

ANEXO 1

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN INICIAL.

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:
Dirección:
Teléfono: Edad:
Nivel de estudios/Años de escolarización:
Trabajo (si está jubilado/a, indique lo que hacía):

FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

- 1. Antecedentes familiares:
2. Presión arterial:
3. Colesterol:
4. Peso: Talla: ¿Es usted diabético?
5. Hábitos dietéticos:
* ¿Cuántos cafés tomaba antes de sufrir el trastorno?
* Si tomamos como una unidad cada vaso de vino, cerveza o copa, ¿Cuántas bebidas consumía antes de ser hospitalizado?
* Antes del trastorno, ¿seguía alguna dieta especial?
* Desde que padeció el trastorno, ¿sigue la dieta prescrita por su médico? (marcar con una x lo que proceda).

Al pie de la letra En gran parte Más o menos Prácticamente no En absoluto

* Si existe algún problema en seguir la dieta prescrita por su médico, indíquelo:
.....
.....

- 6. Hábito de fumar (si no ha fumado nunca ni fuma ahora, pasar a la pregunta 7).
¿Cuándo comenzó a fumar?
Número de cigarrillos al día anterior a la ocurrencia del trastorno:
¿Ha vuelto a fumar desde que lo padeció? (contestar sí o no).....
Si es afirmativo, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?

Si tuviese que abstenerse de fumar ¿cree que le generaría algún tipo de problemas? (estar ansioso, de mal humor....). Indique los problemas que le generarían e indique también el grado de malestar subjetivo que le produce (siendo 0 nada de malestar y 10 mucho malestar).

Table with 10 columns numbered 1 to 10.

7. Práctica de ejercicio físico.

* ¿Practicó algún tipo de ejercicio físico habitual con anterioridad al trastorno? (conteste sí o no)..... En caso afirmativo, ¿qué tipo de ejercicio realiza?

 ¿Cuántas veces por semana? ¿Durante cuanto tiempo cada día?.....

* ¿Tendría algún problema para la realización de ejercicio físico habitual recomendado por su médico? (no tener tiempo, no me apetece... o lo que considere). En caso afirmativo, por favor indique estos problemas y señale el grado de malestar o de dificultad (siendo **0** nada de malestar y **10** mucho malestar):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO FAMILIAR.

8. Estado civil: Número de hijos: Edad/es:
 Otras personas que convivan en el domicilio familiar:
 9. ¿Cree que pueda estar tenso o sentir malestar por alguna situación, circunstancia o problema familiar? En caso afirmativo indíquelo y muestre el grado de malestar (siendo 0 nada de malestar y 10 mucho malestar):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁREA LABORAL.

10. ¿Qué tipo de trabajo desempeñaba antes del trastorno?

11. ¿Piensa que ha podido influir o desencadenar el trastorno? ¿En qué?

12. ¿Qué expectativas tiene de reincorporación a su mundo laboral?.....

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁREA SOCIAL.

13. A raíz del trastorno, ¿ha reducido sus actividades sociales? (Señale con una **X** lo que proceda):

- En absoluto Algo Bastante Muchísimo

ANEXO 2

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN FINAL

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:
¿Ha tenido que acudir a los servicios de urgencias durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre? En caso afirmativo indique el número de veces:
¿Por qué motivo/s?

FACTORES DE RIESGO DE TRASTORNOS CARDIOVASCULARES

1. Antecedentes familiares:
2. Presión arterial:
3. Colesterol:
4. Peso: Talla: ¿Es usted diabético?
5. Hábitos dietéticos:
* ¿Cuántos cafés toma actualmente?
* Si tomamos como una unidad cada vaso de vino, cerveza o copa, ¿cuántas unidades consume ahora?
* ¿Está realizando alguna dieta especial?
* Ahora mismo, ¿sigue la dieta prescrita por su médico? (marcar con una **X** lo que proceda):

Al pie de la letra En gran parte Más o menos Prácticamente no En absoluto

* Si existe algún problema en seguir la dieta prescrita por su médico, indíquelo:
.....
.....

6. Hábito de fumar (si no ha fumado nunca ni fuma ahora, pasar a la pregunta 7). Si es afirmativo, ¿cuántos cigarrillos fuma al día?

Si tuviese que abstenerse de fumar, ¿cree que le generaría algún tipo de problemas? (estar ansioso, de mal humor...). Indique los problemas que le generarían e indique también el grado de malestar subjetivo que le produce (siendo 0 nada de malestar y 10 mucho malestar):
.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

7. Práctica de ejercicio físico.

* ¿Practica algún tipo de ejercicio habitualmente? (Conteste sí o no)
En caso afirmativo, ¿qué tipo de ejercicio realiza?
¿Cuántas veces por semana? ¿Durante cuánto tiempo cada día?

8. Mi problema cardiovascular lo atribuyo fundamentalmente a que (marque con una **X** sólo una opción):

- Me tenía que pasar No he cuidado de mi salud

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO FAMILIAR.

9. ¿Cree que pueda estar tenso o sentir malestar por alguna situación, circunstancia o problema familiar? En caso afirmativo indíquelo y muestre el grado de malestar (siendo 0 nada de malestar y 10 mucho malestar):

.....

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁREA LABORAL.

10. ¿Qué tipo de trabajo desempeña?
11. ¿Piensa que le pueda perjudicar a su enfermedad?
12. ¿Qué expectativas tiene de su mundo laboral?
-

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁREA SOCIAL.

13. Últimamente, ¿ha reducido sus actividades sociales? (señale con una **X** lo que proceda):

- En absoluto Algo Bastante Muchísimo

EVALUACIÓN DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL FUNCIONAMIENTO SEXUAL.

16. Últimamente, ¿ha reducido su actividad sexual? (Marque con una **X** lo que proceda):

- En absoluto Algo Bastante Muchísimo

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE MURCIA	Hoja de recogida de datos para la relajación, andar, producción de endorfinas y registro de situaciones de estrés.
------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre y apellidos:	Fecha:
----------------------------	---------------

Rellene este formulario después de cada sesión de relajación.
 Intente hacerlo a la misma hora todos los días.
 Autoevalúe en una escala de 0 a 10, siendo 0 nada relajado y 10 máxima relajación.
 Practique durante la semana de 15 a 20 minutos, dos veces al día.

POSICIÓN DE RELAJACION	L	M	X	J	V	S	D
GRUPO 1: BRAZOS, MANOS Y BICEPS	1ª						
	2ª						

GRUPO 2: CARA Y CUELLO	1ª						
	2ª						

GRUPO 3: PECHO, HOMBROS, ESPALDA Y ABDOMEN	1ª						
	2ª						

GRUPO 4: MUSLOS, PANTORRILLAS Y PIES	1ª						
	2ª						

REGISTRO DE ANDAR ANOTAR EL TIEMPO							
-------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

PRODUCIR ENDORFINAS ANOTAR TIEMPO							
------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

REGISTRAR, SI LAS HUBIERA SITUACIONES ELICITADORAS DE TENSION Y ANOTARLAS	
----------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO 4

ENTREVISTA DE EVALUACIÓN CUALITATIVA.

1. Transcurridas 12 semanas desde el comienzo de este programa de intervención, queremos hacerle unas preguntas para que, además de obtener unos datos por medio de una evaluación cuantitativa sobre cómo ha ido evolucionando usted, obtener otros datos por medio de una evaluación de tipo cualitativo.
2. ¿Ha notado usted que con este programa ha mejorado su condición física, es decir, camina mejor, las tareas que normalmente hacía antes, ahora las hace con menos esfuerzo, en fin cosas que usted recuerde que antes le costaba más realizarlas, ahora las hace más fácilmente y le cuesta menos hacerlas?
3. Durante este tiempo, ¿ha observado como ha ido su presión arterial y su colesterol?
4. ¿Ha notado si ha perdido algo de peso o ha reducido su masa corporal?
5. ¿En qué medida le ha ayudado a usted el tener información acerca del origen de su enfermedad, de los factores de riesgo, de la alimentación y en general de las demás cosas que vimos?.
6. ¿Cree que la práctica de la relajación le va a ayudar? ¿En qué sentido?
7. ¿Al pensar de una manera positiva cree que a veces pueda evitar sentirse mal?
8. ¿Recuerda cómo dormía antes de la intervención y ahora? ¿Cree que descansa ahora mejor?
9. ¿Ha notado algún cambio en su estado de ánimo? ¿Tiene menos tristeza que al principio?
10. ¿Cree usted que ahora se siente menos nervioso?
11. ¿Se toma mejor las cosas que antes, es decir, no toma tantos disgustos?

12. ¿Con las cosas que ha aprendido, se preocupa ahora menos por su enfermedad, si pensaba antes acerca de la misma piensa ahora menos en ella, habla menos acerca de su problema de corazón? ¿Por qué?
13. ¿Merece la pena el intentar cuidarse un poco? ¿Por qué?
14. ¿Cree que con todo lo que ha aprendido puede prevenir en un futuro nuevos ingresos hospitalarios?
15. ¿Cree que su calidad de vida mejorará a partir de ahora?
16. ¿Se relaciona más y tiene más ganas de estar con sus familiares y amigos?
17. ¿Cómo ve ahora el futuro en relación con su enfermedad? De forma más optimista o pesimista.¿ Por qué?