

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“ESTUDIO DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE CON
SÍNDROME CORONARIO AGUDO”**

EVA ANSOTEGUI GONZÁLEZ

10 de Julio de 2014

Trabajo Fin De Máster

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
 - 1.1 Depresión y Ansiedad
 - 1.2 Estrés
 - 1.3 Patrón de Conducta Tipo A y Hostilidad
 - 1.4 Apoyo Social y Sexualidad
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y MÉTODOS
 - 3.1 Tipo de investigación
 - 3.2 Población a estudio, criterios de exclusión/inclusión
 - 3.3 Ámbito de estudio
 - 3.4 Método de muestreo
 - 3.5 Variables del Estudio
 - 3.6 Instrumentos de medida
 - 3.6.1 Hospital Anxiety and Depression Score
 - 3.6.2 Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein
 - 3.6.3 Escala Tipo A de Framingham
 - 3.6.4 Escala de Apoyo Social de Duke
 - 3.6.5 Cuestionario Evaluador de la Función Sexual en la Mujer
 - 3.6.6 Cuestionario de Funcionamiento Sexual Masculino del Hospital General de Massachusetts
 - 3.7 Consideraciones éticas
 - 3.8 Método de recogida de datos
 - 3.9 Análisis de los datos
 - 3.10 Organigrama de trabajo
 - 3.11 Duración del proyecto y etapas de desarrollo
 - 3.12 Limitaciones y sesgos
4. BIBLIOGRAFÍA
5. ANEXOS

INTRODUCCION

La vida diaria nos ofrece pruebas de la relación entre psique y corazón. Las emociones intensas aumentan la frecuencia cardíaca y la tensión arterial. Los dichos tradicionales están llenos de metáforas sobre el corazón. Cuando vemos a alguien que nos gusta “el corazón se acelera”, cuando se es despedido “te rompen el corazón”, desde hace siglos su imagen es el icono de la unión amorosa, cuando algo causa terror el corazón “se para” y cuando un ser querido se marcha el corazón “duele”. Cuando se tiene la certeza de que algo es correcto se tiene una “corazonada”, “lo dicta el corazón”. El corazón y la mente interactúan en ambas direcciones. Las vivencias que generan emociones intensas afectan directamente desde el sistema nervioso autónomo y las vías neuroendocrinas, y a la inversa cuando existe patología en el corazón es frecuente que se acompañe de procesos psicopatológicos como la depresión.^{1y2}

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) han sido desde hace décadas la primera causa de muerte en países industrializados, y se estima que en el año 2020 lo serán también en los países en vías de desarrollo.

Entra ellas, la enfermedad arterial coronaria (EAC) es la manifestación más frecuente y se asocia a una elevada morbimortalidad. Las presentaciones clínicas de la EAC incluyen la isquemia silente, la angina de pecho estable, la angina inestable y el infarto agudo de miocardio (IAM). La manifestación aguda de la EAC se denomina Síndrome Coronario Agudo.³

Para confirmar el diagnóstico de SCA debe darse alguna de las siguientes circunstancias:

- a) ingreso por dolor torácico anginoso (o equivalente anginoso) sin cambios significativos en el electrocardiograma (ECG) o no valorables pero con elevación de marcadores de necrosis miocárdica o una prueba de detección de isquemia positiva durante su ingreso o antecedentes de enfermedad coronaria conocida
- b) ingreso por dolor torácico o equivalente anginoso y cambios en el ECG compatibles con isquemia miocárdica
- c) ausencia de dolor torácico, pero elevación de marcadores y cambios en el ECG compatibles con isquemia o prueba de detección de isquemia positiva durante su ingreso⁴.

La rotura de la placa de ateroma que comporta la exposición de componentes muy trombogénicos, y activa la coagulación y la formación de trombos, es el mecanismo que explica aproximadamente dos terceras partes de los SCA.⁵

La clasificación de los SCA se basa en el electrocardiograma (ECG), encontrándose dos categorías:

1. Pacientes con dolor torácico agudo y elevación persistente (>20min) del segmento ST. Esto se denomina Síndrome Coronario Agudo con Elevación del ST (SCACEST) y generalmente refleja una oclusión coronaria total.
2. Pacientes con dolor torácico agudo pero sin elevación persistente del segmento ST. Esto se denomina Síndrome Coronario Agudo sin Elevación del ST (SCASEST). Pueden tener una depresión persistente o transitoria del segmento ST, inversión de las ondas T, ondas T planas o ausencia de cambios en el ECG. En algunos pacientes se excluirá la cardiopatía isquémica como causa de los síntomas¹.

Se estima que en España habrá un importante aumento del número de casos de SCA los próximos 35-40 años, coincidiendo con la expansión de la población

anciana, la cual alcanzará el 24% de la población total, y supondrán el 60% de los casos de SCA.⁶

Los estudios de casos y controles realizados en 52 países indican que los factores de riesgo modificables suponen más de un 90% del riesgo de una EC inicial. Entre estos factores se encuentran el tabaquismo, las concentraciones de lípidos en sangre elevadas, la hipertensión, la diabetes mellitus, la obesidad abdominal, la inactividad física, el consumo excesivo de alcohol y los factores psicológicos.

Existen numerosos estudios sobre la relación de diferentes factores psicológicos con la EC. Estos pueden clasificarse en tres amplios dominios⁷.

1. Factores emocionales. Dentro de este grupo el estudio se centrará en las emociones negativas, depresión, ansiedad y estrés.
2. Factores de personalidad, el Patrón de Conducta Tipo A.
3. Factores sociales, el Apoyo Social y la sexualidad en los pacientes con EC.

Depresión y Ansiedad

En la actualidad está reconocido que la depresión clínica o síntomas depresivos elevados se relacionan a un aumento de la mortalidad y la morbilidad en pacientes con enfermedad cardíaca coronaria.⁸ La prevalencia de la depresión en pacientes con ECC es elevada en los países occidentales y oscila desde 10 hasta 45% dependiendo del método de diagnóstico de la depresión.⁹ Como resultado de estas pruebas, la American Heart Association (AHA) recomienda realizar una valoración de depresión a todos los pacientes con EC.¹⁰

Hasta la fecha, no ha habido tal recomendación para la ansiedad, ya que no hay consenso en cuanto a la relación entre la ansiedad y las enfermedades del corazón.

Debido a que hay una considerable superposición entre la ansiedad y los síntomas depresivos en cuanto a su presentación clínica, algunos han sugerido que la ansiedad y la depresión pueden compartir una dimensión común de “estado afectivo negativo”.⁸

Estudios de investigación realizados en las últimas décadas han aportado pruebas convincentes de que la depresión es un factor de riesgo para la mortalidad y la morbilidad cardíaca en pacientes con ECC, sin embargo, muchas preguntas acerca de este fenómeno aún no han sido respondidas de manera certera, por lo que aún muchos investigadores mantienen una postura

escéptica.¹¹ Por ejemplo, en este estudio de la universidad de Groningen, Holanda, concluyeron que la depresión debe ser mejor definida como marcador de riesgo sin causalidad, puesto que la relación entre depresión y enfermedad coronaria es muy compleja y existen diferentes mecanismos y combinaciones de mecanismos envueltos dentro de esta relación en diferentes tipos de pacientes.¹²

Según un meta-análisis publicado en la Revista del Colegio Americano de Cardiología, se ha encontrado una fuerte asociación entre la ansiedad y la EC, menos fuerte que en el caso de la depresión, pero más que la ira o la hostilidad. Según este estudio, las personas ansiosas tienen un 48% más de riesgo de muerte cardíaca. La ansiedad está frecuentemente relacionada con arritmias cardíacas, en especial la ansiedad fóbica la cual se ha estudiado su asociación con muerte cardíaca súbita, pero no con infarto de miocardio.¹³

Estrés

Los estudios recientes indican que una exposición crónica al estrés psicológico juega un papel importante en la fisiopatología de las enfermedades del corazón a través de diferentes mecanismos fisiológicos como el aumento de la actividad

del eje hipotálamo-hipofisario o el aumento de actividad en el sistema simpático.¹⁴

En el estudio REGARDS, los niveles altos de estrés percibido, se asociaron con causa de mortalidad en pacientes con EC, sin que los resultados difiriesen según raza o sexo.¹⁵

Ensayos controlados aleatorios de las intervenciones del estrés y los resultados cardiacos han demostrado eficacia en el tratamiento de "estrés" mostrando que las intervenciones psicológicas dirigidas a la reducción del estrés pueden llegar a reducir la mortalidad a 2 años y la recurrencia de eventos en todos los pacientes con EC en un 27%.¹⁶

Existe diferencia entre el estrés agudo, generado ante eventos imprevistos y/o puntuales y el estrés crónico, generado por las situaciones cotidianas.

Dentro del estrés agudo se han realizado estudios en catástrofes climáticas como terremotos, dando cifras elevadas de muertes por SCA.¹⁷

Los eventos deportivos multitudinarios también son buen ejemplo de estrés agudo. Las competiciones deportivas provocan tensión emocional que se acentúa por la influencia de los medios de comunicación, al elevar el tono ambiental previo. En este estudio del Servicio de Cardiología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona en el que se registraron los casos de SCA

durante un partido de fútbol, en los resultados el riesgo de presentar un SCA fue de 0,0056 episodios por 100.000 personas/hora de estudio¹⁶.

Los estudios sobre el estrés crónico se centran más en el estrés en el trabajo, problemas familiares, situación económica, enfermedades crónicas, cuidado de familiares dependientes o sociedades en tiempo de guerra.¹⁷

En este meta-análisis se encontró el riesgo de EC incrementado en pacientes sometidos a elevada tensión laboral. Las sociedades europeas de cardiología recomiendan el manejo del estrés en el trabajo a personas que presenten factores de riesgo cardiovascular tradicionales.¹⁸

Patrón de Conducta Tipo A y Hostilidad

El término Patrón de Conducta Tipo A fue concebido por Friedman y Rosenman, quienes en los años sesenta observaban que muchos pacientes con enfermedad cardíaca eran compulsivos y competitivos.¹⁸

En 1971, fue descrito por Jenkis et al. como un estilo de vida caracterizado por excesiva competitividad y agresividad, precipitación, prisa e impaciencia, inquietud, exagerado estado de alerta, explosividad en el habla, tensión en la musculatura facial y sensación de estar constantemente presionado por el tiempo y bajo el desafío de la responsabilidad laboral.¹⁹

En la actualidad, y tras varios estudios realizados sobre el tema se ha concluido que sólo el componente de la hostilidad está relacionado con la EC.²⁰

Según el modelo de reactividad fisiológica, las personas hostiles experimentan más frecuentemente intensos episodios de ira y se encuentran en un estado permanente de hipervigilancia ante el entorno social. Estas conductas son las que producen la activación excesiva y frecuente del sistema nervioso simpático. Entonces, estos sujetos, ante las situaciones estresantes, muestran índices más elevados en su presión arterial, frecuencia cardiaca o actividad vasomotora.²¹

Apoyo Social y Sexualidad

El apoyo social puede actuar como amortiguador contra los eventos vitales negativos y ejercer una función protectora.¹⁰

Asimismo los bajos niveles de apoyo se asocian con un mayor riesgo de eventos cardiovasculares, aunque no está claro que tipo de apoyo se asocia más con la EC. También existe poca evidencia de que la mejora del estado socioeconómico reduce el riesgo de EC.²²

En un estudio epidemiológico centrado en personas ancianas, encontraron diferencias entre los diferentes grupos socioeconómicos. En todos los casos un

alto nivel socioeconómico presentaba mejores resultados que los pacientes con menor nivel socioeconómico. Además una vez diagnosticados de EC, presentaban mejor respuesta a la enfermedad que los pacientes con bajo nivel socioeconómico.²³

La asociación entre el estado civil y el pronóstico a corto plazo de los pacientes hospitalizados por síndrome coronario agudo (SCA) no había sido evaluada extensivamente. En este estudio prospectivo se encontró que los pacientes con SCA viudos presentaban peores resultados que los pacientes casados.²⁴

La aceptación de los problemas sexuales tanto en varones como en mujeres continúa siendo un tema bastante incomprendido en nuestra sociedad, a pesar de la aceptación de la sexualidad como parte esencial en la vida humana.²⁵

La American Heart Association emitió un documento con las recomendaciones para los pacientes con EC sobre la actividad sexual. En ella indica que los pacientes con de bajo riesgo o riesgo moderado pueden mantener una actividad sexual normal, pero los pacientes con riesgo elevado deberán demorar dicha actividad hasta que su problema este resuelto.²⁶

Los trastornos sexuales en pacientes cardiopatas afectan negativamente en su calidad de vida. Se han descrito en porcentajes superiores al 50% en varones, en mujeres existe menor información pero el porcentaje también parece muy elevado. Tener pareja estable ocasiona mayor actividad sexual, por otro lado si la relación afectiva estaba deteriorada, la EC puede ser la justificación para no reanudarla.²⁷

OBJETIVOS

General:

Conocer los factores psicosociales previos en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.

Específicos:

- Conocer el estado emocional previo en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo.
- Conocer el tipo de personalidad en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo
- Conocer los factores sociales en los pacientes con Síndrome Coronario Agudo

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Se va a realizar un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, para conocer el estado emocional, la personalidad y el apoyo social de los pacientes ingresados por síndrome coronario agudo.

Población a estudio, criterios de exclusión/inclusión

Dirigido a todos los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Estarán excluidos del estudio los menores de 18 años, las personas que no hablen castellano y los pacientes previamente diagnosticados de alguna patología psiquiátrica.

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en la Unidad Coronaria del Hospital de Cabueñes de Gijón, previa autorización del comité de ética del mismo hospital. La Unidad Coronaria consta de 8 camas, 4 de ellas son destinadas a la acogida de enfermos coronarios durante la fase aguda de su patología. Las otras 4 camas se emplean para la observación de los pacientes en las posteriores horas a un cateterismo de rutina.

El personal se compone de dos enfermeras y una auxiliar de enfermería de lunes a viernes en turno de mañana, quedando en una enfermera y una auxiliar el resto de los turnos.

Método de muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico, de tipo consecutivo, seleccionando a los pacientes según el orden de ingreso en la unidad.

Para el cálculo del tamaño muestral, puesto que se desconoce el total de individuos que ingresarán durante el periodo de tiempo del estudio, se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2(pq)}{d^2}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

z = desviación normal, igual a 1.96 para un nivel de significación del 5%

P = Prevalencia de la característica en la población, tomando datos de la bibliografía⁸, se calcula una proporción del 20%

Q = 1 – P

d = precisión, se acepta un 5%.

Con estos datos y teniendo en cuenta un 15% de pérdidas se obtiene un total de 289 individuos.

VARIABLES DEL ESTUDIO

La selección de las variables principales del estudio se realizó basándose en los artículos de referencia, en los cuáles agrupan los factores psicosociales que se relacionan con la EC tres dominios:

- Estados afectivos y emociones
- Factores de personalidad
- Factores sociales

Se han incluido los factores de riesgo cardiovascular pues son variables que se han medido en la mayoría de los estudios encontrados

GRUPO DE VARIABLES	VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA DE MEDIDA Y CATEGORIA	INSTRUMENTO DE MEDIDA
ESTADOS AFECTIVOS Y EMOCIONES	DEPRESION	Cualitativa	Nominal	Hospital Anxiety and Depression Score 1. >10 puntos: Indicador de morbilidad
	ANSIEDAD			2. 8-10 puntos: caso fronterizo 3. <8 puntos: Ausencia de morbilidad
	ESTRÉS	Cualitativa	Nominal	Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein 1. Casi nunca 2. A veces 3. A menudo 4. Casi siempre

FACTORES DE PERSONALIDAD	PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A (PCTA)	Cualitativa	Nominal	<p>Escala Tipo A de Framingham</p> <ul style="list-style-type: none"> - De 0 a 1, siendo 1 presencia de PCTA
FACTORES SOCIALES	APOYO SOCIAL	Cualitativa	Nominal	<p>Escala de Apoyo Social de Duke</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Mucho menos de lo que deseo B. Menos de lo que deseo C. Ni mucho ni poco D. Casi como lo que deseo E. Tanto como deseo
	SEXUALIDAD EN MUJERES	Cualitativa	Nominal	<p>Cuestionario evaluador de la función sexual en la mujer</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14 ítems puntuando de 1-5
	SEXUALIDAD EN HOMBRES	Cualitativa	Nominal	<p>Cuestionario de funcionamiento sexual masculino del Hospital General de Massachusetts</p> <ul style="list-style-type: none"> - <2 Normal - >2 Disfunción

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR TRADICIONALES	FUMADOR/A	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
	DIABETES	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
	DISLIPEMIA	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
	HIPERTENSIÓN EN TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
SÍNDROME CORONARIO AGUDO	PRIMER EPISODIO	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
	ANTECEDENTES DE EPISODIOS PREVIOS	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
CRITERIO DE EXCLUSIÓN	PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA PREVIA	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Si 2. No
VARIABLES UNIVERSALES	EDAD	Cualitativa	Nivel ordinal	De 18 años en adelante
	SEXO	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Hombre 2. Mujer

Instrumentos de medida

Para las variables universales, los criterios de inclusión y exclusión y los factores de riesgo cardiovascular tradicionales se elaboró un cuestionario propio.

Para medir los factores emocionales, de personalidad y sociales se realizó una búsqueda de instrumentos de medida validados. (Anexo I)

- **Hospital Anxiety and Depression Score (Anexo II)**

Es una escala diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 con la cual se pretendía corregir los inconvenientes de otros instrumentos de medida, principalmente los falsos positivos que suelen aparecer cuando los síntomas somáticos se superponen a los físicos. Para evitarlo no incluyeron ningún ítem que hiciera referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. Consta de dos series de siete cuestiones –una representa la subescala de ansiedad y la otra la de depresión– siendo ambos conceptos psicopatológicos de ansiedad y depresión independientes. Cada ítem es valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. El paciente que cumplimente el instrumento debe referir cómo se siente en el momento presente incluyendo los días previos. Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8-10 se interpreta como caso borderline o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa.

- **Cuestionario de Estrés Percibido de Levenstein (Anexo III)**

Este cuestionario se desarrolló para evaluar las situaciones de estrés y la percepción de las reacciones de estrés a nivel emocional en pacientes psicósomáticos. En la versión española, cuanto mayor es la puntuación obtenida en la prueba, mayor es el nivel de estrés percibido. De acuerdo con el

puntaje obtenido se clasifica a la persona con un nivel bajo, medio o elevado de estrés. Está diseñado para ser auto-administrado y requiere un tiempo aproximado de 15-20 minutos para su cumplimentación.

El cuestionario está formado por 30 ítems distribuidos en 6 dimensiones: Tensión, irritabilidad y fatiga, aceptación social de conflictos, energía y diversión, sobrecarga, satisfacción por la autorrealización, miedo y ansiedad. Cada ítem tiene 4 niveles de respuesta basados en escalas tipo Likert (desde 1 "nunca" a 4 "casi siempre"). A partir del sumatorio de las puntuaciones de cada ítem se obtiene un índice que oscila de 0 a 1 para cada uno de los períodos recordatorios. A mayor índice, mayor estrés percibido.

- Escala Tipo A de Framingham (Anexo IV)

La Escala Tipo A de Framingham (ETAF) fue utilizada por primera vez en 1965 en el Framingham Heart Study. La ETAF consta de 10 ítems. Los cinco primeros ofrecen cuatro alternativas de respuesta que van desde "no me describe en absoluto" a "me describe muy bien". Los últimos cinco presentan dos alternativas, sí o no. La diferencia en el número de alternativas de respuesta entre los cinco primeros ítems y los cinco últimos de esta escala hace que se proponga una forma de valoración que no dé más peso a los cinco primeros ítems sobre los cinco últimos, valorando los cinco primeros como los cinco

finales. Por ello a los cinco primeros, el 1 se concede cuando el enunciado describe a la persona bastante o muy bien y el 0 cuando el enunciado describe la conducta del entrevistado algo o nada en absoluto. Los ítems con dos alternativas se valoran puntuando 0 para la ausencia de conducta tipificada y 1 para su presencia. La puntuación total será la suma de estos puntos dividida por el número de ítems. Así, la puntuación total oscila entre 0 y 1.

- **Escala de Apoyo Social de Duke (Anexo V)**

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

- **Cuestionario Evaluador de la Función Sexual en la Mujer (Anexo VI)**

Escala auto-administrada, que consta de 14 ítems tras una pregunta llave. Interpretación según la siguiente tabla:

	Dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS)	Ítems	Puntuación Total	Interpretación
<i>Evalúan la Respuesta Sexual y la presencia de Disfunción Sexual</i>	1-Deseo	1, 2, 4	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	2-Excitación	3, 4, 5	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
	3-Lubricación	5	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	4-Orgasmo	9	1	Trastorno severo
			2	Trastorno moderado
			3-5	Sin trastorno
	5-Problemas con la penetración vaginal	6, 7a, 8	1-3	Trastorno severo
			4-7	Trastorno moderado
			8-15	Sin trastorno
6-Ansiedad anticipatoria	8	1	Trastorno severo	
		2	Trastorno moderado	
		3-5	Sin trastorno	
<i>Evalúan aspectos relacionales de la actividad sexual</i>	7-Iniciativa sexual	10	1	Ausencia de iniciativa
			2	Iniciativa moderada
			3-5	Sin problemas de iniciativa
	8-Grado de comunicación sexual	11	1	Ausencia de comunicación sexual
			2	Comunicación sexual moderada
			3-5	Sin problemas de comunicación sexual
<i>Evalúan satisfacción sexual</i>	9-Satisfacción de la actividad sexual	9,13	1-2	Insatisfacción
			3-5	Satisfacción moderada
			6-10	Satisfacción
	10-Satisfacción sexual general	14	1	Insatisfacción
			2	Satisfacción moderada
			3-5	Satisfacción

	Dominios Descriptivos	Ítems	información complementaria
<i>Describen aspectos de interés sobre la actividad sexual</i>	11-Actividad sexual sin penetración vaginal	7b	a) Dolor b) Miedo a la penetración c) Falta de interés para la penetración vaginal d) No tener pareja sexual e) Incapacidad por parte de su pareja
	12-Frecuencia de actividad sexual	12	a) 1-2 veces b) De 3 a 4 veces c) De 5 a 8 veces d) De 9 a 12 veces e) Más de 12 veces
	13-Existencia o no de pareja sexual	11	a) Si b) No

- Cuestionario de Funcionamiento Sexual Masculino del Hospital General de Massachusetts (Anexo VII)

Se trata de una escala auto-administrada de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual: Interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total, que puntúan entre 1 y 6. El punto de corte para cada pregunta se sitúa en 2, donde < 2 es normal y > 2 es disfuncional. Cada área de funcionamiento sexual se evalúa por separado. El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes.

Consideraciones éticas

Las personas susceptibles de participar en el estudio deberán firmar un consentimiento informado (Anexo VIII) en el cuál se exponen los objetivos y la descripción del estudio, la confidencialidad de los datos recogidos en el mismo según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de datos de Carácter Personal y los posibles riesgos o beneficios de participar en el mismo.

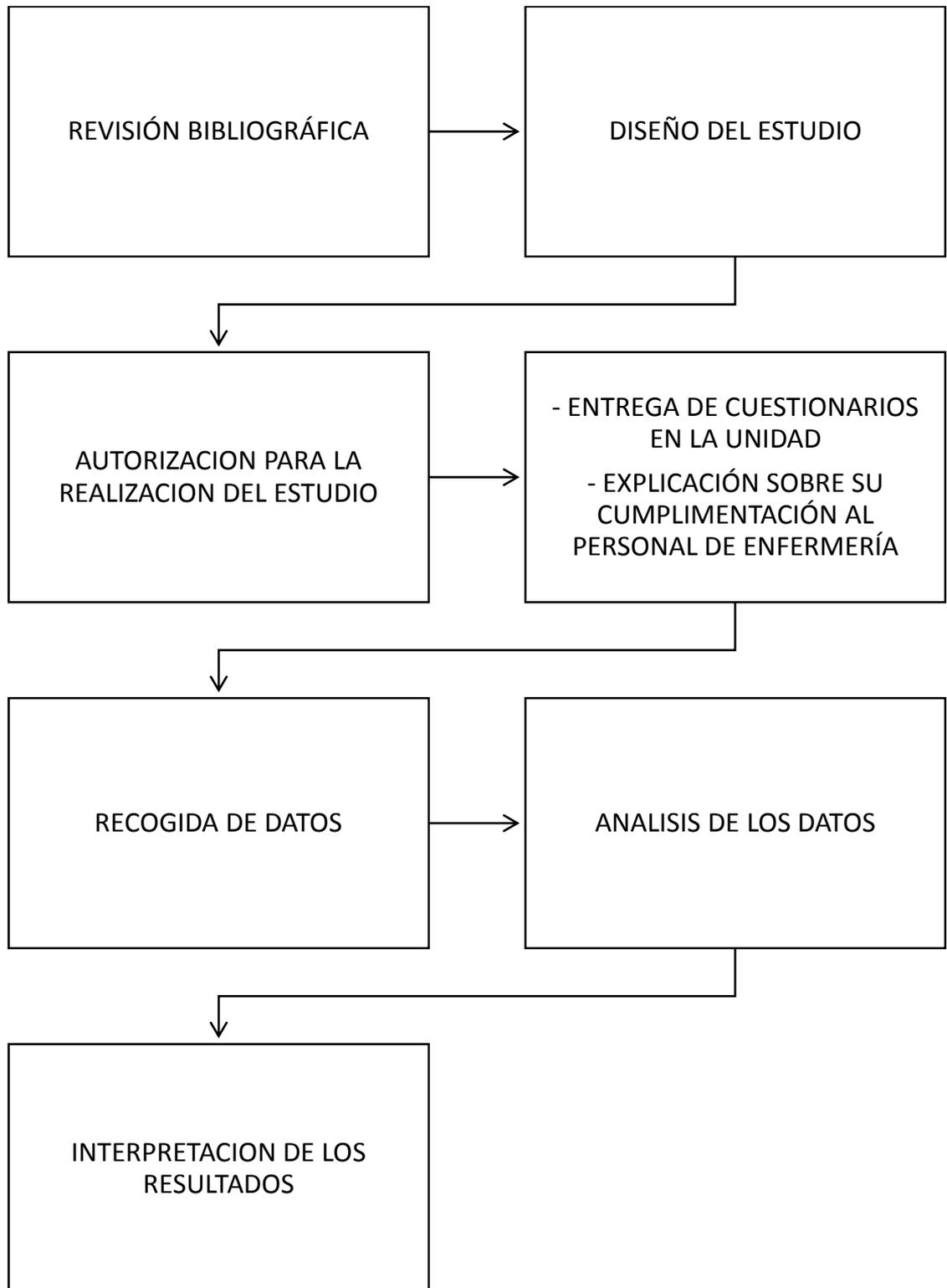
Método de recogida de datos

Los cuestionarios se entregarán a la supervisora de enfermería de la unidad. Previo al inicio del estudio, el investigador explicará los objetivos del estudio y la forma de cumplimentación del cuestionario al personal de enfermería de la unidad. Las enfermeras de la unidad serán las encargadas de entregar los cuestionarios a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, previa firma del consentimiento informado. Cumplimentarán los apartados relativos a los antecedentes de la historia clínica y se los entregarán a la supervisora cuando estén cumplimentados. El investigador acudirá a recogerlos para su posterior análisis.

Análisis de los datos

Se realizará una estadística descriptiva, reflejando los porcentajes de cada variable en una tabla de frecuencias. Para ello el investigador irá introduciendo los datos en un documento Excel según vaya recogiendo los cuestionarios.

Organigrama de trabajo



Duración del proyecto y etapas de desarrollo

- Del 1 de Marzo al 10 de Julio de 2014:

Planificación y diseño del estudio.

- Del 15 al 30 de Septiembre de 2014:

Entrega de cuestionarios en la Unidad Coronaria. Explicación sobre la cumplimentación de los mismos a la supervisora de enfermería y a las enfermeras de la unidad.

- Del 1 de Octubre de 2014 al 1 de Octubre de 2015:

Período de recogida de datos. Las enfermeras entregarán los cuestionarios a los pacientes para su cumplimentación y la supervisora los guardará.

Semanalmente se irán a recoger los cuestionarios ya cumplimentados para ir añadiendo los datos en un archivo Excel.

- Del 2 al 31 de Octubre de 2015:

Organización de los datos. Análisis e interpretación de los resultados y extracción de conclusiones

Limitaciones y sesgos

- Limitaciones:

Por sí mismo este estudio no sirve para encontrar una relación causal entre los factores psicosociales y el Síndrome Coronario Agudo.

- Error aleatorio:

Para que la muestra sea representativa, se ha calculado el tamaño muestral en base a la prevalencia obtenida en estudios epidemiológicos previos y con un nivel de precisión del 5%.

- Sesgo de selección:

Los sujetos serán seleccionados según unos criterios de inclusión y exclusión. Estos les serán explicados a las enfermeras de la unidad y aparecen en el cuestionario para que al cumplimentarlo sepan si ese paciente puede ser incluido en el estudio o no.

- Sesgo de información:

Los cuestionarios que se emplean son instrumentos buscados en la bibliografía y validados por la comunidad científica.

Se realizará un entrenamiento a las enfermeras para que puedan resolver las dudas que puedan tener los pacientes, aparte de ofrecer contacto con el investigador en caso de que no sepan resolver el problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wulsin L.R, Barsky A.J. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular. En: Bonow R.O, Mann D.L, Zipes D.P, Libby P. Ed. Elsevier. Braunwald, Tratado de Cardiología. 8ª Edición. 2119-2122
2. Baeza H. El mito del corazón. Rev. Esp. Cardiol. 2001; 54: 368-372
3. Hamm C.W, Bassand J.P, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2):173.e1-e55
4. Ferreira-González I, Permanyer-Miraldes G, Marrugat J, Heras M, Cuñat J, Civeira E et al. Estudio MASCARA (Manejo del Síndrome Coronario Agudo. Registro Actualizado). Rev Esp Cardiol. 2008; 61(8):803-16
5. Domínguez Franco A.J, Pérez Caravante, Jiménez Navarro M.F, de Teresa Galván E. Prevención y tratamiento del síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol. 2006; 6:36G-45G
6. Dégano I.R, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Rev Esp Cardiol. 2013; 66(6):472–481
7. Smith P.J, Blumenthal J.A. Aspectos psiquiátricos y conductuales de la enfermedad cardiovascular: epidemiología, mecanismos y tratamiento. Rev Esp Cardiol. 2011; 64 (10):924–933
8. Blumenthal J.A, Smith P.J. Risk Factors: Anxiety and Risk of Cardiac Events. Nat Rev Cardiol. 2010; 7(11): 606–608.
9. Saran R.K, Puri A, Agarwal M. Depression and the Heart. Indian Heart Journal. 2012; 64: 397-401

10. Lichtman JH, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*. 2008; 118:1768–1775
11. Watkins L, Koch G, Sherwood A, Blumenthal J.A, Davidson J, O'Connor C, Sketch M.J. Association of Anxiety and Depression With All-Cause Mortality in Individuals With Coronary Heart Disease. *J Am Heart Assoc*. 2013; 2
12. Meijer A, Zuidersma M, de Jonge P. Depression as a non-causal variable risk marker in coronary heart disease. *BMC Medicine* 2013; 11:130
13. Roest, MSC A.M, Martens E.J, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease, a Meta-Analysis. *J Am Heart Assoc*. 2010; 38–46
14. Richardson S, Shaffer J.A, Falzon L, Krupka D, Davidson K.W, Edmondson D. Meta-analysis of Perceived Stress and its Association with Incident Coronary Heart Disease. *Am J Cardiol*. 2012; 15: 110(12): 1711–1716.
15. Redmond N, Richman J, Gamboa C.M, Albert M.A, Sims M, Durant R.W, et al. Perceived Stress Is Associated With Incident Coronary Heart Disease and All-Cause Mortality in Low- but Not High-Income Participants in the Reasons for Geographic And Racial Differences in Stroke Study. *Am Heart Assoc*. 2013; 2: e000447
16. Serra Grima R, Carreño M.J, Tomás Abadala L, Brossab V, Ligeró C, Ponsa J. Eventos coronarios agudos entre los espectadores de un estadio de fútbol. *Rev Esp Cardiol*. 2005; 58(5):587-91
17. Dimsdale J.E. Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008; 58(13):1237–46

18. Friedman M, Rosenman R.H. Association of Specific overt behaviour pattern with increases in blood cholesterol, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Heart Association*. 1959; 169:1286-1296
19. Jenkins C.D, Zyzanski S.J, Rosenman R.H, Cleveland G.L. Association of coronary-prone behaviour scores with recurrence of coronary Heart disease. *Journal of Chronic Disease*, 1971; 24:601-611
20. Sanjuan P, Pérez-García A.M, Bermúdez, Sánchez-Elvira A. Hostilidad y reactividad cardiovascular en tareas físicas. *Rev. De Psicol. Gral. y Aplic.*, 2000; 53 (4), 673-691
21. Iacovella J, Troglia M. La hostilidad y su relación con los trastornos cardiovasculares. *Psico-USF*, 2003; 8(1): 53-61
22. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med*. 2005; 67:869–78
23. Barbareschi G, Sanderman R, Kempen G, Ranchor A.V. Socioeconomic Status and the Course of Quality of Life in Older Patients with Coronary Heart Disease. *Int. J. Behav. Med*. 2009; 16:197–204
24. Khafaji H, Habib A, Asaad N, Singh R, Hersi A, Al Falaeh H, et al. Marital Status and Outcome of Patients Presenting with Acute Coronary Syndrome: An Observational Report. *Clin. Cardiol*. 2012; 35(12)741–748
25. Schwarz E.R, Shenb B. La disfunción sexual en pacientes en rehabilitación cardiaca es mucho más que un simple «epifenómeno» y debe ser más estudiada. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(9):907-10
26. Levine G.N, Steinke E.E, Bakaeen F.G, Bozkurt B, Cheitlin M.D, Conti J.B, et al. Sexual Activity and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2012; 10:1161
27. Maroto-Montero J.M, Portuondo-Maseda T, Lozano-Suárez M, Allonad A, de Pablo-Zarzosa C, Morales-Durána M, et al. Disfunción eréctil en pacientes incluidos en un programa de rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61:917-22.

ANEXO I

ESTUDIO DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO (CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE DATOS)

EDAD: ____

SEXO (V/M): ____

ANTECEDENTES DE PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA: SI NO

(Criterio de exclusión, en caso afirmativo no realizar la encuesta al paciente)

SINDROME CORONARIO AGUDO:

- Primer Episodio
- Antecedentes de Episodios Previos

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:

FUMADOR/A: SI NO

DIABETES: SI NO

DISLIPEMIA: SI NO

HIPERTENSIÓN
A TRATAMIENTO
MEDICAMENTOSO SI NO

ANEXO II

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE Version original de Zigmond y Snaith, 1983

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si respon- de deprisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso.
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Sólo un poco
 - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 - Definitivamente y es muy fuerte
 - Sí, pero no es muy fuerte
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 - Al igual que siempre lo hice
 - No tanto ahora
 - Casi nunca
 - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, aunque no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
 - Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo
 - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 - Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
 - Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
 - Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 - Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 - Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
 - Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de television
 - A menudo
 - A veces
 - No muy a
 - Rara vez

ANEXO III

Cuestionario de estrés percibido

En cada pregunta marque un círculo en el número que mejor describa con qué frecuencia se aplica esta cuestión a su vida en general durante el último mes. Responda rápidamente, sin intentar comprobar las respuestas y teniendo cuidado en describir lo ocurrido exclusivamente en el último mes.

- 1: Casi nunca
2: A veces
3: A menudo
4: Casi siempre

(1) Se siente descansado	1	2	3	4
(2) Siente que se le hacen demasiadas peticiones	1	2	3	4
(3) Está irritable o malhumorado	1	2	3	4
(4) Tiene demasiadas cosas que hacer	1	2	3	4
(5) Se siente solo o aislado	1	2	3	4
(6) Se encuentra sometido a situaciones conflictivas	1	2	3	4
(7) Siente que está haciendo cosas que realmente le gustan	1	2	3	4
(8) Se siente cansado	1	2	3	4
(9) Teme que no pueda alcanzar todas sus metas	1	2	3	4
(10) Se siente tranquilo	1	2	3	4
(11) Tiene que tomar demasiadas decisiones	1	2	3	4
(12) Se siente frustrado	1	2	3	4
(13) Se siente lleno de energía	1	2	3	4
(14) Se siente tenso	1	2	3	4
(15) Sus problemas parecen multiplicarse	1	2	3	4
(16) Siente que tiene prisa	1	2	3	4
(17) Se siente seguro y protegido	1	2	3	4
(18) Tiene muchas preocupaciones	1	2	3	4
(19) Esta bajo la presión de otras personas	1	2	3	4
(20) Se siente desanimado	1	2	3	4
(21) Se divierte	1	2	3	4
(22) Tiene miedo del futuro	1	2	3	4
(23) Siente que hace cosas por obligación, no porque quiera hacerlas.	1	2	3	4
(24) Se siente criticado o juzgado	1	2	3	4
(25) Se siente alegre	1	2	3	4
(26) Se siente agotado mentalmente	1	2	3	4
(27) Tiene problemas para relajarse	1	2	3	4
(28) Se siente agobiado por la responsabilidad	1	2	3	4
(29) Tiene tiempo suficiente para usted	1	2	3	4
(30) Se siente presionado por los plazos de tiempo	1	2	3	4

Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Luzi C, Andreoli A. Development of the perceived stress questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 1993 (37):19-32.

Sanz-Carrillo C, Garcia-Campayo J, Rubio A, Santed M, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire (PSQ) *Journal of Psychosomatic Research*.2002;52:167-172.

ANEXO IV

ESCALA TIPO A DE FRAMINGHAM

I. A continuación le presentamos una lista de diversos rasgos o cualidades. Lo que Vd. tiene que hacer es señalar para cada pregunta cómo le describe el rasgo en cuestión. Hágalo de la forma siguiente:

Si le describe muy bien.....1
Si le describe bastante bien.....2
Si le describe algo.....3
Si no le describe en absoluto.....4

1. Normalmente se siente presionado por el tiempo..... 1 2 3 4
2. Es Impulsivo y competitivo..... 1 2 3 4
3. Tiene una fuerte necesidad de sobresalir (ser el mejor) en la mayoría de las cosas..... 1 2 3 4
4. Es mandón o dominante..... 1 2 3 4
5. Come muy rápido..... 1 2 3 4

II. Ahora queremos que nos indique cómo se ha sentido Vd. por lo general, al finalizar un día normal en su trabajo académico o laboral (conteste: SI o NO)

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 6. Se ha sentido muy presionado por el tiempo (reloj)?..... | () | () |
| 7. ¿Le ha sido difícil desconectarse de su trabajo de manera que ha permanecido pensando sobre él después de finalizar las horas asignadas al mismo..... | () | () |
| 8. ¿Le ha llevado con frecuencia su trabajo (académico o profesional) al límite de su energía y capacidad?..... | () | () |
| 9. ¿Se ha sentido, a menudo, inseguro, incómodo o insatisfecho en el modo con que está haciendo su trabajo?..... | () | () |
| Finalmente, | | |
| 10. ¿Se siente molesto cuando tiene que esperar algo o a alguien?..... | () | () |

Del Pino, A., Borges, A., Díaz, S., Suárez, D. y Rodríguez-Matos, I. (1990). Propiedades psicométricas de la Escala Tipo A de Framingham (ETAF). *Psiquis*, 9, 47-58.

ANEXO V

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE DUKE

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.

De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.

Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63

ANEXO VI

CUESTIONARIO EVALUADOR DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA MUJER -FSM-

PREGUNTA LLAVE

0	¿HA TENIDO USTED ACTIVIDAD SEXUAL DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS? <i>Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias.</i>	SI
		NO

Si la respuesta es “SI” cumplimente el cuestionario de función sexual marcando, en cada pregunta, solo una casilla.

Ítems	Ítems	Respuesta	
1	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes....) Relacionadas con actividades sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
2	Durante las últimas 4 semanas ¿Ha tenido pensamientos ó deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
3	Durante las últimas 4 semanas ¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
4	En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado ¿ha sentido excitación sexual?, por ejemplo sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual.	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
5	Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	

6	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en vagina y/o zona genital ¿ha sentido dolor?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
7a	En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto...) ¿podía realizarse con facilidad? <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la pregunta 7b</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
7b	¿Indique por qué motivo no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas? <i>Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior (pregunta 7).</i>	Por sentir dolor	
		Por miedo a la penetración	
		Por falta de interés para la penetración vaginal	
		No tener pareja sexual	
		Incapacidad para la penetración por parte de su pareja	
8	Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad.....?	Casi siempre - Siempre	
		A menudo	
		A veces	
		Raramente	
		Nunca	
9	Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
10	En las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? <i>Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.</i>	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
11	Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	

12	Durante las últimas 4 semanas ¿cuántas veces ha tenido actividad sexual?	1-2 veces	
		De 3 a 4 veces	
		De 5 a 8 veces	
		De 9 a 12 veces	
		Más de 12 veces	
13	Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?	Nunca	
		Raramente	
		A veces	
		A menudo	
		Casi siempre - Siempre	
14	En general, en relación a su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?	Muy insatisfecha	
		Bastante insatisfecha	
		Ni satisfecha ni insatisfecha	
		Bastante satisfecha	
		Muy satisfecha	

Sánchez F, Pérez M, Borrás JJ, Gómez O, Aznar J, Caballero A. Diseño y validación del Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). Aten Primaria 2004; 34 (6): 286-92.

ANEXO VII

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSSETS –MGH-

Instrucciones para el paciente: Por favor, responda todas las preguntas marcando la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted más adecuada en su caso (Considere como “normal” el periodo de su vida, cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual). El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes.	Más de lo normal	Normal	Mínimamente disminuido	Moderadamente disminuido	Marcadamente disminuido	Totalmente ausente
1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual en general en el último mes?	1	2	3	4	5	6

Labbate LA, Lare SB. Sexual Dysfunction in Male Psychiatric Outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. *Psychother Psychosom* 2001;70:221-225.

ANEXO VIII

CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA INFORMATIVA

Título del Proyecto: Estudio de los Factores Psicosociales en el paciente con Síndrome Coronario Agudo

Nombre del Investigador Principal: Eva Ansótegui González

Centro: Unidad Coronaria del Hospital de Cabueñes

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre este Proyecto de Investigación en el que se le invita a participar.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este proyecto. Para ello, lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación.

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 los profesionales ni se produzca perjuicio alguno en su cuidado.

Descripción general del estudio

El objetivo de este estudio es conocer los factores psicosociales previos en los pacientes a los que se les diagnostica de Síndrome Coronario Agudo.

Se va a realizar un estudio observacional, descriptivo, de tipo transversal, para conocer el estado emocional, la personalidad y la situación social de los pacientes ingresados por Síndrome Coronario Agudo.

Para ello, se les hará entrega a los pacientes, a través de la enfermera responsable del turno, de unos cuestionarios ya validados por la comunidad científica. Las dudas sobre el cuestionario se las podrán comunicar a la propia enfermera, quien en caso de no poder responder, se pondrá en contacto con el investigador principal.

Los cuestionarios se responden de forma anónima. De su historia clínica se recogerán los datos referentes a su diagnóstico, a la existencia de factores de riesgo cardiovascular previos (si padecía de hipertensión, diabetes, dislipemia o si es usted fumador) y, en caso de que lo hubiese, diagnóstico de cualquier patología psiquiátrica.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Es posible que no obtenga ningún beneficio en este estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación.

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 al investigador principal del estudio.

Información de contacto

Nombre del Investigador Principal: Eva Ansotegui González

Email: evansotegui@hotmail.com

Teléfono de contacto: 651777831

HOJA DE CONSENTIMIENTO

Título del Proyecto: Estudio de los Factores Psicosociales en el paciente con Síndrome Coronario Agudo

Nombre del Investigador Principal: Eva Ansótegui González

Centro de Referencia: Hospital de Cabueñes, servicio de Cardiología y Unidad Coronaria

Yo (Nombre y apellidos): _____

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Hoja de Información)
- He podido hacer preguntas sobre el estudio
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- He hablado con _____
- Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - o Cuando quiera
 - o Sin tener que dar explicaciones
 - o Sin que esto repercuta en la asistencia y cuidados recibidos

Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de protección de datos de Carácter Personal 15/99, de 13 de Diciembre.

Por consiguiente presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del participante

Firma del profesional

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha