



“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LOS PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA”.

GRADO EN ENFERMERÍA

Autor: Marianella Acosta Torres

Tutor: Hipólito Delgado Rodríguez

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

SECCION DE MEDICINA, ENFERMERIA Y FISIOTERAPIA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

2018

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LOS PACIENTES CON TRASNORNO BIPOLAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.

Trabajo de Fin de Grado para optar al Título de Grado en Enfermería por la Escuela de Enfermería
y Fisioterapia de la universidad de la Laguna.

Autor:

Marianella Acosta Torres

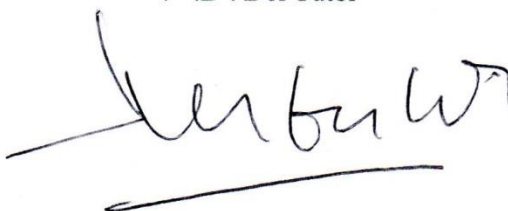
Firma del alumno:



Tutor:

Hipólito Delgado Rodríguez.

Vº .Bº. Del Tutor



La Laguna, a 15 de febrero 2018

Resumen

Introducción: El trastorno bipolar es un desorden o alteración de mecanismos que afecta al estado de ánimo, y esto se caracteriza por tener una fase de manía y otra de depresión, suele aparecer alrededor de los veinte años y se estima que afecta a uno de cada cien personas. Dentro del trastorno bipolar tenemos el **trastorno bipolar Tipo I**, en el que se dan uno o más episodios maníacos o mixtos, suele estar acompañado de episodios depresivos mayores, y el **trastorno bipolar Tipo II**, se caracteriza por uno o más episodios severos y se acompaña como mínimo de un episodio hipomaniaco. Todos estos mecanismos dependen de los factores genéticos y en algunos casos factores ambientales.

Objetivos: Obtener información de los pacientes atendidos en el servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), que nos ayude a identificar las estrategias de afrontamientos que utilizan para mejorar su calidad de vida.

Metodología: Se realizará una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal de personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar. La población a estudiar estará constituida por pacientes con más de dos años con diagnóstico de Trastorno Bipolar residentes en la isla de Tenerife que hacen su seguimiento de la enfermedad en el CHUC. (Consulta de psiquiatría).

Además se estudiará la relación que existe entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida, utilizando dos instrumentos para medir, por un lado, la calidad de vida con el cuestionario WHOQOL BREF, y por otro, las estrategias de afrontamiento con el cuestionario COPE-28.

Palabras clave: Estrategias de Afrontamiento, Trastorno Bipolar, Calidad de vida.

Abstract

Introduction: Bipolar disorder is a disorder or alteration of mechanisms that affect mood, and this is characterized by having a manic phase and another phase of depression, usually appears around the years and is estimated to affect one of each one hundred people. Within bipolar disorder we have Type I bipolar disorder, which has one or more manic or mixed episodes, is usually accompanied by major depressive episodes, and Type II bipolar disorder is characterized by one or more severe episodes and is accompanied At least one hypomanic episode. All these mechanisms depend on genetic and environmental factors.

Objectives: To obtain information about the patients treated at the Psychiatric Service of the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias to help us identify the coping strategies they use to improve their quality of life.

Methodology: A descriptive, observational and cross-sectional investigation of people diagnosed with Bipolar Disorder will be carried out. The population to be studied will be constituted by patients with more than two years with diagnosis of Bipolar Disorder

Residents in the island of Tenerife that follow the disease in the Hospital Universitario de Canarias (Consultation of psychiatry).

In addition, the relationship between the type of strategy used and the quality of life will be studied,

Using two instruments to measure, on the one hand, the quality of life with the WHOQOL BREF

Questionnaire, and on the other hand, coping strategies with the questionnaire. COPE -28.

Keywords: Coping Strategies, Bipolar Disorder, Quality of life.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	7
2. TRASTORNO BIPOLAR: CONCEPTO Y DEFINICIÓN	8
2.1 Tipos de trastorno bipolar.....	8
2.2 Causas.....	10
2.2.1 Sistema límbico.....	10
a) Genéticas.....	11
b) Anatómicas.....	11
c) Bioquímicas y neurotransmisores.....	11
d) Endocrinas.....	11
e) Ambientales.....	11
f) Antecedentes familiares.....	12
2.3 Manifestaciones clínicas.....	12
2.4 Terapeutas.....	14
2.5 Funciones profesionales de enfermería que contribuyen al óptimo cuidado de la salud mental.....	14
3. AFRONTAMIENTOS	16
3.1 Estilos y respuestas de afrontamientos.....	17
3.2 Estrategias de afrontamientos.....	20
3.3 Afrontamiento y salud.....	22
4. CALIDAD DE VIDA	23
4.1 Calidad de vida relacionada con la salud.....	24
5. JUSTIFICACIÓN	25
6. OBJETIVOS	26
6.1 Objetivo general.....	26
6.2 Objetivos específicos.....	26
7. METODOLOGIA	26
7.1 Diseño.....	26
7.2 Población y muestra.....	27
7.2 Variable e Instrumento de medida.....	28
7.2 Proceso y recogida de datos.....	29
8. ANALISIS ESTADISTICOS	30

9. LIMITACIONES	30
10. CONSIDERACIONES ETICAS	30
11. CRONOGRAMA	31
12. PRESUPUESTO	31
ANEXOS.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	41

1. INTRODUCCIÓN:

El objetivo de este trabajo es identificar estrategias de afrontamientos que nos ayuden como futuros sanitarios a enriquecernos de conocimientos sobre el tema, y así poder ayudar a pacientes que sufran esta enfermedad, y de esta manera, lograr que manejen estrategias adecuadas para afrontar el día a día dicho trastorno.

El trastorno bipolar, antiguamente llamada sicosis maniaca depresiva, es una enfermedad mental grave, caracterizada por la aparición de episodios de depresión, manía, hipomanía y mixtos con tendencia a la cronicidad, con un elevado grado de incapacidad laboral y con un destacable riesgo de suicidio.

Un ejemplo que nos puede llevar a entender mejor este desorden, es el dicho que todos conocemos como es “La gota que derramó el vaso “. Imaginemos que todos al nacer nos dan un vaso y depende del tamaño, será la capacidad de tolerar el estrés, las personas con TB en el momento de nacer tienen un vaso mucho más pequeño (genética), según el contexto, la situación que vivan y el estrés al que se expongan supondrá un problema o no. El estrés puede ser un desencadenante que llene el vaso de forma repentina e inesperada. Las diferentes situaciones a las que se enfrenta una persona son gotas que van llenando el vaso y este, al ser de menor capacidad puede desencadenar una crisis.

No siempre conocemos los antecedentes genéticos ya que pueden ser muy remotos y el hecho de tener un vaso más pequeño es decir, tener mayor predisposición, no significa que vayamos a desarrollar la enfermedad.

Al ser diagnosticado de Trastorno Bipolar se genera un gran impacto en todos los aspectos de la vida de una persona. Por ello, todos los profesionales sanitarios que toman contacto con los pacientes deben buscar fórmulas que ayuden al paciente a sobrellevar esta nueva situación. Concientizarlo con respecto a la toma de la medicación, trabajar en psicoterapia para aceptar y conocer la enfermedad, evitar el consumo de drogas y excitantes, practicar una vida sana y aplicar las diferentes estrategias que ayuden a controlar las gotas que caen y evitar que el vaso se desborde. En síntesis, aprender a llevar una vida estable y sin crisis con el objetivo de mejorar la calidad de vida.¹

2. TRASTORNO BIPOLAR: CONCEPTO Y DEFINICIÓN

El trastorno bipolar es una enfermedad crónica e incapacitante para muchas personas, su abordaje ha sido por muchos años clínicamente farmacológico (litio) aunque en los últimos años se ha demostrado que su combinación con distintos tratamientos farmacológicos permite una mayor mejoría en las personas que padecen dicha enfermedad.

Las personas que padecen trastorno bipolar tienen un mal funcionamiento del sistema límbico, que es el encargado de regular el estado de ánimo. Este trastorno se caracteriza por episodios de depresión y manía, ocurriendo ambos estados de modo extremo. Hay periodo de recuperación y caída. Es, por tanto, un trastorno crónico.

Por otro lado Ángeles López,³ afirma que se trata de un trastorno que se caracteriza por episodios que se ven profundamente alterados, cuya causa es indiscutiblemente endógena, orgánica o biológica más no psicológico, predominando dos polos completamente opuesto: la manía y la depresión. Mientras la manía se caracteriza por la fase euforia, hiperactividad e irritabilidad, la depresión se caracteriza por melancolía tristeza, abatimiento y desgano.

Hay quienes sufren depresiones o solo manías. De ahí proviene el término unipolar y mono polar.³

Se puede decir que el Trastorno Bipolar es una alteración del mecanismo que regula el estado de ánimo. En el libro “Un acercamiento al Trastorno Bipolar”¹ dice que estos mecanismos dependen de factores tanto genéticos como ambientales, si una persona tiene un progenitor con Trastorno Bipolar es más propenso a desarrollar dicha enfermedad.¹

2.1. Tipos de trastorno Bipolar:

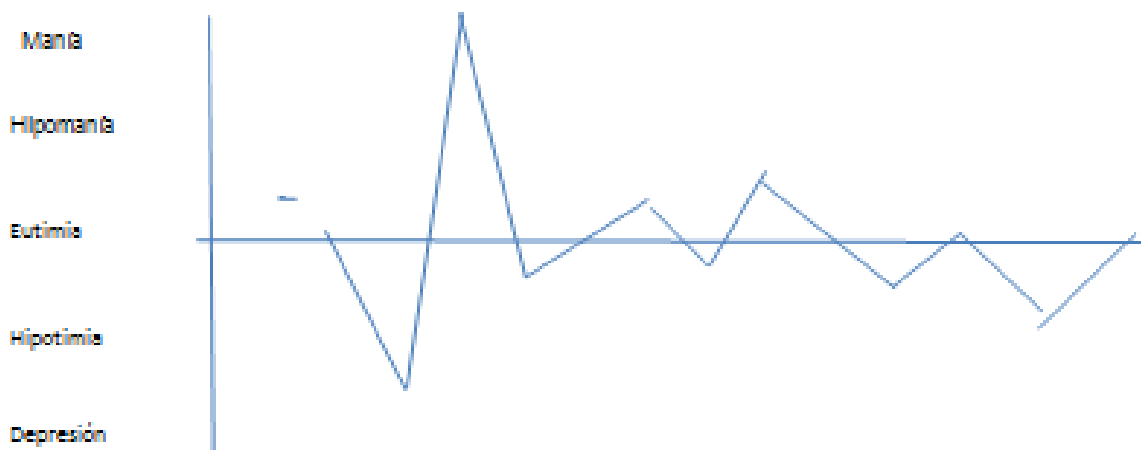
Tipo I

Trastorno del ánimo que se caracteriza por la aparición de un único episodio maníaco, sin antecedentes de episodios depresivos graves, que no entra en los parámetros de un trastorno psicótico. Los trastornos bipolares tipo I se pueden clasificar en leves, moderados, graves sin

rasgos psicóticos, graves con rasgos psicóticos, en remisión parcial, en remisión total, con rasgos catatónicos y de inicio en el período posparto.⁵

- Este se caracteriza por una fase maniaca que suele requerir hospitalización debido a su intensidad.
- Una relativa frecuencia a padecer delirios (en el 70% de los casos), tanto en la manía como en la depresión.
- Una predisposición a parecer alucinaciones sensoriales: ver y escuchar cosas que no son reales.
- Cuando el paciente recupera la normalidad le parece increíble haber hecho o pasado las cosas que hacía y pensaba, tanto en la fase eufórica como en la depresiva.³

Ejemplo gráfico de los cambios de humor de un bipolar tipo I



Camino Castro Y, Prevención del trastorno bipolar. Educare; 2007 p.6

Tipo II

Trastorno del ánimo que se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos graves acompañados, por lo menos, de un episodio hipomaníaco. Si se presentan episodios de trastornos del ánimo maníacos o mixtos, no se puede sostener el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I.

Si la alteración anímica se debe a la utilización de alguna sustancia, al consumo de drogas o a la exposición a alguna toxina, no se puede diagnosticar un trastorno bipolar tipo II. Además, hay que considerar que los síntomas deben producir niveles clínicamente significativos de

sufrimiento emocional y de perjuicios en el desempeño social, ocupacional o en otros ámbitos vitales relevantes. Se utilizan los términos hipomaniaco o deprimido para designar los episodios más recientes o actuales.⁵

Como ya vimos, se llaman hipomanías, y tienen una duración media entre uno y tres días e implica menos deterioro en el paciente, si es que llega a implicar alguno. A partir de un historial con trastornos del estado de ánimo, requiere de las observaciones de familiares que atestiguan que ese cambio se diferencia claramente del estado habitual del paciente,

Solo el 10% de bipolares de tipo II pasan a convertirse en bipolares del tipo I (Es decir, presentar al menos una vez a lo largo de la vida, un episodio maniaco puro).³

2.2 Causas de la Enfermedad Bipolar:

2.2.1 SISTEMA LIMBICO:

Según el psiquiatra Eduard Vieta,³ define la enfermedad bipolar como el mal funcionamiento del mecanismo bioquímico que regula el estado de ánimo. Estos mecanismos se encuentran en la zona central del encéfalo.

Originalmente se le conoce como "rinencefalo". (Parte del cerebro involucrado con el olfato, incluido en el cerebro emocional). También es llamado el cerebro antiguo de los mamíferos, responsable de que los animales experimentaran y expresaran sus emociones, "cerebro reptiliano de los reptiles".

Este sistema regula la actividad sensomotora y se relaciona con impulsos ancestrales como la sed, la memoria, el aprendizaje, el apetito... está formado por el tálamo, hipotálamo y otras partes del encéfalo como las amígdalas que juegan un papel importante en la conducta de las personas. Además las células que se encuentran dentro del sistema límbico se encargan de interpretar la suma de estímulos sensoriales, así como nuestras emociones, como por ejemplo la energía para afrontar los problemas, acudir al trabajo, el instinto sexual..., haciendo que los estímulos nos parezcan placenteros o desagradables.

En resumen el sistema límbico es el origen de las emociones, quienes tienen un sistema límbico vulnerable, por motivos genéticos puede manifestar la enfermedad si llega a producirse las condiciones ambientales, psicológicas, sociales, etc., que la precipiten.³

a) **Causas Genéticas:** No hay dudas de que la causa primaria tiene un origen hereditario aunque las razones biológicas no son el único origen. Los factores genéticos juegan un papel importante pero aun los expertos siguen buscando los genes implicados ya que no es fruto de un solo gen. Lo que sí parece cierto es que cuando se heredan, la enfermedad se agrava en las generaciones posteriores.

Existen numerosos trabajos que mencionan a los genes implicados, como son los brazos largos del cromosoma 22, el brazo corto del cromosoma 4, el cromosoma 6, 13,15 y el brazo largo del cromosoma 18. Actualmente estos datos no son decisivos porque siguen en estudios.

b) **Causas anatómicas:** Según un estudio realizado por la Universidad de Pittsburg en Pensilvania, han observado en los pacientes, que la región del córtex pre frontal ventral, es menor y menos activa que los individuos que no padecen el trastorno. Además se ha observado una disminución de la amígdala izquierda y un alargamiento del tercer ventrículo.

c) **Causas Bioquímicas y Neurotransmisores:** Entre los deprimidos se ha apreciado una reducción en la concentración de los neurotransmisores, noradrenalina y serotonina. Y entre los maniacos se ha apreciado lo contrario.

Por lo dicho no es extraño pensar que el trastorno bipolar se debe a un desequilibrio adrenérgico-colinérgico con disfunción del hemisferio no dominante y elevación de los niveles de noradrenalina a nivel sináptico.

Otro motivo seria la disminución intraneural de sodio, ya que lleva a un estado inestable de hiperexcitabilidad neurofisiológica.

d) **Causas Endocrinas:** Las alteraciones hormonales están muy relacionadas, sobre todo las hormonas tiroidea y las hormonas de crecimiento.

También se han encontrado alteraciones en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo.

e) **Causas ambientales:** Estos actúan como detonantes, los hay de varios tipos y están interrelacionados:

- **Estacionales:** hay épocas con más probabilidad para recaer. Algunos investigadores relacionan la estación de nacimiento. Un exceso de bipolares nacen en invierno y primavera.
- **Psicológicas:** en muchos casos hay un detonante para que se produzca un revuelo emocional. Estos pueden ser una separación, un despido, muerte de un familiar, etc.
- **Sociales:** diversas situaciones del ámbito social pueden predisponer al trastorno bipolar. Por ejemplo: cambio de una ciudad, situación socio familiares, pobreza, etc.

f) **Antecedentes Familiares:** Si uno de los progenitores padece la enfermedad hay un 27% de probabilidades de que alguno de sus hijos lo padezcan. Este porcentaje se eleva a un 50 o 75% si ambos lo padecen. Además hay un riesgo entre el 20 y el 40% de no heredar el paquete completo de la enfermedad.⁷

2.3. Manifestaciones Clínicas:

En el trastorno bipolar son evidentes los siguientes síntomas:

Fase maníaca

La fase maníaca puede durar desde días hasta meses. Puede incluir los siguientes síntomas:

- Se distrae con facilidad
- Poca necesidad de sueño
- Poco control del temperamento
- Un comportamiento imprudente y la falta de autocontrol
- Los atracones de comida, bebida y / o consumo de drogas
- Falta de juicio
- Promiscuidad
- Gastos excesivos
- El estado de ánimo muy elevado
- Aumento de la energía
- Hiperactividad
- Pensamiento acelerado

- Verborrea
- Muy alta autoestima (falsas creencias sobre uno mismo o la capacidad)
- Muy involucrado en actividades
- Muy molesto (agitado o irritado)

Estos síntomas de manía ocurren con el trastorno bipolar I. En las personas con trastorno bipolar II, los síntomas de la manía son similares, pero menos intensos.

Fase depresiva

La fase depresiva de ambos tipos de enfermedad bipolar incluye los siguientes síntomas:

- El estado de ánimo bajo o tristeza diaria
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
- Problemas con la alimentación
- Pérdida de apetito y pérdida de peso
- Comer en exceso y aumento de peso
- Sentirse inútil o culpable
- La fatiga o falta de energía
- La pérdida de placer en actividades que antes disfrutaba
- La pérdida de la autoestima
- Pensamientos de muerte y el suicidio
- Dificultad para conciliar el sueño o dormir demasiado
- Alejarse de los amigos o las actividades que antes disfrutaba

Hay un alto riesgo suicidio con enfermedad bipolar. Los pacientes pueden abusar del alcohol u otras sustancias, lo que puede hacer que los síntomas y el riesgo de suicidio empeore.

A veces, las dos fases se solapan. Los síntomas maníacos y depresivos se pueden presentar juntos o rápidamente uno tras otro en lo que se llama un estado mixto.

La enfermedad bipolar es complicada, ya que muchos de los síntomas se pueden confundir con otros trastornos del ánimo. Lo importante es la detección temprana para evitar situaciones graves como un suicidio.⁸

2.4 Terapéutica:

El elemento básico para el tratamiento del trastorno bipolar, es la toma de conciencia del problema, su conocimiento por parte del afectado y las personas más cercanas. A todo esto se le llama psicoeducación. Esto va permitir que esa persona afectada pueda lidiar mejor cuando se presenta una crisis. También aparte de la psicoeducación, la terapia farmacológica es la clave del éxito para tener mejor calidad de vida y llevar lo mejor posible la enfermedad.

Los principales medicamentos que se utilizan para el tratamiento del trastorno bipolar:

- Los estabilizadores del humor – Como el litio
- Anticonvulsivos – Como el Epil (utilizado para tratar la epilepsia)
- Antidepresivos – Como el Prozac
- Antipsicóticos – Como el Seroquel
- Algunos médicos también suelen prescribir medicamentos naturales, que suelen consistir en una variedad de hierbas y suplementos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la bipolaridad.

Por lo general, prescriben una combinación de varios medicamentos para hacer frente a los diferentes síntomas de la enfermedad, y puede tardar muchos años en encontrar la combinación correcta. El uso de medicamentos se utiliza para mejorar los desequilibrios químicos en el cerebro y puede ayudar a gestionar el cambio de estados de ánimo de la persona y el comportamiento. La mayoría de las personas notan una mejoría inicial de los medicamentos y tomarla regularmente puede hacer una gran diferencia en sus vidas.⁶

2.5 Funciones profesionales de enfermería que contribuyen al óptimo cuidado de la salud mental.

- Realizar entrevista a pacientes y familiares.
- Realizar examen físico para la práctica enfermera.
- Brindar atención enfermera a pacientes con trastorno bipolar.
- Mantener la autoestima y estima del paciente.

- Controlar que el paciente cumpla con el tratamiento psicofarmacológico que se indique.
- Proporcionar higiene, confort, seguridad y confianza a los pacientes y familiares durante su estancia en la unidad de psiquiatría.
- Efectuar seguimiento y control de los pacientes que reciben tratamiento y vienen a consulta de Psiquiatría.
- Cumplir con los programas que puedan existir sobre la Atención y prevención de la conducta suicida, la atención y prevención del alcoholismo, etc.
- Valorar sistemáticamente la satisfacción del paciente y familiares por la atención enfermera recibida.
- Brindar educación sanitaria, Educación para la Salud de forma individual y colectiva como parte de las actividades de promoción del autocuidado y la salud mental principalmente.
- Determinar factores de riesgo y necesidades de salud mental de los pacientes y familiares.
- Reconocer a pacientes con ideas suicidas y brindar atención enfermera.
- Crear grupos de autoayuda y ayuda mutua.
- Establecer programas individuales de rehabilitación psicosocial para los pacientes, teniendo en cuenta sus necesidades, habilidades, capacidades, intereses y motivaciones personales.
- Ejecutar intervenciones como terapeuta en situaciones de riesgo y Crisis para la rehabilitación psicosocial del paciente con sufrimiento psíquico, aplicando las principales técnicas psiquiátricas y terapéuticas en las diferentes actividades grupales, lúdicas y socioterapéuticas.
- Realizar dinámicas familiares que contribuyan a fomentar la convivencia satisfactoria de sus miembros y la salud mental de todos.
- Brindar primera ayuda psicológica a los pacientes y familiares que lo necesiten.
- Dedicar atención enfermera independiente en las urgencias psiquiátricas.
- Desarrollar alternativas que ayuden a la salud mental de la familia y la población.
- Controlar y efectuar seguimiento a toda persona portadora de un trastorno mental.
- Realizar tantas acciones como sean necesarias, de acuerdo a la afección específica que presente el paciente.
- Capacitar al personal enfermero en el manejo adecuado de las enfermedades mentales en los diferentes niveles de atención y con respecto a las actividades de promoción de salud mental, prevención y rehabilitación.¹⁰

3 AFRONTAMIENTO:

Se define como todas aquellas acciones o intentos de salvaguardarse que realiza un individuo cuando está implicado en una situación estresante y de esa manera conseguir alivio, recompensa o equilibrio ante dicha situación.

Es evidente que al ser diagnosticado de Trastorno Bipolar, genera un gran impacto en todos los aspectos de la vida de una persona. Por ello, todos los profesionales sanitarios que toman contacto con los pacientes deben buscar fórmulas que ayuden al paciente a sobrellevar esta nueva situación. El Trastorno Bipolar no solo trata farmacológicamente, también el ámbito psicológico tiene un papel principal.

Algunos autores han señalado los esfuerzos cognitivos y conductuales que realizan los pacientes con este diagnóstico, a estos se les denominan estrategias de afrontamiento ¹¹

Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos que utilizan para frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes ¹³

Los estudios sobre afrontamiento y enfermedad buscan determinar cuáles son aquellos estilos y estrategias que favorecen un mejor ajuste a las condiciones de la enfermedad y que disminuyen los riesgos asociados a las mismas. Además permiten ayudar al paciente y a las familias a buscar estrategias de solución, brindarles toda información necesaria para que les sea más fácil comprender y aceptar los cambios en la vida del familiar y la influencia que tiene sobre ellos en su funcionamiento familiar ¹⁴

El afrontamiento es efectivo cuando disminuyen indicadores fisiológicos de estrés, minimiza las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplifica las positivas, refuerza la autoestima, mejora el rendimiento y ajuste social, cumple con la función instrumental de resolver el problema y permite el conocimiento de la realidad y así dar sentido la experiencia

La efectividad de las estrategias de afrontamiento utilizadas depende de la situación específica en que ocurre el estrés, por ejemplo, la estabilidad o posibilidad de controlar el evento que causa el estrés.

El afrontamiento ha sido conceptualizado por distintos modelos: como características de personalidad que predisponen a responder al estrés según patrones relativamente estables; formas de resolver problemas según la percepción de controlabilidad que la persona hace de su capacidad para enfrentar una situación estresante y las características específicas del estresor.

Uno de los modelos de mayor impacto en el desarrollo de la investigación sobre afrontamiento es el de Lazarus y Folkman,¹⁵ quienes suponen que el afrontamiento surge en la interacción de la persona con su entorno, viéndose influido por la percepción de cuan controlable es el evento que causa el estrés; por características de personalidad, como el optimismo, neuroticismo y extroversión; y los recursos sociales con los que cuenta una persona¹⁵

El proceso de afrontamiento para una persona se activa cuando dicha persona evalúa que se encuentra en una situación que puede producir pérdida, daño o amenaza en algún aspecto considerado como importante en su vida (evaluación primaria), posteriormente evalúa si posee los recursos para enfrentarla (evaluación secundaria). A partir de ambas evaluaciones, las personas eligen e implementan estrategias o acciones para aliviar el estrés que genera la situación. El cambio en uno o ambas evaluaciones puede originar un cambio en la estrategia con la que afronta dicha situación¹⁶.

Lazarus y Folkman definen a las estrategias como esfuerzos que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de contrarrestar a una determinada situación, para resguardar su organismo e integridad física y así de esta manera lograr tener una mejor calidad de vida¹⁷.

Folkman y Lazarus consideran que las estrategias no son buenas o malas en sí mismas, sino que su efectividad depende de la capacidad adaptativa y de la situación que genera el estrés.

3.1 Estilos o respuestas de afrontamiento:

Es todo tipo de interés que tenga el individuo para enfrentarse a determinadas situaciones y fijan el uso de diferentes procesos así como su estabilidad temporal y situacional; a todos estos procesos se les llama con el nombre de estrategias de afrontamiento. Son de carácter concreto y específico y todo van a depender del contexto y de las condiciones en las que se encuentre el organismo.

a) **Según el foco:** Fueron Lazarus y Folkman ¹⁵ quienes hicieron una clasificación, diferenciando entre afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la cognición y en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema, implica intentos de la persona por modificar las circunstancias que generan el estrés.

Cuando las personas evalúan que la situación es modificable, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, también llamadas activas. El afrontamiento centrado en lo cognitivo y la emoción, el sujeto se enfrenta al problema regulando sus emociones, de modo que los estímulos aversivos de la situación problemática no le afecten emocionalmente. Busca modificar el malestar y manejar las emociones que se originan como consecuencia del problema. Folkman indica que cuando la situación de estrés es grave y prolongada, las personas tienden a utilizar el estilo centrado en el significado buscando generar emociones positivas que promueven su bienestar. Dentro de este proceso, la esperanza juega un rol importante en la adaptación a la situación, pues ayuda a reducir la incertidumbre ¹⁸

b) **Según el método:** Incluye estrategias de afrontamiento aproximativo y afrontamiento evitativo. Esta clasificación fue creada por Frydenberg y Lewis en 1997 ¹³ que hablaba de forma general de las estrategias que, por un lado, solucionaban el problema que genera un nivel excesivo de estrés; y por otro lado incluye las estrategias cognitivas y comportamentales para evadirse del problema.

También se incluye en este punto, el afrontamiento centrado en la pasividad, donde se permanece en una situación de espera por considerar que no se puede hacer nada en cuanto al problema. Este último afrontamiento fue elaborado por Perrez y Reichuerts. ¹³

c) **Según la eficacia:** Las estrategias de afrontamiento activas o adaptativas, caracterizadas por la adopción de un espíritu de lucha, refrenando el estrés para maximizar el crecimiento personal, planeando el curso de la acción y buscando apoyo social, con una menor disforia y mejor autoestima.

Ambos asumen que las Estrategias de afrontamiento activas son más adaptativas que las estrategias Pasivas, diferentes estudios han demostrado la asociación entre una buena Salud Mental y física con una gran variedad de estilos de afrontamiento activos y positivos en personas con Trastorno Bipolar.

Las estrategias activas favorecen la regulación emocional, la resolución de problemas, la autoestima, la integración social, el conocimiento, la construcción de sentido y desarrollo personal.

Hacen referencia a los esfuerzos para enfrentarse al suceso conflictivo. Un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información, junto a la posibilidad de contar con personas dispuestas a brindar escucha y afecto (apoyo afectivo percibido) han sido identificados como factores protectores contra el distres emocional.

Siendo por el contrario, las estrategias de evitación, los comportamientos pasivos, los pensamientos rumiativos y de desesperanza, junto con una actitud pasiva frente a la enfermedad y la ausencia de apoyo afectivo, los mejores predictores del distres emocional.

En contraste, quienes manifiestan que la situación que genera estrés es permanente utilizan estrategias de afrontamiento pasivo o desadaptativas, se trata de maniobras centradas en el problema (en este caso el Trastorno Bipolar) y que deterioran y obstaculizan la vida del individuo.

Como el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento han sido relacionados con el humor deprimido y distres emocional. Suelen ser menos exitosas y hacen referencia a la ausencia de enfrentamiento o a las conductas de evasión y de negación. Entre los estudios que se han investigado, la mayoría de ellos informan de que un estilo de estrategias activas o adaptativas con una confrontación adecuada de las propias emociones estaría relacionado con un mejor nivel de la función inmune, con un mayor bienestar y unos estados afectivos positivos; mientras que las estrategias pasivas o desadaptativas, lo estaría con los estados afectivos negativos y un menos apoyo social percibido.²⁰

En cuanto al tipo de proceso, se distinguen dos tipos de respuesta de afrontamiento:

- Las estrategias agrupadas en la categoría de afrontamiento cognitivo son aquellas que intentan solucionar los problemas mediante cogniciones; mientras que las estrategias concentradas en el afrontamiento comportamental intentan tomar decisiones y cambiar la situación problemática mediante conductas adecuadas según la persona que las ejecuta¹³
- Atendiendo al momento en el que se emiten las respuestas de afrontamiento se puede distinguir entre: afrontamiento anticipatorio y afrontamiento restaurativo. El primero se caracteriza por estar presentes aquellas estrategias que se producen antes de que tenga lugar el acontecimiento estresante; mientras que el segundo representa el conjunto de estrategias que se ejecutan después de que haya ocurrido el acontecimiento¹³

Fueron Frydenberg y Lewis quienes hicieron una clasificación de respuesta de afrontamiento en cuanto a la amplitud: el afrontamiento general y específico. El modo con el que la persona se enfrenta a cualquier situación es conocido como el afrontamiento general, mientras que una problemática particular corresponde al concepto de afrontamiento específico.²¹

3.2 Estrategias de afrontamiento:

Los estilos de afrontamiento presentan una clasificación mientras que las estrategias de afrontamiento varían en función de las diferentes escalas que se utilicen en las investigaciones que se llevan a cabo a la hora de evaluar el afrontamiento. Además nos permiten comprender los cambios que se dan tanto en el paciente como en el funcionamiento familiar.¹⁴

En el momento del diagnóstico, cuando se declara la situación de enfermedad:

- **La Confrontación:** La noticia constituye un hecho estresante que, inminentemente produce ansiedad. Los primeros momentos significan miedo, incertidumbre y angustia, reflejando el no tener claro cómo actuar ni qué medidas tomar para dar solución al problema.
- **Autocontrol:** Aunque no de la mejor manera, se presenta en el primer momento, el encuentro del individuo con la situación estresante o el problema ocasiona una gran inestabilidad emocional y familiar de mayor intensidad al comienzo, con manifestaciones de ansiedad, angustia, miedo, temor y nerviosismo, expresiones de llanto y tristeza que a medida que pasa el tiempo se modifica logrando estabilizarse el estado de ánimo del individuo, llegando a controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales. Es decir la persona inicia acciones directas e incrementa los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor (Afrontamiento activo).
- **Escape y evitación:** Alberga una esperanza de mejoría de las secuelas, situación que se mantiene durante todo el proceso a través del tiempo; utilizan otras estrategias como comer, fumar, beber alcohol, o usar otras drogas o medicamentos como mecanismos mediador de la situación estresante y con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
- **Salud y capacidad física:** Es muy frecuente que esta situación comprometa de manera directa su salud y estado físico. Dentro de estas afectaciones se encuentran alteración del apetito y patrón del sueño, cansancio, debilidad, depresión, fatiga mental, ansiedad, caídas, exacerbación de los antecedentes patológicos, parestesias, dolores musculares, entre otros.

Cuando ya han superado el impacto inicial y están asumiendo la realidad:

- **La Planificación:** Centrada en acciones como en la alimentación, autocuidado, terapia, asistencia a controles médicos, apoyo emocional, incorporación a la sociedad, etc. Significa pensar acerca de cómo afrontar al estresor, planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.

- **Distanciamiento:** Surge un deseo profundo de no permitir que le afecte lo que está viviendo, procurando desviar los pensamientos, evitación intencional de ideas, recuerdos o experiencias que son desagradables (no pensar en el problema). Negar la realidad del suceso estresante.
- **Situación Socioeconómica:** La solvencia o no de los recursos económicos, influye en gran manera en que el afrontamiento de las secuelas de la enfermedad sea adecuado o no respectivamente.
- **Relaciones afectivas:** Para el paciente percibir a su familia unida, cobra ánimo y fortaleza. Se convierte en una verdadera fuente de apoyo emocional ver a los parientes cercanos conociendo las vivencias y contribuyendo a sobrellevarlas, desde las circunstancias individuales.
- **Autocontrol:** Liberar las emociones puede ser eficaz para afrontar determinadas situaciones difíciles, pero llega un momento, en que el paciente percibe que no encuentra a nadie que pueda escucharlo y comprender su vivencia.
- **Búsqueda de apoyo social:** Esta estrategia es utilizada con amigos o parientes, cuentan sus sentimientos, explican detalles de las vivencias, etc., hablar para ser tranquilizados, etc. Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer (Apoyo instrumental).
- **Apoyo espiritual:** Acudir al apoyo espiritual y así hallar tranquilidad, descanso para su interior, y logran recobrar esa esperanza y convicción que en algún momento del proceso de afrontamiento perdieron, debido a las exigencias del mismo. La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumenta la participación en actividades religiosas.

Según Montilla A.²¹ existe una etapa de reorganización que se caracteriza cuando el paciente acepta la realidad, resuelve la crisis, se estabiliza la situación familiar, asume nuevos roles, mantiene una participación activa y está en disposición de solicitar información continuada sobre la enfermedad para entender la evolución y la fase en la que se encuentra.

- **Aceptación y responsabilidad:** Reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
- **Independencia y vida personal:** Existe un abandono casi total de cada una de las actividades sociales, laborales y afectivas. Muchas veces se ha relegado el ocio y la diversión, su arreglo personal ha sido olvidado y no se le atribuye la misma importancia que solía tener. Es decir reduce los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor (Desconexión conductual).

- **Tensión emocional familiar:** La persona vive esta crisis de una manera dramática, se juzga constantemente, se culpabiliza y presenta de forma constante un estado emocional negativo que dificulta el afrontamiento, pues esta tan concentrado en estos aspectos que finalmente terminan no solucionando el problema considerando que jamás lo va a solucionar .La persona se Critica y culpabiliza por lo sucedido (Auto-inculpación)
- **Autocontrol:** Se manifiestan los apoyos externos, lo cual proporciona cierto grado de seguridad, sin embargo, aun influyen aspectos como la soledad, tristeza y depresión, que ocasionan una nueva inestabilidad caracterizada por la sensación de sentirse abandonado. Existe un aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos (Desahogo).
- **Reevaluación positiva:** Es una estrategia que la mayoría de las personas utilizan, dándole un nuevo sentido a su vida, perciben de forma positiva la enfermedad y las situaciones que se desprenden de ella y salen fortalecidos. Buscan el lado positivo y favorable del problema e intentan mejorar o crecer a partir de la situación (Reinterpretación positiva).
- **Hacerse ilusión:** Es una estrategia que permite tener un afrontamiento más efectivo, pese a que está basado sobre pensamientos irreales o en varias ocasiones olvidando la realidad. En el caso de la enfermedad, las formas de afrontamiento más adaptativas ya han sido descritas en la literatura y son: buscar el significado del evento, intentar dominar la situación, y los esfuerzos para mejorar la autoestima. Entre las formas de afrontamiento perjudiciales para la salud, se han descrito los estilos represivos y de inhibición. El estilo represivo de afrontamiento se caracterizaría por la evitación y la no confrontación de los hechos estresantes a la vez que se inhibe la reacción emocional concomitante ²¹

Los resultados de este estudio pueden servir de guía a la hora de diseñar intervenciones educativas y conductuales para los pacientes con trastorno bipolar. En este sentido, las intervenciones que tengan como objetivo la reducción del afrontamiento por evitación, maximizando los mejores aspectos de las estrategias de afrontamiento activo-cognitivo y activo-conductual, siendo capaces, a su vez de brindar apoyo más afectivo, estarán claramente reduciendo la posibilidad de que estos pacientes experimenten distrés emocional y contribuirán de forma indirecta en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con trastorno bipolar.²¹

3.3 Afrontamiento y Salud:

El afrontamiento es un pilar fundamental en relación con la salud, debido a que funciona como regulador del estrés emocional. Si actúa correctamente no existirá malestar en el organismo; sin embargo, si no es efectivo afectará de forma negativa al individuo provocando riesgo de mortalidad por aumentar el estrés de forma considerada. ²²

Cuando el afrontamiento no cumple la función positiva, el estrés influye negativamente sobre la salud y lo puede hacer a través de dos vías:

- Indirectamente: aumentando las conductas no saludables y disminuyendo aquellas que se consideran saludables como por ejemplo, hacer ejercicio físico, llevar una alimentación equilibrada y sana etc.
- Directamente: mediante los efectos fisiológicos y psicológicos que perjudican a la salud, dando lugar a las disfunciones psicosomáticas y/o psíquicas ¹³

En definitiva, una misma situación estresante puede afectar de manera diferente en la persona, dependiendo de sus pensamientos, sentimientos y acciones, lo que se conoce con el nombre de estrategias de afrontamiento que pueden repercutir sobre el bienestar y la calidad de vida.

La ya clásica definición de Lazarus y Folkman del afrontamiento nos sitúa ante aquellos esfuerzos cognoscitivos y/o conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas. Estas situaciones frecuentemente tienen un impacto adverso sobre el funcionamiento personal y social, el auto concepto y estado emocional, la capacidad física, las relaciones familiares e interpersonales y la actividad sexual. ²³

4. CALIDAD DE VIDA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y creencias personales²⁴

Desde el punto de vista psicológico, la calidad de vida no constituye sino la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas en los que se encuentra una persona, en un momento particular del continuo de interacción; dicho estado afectara el modo y la medida en que la persona se ajuste a tales condiciones, influyendo sobre ellas en sentido positivo o negativo²⁵

Calidad de vida es considerada por algunos autores como la autonomía o independencia en las actividades de la vida diaria de la persona, así como su satisfacción personal.

Alberto Castellón²⁶ interpreta la calidad de vida como uno de los principales indicadores a tener en cuenta a la hora de evaluar la eficacia de los servicios. Como podemos ver esta definición está enfocada más a la praxis. En algunos de los artículos se habla de los diferentes indicadores de calidad de vida, los cuales pasaremos a resumir a continuación:

- **Bienestar psicológico:** estabilidad emocional que permite manejar una vida con calidad. Esto puede reflejarse en tres estados: estado normal, depresión moderada y depresión severa.
- **Satisfacción personal:** cumplimiento del deseo o gusto en relación a su vida, manifestado por un estado de complacencia o contento. Muy satisfecho, satisfecho, moderadamente satisfecho, poco satisfecho o insatisfecho.
- **Actividades de la vida diaria:** conjunto de operaciones o tareas propias de una persona realizadas con la finalidad de mantener en óptimas condiciones el aspecto orgánico y personal. Normal, muy levemente incapacitado, levemente incapacitado, moderadamente incapacitado severamente incapacitado, incapacitado, invalido.
- **Actitudes de la vida diaria:** disposición del ánimo manifestado exteriormente en relación a los acontecimientos ocurridos dentro del contexto de la persona. Positivo o negativo²⁶

4.1 Calidad de vida relacionada con la salud:

El espectacular desarrollo de nuevos productos terapéuticos ha hecho que algunas enfermedades anteriormente consideradas fatales se hayan convertido en enfermedades crónicas, donde la medición de la calidad de vida relacionada con la salud del paciente ha tomado gran importancia como medida de resultado de la atención médica.

El interés se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no solo en la cantidad de vida.

Aunque existen varias definiciones de calidad de vida relacionada con la salud la más extendida es la de Shumaker: "La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida". Otros autores han definido la calidad de vida relacionada con la salud como "el efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente"²⁷.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que deben incluir como mínimo los aspectos relacionados con:

- Los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento de la misma (p. ej. diarrea, dolor).

- La función física: incluyendo el cuidado personal, la realización de actividades físicas y el desempeño de roles (p.ej. el trabajo)
- La función psicológica: que abarca desde el estado emocional (p.ej. ansiedad y depresión) hasta el funcionamiento cognitivo.
- La función social: que corresponde a las actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares u otros ²⁸.

4.2. El trastorno bipolar afecta gravemente a la calidad de vida.

Las personas con un diagnóstico de trastorno bipolar experimentan niveles muy variados de impacto en su calidad de vida durante el curso de la enfermedad, pero se sabe que ésta tiene graves efectos incapacitantes, entre los que se encuentran unas tasas de mortalidad más altas que las de quienes no la padecen.

Tiene una prevalencia acumulada de por vida del 4% y las mujeres son más propensas que los hombres a sufrir sus efectos más agudos, como por ejemplo, los cambios rápidos del estado de ánimo.

El trastorno bipolar tiene brotes recurrentes y por tanto requiere tratamiento y atención a largo plazo. Según las guías del instituto británico NICE (Instituto Nacional de Excelencia para la Salud y los Cuidados). El tratamiento principal es farmacológico, pero indica que las intervenciones psicosociales también son importantes, aunque no entran en mucho detalle sobre estas últimas. ²⁷

5. JUSTIFICACIÓN

Por falta de información, prejuicios y mitos, la sociedad no entiende a los afectados por el trastorno bipolar. Esto genera el "estigma" que dificulta la integración en la sociedad. Este estigma no sólo afecta a los pacientes sino también a familiares y cuidadores.

En consecuencia con este trabajo se intenta mejorar la información sobre esta enfermedad con la intención de facilitar a los pacientes que padecen dicho trastorno, estrategias para mejorar su calidad de vida. Y dar algunas respuestas a las múltiples dudas que se puedan plantear los afectados por el trastorno bipolar. Es mucho peor encontrarte a una persona mal informada sobre la enfermedad que desinformada, ya que es la mala información es la que genera los peores estigmas sociales.

Descubrir qué estrategias utilizan para aprender a vivir con la enfermedad lo que facilitará la convivencia diaria y la calidad de vida de los pacientes, porque se tiene menos miedo a lo que se conoce mejor. Cuando se entiende el diagnóstico y se empieza a comprender qué significa esta enfermedad "*es un alivio*", porque da explicación a muchas cosas que antes el afectado no podía explicarse de sí mismo y pensaba que eran debidas a la falta de voluntad o simplemente por ser inestable.

Como profesionales de la salud, es importante conocer si la información generada puede contribuir, en el futuro a potenciar, mediante actividades formativas, el desarrollo de nuevas estrategias de afrontamiento para ayudar a otras personas afectados con esta enfermedad. Con este fin se propone el presente proyecto.

6. OBJETIVOS:

6.1. General:

Identificar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizan los pacientes con Trastorno Bipolar que hacen su seguimiento en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y analizar si existe alguna relación entre ellas con su calidad de vida.

6.2. Específicos:

- Determinar cuál es el tipo de estrategia de afrontamiento que adoptan los pacientes con Trastorno Bipolar, que hacen un seguimiento de su enfermedad.
- Mejorar la información sobre esta enfermedad con el fin de facilitar al colectivo afectado, estrategias para mejorar la calidad de vida.

7 .METODOLOGÍA:

7.1 Diseño:

En cuanto al diseño se realizará una investigación de tipo descriptivo, observacional y transversal de personas diagnosticadas con Trastorno Bipolar.

7.2 Población y muestra:

La población a estudiar estará constituida por pacientes con más de dos años con diagnóstico de Trastorno Bipolar residentes en la isla de Tenerife que hacen su seguimiento de la enfermedad en el CHUC. (Consulta de psiquiatría)

Utilizaremos una la técnica de muestreo no probabilístico consecutivo, pues no todos los participantes que componen la población tendrán posibilidad de ser incluidos en la muestra. No solo el azar determinará quién puede ser sujeto de estudio, porque habrá personas que no acudan a la consulta y que por tanto, no tendrán ninguna probabilidad de ser incluidos en esta muestra. Además de aquellas que no lleguen con antelación a la consulta porque no tengan la disposición de colaborar, estén trabajando y no acudan a la cita o lleguen tarde, etc.

Los criterios de inclusión serán:

Podrán participar los pacientes de forma voluntaria y anónima: Tener más de 18 años, más de dos años de diagnóstico con Trastorno Bipolar, estar en tratamiento con medicamentos , estar clínicamente estables y tener capacidad de entender las preguntas del cuestionario.

Los criterios de Exclusión serán:

Aquellos pacientes con menos de 2 años de diagnóstico, menores de edad y que tengan dificultades lingüísticas y con deterioro psicológico cognitivo, para comprender y responder de manera correcta las preguntas de los cuestionarios.

7.3 Variables e instrumentos de medida:

Con vista a estudiar la relación que existe entre el tipo de estrategia utilizada y la calidad de vida, vamos a utilizar dos instrumentos para medir, por un lado, la calidad de vida y, por otro, las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes de más de dos años de diagnóstico con Trastorno Bipolar. Para ello emplearemos los cuestionarios WHOQOL BREF y COPE-28.

La información referente a sexo, edad, ocupación y tiempo de diagnóstico irán incluidos en uno de los cuestionarios.

Socio-demográficas:

- Edad:
- Sexo:
- Estado civil:
- Categoría profesional:
- Tiempo de diagnóstico:
- Nacionalidad:

Para medir la calidad de vida utilizaremos como instrumento WHOQOL BREF.²⁹

Es un instrumento genérico derivado del whooL-100, que consta de 26 puntos, 24 de ellos generan un perfil de calidad de vida en cuatro dimensiones: Salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Evalúa las percepciones del individuo en las dos semanas previas, su puntuación ha sido utilizado para observar los cambios en la calidad de vida debido a la enfermedad, para establecer valores pronósticos de la enfermedad y valorar algunas intervenciones. Este instrumento se centra en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones cotidianas, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica²⁸

Para medir el afrontamiento utilizaremos el cuestionario Cope-28, es un instrumento multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés, ha sido adaptado en España por Crespo y Cruzado en 1997. Cinco de sus escalas miden conceptualmente distintos aspectos del afrontamiento centrado en el problema (Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo social instrumental).

Las cinco escalas miden aspectos que pueden ser considerados como afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, volver a la religión); y tres escalas miden respuestas de afrontamiento que posiblemente son menos utilizadas (desahogo emocional, desconexión emocional, desconexión mental)(posteriormente se añadieron uso de drogas y alcohol y humor).Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3),

7.4 Procedimiento de recogida de datos:

Previamente al inicio de la investigación, se presentará un informe de autorización del proyecto de fin de grado dirigido al Comité ético de investigación Hospital Universitario de Canarias. .

Una vez autorizados a realizar la investigación, procederemos de la siguiente manera:

- Solicitar la colaboración del personal sanitario para la difusión del proyecto y captación de los participantes.

El procedimiento para recoger los datos será el siguiente:

- Se solicitará semanalmente la lista de pacientes citados que cumplan con los requisitos del estudio y se contactará telefónicamente con éstos para solicitarles su colaboración.
- A los que acepten participar, se les invitará por teléfono a asistir después de haber finalizado su consulta médica para que cumplimenten los dos cuestionarios.
- En primer lugar se le entregará un formulario solicitando formalmente y por escrito su consentimiento informado e informando de los derechos que le asisten como participante en la investigación. Una vez confirmada su colaboración se le presentarán los cuestionarios y se les explicará las instrucciones sobre el modo en el que debe responder cada cuestionario.
- Se le pedirá al participante que elija la opción que mejor se ajuste a su comportamiento. Ambos cuestionarios no requieren demasiada dificultad pero, para evitar posibles dudas y falsas interpretaciones, se les comunicará que estaremos atentos ante cualquier duda.
- Finalmente colocará los cuestionarios y el consentimiento informado dentro de un sobre y lo depositará en el buzón.
- Además se expondrán posters informativos dentro de las consultas, sala de espera, puerta de salida y entrada del servicio, etc... sobre el estudio con la intención de captar más participantes entre las personas que acuden al servicio.

8. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:

Para el estudio descriptivo y analítico de la información recogida, introduciremos todas las respuestas en una base de datos del software SPSS que trabaja con una matriz de filas y columnas. Una vez codificadas todas las respuestas se llevarán a cabo los análisis.

Para el análisis descriptivo de las variables se calcularán porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central (media, mediana, desviación estándar) para las cuantitativas, con un intervalo de confianza del 95%. Para comparar variables cualitativas se utilizará la prueba Chi cuadrado de Pearson, y para las variables cuantitativas el test t de Student (variables paramétricas) y el test de Mann–Whitney (variables no paramétricas). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

9. LIMITACIONES:

- Por las características de las personas sujeto de estudio, algunos pueden mostrarse reacios a participar por temor a ser juzgados.
- Habrá personas que asisten irregularmente a las consultas, no cumplen con el programa terapéutico, ni mucho menos se vean interesados en cumplimentar los cuestionarios.
- Riesgo de invalidez de datos al dejar varias preguntas sin responder.
- La negativa de algunas personas para ser incluidos en el estudio o muestren desconfianza para firmar la carta explicativa.
- Es probable que se apuren a terminar el cuestionario en lugar de leer las preguntas correctamente.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para una mayor fiabilidad de los datos, poder cumplir correctamente las consideraciones éticas y garantizar la protección de datos, así como, la confidencialidad de la información personal proporcionada por los/las pacientes, se incluirá en el sobre de los cuestionarios una carta detallada e informativa explicando con claridad la finalidad y objetivo principal del estudio, así como la voluntariedad de la participación en el mismo. De ésta manera existirá un compromiso por escrito asegurando la total confidencialidad de los datos y el agradecimiento a aquellos/as que decidan participar en el estudio contestando y depositando en el buzón dicha información.

11. CRONOGRAMA:

En este proyecto se expresa en un cronograma .La organización del plan de trabajo estimada, será dividida en diferentes fases:

ACTIVIDADES	PERIODO
Elegir y acotar el tema. Buscar y organizar la información	4 semanas
Definir objetivos, Formular hipótesis. Elaborar marco teórico y metodológico	8 semanas
Solicitar el apoyo del personal sanitario del servicio de medicina interna, para la captación de participantes y difusión de la investigación, a través de posters informativos	4 semanas
Captación de los participantes recogida de los consentimientos informados y cumplimentación de los cuestionarios. .	4 semanas
Recogida de datos.	6 semanas
Proceso e interpretación de los resultados. Redacción y publicación de los resultados Informe final.	4 semanas

12. PRESUPUESTO (ESTIMADO):

Se trata de un presupuesto de bajo coste. Debido a que el material necesario no es excesivo.

CONCEPTO

MATERIAL	COSTE INDIVIDUAL	UNIDADES	TOTAL
Sobres	7Céntimos.	50	3.50Euros.
Fotocopias de cuestionarios y carta explicativa.	3Céntimos.	100	3.00Euros.
Diferentes materiales de oficina.			40 Euros.
Impresión de Posters informativos.	5 Euros.	4	40 Euros.
Pen driver.	18Euros.	1	18Euros.
Buzones.	14 Euros.	4	56 Euros.

INFRAESTRUCTURA:

Materiales personales cedido su uso al estudio.	-	-	0Euros.
---	---	---	---------

PERSONAL:

	Coste por hora de trabajo	Nº de horas de trabajo	Total en euros.
Estadístico.	20 Euros.	4	80 Euros.
DESPLAZAMIENTO. (Transporte de la persona que realiza el proyecto)	-	-	20 Euros.
GASTOS DE DIFUSIÓN.	-	-	50 Euros.

ANEXOS

CUESTIONARIO WHOQOL BREF

Información socio-demográfica:

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara a unas preguntas generales sobre usted. Haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día _____ Mes _____ Año _____

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a
 Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es?

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas dos semanas. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACION

CUESTIONARIO COPE-28

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés, las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más una forma que otra. Redondee la cifra 0, 1,2 o 3 en la tabla, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.

0	1	2	3
---	---	---	---

2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.

0	1	2	3
---	---	---	---

3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido.

0	1	2	3
---	---	---	---

4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.

0	1	2	3
---	---	---	---

5. Me digo a mí mismo “esto no es real”.

0	1	2	3
---	---	---	---

6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer

0	1	2	3
---	---	---	---

7. Hago bromas sobre ello

0	1	2	3
---	---	---	---

8. Me critico a mí mismo.

0	1	2	3
---	---	---	---

9. Consigo apoyo emocional de otros.

0	1	2	3
---	---	---	---

10. Tengo medidas para intentar que la situación mejore.

0	1	2	3
---	---	---	---

11. Renuncio a intentar ocuparme de ello.

0	1	2	3
---	---	---	---

12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.

0	1	2	3
---	---	---	---

13. Me niego a creer que haya sucedido.

0	1	2	3
---	---	---	---

14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.

0	1	2	3
---	---	---	---

15. Utilizo alcohol y otras drogas para hacerme sentir mejor.

0	1	2	3
---	---	---	---

16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.

0	1	2	3
---	---	---	---

17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.

0	1	2	3
---	---	---	---

18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo

0	1	2	3
---	---	---	---

19. Me rio de la situación.

0	1	2	3
---	---	---	---

20. Rezo o medito.

0	1	2	3
---	---	---	---

21. Aprendo a vivir con ello.

0	1	2	3
---	---	---	---

22. Hago algo para pensar menos en ello. Tanto como ir al cine o ver la televisión.

0	1	2	3
---	---	---	---

23. Expreso mis sentimientos negativos.

0	1	2	3
---	---	---	---

24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudar a superarlo.

0	1	2	3
---	---	---	---

25. Renuncio al intento de hacer frente al problema.

0	1	2	3
---	---	---	---

26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.

0	1	2	3
---	---	---	---

27. Me echo la culpa de lo que ha sucedido.

0	1	2	3
---	---	---	---

28. Consigo que otras personas me ayuden o me aconsejen.

0	1	2	3
---	---	---	---

GRACIAS POR SU COLABORACION.

**INFORME DE AUTORIZACION DEL PROYECTO DE FIN DE GRADO,
DIRIGIDO AL COMITÉ ETICO DE LA INVESTIGACION CLINICA DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS.**

**SOLICITUD DE EVALUACION DEL ESTUDIO POR EL COMITÉ ETICO DE
INVESTIGACION CLINICA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE
CANARIAS.**

Se solicita la evaluación del estudio.” Estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con trastorno bipolar para mejorar la calidad de vida.” del que es investigador principal Marianella Acosta Torres.

Además se hace constar que el investigador se compromete a tratar cada participante según lo establecido en el protocolo autorizado por el comité ético de investigación clínica y que respetarán las normas éticas aplicables a este tipo de estudios.

En La Laguna, a 15 de febrero de 2018

Les agradecemos su colaboración.

Firmado:

Marianella Acosta Torres

Investigador principal

**INFORME DE AUTORIZACION DEL PROYECTO DE FIN DE GRADO,
DIRIGIDO AL GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO
DE CANARIAS (CHUC):**

Señor Gerente del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Yo, alumna de 4º de enfermería de la Facultad de Ciencias de La Salud, Marianella Acosta Torres con DNI 79207963B, solicito su autorización para la toma de datos de mi Trabajo de Fin de Grado, cuyo tutor responsable es Hipólito Delgado Rodríguez. Dicho trabajo tendrá como título el siguiente: “Estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con trastorno bipolar para mejorar su calidad de vida.”

Atendiendo a las observaciones comentadas anteriormente, con respecto al desarrollo de las estrategias de afrontamiento, este proyecto se propone un doble objetivo. En primer lugar, determinar cuál es el tipo de afrontamiento que adoptan los pacientes con trastorno bipolar del servicio de psiquiatría del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

En segundo lugar, establecer si las estrategias de afrontamientos utilizadas por los pacientes con trastorno bipolar tienen efecto sobre la calidad de vida.

A continuación adjuntamos el cuestionario que empleamos para dicho estudio.

En la laguna, a 15 de febrero del 2018.

Les agradecemos su colaboración.

Firmado:

Marianella Acosta Torres

Investigador principal

CARTA EXPLICATIVA

Reciba UD. Un cordial saludo, se le ha entregado dos cuestionarios con el objetivo de llevar a cabo un estudio en el que se pretende “Identificar qué estrategias de afrontamiento son las más habituales en los pacientes de más de dos años diagnosticados con trastorno bipolar”. Y de alguna forma Ud. con su participación impulse su posición como agente activo frente a la enfermedad.

Para llevar a cabo el estudio es imprescindible contar con la máxima colaboración y participación. Y de manera totalmente VOLUNTARIA debe de contestar lo más sincero posible las preguntas de los cuestionarios.

Los cuestionarios respondidos deberán de ser depositados en los buzones que desde hace algunos días usted ha podido ver colocados en diferentes puntos del servicio (puertas de entrada, salida y sala de espera). Aclarando que todo procedimiento será totalmente anónimo. De esta manera asegurarnos la máxima confidencialidad y respeto hacia ustedes, los participantes, por lo que en ningún momento será necesario revelar su identidad ajustándonos a la ley de protección y confidencialidad.

Finalmente agradeciéndoles sinceramente su colaboración y tiempo dedicado.

Firma

Fecha..... de..... Del.....

Gracias por su colaboración.

BIBLIOGRAFIA

1. Mosquera D, Eiriz A. Un Acercamiento al Trastorno Bipolar. Vol I. Madrid: Ediciones; Pleyades, S.A. 2015.
2. Jara ML, Lana K.L, Schneider L.S. Trastorno Bipolares. Posgrado Vía Cátedra de Medicina.2008;22(177):1
3. López A, Arsuaga J, Cabrera G. Trastorno Afectivo Bipolar. Madrid: Editorial; Edaf, S.A. 2009.
4. Frances A, Dacherty J, Kahn D. Afectados por trastorno bipolar.1996. Disponible en <http://www.psychguides.com/bphs.html>.
5. Camino Y. Prevención primaria del trastorno bipolar. Educare, 2007.
6. Miklowitz D. El trastorno Bipolar. Barcelona: Ediciones; Paidós Ibérica,S.A.2004
7. Pichot. P, López J. Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos Mentales. Madrid: Ediciones; Masson, 2000.
8. Enfermería [Actualizado, marzo2016, citado junio 2017] <http://bipolaridad.net/enfermedad-bipolar/>.
9. Enfermería [actualizado mayo 2017, citado junio 2017] <http://bipolaridad.net/>.
10. Revista Educare Nº 10 – diciembre 2009 Mavidey S. Ariel P. Funciones profesionales de enfermería que contribuyen al óptimo cuidado de la salud mental.
11. Soriano J. Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. Boletín de psicología.2005; 1(84):91-102.
12. Avilés PA. Relación entre crecimiento postraumático, Afrontamiento y Rumiación. Chile; 2013; 20.
13. Morán C, Landero R, Gonzales MT.Cope-28: Un análisis psicométrico de la versión en español del Brief Cope. Univ. Psychol.2010; 9(2):544.
14. Bohórquez AZ, Espinosa JC, Turizo JJ, Guampe L. Afrontamiento familiar frente a las secuelas generadas en pacientes que sufrieron trauma craneoencefálico.2012; 9(1):80
15. Felipe E, León del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. Universidad de Extremadura (España).International Journal of Psychology and psychological Therapy.2010; 10(2):245-257.
16. Espada MC y Grau C. Estrategias de afrontamiento en padres con niños con cáncer. Psicooncologia.2012; 9(1):27-29.
17. Díaz I, Velásquez DB, Rodríguez KC, Ortiz YG, Jerez JA, Buitrago LA, Moreno YD. Afrontamiento frente a la enfermedad en pacientes oncológicos. Revista ciencia y cuidado.2010; 7(1):62
18. Bermúdez M, Teva I, Buela G. Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. Psicothema, 2009; 21(2):220-226.

19. Veloso C, Caqueo W, Muñoz Z, Villegas Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal: Revista de Psicología*.2010; 20(1):23-34.
20. Soucase B, Monsalve V, Soriano J, De Andrés J. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*.2004; 11 (6)353-359.
21. Fguero M, Contini N. Lacunza A. Levin M. Estevez A. las Estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico.2005, 21(1)
22. Cassaretto M. Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología* 2013; 21(2):363-392.
23. Gonzales R, Montoya I, Casullo M, Bernabéu Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico. *Psicothema*.2002;
24. Rodríguez R, Hernando F, Cruzado JA, Olivares ME, Jamal I, y Laserna P. Evaluación de la calidad de vida, estado emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad neoplásica pulmonar; 2012; 96.
25. Arroyo P. Calidad y humanización de los cuidados. *Metas de Enfermería* oct 2001; 4(8): 26-31
26. Shipper H, Clinch JJ, Olweny C. Estudios de calidad de vida *Farmacoeconomía*, 2ª ed, 1996; 1
27. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública* [Fecha de consulta: 16 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/>.
28. COPE-28 (SEGÚN EL ORIGINAL DE CARVER.1997._ Traducido por Consuelo Moran Dionisio Manga.
29. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf