

Fuentes Soltero, María. TFG

por María Fuentes Soltero

ARCHIVO	17435_MARÍA_FUENTES_SOLTERO_FUENTES_SOLTERO__MARÍA_TFG_969036_1696140567.PDF (1.52M)	
HORA DE LA ENTREGA	25-ABR-2017 09:57P.M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS 11959
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	LA804767463	SUMA DE CARACTERES 67847



Trabajo Fin de Grado

Título:

***Evaluación de la intervención enfermera
en las emociones negativas del paciente
portador de Heridas Crónicas***

Alumno: María Fuentes Soltero

Director: Ana Sofía Fernández Ribeiro

Madrid, Abril de 2017

Índice

Resumen	4
Abstract	4
Presentación.....	5
Estado de la cuestión	6
1. Fundamentación	6
1.1 Definición herida crónica	7
1.2 Conceptos relacionados con herida crónica.....	8
1.2.1 Bienestar y calidad de vida	8
1.2.2 Autoestima	9
1.2.3 Emociones.....	9
1.2.4 Cicatrización de la herida.....	10
1.3 Epidemiología de las heridas crónicas.....	10
1.4 Situación emocional del paciente con heridas crónicas	11
1.5 Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las emociones generadas en este tipo de pacientes	13
1.6 Intervención enfermera en el manejo de las emociones generadas por la presencia de heridas crónicas.	14
2. Justificación	15
Objetivos e hipótesis	17
1.1. Objetivos	17
1.2. Hipótesis	17
Metodología.....	18
1.1. Diseño del estudio.....	18
1.2. Sujetos del estudio	18
1.3. Variables	19
1.4. Intervención a evaluar y procedimiento de recogida de datos.	24
1.5. Fases del estudio, cronograma	27
1.6. Análisis de datos	30

Aspectos éticos	31
Limitaciones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexos	36
Anexo 1: Cuestionario pre-intervención	37
Anexo 2: Cuestionario post-intervención.....	40
Anexo 3: Escala PUSH	42
Anexo 4: Escala GENCAT	43
Anexo 5: Escala de autoestima de Rosenberg	49
Anexo 6: Escala EVEA	50
Anexo 7: Escala de ansiedad de Goldberg	52
Anexo 8: Escala de depresión de Goldberg	53
Anexo 9: Consentimiento informado	54
Anexo 10: Hoja de información al paciente.....	55

Resumen

Las emociones negativas que generan las heridas crónicas sobre los pacientes que presentan dicha patología, tienen consecuencia directa sobre su proceso de cicatrización / evolución. Los profesionales de la salud son conscientes de dicho problema, pero la carencia de conocimientos que tienen sobre cómo tratarlas es un impedimento en la atención ambulatoria. Por lo tanto, se analizará si las intervenciones propuestas para reducir las emociones negativas en los pacientes que padecen HC en el ámbito de Atención Primaria, mejoran la cicatrización / evolución de dichas heridas. Se llevará a cabo mediante un estudio cuasiexperimental analítico, longitudinal y prospectivo, que durará un total de seis meses. Irá dirigido a los pacientes en tratamiento ambulatorio que presenten HC y que pertenezcan al área de salud 10, concretamente al Centro de salud (Atención Primaria) "Parque Europa" del municipio madrileño de Pinto. Este estudio será una forma de complementar la atención y el cuidado de los pacientes con esta patología, haciendo un abordaje holístico.

Palabras clave: Herida crónica, cicatrización de heridas, emoción expresada, trastornos del humor, atención de enfermería.

Abstract

The negative emotions that chronic wounds cause on patients who suffer from this disease, have a direct effect on their healing process / evolution. Health professionals are aware of the problem, but the lack of knowledge that they have about how treat them is an obstacle in primary care. Therefore, this research project will test if the interventions that have been suggested to reduce negative emotions in patients suffering from HC in primary health care, improve healing / evolution of these wounds. It will be a quasi-experimental, longitudinal and prospective analytical study which will take place during six months. It will be aimed at all patients who are receiving outpatient treatment in "Parque Europa" primary care clinic from Pinto (Madrid) which belongs to the tenth area. Also this Project will be a good way to complement patient`s health care, making a holistic approach.

Key words: Chronic wound, wound healing, positive / negative emotion, mood disorders, nursing care.

Presentación

Existen personas que quieren llevar su enfermedad en la intimidad, que aparentemente están sanas y, que lo seguirán estando para la sociedad hasta el momento que se haga saber por parte del enfermo. Quizás en ese momento se genere un rechazo social como consecuencia del miedo a lo desconocido, a lo que va a pasar en un futuro, a los cambios que pueda haber. Pero, ¿y si la enfermedad se puede ver, no es agradable, huele mal y no se puede esconder? Esto es a lo que se enfrentan los pacientes con heridas crónicas (HC) en una época en la que la belleza exterior, la estética y la imagen corporal están altamente valoradas por la sociedad. El hecho de proyectar una imagen negativa hacia los demás generalmente provoca un rápido rechazo que proviene, tanto por parte de los que rodean a esa persona como por ella misma, dando como resultado una falta de autoconfianza / autoestima.

El papel de enfermería es esencial en estos pacientes para poder proporcionarles una atención adecuada mediante un cuidado holístico, centrándonos por igual en todas las áreas. Actualmente, la esfera emocional es la gran olvidada, dándole única importancia a la herida. Con este proyecto de investigación se quiere indagar en todo lo que conlleva portar una HC, más allá del ámbito físico y, así, poder dar paso a las emociones generadas en esos pacientes. Me parece muy interesante conocer de primera mano lo que piensan, lo que creen, lo que sienten diariamente al ser portadores de una enfermedad difícil de esconder y, sobretodo, investigar cómo poder ayudarles desde enfermería en ese aspecto, ofreciéndoles intervenciones para paliar las emociones negativas resultantes de la alteración del bienestar.

Estado de la cuestión

1. Fundamentación

Diferenciar HC de herida aguda es esencial en este caso, y representa la base de este trabajo. Por dicho motivo, lo primero que se hará será definir HC y se comparará con la aguda para así establecer claras diferencias entre ambas y evitar caer en errores de no-diferenciación. Después, se mencionarán los conceptos que están relacionados con este tipo de heridas y los cuales son importantes tener en mente para determinar su evolución. Tras esto, se hablará de la epidemiología y, acto seguido, se centrará la atención en conocer la situación emocional en la que se encuentran los pacientes que sufren HC. Además, se expondrán los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios sobre esas emociones generadas en los usuarios de este tipo, para así, acabar este apartado con la proposición de las diferentes intervenciones enfermeras existentes que sean útiles para poder manejarlas.

La búsqueda de la información necesaria para el desarrollo del trabajo, se ha ejecutado durante los meses de Octubre – Enero. Se han consultado diferentes bases de datos tales como Pubmed, Ebsco, Cuiden, Scielo y Google Académico.

Se extrajeron artículos conforme a las palabras clave introducidas en términos DeCs (Descriptor en Ciencias de la Salud) y MeSh (Medical Subject Headings). Además, se añadieron operadores booleanos para facilitar dicha búsqueda (Tabla 1).

ESPAÑOL	INGLÉS	PORTUGUÉS
Herida crónica	Chronic wound	Ferida
Bienestar	Welfare / wellbeing	Bem-estar
Calidad de vida	Quality of life	Qualidade de vida
Cicatrización de heridas	Wound healing	Cicatrização
Emoción	Negative / Positive emotion	Emoções
Trastornos del humor	Mood disorders	Transtornos do humor
Atención de enfermería	Nursing care	Cuidados de enfermagem
Adaptación psicológica	Adaptation / Psychological	Adaptação psicológica
OPERADORES BOOLEANOS: "AND" "OR" "NOT"		

Tabla 1: Términos DeCS y MeSH empleados en la estrategia de búsqueda bibliográfica.

Se ha hecho uso de páginas web como la del Instituto Nacional de Estadística (INE) para afianzar datos objetivos sobre diferentes aspectos, del diccionario de la Real Academia Española (RAE) para buscar tanto definiciones como sinónimos / antónimos y ortografía. Por último, en caso de ser palabras en otro idioma, el diccionario de elección ha sido "Linguee".

1.1 Definición herida crónica

Las heridas cicatrizan en un plazo de 7 a 14 días mediante la superposición de planos, siguiendo el patrón regular de coagulación, inflamación, proliferación, migración y remodelación. Este proceso es lo que conocemos como cicatrización por primera intención. En ocasiones esto se alarga en el tiempo. Cuando en un periodo de 4 a 6 semanas no ha culminado, decimos que esa herida es crónica ya que su cicatrización será por segunda intención, y como tal, ya no seguirá un patrón lineal, sino que las distintas fases ocurrirán de forma simultánea en diferentes zonas de la misma herida. Es el caso de las úlceras por presión (UPP), neoplásicas, neuropáticas y úlceras de miembro inferior (1).

La UPP es una lesión localizada en la piel y/o tejido subyacente sobre prominencias óseas, como resultado de la presión, cizalla y fricción. Se clasifican en categorías como se puede observar en la tabla 2.

CATEGORIA I	Eritema no blanqueable en piel intacta. <ul style="list-style-type: none">- Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable de un área localizada, normalmente sobre prominencias óseas.
CATEGORIA II	Úlcera de espesor parcial. <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de espesor parcial de la dermis que se presenta como una úlcera abierta de poca profundidad con lecho rojo – rosado.- No presenta esfacelos.
CATEGORÍA III	Pérdida total del grosor de la piel (grasa visible). <ul style="list-style-type: none">- Pérdida completa del tejido dérmico. La grasa subcutánea puede ser visible pero los huesos, músculos o tendones no están expuestos.- Puede presentar esfacelos y/o tejido necrótico.
CATEGORIA IV	Pérdida total del espesor de los tejidos (músculo / hueso visible) <ul style="list-style-type: none">- Pérdida total del espesor del tejido.- Hueso, tendón o músculo expuesto.- Pueden presentar esfacelos y/o tejido necrótico.

Tabla 2: Clasificación de UPP (1). Elaboración propia a partir de (1).

La úlcera neoplásica es aquella lesión cutánea de origen tumoral que aumenta progresivamente.

Las úlceras neuropáticas están asociadas a Diabetes Mellitus (DM). Aparecen en la zona plantar y se caracterizan por ser indoloras.

La úlcera de miembro inferior es aquella lesión situada en la extremidad inferior, causada espontánea o accidentalmente, cuya etiología puede referirse a un proceso patológico sistémico o de la extremidad y, que no cicatriza en el intervalo de tiempo esperado. Existe una prevalencia de 0.10% a 0.30% en la población española (1). (Tabla 3).

	VENOSA	ISQUÉMICA	HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)
ETIOLOGÍA	Insuficiencia venosa crónica (IVC) primaria o secundaria	Arteriosclerosis	HTA
LOCALIZACIÓN	1/3 inferior Lateral interno	Cabezas metatarsianos Dedos	1/3 inferior Lateral externo
PULSOS	Presentes	Ausentes	Presentes
CLÍNICA	Dolor leve	Dolor severo	Dolor severo

Tabla 3: Clasificación de las úlceras de miembro inferior (1)

1.2 Conceptos relacionados con herida crónica

1.2.1 Bienestar y calidad de vida

Es importante tener en cuenta que cualquier HC provoca alteraciones físicas y emocionales en la persona que la padece (2). Son heridas que, normalmente, van a generar una incapacidad funcional para realizar actividades básicas diarias por el dolor que ocasionan, además de afectar considerablemente a la imagen corporal debido a su tamaño, aspecto y olor desagradable. Como consecuencia, es evidente que la calidad de vida se verá comprometida y, por lo tanto, el bienestar también (3, 4).

Se podrían desglosar los diferentes dominios existentes de bienestar para concretar las alteraciones que se pueden producir. El bienestar físico se vería alterado en caso de producirse reducción de la movilidad, nutrición deficiente, trastorno del sueño o cansancio. Otro dominio es el social, en el cual también se producirían cambios ya que el hecho de tener una herida podría suponer pasar muchas horas en cama o sentado, provocando aislamiento social y su correspondiente disminución del ocio o del trabajo además de una pérdida de rol. Por último, el bienestar psicológico se afecta debido a la ansiedad y depresión que producen las HC en los pacientes, llegando estos muchas veces a perder la confianza y esperanza en la curación si el periodo es prolongado. Además, acaban sintiéndose frustrados y culpables ya que es un proceso que avanza lentamente (5).

1.2.2 Autoestima

Pueden manifestarse diferentes reacciones emocionales en cada individuo y su entorno, las cuales dependerán de la capacidad de adaptación que tenga cada persona, del ritmo al que avance la herida y, por supuesto, de los servicios de apoyo disponibles (2).

Esas emociones que aparecen, son importantes para configurar la idea sobre sí mismo del paciente. Si son positivas la autoestima se verá fortalecida y, por lo tanto, la recuperación, ocurriendo el efecto contrario si las emociones predominantes son negativas (6).

1.2.3 Emociones

Las emociones son reacciones psicofisiológicas, de carácter universal, que tienen las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, y que, son determinantes para la salud (6) (Tabla 4).

TIPOS DE EMOCIONES	EMOCIONES BÁSICAS (se dan en todos los individuos)
• Positivas	Alegría, sorpresa, orgullo, gratitud
• Negativas	Miedo → forma clínica: ansiedad Tristeza → forma clínica: depresión Ira → forma clínica: ira persistente Asco

Tabla 4: Clasificación de las emociones (7,8)

Las emociones positivas amplían los repertorios de pensamientos y acciones, contribuyendo a hacer más resistentes a los individuos frente a la adversidad y ayudando a construir una resiliencia psicológica. Son reacciones que potencian la salud (8).

Las emociones negativas en su justa frecuencia, intensidad, adecuación al contexto. Son reacciones que hacen evolucionar a la persona. Sin embargo, en ocasiones, estas respuestas comienzan a ser desproporcionadas a la vez que habituales, transformándose en patológicas. Por tanto, se puede afirmar que las reacciones emocionales de carácter negativo constituyen uno de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades físicas y mentales (7).
¿Cómo se explica la relación entre los factores emocionales y el proceso salud / enfermedad? En primer lugar, el malestar emocional continuado no ayuda a que la gente se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud, optando así por cambios de conducta perjudiciales. Por consiguiente, el hecho de mantener durante mucho tiempo esas reacciones emocionales hace que exista una intensa activación fisiológica que puede llegar a deteriorar la salud, además de producir una inmunodepresión, y, por tanto, mayor vulnerabilidad (7).

1.2.4 Cicatrización de la herida

El resultado de múltiples estudios afirma la relación existente entre el retraso de cicatrización de las heridas y los factores psicosociales tales como estrés, ansiedad o depresión (5, 9, 10). Además, existen factores locales, sistémicos y externos que también interfieren en el proceso.

Teniendo clara esa evidencia científica, es importante tener en cuenta que se trata de heridas que necesitan curas y cuidados de manera rutinaria durante todo su proceso de cicatrización, el cual podría extenderse a años. Esta responsabilidad que tiene el portador o su cuidador acaba situando al individuo en una situación de apatía y desmotivación (2) que conllevará a generar emociones negativas y, por lo tanto, no se favorecerá el proceso de cicatrización (11).

1.3 Epidemiología de las heridas crónicas

Situamos el primer estudio epidemiológico de HC en España en el año 2001, habiéndose producido tras este tan solo tres más, el último data del año 2013 realizado por el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) (12). Sin embargo, en otros países de Europa los estudios son numerosos. Se observan resultados muy dispares entre norte y sur del continente, teniendo los primeros una incidencia de un 15%-20% superior a los segundos (12).

En concreto en España, el elevado número de personas que padecen HC generan un gran gasto público, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud de dicho país. Tratar este tipo de lesiones cuesta al año 4.500 millones de euros, lo que representa el 5% del gasto sanitario. La que más dinero requiere en su curación, según estudios, es la úlcera neoplásica (13), aunque la más común de las heridas entre pacientes son las úlceras por presión (12,14), concretamente producidas en el orden siguiente: sacro, talón, trocánter y, por último, maléolos. La prevalencia de UPP en el último estudio realizado en España con respecto a los anteriores, muestra su estabilidad en el ámbito hospitalario situándose entre el 7%-8%, perteneciendo gran parte de ese porcentaje, un 22%, a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Este tipo de HC, suponen un gran reto para los enfermeros ya que gran parte de ellas son de origen nosocomial además de ser las causantes de más de 600 muertes al año. También, se estima que un 95% de ellas se evitarían si se realizasen los cuidados asistenciales adecuados. La patología base más frecuente en pacientes que acaban desarrollando úlceras es la fractura de cadera. A continuación, se sitúa el síndrome de la inmovilidad y la fractura de rodilla (14). En los centros de Atención Primaria se ha producido un aumento pasando del 7.9% al 9.1%, aunque ese cambio ha sido mucho mayor en el caso de los centros socio sanitarios, de 12.6% ha pasado a 14.2%. Los pacientes suelen tener una o dos heridas, no llegando al 15% los que tienen tres o más. Además, el mayor porcentaje de las UPP son de categoría 2, lo cual ha seguido igual que en estudios anteriores (12).

La incidencia aumenta a medida que lo hace la edad de los pacientes (15), por eso en países con altas tasas de población envejecida hay mayor porcentaje de HC en comparación con los que la esperanza de vida es menor, como por ejemplo China, que tan solo tiene un 1,5% de prevalencia según los resultados de diferentes estudios. Sin embargo, Jordania es de los países con tasas más elevadas, un 24% (12).

Como se ha visto antes, la mayoría de los pacientes que padecen HC también acaban teniendo problemas y trastornos emocionales, lo cual encarece el coste de estas heridas (11). En Europa es donde más trastornos mentales ocasionan estas heridas, seguido de América del Sur y Asia. Los más comunes son ansiedad, fatiga e impotencia, que lo sufren más de un 50% de la población con heridas. De todos los pacientes, se estima que solo un 30% de ellos reciben tratamiento en Europa, mientras que el máximo porcentaje se lo llevan en Sudamérica con un 50% (25).

1.4 Situación emocional del paciente con heridas crónicas

Las HC modifican la salud y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares (16), lo cual hace necesaria una adaptación para asumir todos estos cambios y, en función de ellos, reorganizar su vida (17). De lo contrario, provocarán continuos desgastes en las personas (2) que desencadenarán problemas emocionales y por lo tanto su salud mental estará en riesgo.

Los factores que afectan a la calidad de vida son el dolor, olor, alteración de la imagen corporal, aislamiento social, pérdida de autoestima, ansiedad y depresión, entre otros (16, 18) (Figura 1).

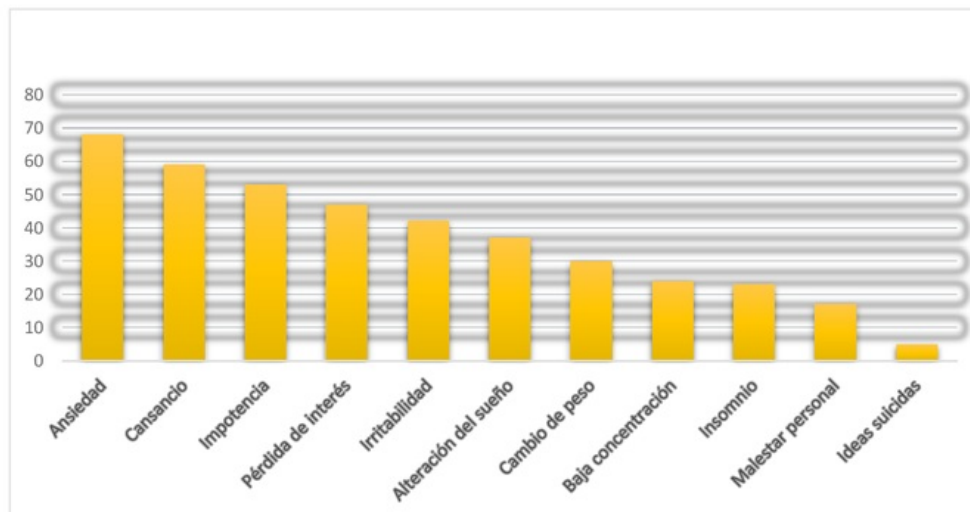


Figura 1: Representación gráfica de los factores que afectan a la calidad de vida.

De elaboración propia (11).

Dichos factores actúan como agentes estresantes, pero ¿a qué se refiere eso exactamente? El estrés es una situación, un proceso en el que la persona se pone alerta y pone en marcha todos sus recursos para poder afrontar las demandas del entorno, es decir, los problemas del día a día (19). Cuando se encuentra la solución a lo que se plantea, el estrés tiene consecuencias positivas, sin embargo, si la situación se mantiene en el tiempo porque no se es capaz de poder resolverla, sus consecuencias serán negativas. Provocará disconfort, pasando después a un estado de agotamiento personal que puede llegar a producir alteraciones funcionales (19). Por lo tanto, es importante que la persona sienta que cuenta con suficientes recursos para poder hacer frente a dicha situación. De lo contrario, se producirán reacciones emocionales negativas tales como ansiedad y depresión, lo que conlleva a un retraso en la cicatrización (5, 18).

Alcanzar una salud física es imposible si no se goza de salud mental (20).

Entonces, ¿Qué recursos son esos que pueden evitar unas consecuencias negativas? Estrategias de resiliencia, esa es la respuesta. Definimos resiliencia como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador, un estado o situación adversos (21). Esas estrategias que los pacientes desarrollan continuamente para hacer frente a las repercusiones que las HC les provocan en sus vidas, pueden dividirse en tres categorías (22): **Apoyo de familia, profesionales sanitarios y redes sociales:** Con ellos el paciente se siente cuidado, valorado y apoyado. Todos contribuyen al fortalecimiento y recuperación puesto que le aportan la seguridad necesaria para cambiar actitudes en su comportamiento.

Autocuidado: Cada paciente debe ser sujeto activo en el proceso de su propia enfermedad. Deben ser conscientes de lo que ocurre o podría ocurrir en su propio cuerpo, en su herida. Deben opinar y participar en las decisiones sanitarias que se toman relacionadas con su HC, además de aprender cómo manejar su curación y diversos imprevistos que podrían surgir.

Espiritualidad / Fe: La religión y las creencias individuales son fuente de fuerza, seguridad y bienestar para el paciente.

Además de estas estrategias individuales, el paciente deberá contar con las intervenciones que le propongan desde el equipo de enfermería para aumentar los recursos que le llevan a hacer frente a su situación, manteniendo un estado emocional lo más óptimo posible.

1.5 Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre las emociones generadas en este tipo de pacientes

Compatibilizar una enfermedad crónica con una buena calidad de vida es un desafío para los profesionales sanitarios, por lo que deben conocer muy bien a su paciente y su entorno para que esto pueda llegar a ser posible. Para eso, se debe proporcionar un cuidado holístico. Cuidar de un individuo significa darle una asistencia global, atender a sus necesidades biopsicosociales (2) y, por lo tanto, se necesita de un equipo interdisciplinar que lo ejecute. Tener una actitud comprensiva y de preocupación es importante para que la relación entre enfermera – paciente sea efectiva e íntima, siendo el enfermo capaz de compartir sus miedos, preocupaciones, deseos... en definitiva, sus emociones. Además, este tipo de comunicación contribuirá a una mejora en la adhesión y aceptación a los tratamientos necesarios (22).

Se han llevado a cabo estudios para obtener las perspectivas que tienen los profesionales sanitarios sobre la prevalencia de los trastornos emocionales entre los pacientes con HC. Cuando preguntaron sobre cuántas de esas personas creían que padecían algún tipo de esos trastornos, la respuesta fue que entre el 50% - 75%. Sin embargo, a la hora de preguntar por la proporción que estaba bajo tratamiento de todos esos que sufrían desórdenes, el porcentaje fue muy distinto. Tan solo un rango que oscilaba desde el 25% hasta el 0% estaban recibiendo algún tipo de ayuda para paliar dichos trastornos emocionales. En definitiva, los estudios realizados muestran claramente que los profesionales conocen tanto la existencia de problemas en la salud mental de estos pacientes como que, aunque los padezcan, no se está haciendo prácticamente nada para cubrir estas necesidades (11).

El hecho de no haber recibido formación para tratar este tipo de pacientes en los que las emociones juegan un papel fundamental en su proceso de recuperación, hace que muchos profesionales eviten el tema al no sentirse cómodos y, por tanto, dejan un vacío en la asistencia y cuidado de dicho paciente, el cual debería ser holístico (biopsicosocial) (23).

Los trastornos más comunes según la perspectiva enfermera son la ansiedad, cansancio y la pérdida de interés (24), asociándoles una amplia mayoría como resultado de la incapacidad para llevar a cabo tareas diarias, para trabajar o por no saber lo que va a pasar en la evolución de su enfermedad (11). Muchos estudios demuestran una creencia común entre los profesionales que tratan con estos pacientes, y es que, piensan que reduciendo el dolor que las HC causan en general y los cambios de apósitos / vendajes en particular, los trastornos emocionales disminuirán (11).

1.6 Intervención enfermera en el manejo de las emociones generadas por la presencia de heridas crónicas.

Los profesionales deben hacer partícipes de su enfermedad a los pacientes, pues las personas son expertas en sus propias experiencias (23) y, por esta razón, se debe trabajar "con" ellos y no "para" ellos. En este concepto se incluyen a los cuidadores y familiares, cuyas necesidades también han de tenerse siempre en cuenta al tomar decisiones (5). De hecho, se tienen resultados de estudios que afirman que los resultados mejoran cuando se implica activamente a los pacientes en su tratamiento (5).

La HC es la fuente de estrés de estos pacientes por dos motivos principalmente. El primero, la falta de control que tienen sobre ella en cuanto a aspectos como la expulsión continua de secreciones purulentas, lo cual genera mal olor. Y, como segunda causa, la visión de la herida como un elemento incapacitante que impone límites a sus vidas y les quita cierta libertad (18). Para resolver este problema, el profesional debe proponer el uso de estrategias de afrontamiento para que sientan mayor dominio sobre la herida. Esas técnicas incluyen: enseñar al paciente cómo curársela, cómo manejarla y qué cuidados debe realizar sobre ella. Es una manera de fomentar la autonomía, asumiendo el autocuidado, para así no sentir tan amenazante la situación que tiene ya que ha de aceptar que es algo con lo que debe convivir. El paciente debería tomar actitudes que resten importancia a la herida, como por ejemplo hablar sobre ella con naturalidad. Para ello se puede utilizar otra buena herramienta terapéutica como es el darle la posibilidad de expresar su visión del problema, sus experiencias, sentimientos, temores, expectativas... (17). Esta técnica además de dar información al equipo, ayudará al paciente a reducir los niveles de ansiedad que les genera. "Cambio de emoción por emoción", así es como se llama otra estrategia que podemos utilizar para ayudar al paciente a pasar de un estado emocional negativo a otro positivo (26), pues mediante la creación de las condiciones adecuadas, podemos propiciar la aparición de diferentes estados emocionales (8). Las técnicas de relajación, por ejemplo, son muy utilizadas para disminuir la ansiedad. Imaginar escenas placenteras, representar una situación agradable, relajar los músculos, etc. En cuanto a problemas como la depresión, se propone la utilización de técnicas conductuales que sugieren aumentar el número de actividades placenteras para, al igual que antes, fomentar y reforzar la aparición de emociones positivas (8). Por otro lado, existen las terapias cognitivas. Estas insisten en que no son los acontecimientos negativos que nos suceden los que nos llevan a estados emocionales negativos, si no la visión y explicación que se les da; por lo tanto, se debe anular ese significado negativo, aunque no sea necesariamente sustituyéndolo por otro positivo (8).

Contar con los grupos familiares y sociales durante el proceso es esencial para fortalecer los puntos de apoyo y ganar seguridad al sentirse respaldados (25). Con ellos se construye una base emocional que participa en la motivación y autoestima de los pacientes. Sin embargo, existen casos en que el enfermo oculta información por no ser una carga o por vergüenza, y por lo tanto carecen de este apoyo. Es entonces labor de la enfermera poner los medios necesarios para reconstruir esas redes familiares tan importantes o dirigirle a un grupo de apoyo y autoayuda en los que conocerá gente con su mismo problema y compartirá información, vivencias, sentimientos, etc. (27). En este mismo sentido, se puede ofrecer otra alternativa denominada "Peer Counselling" en la que enfermos que vivencian su enfermedad positivamente deciden voluntariamente, mediante línea telefónica o visitas, aconsejar y proporcionar información o alternativas a modos de vida ya que ellos también lo están sufriendo, surgiendo de esta forma una relación más íntima que en los grupos de apoyo (27).

En definitiva, se debe fomentar la capacidad de cada paciente para manejar su propia situación y así convertirse en el principal dueño de su salud (25). Para todo eso hay que proporcionar la información oportuna, fomentar las habilidades y facilitar el cambio de conducta (28).

2. Justificación

Actualmente, los estudios publicados sobre HC incluyen múltiples métodos para curar este tipo de heridas. Figuran diferentes procedimientos, técnicas y productos farmacológicos novedosos que, según dichos artículos, en caso de utilizarles mejorarían notablemente la cicatrización y evolución de las heridas. A priori, serían remedios efectivos ya que lo más característico y lo que diferencia a las HC es su largo e intenso periodo de cicatrización. Sin embargo, no se tiene en cuenta que esa recuperación epitelial está condicionada por diversos factores, entre ellos las emociones negativas de los propios pacientes, contra lo cual no se pone remedio en la atención médica y parece no tener importancia en dichos estudios.

"Las emociones presentan un papel muy importante en el proceso de salud-enfermedad" (7). Esta afirmación es indudablemente cierta y se ha contrastado en infinidad de investigaciones, sin embargo, el mundo sanitario parece no darle mucha importancia y prefieren seguir centrándose en lo farmacológico, pues son pocos los estudios publicados actualmente sobre el abordaje del aspecto emocional de pacientes con HC, y, lo que existe no se lleva a cabo.

Saber cómo ayudarles y qué medidas proporcionar desde enfermería sería un añadido en esa atención sanitaria del aspecto emocional, de esta forma se produciría una mejora en el manejo de las emociones, sabiendo afrontar de manera correcta su enfermedad y poniendo solución a aquello que le genera inquietud o ansiedad debido a su nueva situación. Hay que recordar que el paciente debería recibir un abordaje holístico (biopsicosocial), por lo que, si se uniesen dichas intervenciones junto a las farmacológicas, la evolución sería más favorable.

Por todo lo mencionado anteriormente, se realizará el presente proyecto de investigación acerca de las intervenciones necesarias y oportunas a realizar por parte del equipo de enfermería para tratar las emociones generadas en pacientes que padecen HC.

Objetivos e hipótesis

1.1. Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Analizar si las intervenciones propuestas para reducir las emociones negativas en los pacientes que padecen HC en el ámbito de atención primaria mejoran la cicatrización / evolución de dichas heridas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Explorar las emociones generadas por las HC en pacientes que presenten dicha patología en el ámbito de atención primaria.

Describir el impacto que ocasionan los diferentes tipos de emociones manifestadas por pacientes portadores de HC en el ámbito de atención primaria.

Evaluar el resultado de las intervenciones propuestas para realizar desde el ámbito de atención primaria.

1.2. Hipótesis

HIPÓTESIS PRINCIPAL:

Las intervenciones propuestas reducirán las emociones negativas, potenciando las positivas y, por lo tanto, mejorando la evolución / cicatrización de la herida.

Metodología

1.1. Diseño del estudio

Se diseñará un estudio cuasiexperimental en el que se hará una evaluación pre y post-intervención enfermera sobre el grupo de pacientes pertenecientes a la muestra escogida.

Este estudio analítico pretende analizar la realidad, en vez de describirla únicamente como es el caso de los estudios descriptivos. En el proyecto el investigador controlará la asignación de la exposición en estudio sin seguir un procedimiento aleatorio. Se quiere comparar el efecto antes y después de aplicar una intervención sobre el mismo grupo de sujetos, por lo que lo más apropiado sería un estudio de tipo cuasiexperimental.

Dicho estudio tendrá una duración total de seis meses.

1.2. Sujetos del estudio

El estudio va dirigido a todos los pacientes portadores de HC que se encuentren bajo tratamiento ambulatorio en la Comunidad de Madrid.

La población accesible serán los pacientes en tratamiento ambulatorio que presenten HC. Todos ellos deberán pertenecer al área de salud 10, concretamente al Centro de salud (Atención Primaria) "Parque Europa" del municipio madrileño de Pinto.

Será un estudio no probabilístico por conveniencia del investigador; se escogerá a los sujetos participantes del estudio en base a los criterios de inclusión-exclusión propuestos.

Criterios de inclusión:

- Pacientes conscientes y orientados.
- Pacientes que cumplan la mayoría de edad.
- Pacientes portadores de HC (UPP, neoplásicas, neuropáticas y/o úlceras del miembro inferior).
- Pacientes que se encuentren en tratamiento en dicho Centro de Salud.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no sepan leer.
- Pacientes que no sepan hablar español.

El tamaño de la muestra para el presente estudio se estima que sea de 34 pacientes. A través de la fórmula de comparación de proporciones, con un riesgo alfa de 0.05 (intervalo de confianza a 95%), un riesgo beta 0.2 (poder estadístico de 20%), suponiendo que en la muestra sin aplicar intervención se tiene una proporción de 50% y con la intervención se obtendrá una efectividad del 80%, ajustando el tamaño a un 10% de pérdidas de sujetos.

1.3. Variables

En el presente estudio se incluirán las variables descritas en las siguientes tablas.

Nombre	Tipo	Herramienta de medida	Unidad de medida / categorías posibles
<u>Edad</u>	Cuantitativa discreta	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • años
Justificación: La edad de cada paciente permitirá conocer el perfil de la muestra del estudio.			
<u>Sexo</u>	Cualitativa nominal dicotómica	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
Justificación: El sexo de cada paciente permitirá conocer el perfil de la muestra del estudio.			
<u>Estado civil</u>	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Casado • Soltero con pareja • Soltero sin pareja • Viudo • Divorciado
Justificación: El estado civil permitirá conocer el perfil de la muestra del estudio.			
<u>Estudios</u>	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Sin estudios • Primarios • Secundarios • Superiores • Universitarios
Justificación: El nivel de estudios permitirá conocer el perfil de la muestra del estudio.			
<u>Tipo de ayuda recibida</u>	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Externa • Familiar • No recibe
Justificación: Contar o no con la ayuda de otra persona en el día a día puede ser un factor relevante en el desarrollo de emociones negativas por parte de los pacientes.			

<u>Tipo de HC</u>	Cualitativa nominal politómica	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • UPP • Neoplásicas • Úlceras del Miembro Inferior • Neuropáticas
Justificación: Conocer el tipo de HC ayudará a delimitar la información.			
<u>Tiempo de aparición de la HC</u>	Cuantitativa continua	Cuestionario	meses
Justificación: Se trata de un dato importante en relación a la aparición de diferentes emociones.			
<u>Evolución cicatricial</u>	Cuantitativa continua	Escala PUSH	0 - 17
Justificación: Será necesario conocer si ha habido o no una mejora en la cicatrización de la HC.			
<u>Área de lesión</u>	Cuantitativa continua	Cuestionario	Cm ²
Justificación: Conocer este dato ayudará a valorar la evolución de la HC (pre y post).			
<u>Profundidad</u>	Cuantitativa continua	Cuestionario	Cm ³
Justificación: Conocer este dato ayudará a valorar la evolución de la HC (pre y post).			
<u>Categoría UPP</u>	Cualitativa nominal politómica	cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Grado I • Grado II • Grado III • Grado IV
Justificación: En caso de que la HC sea una UPP, se podrá observar la evolución (pre y post).			

<u>Adherencia a técnicas</u>	Cualitativa nominal politémica	Cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Afrontamiento • Emoción – emoción • Técnica relajación • Técnica conductual • Terapia cognitiva • Busca de apoyo • Peer counselling • Ninguna
Justificación: Será importante conocer el grado de motivación y seguimiento de técnicas para modificar y adoptar determinados comportamientos que mejoren sus emociones.			
<u>Calidad de vida</u>	Cuantitativa continua	Escala GENCAT	69 - 276
Justificación: Será necesario conocer si ha habido o no una mejora en la calidad de vida.			
<u>Autoestima</u>	Cuantitativa continua	Escala de autoestima de Rosemberg	10 - 40
Justificación: Conocer el grado de autoestima de los pacientes proporcionará información acerca de la eficacia de las técnicas ofrecidas para minimizar las emociones negativas.			
<u>Estado de ánimo</u>	Cuantitativa continua	Escala valoración del estado de ánimo (EVEA)	0 - 160
Justificación: Conocer el estado de ánimo pre y post-intervención mostrará si las técnicas ofrecidas han sido productivas para minimizar las emociones negativas.			
<u>Ansiedad</u>	Cuantitativa continua	Escala de ansiedad de Goldberg	0 - 9
Justificación: Conocer el grado de ansiedad de los pacientes proporcionará información acerca de la eficacia de las técnicas ofrecidas para minimizar las emociones negativas.			
<u>Depresión</u>	Cuantitativa continua	Test de depresión de Goldberg	0 - 9
Justificación: Conocer el grado de depresión de los pacientes proporcionará información acerca de la eficacia de las técnicas ofrecidas para minimizar las emociones negativas.			

Edad: Tiempo, expresado en años, transcurrido desde el nacimiento de la persona en estudio.
Variable cuantitativa discreta, recogida a través de cuestionario pre-intervención (Anexo 1).

Sexo: Condición de la persona en estudio, mujer u hombre.
Variable cualitativa nominal dicotómica, recogida en cuestionario pre-intervención (Anexo 1).

Estado civil: Situación en la que se encuentra la persona (relaciones sentimentales).
Variable cualitativa nominal politómica, recogida en cuestionario pre-intervención (Anexo 1).

Estudios: Nivel más alto de enseñanza oficial que ha sido alcanzado y aprobado hasta el momento en que el sujeto es admitido como parte del estudio.
Variable cualitativa nominal politómica, recogida en cuestionario pre-intervención (Anexo 1).

Tipo de ayuda recibida: Presencia de persona/s que de manera continua u ocasional presten ayuda al sujeto. Variable cualitativa nominal politómica, recogida en cuestionario pre-intervención (Anexo 1).

Tipo de HC: Grupo al que pertenece la HC del paciente según el diagnóstico (Dx) clínico.
Variable cualitativa nominal politómica, recogida en cuestionario pre-intervención (Anexo 1).

Tiempo con la HC: Tiempo, expresado en meses, que la persona lleva padeciendo dicha HC.
Variable cuantitativa continua, recogida en cuestionario pre y post-intervención (Anexo 1) (Anexo 2).

Evolución cicatricial: Valoración del proceso de cicatrización de la HC del paciente.
Variable cuantitativa continua, recogida en escala PUSH pre y post-intervención (Anexo 3) (31). Será necesario conocer si ha habido o no una mejora en la cicatrización.

- Escala PUSH: Consta de un total de 17 puntos, divididos en tres apartados. Se valora el tamaño con una puntuación que va de 0 a 10, el exudado con puntos de 0 a 3 y, por último, el tipo de tejido que va de 0 a 4. Sumando los resultados obtenidos obtendremos una puntuación total que nos indicará el estado de la herida (31).

Área de lesión: Número en cm² que se obtiene al medir el área de la lesión de la HC.
Variable cuantitativa continua, recogida a través de cuestionario pre y post-intervención (Anexo 1) (Anexo 2).

Profundidad: Número en cm³ que se obtiene al medir la profundidad de la HC.
Variable cuantitativa continua, recogida a través de cuestionario pre y post-intervención (Anexo 1) (Anexo 2).

Categoría UPP: Grado en que se encuentra la UPP, en caso de presentar ese tipo de HC. Variable cualitativa nominal politómica, recogida a través de cuestionario pre y post-intervención (Anexo 1) (Anexo 2).

Adherencia a técnicas: Práctica individual de técnicas o intervenciones destinadas a reducir las emociones negativas. Variable cualitativa nominal politómica, recogida a través de cuestionario pre y post-intervención (Anexo 1) (Anexo 2).

Calidad de vida: Situación en la que se encuentra el individuo respecto a un grupo de dimensiones. Dichas dimensiones son bienestar físico, emocional y material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos. Variable cuantitativa continua, recogida a través de la escala Gencat (Anexo 4) (32).

- Escala Gencat; Consta de un total de 69 preguntas divididas en los 8 ítems mencionados anteriormente, y, con 4 posibles respuestas en base a la frecuencia, que serán evaluadas con 1, 2, 3 o 4 puntos en función de lo contestado por el usuario (32).

Autoestima: Valoración subjetiva que tiene el sujeto sobre sí mismo.

Variable cuantitativa continua, recogida a través de la Escala de Rosemberg (Anexo 5) (33).

- Escala de autoestima de Rosemberg: Consta de un total de 10 preguntas a contestar. En los ítems del 1-5, las respuestas A-D se puntúan de 4 a 1. Los ítems del 6-10, las respuestas A-D se puntúan de 1 a 4. Al finalizar, con un total de 30 a 40 puntos se tendrá una autoestima elevada, considerada como autoestima normal. De 26 a 29 puntos será una autoestima media, es decir no presenta problemas de autoestima graves, aunque es conveniente mejorarla. Por último, con menos de 25 puntos se considera una autoestima baja (33).

Estado de ánimo: Actitud emocional en la que se encuentra la persona.

Variable cuantitativa continua, recogida mediante la escala EVEA (Anexo 6) (34).

- Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA): Consta de un total de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala tipo Likert que va de 0 a 10 puntos en los que "0" significa nada y "10" mucho. Las 16 frases empiezan siempre con "me siento" y va acompañado de un adjetivo que varía y que representa un estado de ánimo. Dicha escala pretende evaluar cuatro estados como son la ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría (34).

Ansiedad: Emoción individual que se medirá pre y post-intervención valorando sus niveles. Variable cuantitativa continua, recogida a través de la escala de Goldberg (Anexo 7) (35).

- Escala de ansiedad de Goldberg: Consta de 4 ítems iniciales para determinar si existe o no un trastorno mental, y seguidamente, 5 ítems que sólo se formulan en el caso de obtenerse respuestas positivas en las primeras (2 o más). Si la puntuación total de respuestas positivas es mayor o igual a 4, la persona padece ansiedad (35).

Depresión: Emoción individual que se medirá pre y post-intervención.

Variable cuantitativa continua, recogida a través de la escala de Goldberg (Anexo 8) (35).

- Escala de depresión de Goldberg: Consta de 4 ítems iniciales para determinar si existe o no un trastorno mental, y seguidamente, 5 ítems que sólo se formulan en el caso de obtenerse respuestas positivas en las primeras (1 o más). Si la puntuación total de respuestas positivas es mayor o igual a 2, la persona padece depresión (35).

Ansiedad y depresión en población geriátrica van unidos, utilizándose las dos sub-escalas de Goldberg unidas como una única, con un punto de corte mayor o igual a 6 puntos.

1.4. Intervención a evaluar y procedimiento de recogida de datos.

De manera previa al comienzo del estudio, se contactará con el Centro de Salud en cuestión para que seleccionen a dos de sus enfermeras de población adulta con el fin de ser las encargadas del estudio en dicho Centro. Necesitarán recibir formación para llevar a cabo el estudio correctamente, y esta será impartida durante un periodo de dos semanas en el turno contrario al de trabajo. Pese a formarlas, el investigador estará disponible en todo momento.

La consecución del estudio será posible siguiendo el método de intervención propuesto a continuación, con el cual se conseguirán los objetivos descritos anteriormente.

Se realizará una búsqueda a través de las historias clínicas para localizar a los pacientes que padezcan HC en el Centro de Salud escogido. Se observará si cumplen los criterios de inclusión y exclusión descritos en metodología y en caso de hacerlo, se les citará para acudir a la consulta. La enfermera deberá explicar el estudio y, además, se entregará una hoja de información adicional (Anexo 10) que, junto al consentimiento informado (Anexo 9), los pacientes deberán leer detenidamente y posteriormente firmar si están de acuerdo en formar parte del estudio. Este proceso durará un máximo de dos semanas.

A continuación, se procederá a realizar un cuestionario previo al inicio de las sesiones enfermeras, es decir, pre-intervención (Anexo 1). Dicho cuestionario deberá ser cumplimentado de manera correcta e individual, por todos los pacientes incluidos en el presente estudio. La ejecución será llevada a cabo en el área proporcionada por el Centro de Salud un día concreto que deberá ser comunicado a todos.

Cada mes se citará en consulta a todos los participantes y, de manera individual, se enseñarán técnicas de autocuidado y así conseguirán mayor independencia y control sobre la HC. Dichas técnicas incluyen cómo deben curarse la HC, qué cuidados deben tener sobre ella o cómo hay que manejarla. Se hará mensualmente ya que la HC puede cambiar y, por tanto, necesitar cuidados distintos. Se dejará al paciente participar activamente sobre su HC para propiciar la aparición de dudas y que la enfermera pueda resolvérselas en ese momento. Podrá aprovechar este momento para observar cómo se maneja él mismo y su evolución en cuanto a destrezas adquiridas. Además, en esta primera citación, la enfermera deberá terminar de cumplimentar las variables de los cuestionarios pre-intervención reservados a su competencia, tales como el área y la profundidad de la HC o la categoría en caso de ser una UPP. También la Escala PUSH.

Para equilibrar la balanza de trabajo, cada enfermera se quedará con una mitad de la muestra de la que se hará cargo durante la duración total del estudio.

El tiempo dedicado a cada consulta de este tipo no será superior a 1 hora, repartiéndose los pacientes entre las dos enfermeras formadas y realizando dicha intervención durante las dos primeras semanas de cada mes. Siete días después de cada cita mensual se pedirá de nuevo a cada participante acudir a consulta para conocer su estado anímico. Expresarán los sentimientos que han experimentado y cómo van evolucionando, su visión, sus experiencias. Se pedirá que nos consulten las dudas que les hayan surgido, las inquietudes, los miedos. Con todo ello, intentaremos que hablen abiertamente de su HC trabajando el afrontamiento. Todas las sesiones serán junto con la misma enfermera que cada paciente tuvo en la primera citación para crear un vínculo de confianza.

Tras estas dos citaciones mensuales, cada semana habrá un día que tengan que acudir de nuevo para que esas mismas enfermeras les enseñen cómo poder reducir sus emociones negativas. De esta manera se intenta que, durante toda la duración del estudio, exista un continuo seguimiento de estos pacientes y sus sentimientos experimentados.

Se comenzará citándoles la semana siguiente a la sesión dedicada al afrontamiento (mensual). Habrá veces que sea de manera individual y otras que sea en grupo, dependiendo de las técnicas que se quieran impartir. Serán las siguientes y en este orden:

- | | | |
|------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Emoción – emoción | 2. Técnicas relajación | 3. Técnicas conductuales |
| 4. Terapias cognitivas | 5. Apoyo en grupo y familiares | 6. Peer counselling |

La primera de ellas, "emoción – emoción", la impartirán las dos enfermeras, aunque por separado, de tal forma que cada una se encargue de los mismos sujetos que citó desde el comienzo. Se explicará en qué consiste y cómo poder ponerla en práctica en la vida diaria. El paciente debe conocer los beneficios de dicha técnica y experimentarlo por él mismo para que más adelante lo integre como mecanismo propio. Esta intervención tendrá una duración aproximada de 60 – 90 minutos, dependiendo de lo que la enfermera considere oportuno. Con esta sesión acabaría el primer mes, volviendo a comenzar las citaciones cíclicas de autocuidado seguido por afrontamiento.

La segunda técnica impartida será "técnicas de relajación", las cuales seguirán el mismo patrón que la impartida el mes anterior. De manera individual durante 60 – 90 minutos.

En tercer lugar "técnicas conductuales". Al igual que en las anteriores, se explicará en qué consiste, cómo incorporarla a la vida diaria, beneficios, etc. Pero, además de todo eso, se creará junto con el sujeto una tabla de actividades placenteras para él, que deberá cumplir. Se seguirá con los tiempos de 60 - 90 minutos.

Cuarta técnica y, por tanto, cuarto mes, "terapia cognitiva". Mismo patrón que en anteriores.

A partir de este momento dará comienzo la intervención de forma grupal. Será impartida por ambas enfermeras en las salas que el Centro considere oportunas, una tarde por grupo (4 horas + 1/2 hora de descanso). Se dividirá el total de la muestra en grupos más reducidos para poder dar mejor atención. Esta división será hecha al azar y por las mismas enfermeras según su conveniencia.

La sesión se realizará en dos partes, una primera que se llevará a cabo entre ellos como grupo. Conocerán personas con su misma patología, compartirán pensamientos, sentimientos, inquietudes... Estarán presentes las dos enfermeras para que todos se sientan a gusto con alguien que conocen y es de confianza, haciendo terapia grupal durante 2 horas. Tras 30 minutos de descanso, comenzará la segunda parte en la que habrá uno o dos familiares por sujeto. Durará también dos horas y estarán las dos enfermeras presentes. Aprovecharemos esta citación grupal para explicar la técnica "Peer counselling" como otro método para reducir esas emociones. Se les facilitará la información necesaria para que puedan usarlo (N.º teléfono de usuarios).

El sexto y último mes, volvería a haber una última cita de autocuidado y afrontamiento. En esta última, además de hacer lo mismo que en ocasiones anteriores, se les pasaría el cuestionario post-intervención (Anexo 2) y se dará por concluido el estudio a expensas de conocer los resultados.

Como situación excepcional que pueda darse, en caso de que el paciente presente más de una herida crónica, se deberá rellenar un cuestionario por cada una, a excepción de las escalas que solo deberán cumplimentarse una vez pese a las HC que presente. La única escala que se tendrá que rellenar junto al cuestionario será la de PUSH (Anexo 3).

Además, si existe un paciente que por motivos determinados no es capaz de escribir y rellenar su cuestionario, será la enfermera la que lo haga junto a él anotando las respuestas.

1.5. Fases del estudio, cronograma

FASE CONCEPTUAL				
	<u>SEPTIEMBRE</u>	<u>OCTUBRE</u>	<u>NOVIEMBRE</u>	<u>DICIEMBRE</u>
1 – 7	ELECCIÓN DEL TEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL TEMA DE INTERÉS	
7 – 14				
15 – 22				
23 – 30 / 31				

FASE METODOLÓGICA			
	<u>ENERO</u>	<u>FEBRERO</u>	<u>MARZO</u>
1 - 7	ELECCIÓN DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	SELECCIÓN DE HERRAMIENTAS DE RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS
7 - 14	ESTADO ACTUAL DEL TEMA	SELECCIÓN POBLACIÓN DE ESTUDIO	
15 - 22			
23 - 30 /31	ESTADO DE LA CUESTIÓN	SELECCIÓN DE VARIABLES	

FASE EMPÍRICA

	<u>JUNIO</u> <u>DICEMBRE</u>	<u>ENERO</u> <u>MARZO</u>	<u>ABRIL</u> <u>JUNIO</u>	<u>JULIO</u>
1 - 7	RECOGIDA DE DATOS	ANÁLISIS DE DATOS	INTERPRETACIÓN RESULTADOS Y DISCUSIÓN	DIFUSIÓN DE RESULTADOS Y PUBLICACIÓN
7 - 14				
15 - 22				
23 - 30 /31				

1.6. Análisis de datos

En el presente proyecto de investigación se utilizará estadística descriptiva para analizar las diferentes variables que han sido incluidas.

- Los resultados obtenidos de variables cualitativas se mostrarán mediante frecuencias relativas o absolutas, pudiéndose utilizar con estas últimas representaciones gráficas como los diagramas de barras o de sectores.
- Los resultados obtenidos de variables cuantitativas se recogerán en tablas en las que aparecerán las medidas de posición central (media, mediana y moda) y las medidas de dispersión (rango, desviación media, desviación estándar y varianza). Como representaciones gráficas se podrán utilizar histogramas, polígonos de frecuencias o de líneas, gráficos de cajas, etc.

Además, se estudiará la relación de las variables independientes con la variable dependiente del trabajo denominada "evolución cicatricial", la cual es de tipo cuantitativa continua.

Para dicho estudio de dependencia se utilizarán las pruebas:

- T- student: Asociar variables cuantitativas con variables cualitativas.
- Chi – cuadrado: Asociar variables cualitativas.

En las pruebas estadísticas será válido un nivel de confianza del 95% y un error $p < 0.05$. Además, la aplicación de dichos test dependerá del tamaño de la muestra.

Para realizar dichos análisis estadísticos se utilizará el programa SPSS®, versión 24.

Aspectos éticos

El proyecto implica un uso de datos personales y clínicos de los sujetos en estudio a partir de los cuestionarios utilizados para la investigación. Por este motivo, se debe obtener el dictamen favorable de un Comité de ética de investigación clínica, además de la autorización del Centro de Salud "Parque Europa" del municipio madrileño de Pinto.

Debe cumplir los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la Declaración de Helsinki.

Existe redactado un consentimiento informado (Anexo 9) para que los pacientes manifiesten su conformidad, así como una hoja informativa (Anexo 10) que incluye la finalidad y mecánica del proyecto, resultado esperado a conseguir, riesgos y beneficios, procedimientos de seguridad que se van a adoptar durante la participación de sujetos y para el manejo de datos.

En todo momento se respetará el anonimato y confidencialidad de los pacientes, pues sus datos personales no figurarán en ninguna hoja durante el estudio ni en los resultados. Se establecerán códigos representativos para cada paciente, los cuales se anotarán en sus historias clínicas durante el periodo de estudio y así poder saber a quién pertenece cada dato. Además, se contará con carpetas propias del estudio de cada paciente (codificado) en las cuales se deberá guardar toda la documentación referente a la investigación para posteriormente entregárselas al investigador. A través de esta técnica se cumplirán los artículos 111, 112, 113 y 114 del nuevo reglamento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, de las medidas de seguridad aplicables a los ficheros y tratamientos no automatizados, medidas de seguridad de nivel alto.

Limitaciones

- El tamaño de la muestra puede ser reducido, afectando a la capacidad de extrapolar los resultados a la población diana, afectando por tanto a la validez externa de estudio.
- Debido a que algunas variables serán consultadas a través de la historia clínica del paciente, podríamos tener variabilidad en los registros con consecuente sesgo de información, afectando la validez interna.
- Difícil control de variables extrañas, por ejemplo, situaciones ajenas a la HC que conlleven a una alteración de las emociones del sujeto estudiado.

Bibliografía

1. Cacicedo González R, Castañeda Robles C, Delgado Uría A, Fernández Sáiz B, Gómez Fernández A, Guerra Díaz M et al. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. SCS; 2011.
2. Pagliarini MA, Rocha SC, Landi J, Brischiliari A, Silva S. O cotidiano do individuo com ferida crónica e sua saude mental. *Enferm, Florianópolis*. 2011; 20(4): 691-9.
3. Grothier L, Pardoe A. Chronic wounds: management of healing and wellbeing. *Br J Nurs*. 2013; 22(8):24-30.
4. Lara M, Pinto J, Pereira Júnior, A., Vieira N, Wichr P. Significado de la herida para portadores de úlceras crónicas. *Cogitare Enferm*. 2011;16(3):471-7.
5. International consensus. Optimising wellbeing in people living with a wound. An expert working group review. London: Wounds Intern; 2012. Disponible desde: <http://www.woundsinternational.com>
6. Rätty LGustafsson B. Emotions in Relation to Healthcare Encounters Affecting Self-Esteem. *J Neurosci Nurs*. 2006;38(1):42-50.
7. Piqueras Rodríguez, José Antonio; Ramos Linares, Victoriano; Martínez González, Agustín Ernesto; Oblitas Guadalupe, Luis Armando EMOCIONES NEGATIVAS Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL Y FÍSICA. *Suma Psicológica*. 2009;16(2):85-112.
8. Jiménez MLV. Emociones positivas. *Psicodoc*. 2006;27(1):9-17
9. Vedhara K, Miles J, Wetherell M, Dawe K, Searle A, Tallon D et al. Coping style and depression influence the healing of diabetic foot ulcers: observational and mechanistic evidence. *Diabetologia*. 2010;53(8):1590-1598.
10. Brown A. Does social support impact on venous ulcer healing or recurrence?. *Br J Community Nurs*. 2008;13(1):15
11. Upton D, Solowiej K. Mood disorders in patient with acute and chronic wounds: a health professional perspective. *J Wound care*. 2012;21(1):42-48.
12. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda JJ. Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*. 2014;25(4):162-170.
13. Ramos A, Morillo J, Gayo N, Tasiguano J, Munzón E, Ribeiro A. Curar o paliar: ¿qué cuesta más? Análisis de costes del tratamiento de una herida crónica en función de su finalidad. *Medicina Paliativa*. 2015;22(2):45-51.

14. Corrales JM, Águila MC, Vázquez M, Ramos A, Fernandes AS, Grantham S. Repercusión de las heridas crónicas en las unidades de rehabilitación funcional. *Gerokomos*. 2015;26(3):109-114
15. Gould L, Abadir P, Brem H, Carter M, Conner-Kerr T, Davidson J et al. Chronic wound repair and healing in older adults: Current status and future research. *Wound Rep Reg*. 2015;23(1):1-13.
16. Järbrink K, Ni G, Sönnnergren H, Schmidtchen A, Pang C, Bajpai R et al. Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*. 2016;5(1).
17. Martín Muñoz B, Panduro Jiménez R, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enferm*. 2010;19(2-3).
18. 7. Peart J. Influence of psychosocial factors on coping and living with a venous leg ulcer. *Br J Community Nurs*. 2015;20(6):21-27.
19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Bienestar Emocional - Estrés y activación [Internet]. Bemocion.msssi.gob.es. 2017. Disponible en: <http://www.bemocion.msssi.gob.es/emocionEstrés/estrés/consecuencias/activacion/home.htm>
20. Hendrix C, Pereira K, Bowers M, Brown J, Eisbach S, Briggs M et al. Integrating Mental Health Concepts in the Care of Adults With Chronic Illnesses: A Curricular Enhancement. *J Nurs Educ Pract*. 2015;54(11):645-649.
21. Real Academia Española [Internet]. Rae.es. 2017. Disponible en: <http://www.rae.es/>
22. Sadigursky D, Santana I, Benemérita A, Amaral L, De Souza AC. Resiliência de indivíduos acometidos por úlcera venosa: um olhar da enfermagem. *J Nurs UFPE on line*. 2012 Dec;6(12):2959-65
23. Waugh A, McNay L, Dewar B, McCaig M. Supporting the development of interpersonal skills in nursing, in an undergraduate mental health curriculum: Reaching the parts other strategies do not reach through action learning. *Nurse Educ*. 2014;34(9):1232-1237.
24. Upton D, Solowiej K, Woo KY. A multinational health professional perspective of the prevalence of mood disorders in patients with acute and chronic wounds. *Int Wound J* 2014;11(6):627-635

25. Bedin L, Busanello J, Sehnem G, Silva F, Poll M. Strategies to promote self-esteem, autonomy and self-care practices for people with chronic wounds. *Rev Gaucha Enferm* 2014;35(3):61-67.
26. Compare A, Zarbo C, Shonin E, Van Gordon W, Marconi C. Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2014;2014:1-10.
27. Holley U. Social Isolation: A Practical Guide for Nurses Assisting Clients with Chronic Illness. *Rehab Nursing*. 2007;32(2):51-58.
28. Miller C, Kapp S, Donohue L. Examining factors that influence the adoption of health-promoting behaviours among people with venous disease. *Int Wound J*. 2012;11(2):138-146.
29. Linguee Diccionario español-inglés, entre otros idiomas [Internet]. Linguee.es. 2017. Disponible en: <http://www.linguee.es/>
30. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
31. Esquisábel C. Escala de evolución de úlceras por presión en el registro de enfermería. UPNA. 2014.
32. Verdugo MA, Arias B, Gómez L, Schalock R. Escala Gencat, formulario de la Escala Gencat de calidad de vida. Biblioteca de Catalunya. 2008.
33. Escala Rosenberg [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/Escala%20Rosenberg.pdf>
34. Sanz J. Escala de valoración del estado de ánimo EVEA. UCM. 2001.
35. Escala Goldberg [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cribado_de_ansiedad_depresion_escala_de_goldberg.pdf

Anexos

Edad del participante → _____

Sexo:

Mujer

Hombre

Estado civil:

Casado

Soltero con pareja

Soltero sin pareja

Estudios:

Sin estudios

Primarios

Secundarios

Superiores

Universitarios

Tipo de ayuda recibida:

Externa

Familiar

No ayuda

Tipo de HC:

UPP

Neoplásica

Neuropática

Úlcera miembro inferior

Tiempo de aparición de la HC: _____

Adherencia a técnicas:

Autocuidado	<input type="text"/>
Afrontamiento	<input type="text"/>
Emoción - emoción	<input type="text"/>
Técnica relajación	<input type="text"/>
Técnica conductual	<input type="text"/>
Terapia cognitiva	<input type="text"/>
Busca de apoyo	<input type="text"/>
Peer Counselling	<input type="text"/>
Ninguna	<input type="text"/>

Área de lesión: _____ (RELLENAR POR ENFERMERA)

Profundidad: _____ (RELLENAR POR ENFERMERA)

Categoría UPP: _____ (RELLENAR POR ENFERMERA)

Evolución cicatricial → Rellenar Escala PUSH

Calidad de vida → Rellenar Escala GENCAT

Autoestima → Rellenar Escala ROSEMBERG

Estado de ánimo → Rellenar Escala EVEA

Ansiedad → Rellenar Escala GOLDBERG (ansiedad)

Depresión → Rellenar Escala GOLDBERG (depresión)

Anexo 2: Cuestionario post-intervención

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DESCRITAS A CONTINUACIÓN.

▪ **INSTRUCCIONES CUESTIONARIO**

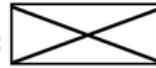
- Debe rellenar toda la información que se pregunta.
- Debe contestar de manera sincera, sin ocultar información.

“ _____ ” → EJEMPLO: ____ 53 ____

”

“

→ EJEMPLO CORRECTO:



COMIENZE A RELLENAR EL CUESTIONARIO, GRACIAS POR PARTICIPAR.

Tipo de ayuda recibida:

Externa

Familiar

No ayuda

Tiempo de aparición de la HC: _____

Adherencia a técnicas:

Autocuidado	<input type="checkbox"/>
Afrontamiento	<input type="checkbox"/>
Emoción - emoción	<input type="checkbox"/>
Técnica relajación	<input type="checkbox"/>
Técnica conductual	<input type="checkbox"/>
Terapia cognitiva	<input type="checkbox"/>
Busca de apoyo	<input type="checkbox"/>
Peer Counselling	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>

Área de lesión: _____ (RELLENAR POR ENFERMERA)

Profundidad: _____ (RELLENAR POR ENFERMERA)

Categoría UPP: _____ (RELLENAR POR ENFERMERA)

Evolución cicatricial → Rellenar Escala PUSH (ENFERMERA)

Calidad de vida → Rellenar Escala GENCAT

Autoestima → Rellenar Escala ROSEMBERG

Estado de ánimo → Rellenar Escala EVEA

Ansiedad → Rellenar Escala GOLDBERG (ansiedad)

Depresión → Rellenar Escala GOLDBERG (depresión)

Anexo 3: Escala PUSH (31).

LONGITUD / ANCHURA					
0	1	2	3	4	5
0 cm ²	< 0.3 cm ²	0.3 – 0.6 cm ²	0.7 – 1 cm ²	1.1 - 2 cm ²	2.1 – 3 cm ²
6	7	8	9	10	
3.1 – 4 cm ²	4.1 – 8 cm ²	8.1 – 12 cm ²	12.1 – 24 cm ²	> 24 cm ²	
SUBTOTAL:					
CANTIDAD DE EXUDADO					
0	1	2	3		
Ninguno	Ligero	Abundante	Moderado		
SUBTOTAL:					
TIPO DE TEJIDO					
0	1	2	3	4	
Cerrado	Tejido epitelial	Tejido de granulación	Esfacelos	Tejido necrótico	
SUBTOTAL:					
TOTAL:					

Anexo 4: Escala GENCAT (32).

▪ **BIENESTAR EMOCIONAL**

1. Se muestra satisfecho con su vida presente.

4 3 2 1

2. Presenta síntomas de depresión.

1 2 3 4

3. Está alegre y de buen humor.

4 3 2 1

4. Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.

1 2 3 4

5. Presenta síntomas de ansiedad.

1 2 3 4

6. Se muestra satisfecho consigo mismo.

4 3 2 1

7. Tiene problemas de comportamiento.

1 2 3 4

8. Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.

4 3 2 1

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ **RELACIONES INTERPERSONALES**

9. Realiza actividades que le gustan con otras personas.

4 3 2 1

10. Mantiene con su familia la relación que desea.

4 3 2 1

11. Se queja de la falta de amigos estables.

1 2 3 4

12. Valora negativamente sus relaciones de amistad.

1 2 3 4

13. Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.

1 2 3 4

14. Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.

1 2 3 4

15. Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.

4 3 2 1

16. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.

4 3 2 1

17. La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.

1 2 3 4

18. Tiene una vida sexual satisfactoria.

4 3 2 1

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ BIENESTAR MATERIAL

19. El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación desperfectos, inaccesibilidad...)

1 2 3 4

20. El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.

4 3 2 1

21. Dispone de los bienes materiales que necesita.

4 3 2 1

22. Se muestra descontento con el lugar donde vive.

1 2 3 4

23. El lugar donde vive está limpio.

4 3 2 1

24. Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.

4 3 2 1

25. Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.

1 2 3 4

26. El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.

4 3 2 1

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ **DESARROLLO PERSONAL**

27. Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.

1 2 3 4

28. Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).

4 3 2 1

29. El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.

4 3 2 1

30. Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.

1 2 3 4

31. Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.

4 3 2 1

32. El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.

4 3 2 1

33. Participa en la elaboración de su programa individual.

4 3 2 1

34. Se muestra desmotivado en su trabajo.

1 2 3 4

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ **BIENESTAR FÍSICO**

35. Tiene problemas de sueño.

1 2 3 4

36. Dispone de ayudas técnicas si las necesita.

4 3 2 1

37. Sus hábitos de alimentación son saludables.

4 3 2 1

38. Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.

4 3 2 1

39. Tiene un buen aseo personal.

4 3 2 1

40. En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.

4 3 2 1

41. Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.

1 2 3 4

42. Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria

1 2 3 4

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ **AUTODETERMINACIÓN**

43. Tiene metas, objetivos e intereses personales.

4 3 2 1

44. Elige cómo pasar su tiempo libre.

4 3 2 1

45. En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.

4 3 2 1

46. Defiende sus ideas y opiniones.

4 3 2 1

47. Otras personas deciden sobre su vida personal.

1 2 3 4

48. Otras personas deciden cómo gastar su dinero.

1 2 3 4

49. Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.

1 2 3 4

50. Organiza su propia vida.

4 3 2 1

51. Elige con quién vivir.

4 3 2 1

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ INCLUSIÓN SOCIAL

52. Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).

4 3 2 1

53. Su familia le apoya cuando lo necesita.

4 3 2 1

54. Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.

1 2 3 4

55. Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.

1 2 3 4

56. Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.

4 3 2 1

57. El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.

4 3 2 1

58. Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.

1 2 3 4

59. Es rechazado o discriminado por los demás.

1 2 3 4

PUNTUACIÓN TOTAL:

▪ **DERECHOS**

60. Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).

1 2 3 4

61. En su entorno es tratado con respeto.

4 3 2 1

62. Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.

4 3 2 1

63. Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.

1 2 3 4

64. En el servicio al que acude se respeta su intimidad.

4 3 2 1

65. En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.

4 3 2 1

66. Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).

1 2 3 4

67. En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).

4 3 2 1

68. El servicio respeta la privacidad de la información.

4 3 2 1

69. Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.

1 2 3 4

PUNTUACIÓN TOTAL:

Anexo 5: Escala de autoestima de Rosemberg (33).

- A: Muy de acuerdo
- B: De acuerdo
- C: En desacuerdo
- D: Muy en desacuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

A B C D

2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.

A B C D

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

A B C D

4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.

A B C D

5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a.

A B C D

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.

A B C D

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.

A B C D

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.

A B C D

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.

A B C D

10. A veces creo que no soy buena persona.

A B C D

Anexo 7: Escala de ansiedad de Goldberg (35)

	Respuesta	Puntos
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? Temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea... (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 8: Escala de depresión de Goldberg (35).

	Respuesta	Puntos
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?		
2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
3.- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?		
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 9: Consentimiento informado.

**“EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LAS EMOCIONES
NEGATIVAS DEL PACIENTE PORTADOR DE HC”**

Yo, (Nombre, Apellidos).

He leído la hoja informativa entregada por enfermería.

He podido resolver dudas e inquietudes a cerca del estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hablar con el investigador (Nombre).

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo las normas redactadas sobre dicha participación.

Presto libremente mi conformidad para el estudio.

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean revisados por personal ajeno al centro,
para fines de estudio, y soy consciente de que este consentimiento es anulable.

He recibido una copia de este consentimiento informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado.

Firma del investigador:

Fecha:

Consentimiento informado estudio

Versión Fecha

Anexo 10: Hoja de información al paciente.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

“EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA EN LAS EMOCIONES NEGATIVAS DEL PACIENTE CON HERIDAS CRÓNICAS”.

Dicho proyecto supone una investigación cuya finalidad es analizar si las intervenciones propuestas para reducir las emociones negativas en los pacientes que padecen HC en el ámbito de atención primaria mejoran la cicatrización / evolución de dichas heridas. Se basará en un total de tres citaciones por mes con la enfermera asignada, en las cuales se enseñarán técnicas para reducir las emociones negativas que se generan debido a la patología. El proceso es cíclico, es decir, las dos primeras sesiones de cada mes irán dedicadas al autocuidado (cómo curar la herida, cómo manejarla, cuidados específicos...) y al afrontamiento (expresar sentimientos, inquietudes, visión, experiencias vividas...). La tercera sesión será la técnica, cada mes se enseñará una nueva y se introducirá en su modo de vida y de llevar la enfermedad. Con todas estas citas se pretende que haya un control continuo sobre la evolución de cada paciente, con sesiones individuales y grupales durante un total de seis meses, duración total del estudio.

No habrá ningún tipo de medicación, tan solo terapias alternativas (relajación, cognitivas...) sumado a la cumplimentación de dos cuestionarios al principio y final del estudio.

Con dicho estudio se espera que el paciente disminuya sus emociones negativas, mejorando así la evolución en el proceso de cicatrización de su HC. No existe ningún riesgo para la salud.

La participación de los sujetos será libre y voluntaria. Implicará tener su consentimiento después de recibir información acerca de la naturaleza y finalidad del estudio, los objetivos, los métodos, los beneficios o riesgos que podría implicar. En el momento que deseen retirar el consentimiento, se podrá hacer libremente sin salir perjudicados por ello.

Los datos obtenidos se guardarán en la más estricta confidencialidad. El acceso a los datos clínicos y personales del paciente sólo es posible con el consentimiento expreso y revocable del mismo (Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal / Ley 41/02 de Autonomía del Paciente).

Se tomarán las medidas oportunas para garantizar el anonimato e intimidad, evitando el acceso de personas no autorizadas a los datos obtenidos en estudio.

En caso de que no se sigan correctamente las instrucciones o no se cumplan las normas, el sujeto podrá ser eliminado del estudio por decisión del investigador.

INVESTIGADOR: _____

ENFERMERAS PARTICIPANTES: _____

CONTACTO: _____

FIRMA INVESTIGADOR

FIRMA PACIENTE

Gracias por su colaboración.