de Helsinki de Fortaleza (Brasil) Octubre 2013, las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio 1990) y la normativa legal vigente española que regula la investigación clínica en humanos (Real Decreto 561/1993). El estudio se someterá a la valoración y aprobación del Comité de



Ética del Hospital. Se pedirá conformidad previa por escrito a los pacientes que participen en el estudio después de que hayan sido informados de cómo se llevará a cabo dicho estudio (Anexo 3)

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (Anexo 9)

Con respecto a la confidencialidad de los datos, la recogida de datos así como los documentos generados durante el estudio, serán protegidos de usos no permitidos por personas ajenas a la investigación. La información generada es estrictamente confidencial.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al tratarse de un estudio piloto no procede que el tiempo de éste sobrepase el año. Esto, junto con las características de la población del estudio, puede que durante el tiempo estimado de recogida de datos no se alcance una muestra suficiente, por tanto, en el caso de que se pretenda la realización del proyecto sería conveniente que el tiempo del estudio sea mayor para que el tamaño de la muestra sea estadísticamente representativa.

Es posible que haya abandonos por parte de alguno de los participantes del taller por motivos por motivos ajenos a éste o bien que falten a alguna sesión.

Dado que se puede dar el caso que los participantes mejoren simplemente por el mero hecho de participar en el estudio, puesto que lo son conscientes de ello, y no por el efecto del taller, es importante tener en cuenta el efecto Hawthorne.

Sin embargo, la limitación principal del estudio es que no existe un grupo control con el que comparar. Esto puede llevar al extremo de no poder determinar con exactitud si los cambios observados en los pacientes se deben al efecto de la intervención educativa o, por el contrario, al efecto de variables no controladas.

9. RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que los resultados obtenidos en el estudio demuestren la importancia de la realización del taller educativo en este tipo de población a partir de la disminución del riesgo de padecer complicaciones psicológicas que originen mayor saturación en las listas de espera de psiquiatría y psicología clínica, favoreciendo un mayor bienestar mental de las personas afectadas. Una vez obtenidos los resultados esperados se propondría la realización de dicho taller en otras unidades de trasplante, lo que supondría el aumento del tiempo de estudio (2 años) con el objetivo de poder hallar una muestra representativa extrapolable.

Se ha visto que el funcionamiento cognitivo y emocional pre-trasplante son importantes para las posibles consecuencias que puedan existir a largo plazo y en la calidad de vida de las personas afectadas (Bellever et al, 2005). Es por ello por lo que sería interesante el desarrollo de este tipo de proyectos mediante estudios cualitativos que sean capaces de recoger de forma más dinámica y compleja emociones y sensaciones del individuo que puedan enriquecer la ciencia enfermera sobre todo a nivel de salud mental.

10. BIBLIOGRAFIA

Álvarez, M., Martín, E., García, A., Oppenheimer, F., & Arias, M. (2005). Encuesta de opinión sobre la donación de vivo renal. *Nefrología*, 25(2), 57-61.

Aristabal Hoyos, G. P., Blanco Borjas, D. M., & Sánchez Ramos, A. (2011). El modelo de promoción de la salud de nola pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-23.

Beavers, K. L., Sandler, R. S., Fair, J. H., Johnson, M. W., & Shrestha, R. (2001). The living donor experience: Donor health assessment and outcomes after living donor liver transplantation. *Liver Trasplantation*, 7(11), 943-947.

Bellever, A., & Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología*, 6(1), 65-81.



Cid, P.H., Merino, J.E., Stiepovich, J.B. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de la salud. *Rev Méd Chile*, 134 (12), 1491-1499.

Clemens, K. K., Thiessen-Philbrook, H., Parikh, C. R., Yang, R. C., Karley, M. L., Boudville, N., Garg, A. X. (2006). Psychosocial health of living kidney donors: A systematic review. *American Journal of Trasplantation*, 6, 2965-2977.

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2012). *Evaluación del inventario BAI*. Madrid.

Delmonico, F. L., & Dew, M. A. (2007). Living donor kidney trasplantation in a global environment. *Kidney International*, 71, 608-614.

Dominguez Gil, B., de la Oliva Valentin, M., Martín Escobar, E., García Martínez, M., Cruzado, J. M., Pascual Santos, J., Matesanz, R. (2010). Situación actual del trasplante renal de donante vivo en españa y otros países: Pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. *Revista Nefrología*, 30(2), 3-13.

Dominguez Gil, B., & Pascual, J. (2008). El trasplante renal de donante vivo en España: Una gran oportunidad. *Revista Nefrología*, 28(1), 143-147.

Firmino Bezerra, S. T., Mesquita Lemos, A., Costa de Sousa, S. M., De Lima Carvalho, C. M., Carvalho Fernandes, A. F., & Santos Alves, M. D. (2013). Promoción de la salud: La calidad de vida en las prácticas de enfermería. [Promoção da saúde: a qualidade de vida nas práticas da enfermagem] *Enfermería Global*, 32, 260-269.

Hayes, A. F., & Preacher, K. J. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879

Jowsey, S. G., Jacobs, C., Gross, C. R., Hong B.A, Messersmith, E. E., Gillespie, B. W., Taler, S.J & RELIEVE Study Group. (2014). Emotional well-being of living kidney

donors: Findings from the RELIEVE study. *American Journal of Trasplantation*, 14, 2535-2544.

Llopis, J. (2004). Eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 67-77.

López-Navidad, A., Kulisevsky, J., & Caballero, F. (1997). *El donante de órganos y tejidos. evolución y manejo*. (pp. 1-3). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.

Ministerio de Sanidad política Social e Igualdad. Protocolo de donación renal altruista.

Madrid. Recuperado de

http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Prococolo_donaci%C3%B3n_renal_altruista.pdf

Mohabbat-Bahar, S., Golzari, M., Moradi-Joo, M., & Esmail Akbari, M. (2014).

Efficacy of group logotherapy on decreasing anxiety in woman with breast cancer. *Iran J Cancer Prev.*, 7(3), 165-170

Muñiz, J. & Fernández-Hermida, J. R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo* 31, 108-121

Ojales Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno con déficit de atención con hiperactividad (TDAH): Revisión y nuevas aportaciones. *Anuario De Psicología Clínica y De La Salud*, 3, 19-30

Pérez San Gregorio, M.A & Martín Rodríguez, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Rev. De Psicol. Gral y Aplic*, 55(3), 439-453.

Pérez San Gregorio, M^a Ángeles, Martín Rodríguez, A., & Pérez Bernal, J. (2005). Salud mental de los familiares trasplantados. *Psicothema*, 17(4), 651-656



Raile Alligood, M. Marrines Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima Edición. Barcelona. Elsevier.

11. ANEXOS.

Anexo 1: Gráficas trasplante renal en territorio Nacional, Comunidad Valenciana y Hospital La Fe.

Anexo 2: Peticiones protocolo donante vivo.

Anexo 3: Consentimiento informado.

Anexo 4: Hoja de información al paciente.

Anexo 5: Taller de educación para la salud.

Anexo 6: Inventario de depresión de Beck.

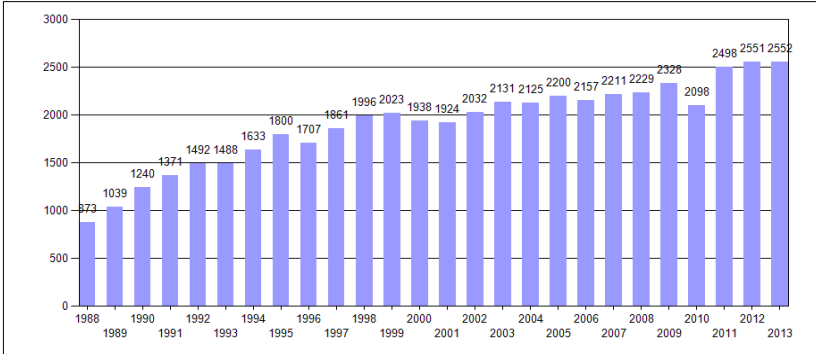
Anexo 7: Inventario de ansiedad de Beck.

Anexo 8: Cronograma.

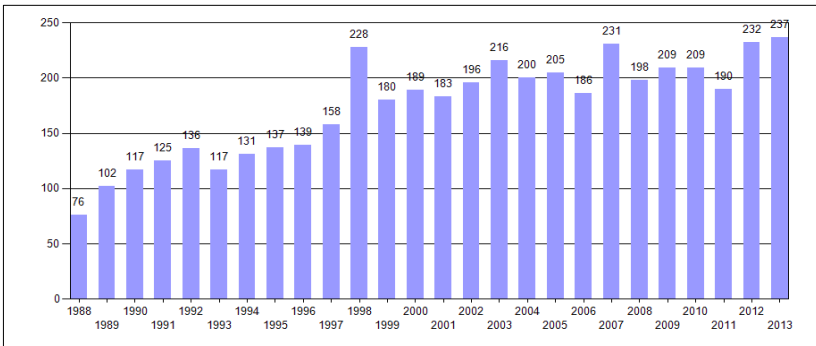
Anexo 9: Declaración de cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos 15/99.

Anexo 1: Gráficas.

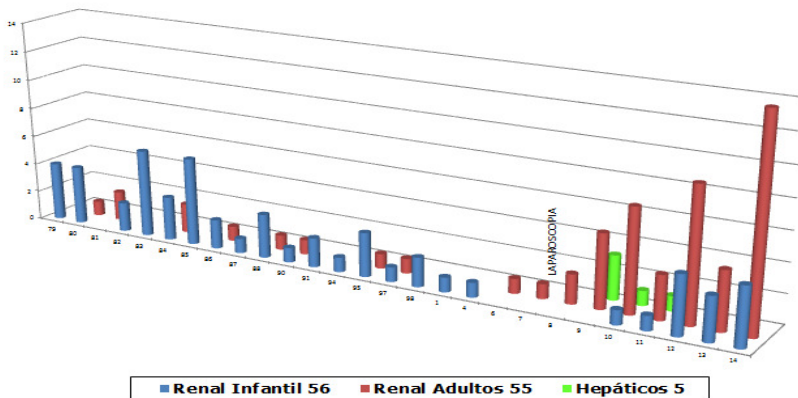
Gráfica del territorio Nacional de trasplante renal: Fuente: INE



Gráfica del territorio de la Comunidad Valenciana de trasplante renal. Fuente: INE.



Gráfica del número de trasplantes renales adulto e infantil del Hospital Universitari i Politènic la Fe de Valencia.





Anexo 2:

PETICIONES PROTOCOLO DONANTE VIVO

PRIMERA VISITA:

- Historia clínica detallada y exploración física.
- Grupo y Tipaje (Donante y receptor) y Cross-Match.
- PRA receptor.

SEGUNDA VISITA: (Si resultados primera visita normales)

- Hemograma, SMAC, Hemostasia, Lípidos, Metabolismo Férrico, Proteinograma, VSG
- Curva de glucemia y lo HbA1c (si glucemia basal alterada).
- Orina 24 horas con proteinuria, glucosuria, calcio y fósforo.
- Aclaramiento creatinina.
- Anormales y sedimento de orina.
- Urocultivo.
- Serología CMV, VHZ, VEB, HTLV 112, VHS, Parvovirus B-19, sífilis, toxoplasma.
- Serología VIH, VHB, VHC.
- Serología leishmaniasis, Malaria, Tripanosoma; Esquistosoma, HHV8, Estrongiloides,
- Tifoidea y Brucela en pacientes de riesgo.
- Mantoux.
- Test embarazo si está indicado.
- Sangre oculta en heces a todos los pacientes mayores de 50 años. Si es positiva realizar colonoscopia.
- Fondo de ojo.
- Rx tórax y simple de abdomen. ECG.
- ECO abdominal (incluido riñón).
- Valoración Psiquiátrica (Dra Rubio Granero).
- MAPA (Si HTA).

TERCERA VISITA: (Si resultados segunda visita normales)

- Repetir analítica sangre y orina.
- Renograma isotópico.
- Valoración por Medicina Interna (Dr La Cruz).
- Valoración Cardiológica si donante mayor 50 años (Valorar ecocardio y/o prueba de esfuerzo)
- Revisión ginecológica + ecografía/mamografía en mujeres > 40 a. o < 35 con antecedentes familiares floridos de neoplasia mamaria.
- Revisión urológica en varones con sospecha de patología protática o > 50 a. (en este caso pedir también PSA).
- AngioTAC. (Dr Pamies: Indicar donante vivo estudio arterial, venoso y ureteral)

CUARTA VISITA: (Si resultados tercera visita normales)

- Repetir analítica de sangre y orina.

- Repetir Cross-Match.
- Valoración por Urología (Dr Ruiz).
- Valoración por anestesia (Donante y receptor)
- Realizar informe para Comité de ética del hospital.
- Firma de consentimiento informado.

**SI TODO BIEN FORMALIZAR LA DONACIÓN EN EL JUZGADO 2 DÍAS ANTES DEL
TRASPLANTE Y UNA VEZ HECHO PROCEDER AL INGRESO PARA EL TRASPLANTE.**



Anexo 3:

CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Título del estudio: Protocolo de investigación: Estudio piloto de la eficacia de la implantación de un taller en promoción de la salud mental en donantes vivos de trasplante renal.

Yo, *(nombre y apellidos)*.

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: *(nombre del Investigador)*

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo 4:

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Versión de la HIP: (campo obligatorio)	Fecha de la versión: (campo obligatorio)
Investigador Principal: <i>(Incluir nombre, servicio y forma de localizarle)</i>	
CENTRO:	
Título del proyecto de investigación:	

1. INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.



3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El estudio consiste en la realización de un taller educativo cuyo objetivo principal es medir la eficacia del taller en promoción y prevención de la salud en donantes vivos cuyo receptor forma parte de su red social. Se realizará mediante un estudio cuasi-experimental pre-post de un intervención educativa. La duración del taller será de 3 semanas no sucesivas (la última de ellas un mes tras la intervención) y concluirá con una reunión con todos los miembros del grupo, dos meses después de la finalización del taller, para exponer conclusiones y elaborar cuestionarios. No existe ningún riesgo para la salud derivado del estudio. No se realizará pruebas complementarias, simplemente la elaboración de dos cuestionarios fáciles de interpretar. Los grupos estarán constituidos por un número de 5 sujetos que se incluirán en el estudio. El sujeto se responsabiliza de la participación y asistencia en todas las sesiones del taller.

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

Los beneficios esperados para el sujeto son la obtención de técnicas que le ayuden a manejar el estrés y la ansiedad que puedan derivar del proceso de trasplante dado que pueden existir sentimientos de miedo ante el rechazo del órgano por parte del receptor. Asimismo, en el caso de que aparecieran síntomas depresivos derivados con la baja tolerancia a la frustración, se realizará una derivación precoz al profesional pertinente con el fin controlar problemas mayores. Por tanto, no existen riesgos derivados de la participación en el estudio. Los cuestionarios usados cuentan con una gran experiencia.

5. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS:

Existe la posibilidad de otras alternativas terapéuticas para el control de síntomas derivados del proceso de trasplante, sin embargo, no podría recibir en caso de no participar en el estudio dado que sería a nivel individual y una vez instaurados los síntomas y no para prevenir su aparición.

6. Nº DE URGENCIA PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio o daños relacionados con el mismo, contactar con la enfermera especialista en salud mental del estudio Srta. _____ en el número de teléfono _____

7. CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a su médico del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al médico del estudio, colaboradores, autoridades sanitarias (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comité Ético de Investigación Biomédica y personal autorizado por el promotor, 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. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

8. COMPENSACIÓN ECONÓMICA:

El promotor del estudio es el responsable de gestionar la financiación del mismo, por lo que su participación en éste no le supondrá ningún gasto.

9. OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE:

Cualquier nueva información referente a los fármacos utilizados en el estudio que se descubra durante su participación y que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, le será comunicada por su médico lo antes posible.



Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, no se añadirá ningún dato nuevo a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente obtenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del mismo lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca por la mediación en estudio o porque consideren que usted no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo por el que se ha decidido su retirada del estudio.

El promotor podrá suspender el estudio siempre y cuando sea por alguno de los supuestos contemplados en la legislación vigente.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto. Cuando acabe su participación recibirá el mejor tratamiento disponible y que su médico considere el más adecuado para su enfermedad, pero es posible que no se le pueda seguir administrando la medicación objeto del presente estudio. Por lo tanto, ni el investigador, ni el promotor, adquieren compromiso alguno de mantener dicho tratamiento fuera de este estudio.

Anexo 5:

TALLER DE EDUCACION PARA LA SALUD

Los programas de salud mental contribuyen a un mayor bienestar mental aumentando la calidad de vida tanto a nivel individual como comunitario (LLopis, 2004) siendo la función de la enfermera especialista en salud mental la de dotar a los sujetos de estudio, mediante el counselling, en conocimientos básicos, habilidades de afrontamiento y manejo de emociones, que aparecen de forma fisiológica en personas sanas expuestas a una cirugía, con el fin de evitar que emerjan complicaciones psicológicas, y en el caso de que aparecieran, reconocerlas y derivarlas precozmente al especialista adecuado (psiquiatra o psicólogo clínico)

Objetivos:

- Aumentar la capacidad de control con el fin de que el donante sea capaz de enfrentarse a aquellos problemas físicos, psicológicos y sociales que puedan aparecer.
- Disminuir el riesgo de aparición de la frustración en caso de que el órgano donado sea rechazado por el receptor.
- Reducir el nivel de ansiedad que pueda aparecer en el proceso pre y postoperatorio que se genera en torno al proceso de trasplante a través del aprendizaje de estrategias de afrontamiento.

Características del taller:

- Duración: 3 semanas. Las dos primeras sesiones se realizará con una diferencia de una semana entre ambas. La última será un mes tras la realización del trasplante.
- Número de sesiones: El taller se constituirá de 3 sesiones, de las cuales dos de ellas se realizarán previo al trasplante y la restante, un mes después a la realización del mismo. Las dos primeras sesiones están constituidas por dos módulos, mientras que la tercera sesión únicamente por uno. Durante los distintos módulos se trabaja de forma continua con dinámicas de grupo.
- Tiempo de cada sesión: 1 hora y 45 minutos
- Lugar de realización: Sala de reuniones del departamento de trasplantes.



SESIÓN I:

Módulo I: Presentación

Objetivos:

- Fomentar las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo.
- Promover la expresión de emociones y sensaciones verbalmente que aparecen durante el proceso de preparación para el trasplante.

Se llevará a cabo la primera toma de contacto con los donantes fomentado un clima favorable para la expresión de emociones y sentimientos.

La primera media hora se dedicará a realizar las prestaciones de cada miembro del grupo incluyendo al terapeuta y lo que se espera del taller. Seguidamente se expondrá aquellas cuestiones referidas a las emociones, sensaciones y miedos que puedan tener en ese momento para concluir con la exposición de los temas que se trabajarán y con la realización de los cuestionarios de ansiedad y depresión.

Módulo II: Estrés, afrontamiento y salud

Objetivos:

- Conceptualizar el estrés y reconocer los distintos tipos de estresores
- Identificar los mecanismos subyacentes a la respuesta fisiológica del estrés
- Comprender por qué ante una misma situación dos personas responden de manera diferente y la relación entre estrés y personalidad.
- Explorar las consecuencias para la salud física y psicológica de la exposición continua o repetida al estrés.
- Aprender distintas técnicas para el adecuado manejo del estrés.

En esta segundo módulo, se abordarán los contenidos del taller: ¿Qué es el estrés?; respuesta fisiológica al estrés; estrés y personalidad; consecuencias físicas y psicológicas del estrés y manejo de éste.

SESIÓN II:

Módulo III Ansiedad, afrontamiento y salud.

Objetivos:

- Conceptualizar la ansiedad y saber diferenciarla del miedo.
- Saber identificar los distintos modos de respuesta que desencadena la ansiedad denominados “el triple sistema de respuesta”.
- Comprender las respuestas neuroendocrinas y neurobiológicas que aparecen en este proceso.
- Adquirir habilidades para el adecuado manejo de la ansiedad.

La ansiedad es una emoción que en muchas circunstancias es adaptativa para el individuo. El problema surge, cuando se generan niveles excesivos de ansiedad y durante períodos prolongados de tiempo, lo que hace que el individuo se vea desbordado provocándole consecuencias negativas para su salud física y psicológica. En este punto del taller, durante los primeros 45 minutos, se darán los conceptos fundamentales para que los participantes del grupo consigan un mejor manejo promoviendo, como pilar fundamental, la expresión de sucesos y emociones de forma grupal con el fin de favorecer feedback y motivación entre ellos. Los restantes 45 minutos de sesión se dedicará a la explicación de las técnicas para manejar el estrés (módulo IV)

Módulo IV Aprendizaje de las técnicas de manejo en estrés y ansiedad.

Objetivo:

- Conseguir que el usuario sea capaz de llevar a cabo por sí mismo técnicas para manejar su estrés y ansiedad.

Este será el último módulo previo al trasplante. En este espacio se resolverán aquellas dudas que hayan podido surgir hasta el momento y nuevas preocupaciones que hayan aflorado. Se llevará a la práctica aquellas técnicas que se han explicado en los módulos anteriores, asegurando que se realicen de forma correcta y efectiva.

Prácticas:

- Respiración diafragmática
- Entrenamiento de autoinstrucciones de Meichenbaum

En el año 1971, Meichenbaum formula la hipótesis de que un niño hiperactivo, debido a su impulsividad, no analiza la experiencia ni internaliza reglas que puedan servirle como directrices para su aprendizaje. A partir de la teoría del aprendizaje y las teorías



del desarrollo, Meichembaum y Goodman desarrollaron el *Entrenamiento Mediacional Cognitivo o Autoinstruccional*. Se trata de una técnica cognitiva para el control de estrés. El objetivo de esta técnica es conseguir cambiar las autoverbalizaciones para que se modifique el comportamiento. Se trata de autoinstrucciones de autoreforzamiento y autocorrección (afrentamiento ante el fracaso). Se asemeja a la terapia de solución de problemas (Ojales Villar, 2007)

- Mindfulness:

La meditación Mindfulness se trata de una práctica cognitiva, cuyo objetivo es el adiestramiento mediante el cultivo de la atención sobre los propios procesos mentales, sin analizarlos. En los últimos años, ha aumentado el interés en la adaptación de la meditación, sobretodo la meditación basada en la Atención Plena de la tradición budista, al tratamiento de trastornos psicológicos, que ha confluído en la aparición de un nuevo movimiento dentro de la psicoterapia actual, que se ha llamado las Terapias basadas en la Atención Plena y la Aceptación (Hayes & Preacher, 2008)

SESIÓN III

Modulo V. Depresión

Objetivos:

- Conceptualizar la depresión.
- Identificar emociones y actitudes que puedan ser alarmantes.
- Desarrollar habilidades para el manejo de pensamientos negativos.

Se realizará un mes después de la intervención dado que es en este momento cuando pueden surgir síntomas depresivos y no antes. En dicho módulo se abordarán, mediante dinámicas de grupo, aquellos signos y síntomas de alerta que informen acerca de este estado con el fin de fomentar la expresión verbal y apoyo grupal.

Anexo 6:

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

PREGUNTAS	Seleccione Opción	Puntuación
1. A) No me siento triste B) Me siento triste. C) Siempre me siento triste o afligido y no puedo evitarlo. D) Me siento tan triste o afligido que no puedo soportarlo.		
2. A) No me siento especialmente desanimado ante el futuro. B) Me siento desanimado ante el futuro. C) No hay nada que me haga ilusión. D) Creo que las cosas no pueden mejorar y no tengo ninguna esperanza de futuro.		
3. A) No me siento fracasado. B) Me siento más fracasado que la mayoría de la gente. C) Cuando recuerdo mi pasado no veo más que fracasos. D) Creo que soy un fracaso total como persona.		
4. A) Me siento tan satisfecho como antes. B) Ya no me gustan tanto las cosas como antes.		

<p>C) Ya no me satisface nunca nada.</p> <p>D) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>		
<p>5.</p> <p>A) No me siento especialmente culpable.</p> <p>B) A veces me siento culpable.</p> <p>C) La mayor parte del tiempo me siento bastante culpable.</p> <p>D) Continuamente me siento culpable.</p>		
<p>6.</p> <p>A) No me siento maltratado.</p> <p>B) Tengo la sensación de que me pueden maltratar.</p> <p>C) Creo que me maltratan.</p> <p>D) Tengo la sensación de que me están maltratando.</p>		
<p>7.</p> <p>A) No me siento decepcionado conmigo mismo.</p> <p>B) Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>C) Estoy asqueado de mí mismo.</p> <p>D) Me odio.</p>		
<p>A) No creo que sea peor que los demás.</p> <p>B) Soy crítico conmigo mismo por mis debilidades o errores.</p> <p>C) Me culpo continuamente por mis equivocaciones.</p> <p>D) Me culpo continuamente de todo lo que va mal.</p>		
<p>9.</p> <p>A) No tengo pensamientos de matarme.</p> <p>B) Tengo pensamientos de matarme.</p> <p>C) Me gustaría matarme.</p> <p>D) Me mataría si tuviera la posibilidad.</p>		
<p>10.</p> <p>A) No lloro más de lo normal.</p>		

<p>B) Lloro más que antes.</p> <p>1. Ahora lloro siempre.</p> <p>D) Antes acostumbraba a llorar, pero ahora ya no puedo aunque quiera.</p>		
<p>11.</p> <p>A) No estoy más irritado que antes.</p> <p>B) Me preocupo o me irrito más fácilmente que antes.</p> <p>C) Me siento irritado continuamente.</p> <p>D) Ya no me irritan en absoluto cosas que antes me irritaban.</p>		
<p>12.</p> <p>A) No he perdido el interés por la gente.</p> <p>B) Estoy menos interesado por la gente que antes.</p> <p>C) He perdido gran parte del interés por la gente.</p> <p>D) He perdido todo el interés por otras personas.</p>		
<p>13.</p> <p>A) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>B) Retraso las decisiones más que antes.</p> <p>C) Me cuesta tomar las decisiones más que antes.</p> <p>D) Ya no puedo tomar ninguna decisión nunca más</p>		
<p>14.</p> <p>A) No creo que tenga un aspecto peor que antes.</p> <p>B) Me preocupa tener un aspecto envejecido o poco atractivo.</p> <p>C) Creo que hay cambios permanentes en mi apariencia que me dan un aspecto poco atractivo.</p> <p>D) Creo que parezco feo.</p>		
<p>15.</p> <p>A) Puedo trabajar tan bien como antes.</p>		



<p>B) Me supone un esfuerzo extra empezar a hacer algo.</p> <p>C) Tengo que esforzarme muchísimo para hacer cualquier cosa.</p> <p>D) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.</p>		
<p>16.</p> <p>A) Puedo dormir tan bien como antes.</p> <p>B) No duerno tan bien como antes.</p> <p>C) Me despierto una o dos horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.</p> <p>D) Me despierto varias horas más temprano que antes y no puedo volver a dormir.</p>		
<p>17.</p> <p>A) No me canso más que antes.</p> <p>B) Me canso con más facilidad que antes.</p> <p>C) Me canso al hacer casi cualquier cosa.</p> <p>D) Estoy demasiado cansado para hacer algo.</p>		
<p>18.</p> <p>A) No tengo menos hambre que antes.</p> <p>B) No tengo tanta hambre como antes.</p> <p>C) Actualmente tengo mucha menos hambre.</p> <p>D) Ya no tengo hambre nunca</p>		
<p>19.</p> <p>A) No he perdido peso o casi nada de peso, últimamente.</p> <p>B) He perdido más de 2,5 kg.</p> <p>C) He perdido más de 5 kg.</p> <p>D) He perdido más de 7 kg.</p>		
<p>20.</p> <p>A) Mi salud no me preocupa más que antes.</p>		

<p>B) Estoy preocupado por molestias físicas como dolores, o bien molestias gástricas, o bien estreñimiento.</p> <p>C) Estoy muy preocupado por molestias físicas y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>D) Estoy tan preocupado por molestias físicas que no puedo pensar en nada más</p>		
<p>21.</p> <p>A) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>B) Estoy menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>C) Estoy bastante menos interesado por el sexo, últimamente.</p> <p>D) He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p>		



Anexo 7:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 8: ESTAPAS DEL DESARROLLO		TRES MESES			DOCE MESES												TRES MESES			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
MES	1																			
PERIODO DE PREPARACIÓN	BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS																			
	PRESENTACIÓN DOCUMENTACIÓN CEI			↑																
	EVALUACIÓN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN			APROBACIÓN CEI																
FASE 1. CAPTACIÓN DE LA MUESTRA.																				
FASE 2. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.																				
FASE 3. REDACCIÓN DEL INFORME.																				
FASE 4. PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN.																				

María Martínez Díaz EIR 2013-2015

0



Anexo 9:

**DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA
LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS 15/99**

D/D^a , con DNI nº , como investigador/a principal del proyecto: “ ”

DECLARO:

- Que en el tratamiento de los datos de los pacientes, que se generen en el desarrollo del citado proyecto de investigación, se cumple la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999.
- Si se ha elaborado una base de datos con la información de los pacientes, se habrán disociado los datos que identifican al paciente (Se preservarán los datos de identificación personal del paciente, separándolos de los de carácter clínico-asistencial).

En Valencia a, de de

Fdo.: **El/la Investigador/a Principal.**

