

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: INFLUENCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MURCIA ESTE EN LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.

Alumno: López Ortín, María

Tutor: Rizo Baeza, María Mercedes

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria
Curso: 2018-2019

ÍNDICE

1. Justificación. Antecedentes y estado actual del tema	3
2. Pregunta de investigación	8
3. Hipótesis	9
4. Objetivos	9
5. Material y Método	10
6. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	15
7. Estrategia de búsqueda bibliográfica	16
8. Cronograma	17
9. Limitaciones y posibles sesgos	18
10. Posibles problemas éticos	18
11. Permisos y autorizaciones	19
12. Ley de protección de datos	19
13. Personal que participa en el estudio	20
14. Presupuesto	21
15. Bibliografía	22
Anexos	24

1. JUSTIFICACIÓN. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define en 2013 la Salud Mental como “un estado de bienestar consciente que permite a la persona ser funcional, productiva, adaptable a las circunstancias y capaz de aportarle a la comunidad”. La salud mental es parte central de la salud y el bienestar, por lo que una alteración en este nivel conlleva a efectos y consecuencias negativas (1).

Un 40% de las enfermedades crónicas se corresponden con las enfermedades mentales, constituyendo estas últimas la principal causa de años vividos con discapacidad. Tanto su incidencia y prevalencia como su gran repercusión sobre la morbimortalidad, hace que este tipo de enfermedades sea uno de los principales objetivos sanitarios a los que se enfrentan los sistemas de salud. La probabilidad de padecer una enfermedad mental a lo largo de la vida se sitúa aproximadamente en un 25%. El 10% de la población española padece una enfermedad mental actualmente. Entre los trastornos mentales más prevalentes se encuentra la depresión, seguida por la ansiedad y trastornos por consumo de sustancias (2).

Entre los trastornos con alta morbilidad se sitúa la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, la ansiedad, demencia, trastornos por abusos de sustancias y del desarrollo como el autismo. La depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, representando un 4,4% de morbilidad, sobre todo en mujeres (3).

Para diferenciar el trastorno mental grave (TMG) del trastorno mental común (más frecuentes y menos discapacitante), se usan criterios como la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia (2).

A continuación se describen los criterios que engloba la definición de TMG enunciados por el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU en 1987.

-Gravedad del diagnóstico incluyendo enfermedades psiquiátricas graves como psicosis, esquizofrenia y algunos tipos de trastornos de personalidad y excluyendo trastornos de etiología orgánica.

-Pérdida de autonomía y autocontrol, dificultad para establecer relaciones interpersonales, alteración del funcionamiento cognitivo y en el desempeño laboral.

-Larga evolución de la enfermedad. (4,5).

El trastorno mental grave afecta a un 2,5-3% de la población adulta. En la población

española la frecuencia de esquizofrenia está alrededor del 7 por 1.000 habitantes, coincidiendo esta cifra con los estudios realizados a nivel internacional. A diferencia de la esquizofrenia, la prevalencia para el trastorno bipolar se sitúa entre el 0,5-1%, encontrándose gran variabilidad entre estudios nacionales e internacionales (6).

Se ha observado que la familia es la principal fuente de ayuda para resolver las necesidades que presentan las personas con una enfermedad mental de larga duración. Prestar cuidados a estas personas tiene un considerable impacto en la familia, que se define principalmente como “carga familiar”. Varios estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica en los familiares de personas con TMG es el doble de la esperada (7).

Las personas con trastorno mental grave tienen múltiples necesidades que el tratamiento biológico convencional resulta insuficiente para favorecer la recuperación personal, social, familiar y laboral (8).

A finales de los años 60 e inicios de los 70, tiene lugar en España la Reforma Psiquiátrica con la que se perseguía integrar los servicios de salud mental en el sistema sanitario general eliminando paulatinamente los hospitales psiquiátricos que conllevaban la marginación de la atención al enfermo con trastorno mental. Con dicha reforma se inicia la coordinación entre atención especializada y atención primaria junto con los servicios sociales locales.

El movimiento de la Reforma Psiquiátrica consiguió el inicio de la atención comunitaria, la formación de equipos de tratamiento comunitario, una atención hospitalaria aguda en hospitales generales frente a la atención residencial en hospitales psiquiátricos, la creación de unidades de rehabilitación con terapia ocupacional así como la ayuda a los enfermos en la búsqueda de empleo y reinserción social.

Pero este movimiento con los años ocasionó deficiencias, ya que la ausencia de programas y recursos asistenciales comunitarios ocasionaba que aproximadamente el 30% de las personas con TMG se desvinculara de los servicios de salud mental (9,10).

Para garantizar la atención comunitaria y la continuidad de cuidados surgen los Centros de Salud Mental (CSM) en los años 80 coincidiendo con la desinstitucionalización. Se crean con la finalidad de ser el primer nivel de atención en la salud mental y garantizar la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria, evitando en la medida de lo posible nuevos reingresos, lo que se conoce como (*“fenómeno de puerta giratoria”*) (11).

El surgimiento de los CSM responden a dos principios marcados por la Ley General de Sanidad (1986): potenciar la atención a la salud mental del enfermo con enfermedad mental en su entorno habitual (atención en el ámbito comunitario) y prestar una atención integral al enfermo mental mediante tareas de rehabilitación en coordinación con el resto de servicios sociales (12).

El CSM se trata de una estructura clínica, asistencial y de gestión necesaria para organizar el conjunto de servicios de atención a la salud mental. Con la implantación de los CSM se ha obtenido una mejora significativa en la atención a los enfermos con trastorno mental, aumentando el número de pacientes en contacto con la red pública de salud mental, el creciente número de pacientes crónicos en seguimiento en los CSM fuera de las instituciones hospitalarias (atención comunitaria), más accesibilidad de las personas a la atención de su salud mental, así como más tipos de prestaciones, recursos clínicos y de rehabilitación dedicados a la salud mental (13).

En España cada comunidad autónoma ha ido desarrollando su Plan de Salud Mental para dar respuesta mediante el modelo de Salud Mental Comunitaria a las necesidades de la población. Pero actualmente existen diferencias en la atención entre las distintas comunidades e incluso dentro de una misma comunidad (14).

Dentro del ámbito de actuación comunitario se constituye el CSM como recurso asistencial básico de la red de salud mental. Los CSM se conforman como equipos multidisciplinares constituidos por psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, trabajadores sociales y personal auxiliar, con funciones de promoción de la salud, atención ambulatoria tanto en el propio centro como en el domicilio del usuario si fuese preciso, actividades de formación, investigación y docencia.

El CSM es un recurso especializado, relacionado a unos centros de Atención Primaria de quién recibe fundamentalmente la demanda asistencial. Cuenta con el apoyo de una unidad de hospitalización psiquiátrica breve para el tratamiento de usuarios que requieran este tipo de recurso para su recuperación. Proporciona programas y acciones individuales de rehabilitación e inclusión social a las personas que lo necesiten. El eje del sistema, tanto en Adultos como en Infanto-Juvenil, son los respectivos CSM que representan la principal puerta de entrada a los recursos de salud mental junto con los servicios de urgencias (15).

La atención comunitaria integral en salud mental se rige por los siguientes principios propugnados por la OMS:

- Continuidad de cuidados y trabajo en red entre los diferentes servicios de salud mental posibilitando que los profesionales que trabajan en los distintos servicios conozcan el plan terapéutico individualizado del usuario.
- Trabajo en equipo con intervención multidisciplinar para un tratamiento integral.
- Atención comunitaria favoreciendo la integración de la persona en su comunidad.
- Individualización de los cuidados.
- Autonomía, independencia y mínima institucionalización.
- Empoderamiento de la persona para que participe activamente en la toma de decisiones acerca de su tratamiento.
- Continuidad de los cuidados durante todo el proceso de enfermedad y de la vida de la persona (16).

El modelo de Recuperación (“Recovery) como nuevo propósito de intervención

El modelo de recuperación o “recovery” tiene una visión más amplia que la mera rehabilitación de la persona. Se fundamenta en el hecho de empoderar a la persona, conocer sus capacidades para que sea la propia persona la que afronte y asuma las responsabilidades en cuanto a su cuidado y tome decisiones teniendo un papel activo en su proceso de recuperación.

Este modelo de recuperación dirige nuestra atención a contar con el usuario en el proceso de toma de decisiones, que la persona con TMG sea protagonista de su historia de rehabilitación, asuma la responsabilidad de su propio cuidado e identifique estrategias de afrontamiento para promover su bienestar. De tal manera que la persona se sitúa como agente de salud y no como enfermo (17).



JUSTIFICACIÓN

En relación a la importancia de la implantación de los Centros de Salud Mental para la atención a personas con trastorno mental, este estudio va dirigido a evaluar el impacto de la intervención del equipo multidisciplinar del Centro Salud Mental Murcia Este en el abordaje de los distintos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental mediante la aplicación de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales).

Evaluar los resultados de los servicios de salud permite una práctica reflexiva que contribuye a mejorar los tratamientos que se brindan. Existe consenso respecto a que los servicios de salud mental deben evaluar sistemáticamente sus resultados para aportar información respecto a la efectividad y utilidad de los mismos.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Las pacientes con trastorno mental que acuden regularmente al Centro de Salud Mental para seguimiento de su patología por parte del equipo multidisciplinar, tienen una mejoría a nivel de sus problemas físicos, sociales y personales a lo largo de su proceso asistencial?

PREGUNTA PICO

PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS
Personas con trastorno mental incluidas en el programa de adultos del CSM Murcia Este.	Intervención terapéutica a nivel individual y/o grupal por uno o varios de los profesionales del equipo multidisciplinar del CSM Murcia Este.	En comparación con las personas que padecen un trastorno mental y no acuden al CSM para seguimiento de su patología.	Las personas diagnosticadas de trastorno mental con un seguimiento regular por el equipo multidisciplinar del CSM tienen menos problemas físicos, sociales y personales en comparación con aquellas personas que no acuden al CSM.

3. HIPÓTESIS

La intervención del equipo multidisciplinar del CSM Murcia Este disminuye la puntuación total en la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) de los pacientes incluidos en el programa de adultos de dicho centro a lo largo del proceso asistencial, evidenciando su mejoría clínica.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

- Evaluar el impacto del programa de adultos del Centro de Salud Mental Murcia Este en la prestación de cuidados a personas con trastorno mental.

Objetivos específicos

1. Estudiar la evolución de la puntuación en la escala HoNOS de los pacientes con trastorno mental con respecto a la intervención del equipo multidisciplinar del Centro de Salud Mental Murcia Este.
2. Determinar si existe diferencia en la puntuación de la escala HoNOS entre los pacientes diagnosticados de trastorno mental grave frente a los pacientes con diagnóstico de trastorno mental común.
3. Analizar si existe relación entre las variables sociodemográficas y la puntuación total en la escala HoNOS.

5. MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de diseño

Para estudiar la evolución de la puntuación en la escala HoNOS de los pacientes incluidos por primera vez en el programa de Adultos del CSM Murcia Este, se llevará a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte longitudinal.

Para la correcta redacción del estudio se utilizará la guía de comprobación para estudios observacionales STROBE.

Población diana y población a estudio

La población diana de este estudio estará constituida por los pacientes que sean incluidos por primera vez en el programa de Adultos del CSM Murcia Este durante el año 2019.

Tipo de muestreo

La muestra será obtenida mediante muestreo no probabilístico consecutivo.

Cálculo del tamaño de la muestra

La muestra total estará formada por todos aquellos pacientes tratados por el equipo multidisciplinar (enfermera especialista en salud mental, trabajador social, psiquiatra y/o psicólogo clínico) del CSM Murcia Este al cumplimentar el criterio de permanencia mínimo de 15 días y máximo de 60 días en el programa, antes de la recogida de información. Se establece este intervalo de permanencia con el objetivo de realizar la primera valoración y medición de la puntuación en la escala HoNOS al inicio del establecimiento de la relación terapéutica entre paciente y profesional.

El tamaño muestral se ceñirá a los pacientes que presenten los criterios de inclusión del total de pacientes que sean derivados e incluidos por primera vez en el programa de Adultos del CSM Murcia Este. Según la búsqueda bibliográfica realizada, no se han encontrado datos suficientes para el cálculo del tamaño muestral según las fórmulas estadísticas convencionales. Consideramos que con la media de pacientes que son incluidos diariamente en el programa (aproximadamente 5-6 personas/día), se contará con un número suficiente de casos para realizar al menos un pilotaje para estudios posteriores más ambiciosos.

Para evaluar el cambio en la puntuación en la escala HoNOS se establecerán las siguientes cortes de medición: al inicio (primer mes), a los 6 meses y al año de su inclusión en el programa de atención a la población adulta del CSM Murcia Este.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad comprendida entre 18 y 69 años, ambos inclusive.
- Pacientes de ambos sexos con una permanencia mínima de 15 días y máxima de 60 días en el programa de Adultos del CSM Murcia Este.
- Aceptar participar en el estudio tras ser debidamente informado de la finalidad del mismo, quedando constancia de su conformidad por escrito en el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten una alteración física, psíquica y/o sensorial grave en el momento del estudio que interfiera en la recogida de datos.
- Todos los que no cumplan los criterios de inclusión anteriormente detallados.

Método de recogida de datos

Para medir la mejoría o empeoramiento de los diversos problemas físicos, personales y sociales de los pacientes atendidos en el CSM Murcia Este a lo largo de su proceso asistencial, se empleará la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) que fue validada y traducida al castellano por Uriarte et al en 1998.. Esta escala ha sido diseñada por la Unidad de Investigación de Royal Collage of Psychiatrists británico para utilizarse con personas con trastorno mental en los servicios de salud mental como instrumento de evaluación. Es simple de realizar, cubriendo una amplia gama de problemas clínicos y disfunciones sociales. La escala contiene 12 ítems y está constituida a su vez por un conjunto de escalas elaboradas para medir el rango de problemas personales, físicos y sociales que se asocian a la enfermedad mental. Cada uno de estos 12 ítems se puntúa de 0 a 4. La puntuación total está entre 0 y 48; correspondiendo la mayor puntuación a mayor gravedad. Los ítems 1-8 informan sobre la evolución clínica. Los ítems 9-12 evalúan la autonomía y nivel ocupacional del paciente (18) (Anexo I).

La escala será cumplimentada por consenso entre al menos dos profesionales, siendo uno de ellos la enfermera especialista en salud mental y el otro, el terapeuta responsable del seguimiento del paciente a estudio. Se cumplimentará al inicio (primer mes), a los 6 meses y al año desde la inclusión del paciente en el programa, con el fin de evaluar su evolución tras las intervenciones terapéuticas del equipo multidisciplinar del CSM Murcia Este.

Para la recogida de los datos demográficos se empleará un formulario diseñado por el equipo investigador donde se refleje la información del paciente referida a las diferentes variables del estudio. Los datos recogidos con este formulario serán los siguientes: el sexo, la edad, el nivel educativo, el nivel económico, la situación laboral, el tipo de convivencia, el estado civil, la distancia desde su domicilio habitual al CSM, diagnóstico psiquiátrico, si lleva tratamiento con neurolépticos de acción prolongada (Anexo II).

El periodo de estudio está comprendido entre mayo de 2019 y diciembre de 2020.

Variables

1. Variables cuantitativas:

1.1. Variables cuantitativas discretas:

-Edad (expresada en años).

-Problemas físicos, personales y sociales de la persona, evaluados mediante la escala HoNOS y medidos a través de la puntuación total y de las siguiente doce categorías:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Conducta agresiva e hiperactividad. | 7. Depresión. |
| 2. Conducta autoagresiva. | 8. Otros síntomas mentales. |
| 3. Uso de sustancias. | 9. Relaciones sociales. |
| 4. Cognición. | 10. Funcionamiento general. |
| 5. Salud física. | 11. Alojamiento. |
| 6. Alucinaciones e ideas delirantes. | 12. Actividades. |

1.2. Variables cuantitativas continuas:

-Distancia desde el domicilio habitual hasta el CSM (medida en km).

2. Variables Cualitativas:

2.1. Variables cualitativas dicotómicas:

-Sexo (hombre/mujer).

-Trastorno mental (grave/común).

-Tratamiento con neuroléptico de acción prolongada administrado por vía parenteral (sí/no).

2.2. Variables cualitativas policotómicas:

-Nivel educativo (analfabeto, estudios básicos, FP, Bachillerato, Estudios universitarios).

-Nivel económico (bajo, medio, alto).

-Tipo de convivencia (familia de origen, familia propia, solo, con otros familiares o amigos).

-Estado civil (soltero, casado, pareja de hecho, separado, divorciado o viudo).

-Situación laboral (desempleado, estudiante, incapacidad laboral transitoria, incapacidad laboral permanente, pensionista, labores domésticas, trabajo eventual o trabajo fijo).

-Diagnóstico Psiquiátrico principal según la clasificación internacional de enfermedades CIE-10 (F20,F21,F22,F23,F24,F25,F28,F29,F30,F31,F60 asociado a F10 y F19 u otros trastornos psiquiátricos).

Análisis y programa estadístico

Realizaremos un estudio descriptivo en el que las variables numéricas se resumirán como media, desviación típica, mediana, mínima y máxima, y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Para la aplicación del contraste de hipótesis en variables continuas, se valora inicialmente la normalidad de la muestra mediante el test de Kolmogorov-Smirnoff y las condiciones de homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. En función de estos resultados, aplicaremos la comparación de medias de T-Student

para dos factores o ANOVA para cuando haya más de 2 factores, con aplicación del test de Bonferroni para detectar diferencias entre subgrupos, cuando la distribución de la variable sea normal. Cuando no se demuestre normalidad en la variable usaremos el test no paramétrico U de Mann-Whitney para 2 muestras y el test de Kruskal-Wallis para 3 o más muestras. Para la comparación de variables cualitativas aplicaremos el test de la Chi-Cuadrado y pruebas exacta de Fisher en caso de ser necesario. Para estudiar la relación entre variables continuas usaremos el coeficiente de Pearson y el coeficiente de correlación tau de Kendall.

Todos los resultados se considerarán significativos para un nivel $\alpha < 0.05$.

Los análisis se llevarán a cabo con el programa IBM SPSS Statistics v20 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Líneas de investigación futuras

En un futuro sería conveniente ampliar la muestra de individuos con vistas a poder generalizar los resultados y obtener datos concluyentes. Resultaría interesante proponer la implantación de la escala HoNOS como instrumento de medición de resultados en varios centros de salud mental u otros servicios de salud mental de la Región de Murcia con la finalidad de analizar el impacto del proyecto.

Para poder exportar el trabajo a otros centros de salud mental y obtener una muestra más representativa, se solicitará una ayuda para la Formación e Investigación en Salud.

6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

.- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico:

La principal contribución de este proyecto será en términos de información sobre la influencia del equipo multidisciplinar del CSM Murcia Este en la atención y abordaje de los problemas de salud física, personal y social de los pacientes con trastorno mental. Evaluar los resultados de este servicio de salud mental favorecerá la motivación de los profesionales que trabajan en el equipo, que verán sus esfuerzos recompensados con datos fiables sobre sus intervenciones y favorecerá su satisfacción con su trabajo.

Este estudio pretende detectar las principales oportunidades de mejora a incorporar en las políticas de gestión de los servicios de salud mental, con el objetivo de mejorar el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes y sus familiares/cuidadores.

- Relevancia del proyecto en cuanto a su impacto bibliométrico:

Desde el punto de vista de la difusión de datos, los resultados obtenidos pueden resultar de gran valor en la mejora de la calidad asistencial, uso adecuado y asignación de recursos.

Una conclusión esperable es la propuesta para la implantación de la escala HoNOS u otros instrumentos de medición de resultados en los diferentes servicios de salud mental de la Región de Murcia, ya que el empleo de instrumentos permite realizar una definición más precisa de la evolución clínica del usuario que el juicio clínico global.

7. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para realizar este proyecto se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos como: PubMed, Medline y la Biblioteca Cochrane Plus.

Se utilizaron los siguientes MESH: *health center, mental illness, serious mental disorder, common mint disorder, Health of the Nation Outcome Scales*.

Se emplearon operadores booleanos con las diferentes palabras clave para restringir la búsqueda bibliográfica.

La estrategia usada fue: *health center and mental illness, serious mental disorder or common mint disorder*. La búsqueda se realizó entre marzo y abril de 2019. La siguiente tabla podemos refleja los MESH utilizados y su traducción al castellano, así como el número de artículos encontrados en cada una de las bases de datos.

MESH	TRADUCCIÓN
Health center	Centro salud
Mental illness	Enfermedad mental
Serious mental disorder	Trastorno mental grave
Common mental disorder	Trastorno mental común

Tabla 1. Descriptores para la búsqueda

	COCHRANE PLUS	PUBMED	MEDLINE
Health center and mental illness	9	0	40
Serious mental disorder or common mint disorder	130	10	0
Health of the Nation Outcome Scales	2	0	0

Tabla2. Estrategia de búsqueda

8. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El presente proyecto de investigación se estructura en las siguientes fases:

Primera Fase (Marzo-abril 2019):

Presentación del proyecto al Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Contacto del investigador principal con su tutora y el equipo colaborador para determinar la finalidad del estudio y distribuir las tareas. Revisión sistemática de la bibliografía.

Segunda Fase (mayo 2019-diciembre 2020):

Información a los participantes de la finalidad del estudio y obtención del consentimiento informado, selección de la muestra, recogida y procesamiento de los datos. Cumplimentación de la escala HoNOS. Esta fase se llevará a cabo en el Centro de Salud Mental Murcia Este y durante la intervención terapéutica con el paciente.

Tercera Fase (Enero 2021):

Análisis estadístico e interpretación de los datos obtenidos en la fase anterior.

Cuarta Fase (Febrero-Marzo 2021):

Elaboración final del estudio de investigación con redacción de resultados y conclusiones.

Quinta Fase (Abril 2021 en adelante):

Difusión de los conocimientos obtenidos en diferentes congresos a nivel regional, nacional e internacional, así como la publicación del estudio en distintas revistas y libros de carácter científico.

9. LIMITACIONES Y POSIBLES SEGOS

Este estudio presenta una serie de limitaciones como la dificultad en la generalización de los datos a la población general, la ausencia de aleatorización a la hora de seleccionar los sujetos que podría ocasionar un sesgo de selección, la no existencia de un grupo control de comparación, la imposibilidad de establecer relaciones causa-efecto y el riesgo de que la muestra no fuese representativa y homogénea. Al tratarse de un estudio longitudinal cabe destacar la posible pérdida de individuos de la muestra, que se intentará evitar con la citación regular, el recordatorio por medio del teléfono móvil del paciente o familiar, así como contactando con él cuando no acuda a sus citas concertadas.

Como fortalezas estaría la posibilidad de difundir conocimientos con posible utilidad para la planificación sanitaria, para mejorar la calidad en la asistencia sanitaria y generar nuevas hipótesis que se puedan comprobar mediante estudios analíticos.

10. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS

Al tratarse de un estudio con seres humanos, los procedimientos empleados respetarán los criterios éticos de la Declaración de Helsinki de 1975, enmendada en 1983.

Se tendrá en cuenta la Ley 41/2002 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica que regula el derecho a la información del usuario y el derecho al consentimiento informado. De esta manera será necesaria la obtención del consentimiento informado por parte de los sujetos de estudio (Anexo III).

Así mismo, cabe resaltar que las actividades desarrolladas serán fieles al Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

- Conflicto de intereses

Este estudio no presenta conflicto de intereses ni ningún interés financiero o de otro tipo.

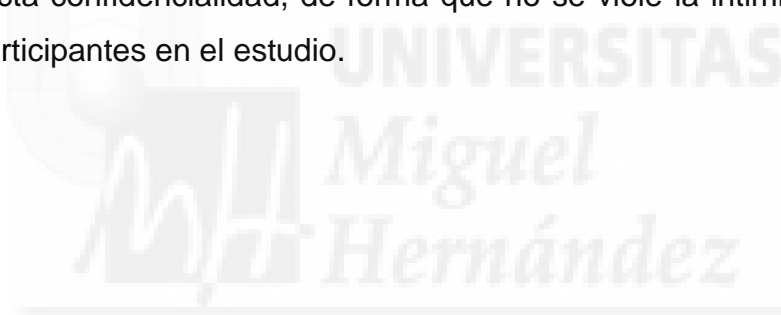
11. PERMISOS Y AUTORIZACIONES

Será necesaria la autorización de:

- La Dirección de Enfermería del Hospital Psiquiátrico Román Alberca y el Comité de Ética de la institución (Anexo III)
- Los pacientes participantes en el estudio, a través del Consentimiento Informado darán su consentimiento consciente para participar de forma voluntaria en el estudio (Anexo IV).

12. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Siguiendo la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán en el tratamiento de los datos, una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal de los sujetos participantes en el estudio.



13. PERSONAL QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO

-Investigadora Principal (enfermera especialista en salud mental): búsqueda bibliográfica, diseño del estudio, recogida y procesamiento de los datos, redacción de resultados y conclusiones, difusión de los resultados a través de la publicación del estudio en revistas, libros, congresos regionales, nacionales e internacionales de carácter científico, etc.

-Equipo Investigador Colaborador: dirección y supervisión del estudio (tutora del máster), colaboración en la recogida de datos por parte del equipo multidisciplinar del Centro de Salud Mental Murcia Este, análisis de resultados (estadístico proporcionado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia).

-Experiencia del investigador principal:

La investigadora principal, responsable del estudio es graduada en enfermería y especialista en enfermería Familiar y Comunitaria por la Unidad Docente Multiprofesional Cartagena-Mar Menor de la Región de Murcia y también es especialista en enfermería de Salud Mental por la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Murcia.

Ha cursado varios módulos de investigación, obteniendo la formación pertinente para la realización de este proyecto.

Ha presentado y publicado numerosos trabajos de investigación en formato póster y comunicación oral en distintas jornadas y congresos a nivel regional, nacional e internacional.

También ha participado como autora principal en la revisión y actualización del protocolo de terapia electroconvulsiva del hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

-Experiencia del equipo investigador:

El equipo investigador está compuesto por el equipo multidisciplinar (psicólogos clínicos, psiquiatras, enfermeras especialistas en salud mental y trabajador social) del Centro de Salud Mental Murcia Este, con una larga trayectoria profesional en el campo de la salud mental; concretamente en el programa de Adultos. Mediante su intervención, cooperaran en la recogida y procesamiento de datos y podrán transferir el conocimiento generado al ámbito clínico y de gestión.

14. PRESUPUESTO

Para la puesta en marcha del presente proyecto, se estima que serán necesarios los siguientes recursos económicos:

PRESUPUESTO	
RECURSOS HUMANOS	Euros
Investigador principal Equipo de investigación Profesional estadístico que ofrece apoyo a la investigación.	1400 1600 0 (contratado por el FFIS)
SUBTOTAL	3000
RECURSOS MATERIALES	Euros
Adquisición de bienes y contratación de servicios (inventariable, fungible y otros gastos) Material fungible (folios, tóner, bolígrafos, archivadores). Material inventariable: Ordenador con paquete estadístico SPSS versión 20.0. Impresora. Consulta de enfermería del CSM. Mesas. Sillas.	 100 500 200 0 100 50
SUBTOTAL	950
PUBLICACIÓN DE RESULTADOS OBTENIDOS	
Congresos nacionales Congresos internacionales	200 500
SUBTOTAL	700
TOTAL	4650

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Citado diciembre 2013]. Disponible en: http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
2. Alonso J, Lepine JP. Overview of key data from the European Study of the epidemiology of mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;68(2):3-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. [Citado en 2008]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/mhgap/es/.
4. Saiz Galdós J, Chévez Mandelstein A. La intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Intervención Psicosocial*. 2009; 18(1):75-88.
5. Pillado LV, Carracedo RA, Iglesias VF, Domínguez LG, Alonso AJ, Suerio MJS, et al. Trastorno Mental Severo. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*. 2007; 5:4.
6. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2005; 12:74-77.
7. Moral MS, Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria*. 2012; 32 (2):77-84.
8. Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr Serv*. 1995; 46:669-75.
9. Alonso Suárez M, Bravo Ortiz M, Fernández Liria A. Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2004; 92:25-51.
10. Vázquez-Bourgon J, Salvador-Carulla L, Vázquez-Barquero JL. Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012; 40(6):323-332.
11. Higuera Romero, J. Desarrollo de Programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento marco. 2010.

12. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Cap.III. Artículo 20. BOE nº 102 29 de Abril de 1986: 15207- 15224. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>.
13. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Actas Esp Psiquiatr. 2007; 35, supl 2:21-28.
14. Gracia D y Lázaro J. Historia de la psiquiatría. Manual de Psiquiatría. Vol 1. 1ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 1992.
15. López Gómez D. Continuidad de cuidados y desarrollo del sistema de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. Rehabilitación psicosocial. 2006; 3(1): 17-25.
16. Hernández Monsalve M. Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Estudios de Psicología. 2011; 16(3):295-303.
17. Mezzina, R. Social nature of recovery: discussion and implications for practice. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, Philadelphia. 2006; 9: 63-80.
18. URIARTE JJ ET AL. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). Psiquiatría Pública 1999; 11 (4): 93-101.

ANEXO I: Escala HoNOS

Nombre:	Historia:
Evaluador/a:	Fecha INICIO
	6 MESES
	1 AÑO

ESCALA HoNOS: PERFIL DERESPUESTAS

						0 6M 1A
A. Problemas conductuales	0	1	2	3	4	
1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada						
2. Autolesiones no accidentales						
3. Consumo problemático de actitud o drogas						
<i>Puntuación (rango 0-12)</i>						TOTAL A:
						0 6M 1A
B. Deterioro	0	1	2	3	4	
4. Problemas cognitivos						
5. Problemas con enfermedad física o discapacidad						
<i>Puntuación (rango 0-8)</i>						TOTAL B:
						0 6M 1A
C. Problemas clínicos	0	1	2	3	4	
6. Problemas asociados a la presencia de ideas alucinaciones delirantes y						
7. Problemas en relación con el humor depresivo						
8. Otros problemas mentales o conductuales.						
<i>Puntuación (rango 0-16)</i>						TOTAL C:
						0 6M 1A
D. Problemas sociales	0	1	2	3	4	
9. Problemas con las relaciones						
10. Problemas en relación con las actividades de la vida cotidiana						
11. Problemas con las condiciones de vida						
12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades						
<i>Puntuación (rango 0-16)</i>						TOTAL D:
<i>Puntuación Total (rango 0-48)</i>						TOTAL A+B+C+D:
	0	(Inicio)	6 Meses	1 Año		

ANEXO I: INTERPRETACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA ESCALA HONOS

RESUMEN DE LAS INSTRUCCIONES DE PUNTUACIÓN

1. **Puntuar** cada una de las escalas siguiendo el orden de la 1 a la 12.
2. **No** incluir información ya puntuada en un ítem previo excepto en el ítem 10 que es una evaluación global.
3. **Puntuar** el problema **MÁS SEVERO** ocurrido durante el periodo de tiempo evaluado.
4. **Todas las escalas** siguen el formato:
0 = sin problema
1 = problema menor que no requiere intervención
2 = problema leve pero claramente presente
3 = problema de moderada gravedad
4 = problema grave o muy grave

GLOSARIO DE LA HOJA DE PUNTUACIÓN HONOS

1. Conducta hiperactiva, agresiva, disruptiva o agitada

Incluye tal comportamiento debido a cualquier causa (por ejemplo, drogas, alcohol, demencia, psicosis, depresión, etc.)

No incluye la conducta bizarra, que se puntúa en la Escala 6.

0 Sin problemas de este tipo durante el período evaluado.

1 Irritabilidad, enfrentamientos, inquietud, etc. que no requieren de intervención.

2 Incluye actitudes agresivas: empujar o importunar a otras personas, amenazas o agresiones verbales; daños menores a bienes y enseres (por ejemplo, romper vasos, cristales); hiperactividad marcada o agitación.

3 Agresividad física hacia otras personas o animales (insuficientes para puntuar 4); actitud amenazante; hiperactividad más grave o destrucción de bienes o enseres.

4 Al menos un ataque físico serio a otras personas o animales; destrucción de propiedades (Ej. provocando incendios); conducta intimidatoria u obscena.

2. Autolesiones no accidentales

No incluye autolesiones **accidentales** (debidas por ejemplo a demencia o a incapacidad intelectual severa); los problemas cognitivos han de ser puntuados en la escala 4 y el daño resultante en la Escala 5.

No incluye las enfermedades o lesiones producidas como consecuencia directa del consumo de alcohol o drogas, que se puntúan en la Escala 3 (por ejemplo, la cirrosis hepática o las lesiones derivadas de conducir en estado ebrio puntúan en la Escala 5).

0 Ningún problema de este tipo durante el período evaluado.

1 Pensamientos pasajeros de acabar con todo pero riesgo pequeño durante el período evaluado; sin autolesiones.

2 Riesgo leve durante el período evaluado; incluye autolesiones no peligrosas (por ejemplo arañarse las muñecas).

3 Riesgo moderado o grave de autoagresión deliberada durante el período evaluado; incluye actos preparatorios (por ejemplo acumular medicación).

4 Tentativa seria de suicidio y/o autolesión grave deliberada durante el período evaluado.

3. Consumo problemático de alcohol o drogas

No incluye la conducta agresiva/destructiva secundaria al consumo de alcohol o drogas, puntuado en la Escala 1.

No incluye enfermedades o discapacidades derivadas del consumo de alcohol o drogas, puntuadas en la Escala 5.

0 Ningún problema de este tipo durante el período evaluado.

1 Consumo excesivo pero dentro de las normas sociales.

2 Pérdida de control en el consumo de alcohol o drogas, pero sin dependencia seria de ellos.

3 Marcada apetencia o dependencia del alcohol o drogas con frecuente pérdida del control; conductas de riesgo durante los periodos de intoxicación.

4 Incapacitado/a por los problemas de alcohol/drogas.

4. Problemas cognitivos

Incluye problemas de memoria, orientación y comprensión asociados a cualquier trastorno: incapacidad de aprendizaje, demencia, esquizofrenia, etc.

No incluir trastornos temporales (por ejemplo resacas), secundarios al consumo de alcohol o drogas, puntuados en la Escala 3.

0 Ningún problema de este tipo durante el período evaluado.

1 Problemas menores de memoria o comprensión (por ejemplo, olvido ocasional de nombres).

2. Problemas leves pero claros (por ejemplo, se ha perdido en un lugar familiar o no ha reconocido a una persona conocida); confusión ocasional en relación con decisiones simples.

3 Marcada desorientación en el tiempo, el espacio o las personas; desconcierto ante acontecimientos cotidianos; lenguaje algunas veces incoherente; enlentecimiento mental.

4 Desorientación severa (por ejemplo, incapacidad para reconocer familiares); riesgo de accidentes; habla incomprensible; obnubilación o estupor.

5. Problemas por enfermedad física o discapacidad

Incluye enfermedades o discapacidades de cualquier causa que limiten o impidan el movimiento, deterioren la capacidad visual o auditiva, o que de otra manera interfieran con la autonomía personal.

Incluye los efectos secundarios de la medicación; los efectos del consumo de drogas/alcohol; las discapacidades físicas derivadas de accidentes o autolesiones asociadas a problemas cognitivos, conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol, etc.

No incluye los problemas mentales o conductuales puntuados en la Escala 4.

0 Ningún problema de salud física durante el período evaluado.

1 Problema menor de salud durante dicho período (por ejemplo resfriados, caídas de poca importancia, etc.).

2 Problemas de salud física que limitación leve de la movilidad y actividad.

3 Grado moderado de limitación de la actividad debido a un problema de salud física.

4 Incapacidad severa o completa secundaria a un problema de salud física.

6. Problemas asociados a la presencia de ideas delirantes y alucinaciones

Incluye alucinaciones e ideas delirantes independientemente del diagnóstico.

Incluye la conducta extraña o bizarra asociada a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes.

No incluye la conducta agresiva, destructiva o hiperactiva atribuible a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, que se puntúa en la Escala 1.

0 No hay evidencia de alucinaciones, ideas delirantes durante el período evaluado.

1 Creencias excéntricas o en alguna medida extrañas no congruentes con el ambiente cultural del o de la paciente.

2 Ideas delirantes o alucinaciones (por ejemplo voces o visiones) presentes, pero originan escaso malestar o conducta bizarra en el paciente, es decir, clínicamente presente pero de forma leve.

3 Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o las alucinaciones, que originan mucho malestar y/o se manifiestan como una conducta bizarra obvia, es decir, problema de moderada severidad clínica.

4 El estado mental y la conducta del paciente están seriamente y negativamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o de las alucinaciones, con una repercusión severa sobre el/la paciente.

7. Problemas en relación con el humor depresivo

No incluye la hiperactividad o agitación, que se puntúan en la Escala 1.

No incluye la ideación o tentativas de suicidio, que se puntúan en la Escala 2.

No incluye la presencia de ideas delirantes o alucinaciones, que se puntúan en la Escala 6.

0 Ningún problema asociado con humor depresivo durante el período evaluado.

1 Tristeza o cambios menores en el estado de ánimo.

2 Depresión y malestar leve pero claro (por ejemplo, sentimiento de culpa; pérdida de la autoestima).

3 Depresión con autoinculpación injustificada; preocupación con sentimientos de culpa.

4 Depresión severa o muy severa, con sentimientos de culpa o autoacusaciones.

8. Otros problemas mentales o de conducta

Puntuar únicamente el problema clínico más severo que no haya sido considerado en los ítems 6 y 7 como sigue. **Especificar el tipo de problema** consignando la letra apropiada: “**A**” Fóbico; “**B**” Ansiedad; “**C**” Obsesivo-Compulsivo; “**D**” Sobrecarga mental y tensión; “**E**” Disociativo; “**F**” Somatoforme; “**G**”

Alimentación; “**H**” Sueño; “**I**” Sexual; “**J**” Otros, especificar.

0 Sin evidencia de cualquiera de estos problemas a lo largo del período evaluado.

1 Problemas menores solamente.

2 Problema clínicamente presente con intensidad leve (por ejemplo, el/la paciente tiene un cierto grado de control).

3 Crisis o malestar severo de forma ocasional, con pérdida de control (por ejemplo, se ve obligado/a a evitar por completo situaciones que generan ansiedad, pedir ayuda a un vecino/a, etc.) es decir, nivel de problema moderadamente severo.

4 Problema grave que domina la mayoría de las actividades.

La valoración de la casilla adicional es:

a. Fobias de cualquier tipo.

- b. Ansiedad y pánico
- c. Problemas obsesivo-compulsivos
- d. Fatiga o tensión no especificada en otro sitio.
- e. Problemas disociativos (“conversión”)
- f. Quejas físicas persistentes sin evidencia de enfermedad tras un completo examen médico.
- g. Problemas con el apetito, aumento o disminución de la ingesta.
- h. Problemas de sueño.
- i. Problemas sexuales.
- j. Problemas no especificados en otro lugar: Ej. Ánimo expansivo o exaltado.

9. Problemas con las relaciones

Puntuar el problema más severo asociado a la carencia activa o pasiva de relaciones sociales, y/o a relaciones carentes de apoyo, destructivas o autolesivas.
0 Ningún problema significativo durante el período evaluado.

1 Problema menor sin entidad clínica.

2 Problema claro para crear o mantener relaciones de apoyo: el/la paciente se queja de ello y/o tales problemas son evidentes para las demás personas.

3 Problema severo y persistente debido a carencia pasiva o activa de relaciones sociales, y/o que las relaciones existentes aportan un escaso o nulo apoyo o consuelo.

4 Aislamiento social grave y penoso debido a incapacidad para comunicarse socialmente y/o a la pérdida de las relaciones sociales.

10. Problemas con las actividades de la vida cotidiana

Puntuar el nivel medio de funcionamiento en las actividades de la vida diaria (AVD): por ejemplo, problemas con actividades básicas de cuidados personales como la alimentación, la limpieza personal, la vestimenta, el uso del lavabo; también habilidades complejas tales como la administración del dinero, la organización de dónde vivir, la ocupación y el tiempo libre, la movilidad y el uso del transporte, las compras, el desarrollo personal, etc.

Incluye: cualquier falta de motivación para manejarse o valerse por sí mismo/a, puesto que esto contribuye a un menor nivel de funcionamiento.

No incluye la falta de oportunidades para ejercer las habilidades y capacidades intactas, que se registra en las Escalas 11-12.

1 Sin problemas durante el período evaluado; buena capacidad de funcionamiento en todas las áreas.

2 Problemas menores solamente (por ejemplo, desordenado/a, desorganizado/a)

3 Cuidados personales adecuados, pero fallo importante en la realización de una o más habilidades complejas (véase arriba).

4 Problemas severos en una o más áreas de los cuidados personales (alimentación, limpieza personal, vestimenta, uso del lavabo) así como discapacidad severa para ejecutar varias habilidades complejas.

5 Discapacidad grave o incapacidad en todas o casi todas las áreas de cuidados personales y habilidades complejas.

11. Problemas en las condiciones de vida

Puntuar la severidad media de los problemas en relación con la calidad de las Condiciones de vida y con la rutina doméstica cotidiana.

¿Están cubiertas las necesidades básicas (calefacción, luz, higiene)? Si es así, ¿Dispone de ayuda para afrontar las discapacidades y de variedad de oportunidades para utilizar habilidades y desarrollar otras nuevas?

No puntuar el nivel de discapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la Escala 10.

Nota: Puntuar el alojamiento habitual del paciente. Si la evaluación se lleva a cabo en una unidad de internamiento de corta estancia, puntuar su alojamiento habitual. Si no hay suficiente información, puntuar 9.

0 El alojamiento y las condiciones de vida son aceptables; útil para mantener cualquier discapacidad registrada en la escala 10 en el más bajo nivel posible, y para ayudar al/a la paciente a valerse por sí mismo/a.

1 El alojamiento es razonablemente aceptable aunque existen problemas menores o transitorios (por ejemplo, la situación no es la ideal, no es la opción preferida, la comida no es de su agrado, etc.)

2 Problema significativo con uno o más aspectos del alojamiento y/o régimen (por ejemplo, elección restringida; el personal o las personas que viven con el/la paciente tienen conocimientos insuficientes acerca de cómo limitar la discapacidad o de cómo ayudar a utilizar o a desarrollar habilidades nuevas o intactas).

3 Múltiples problemas preocupantes en relación con el alojamiento (por ejemplo, carencia algunas necesidades básicas); los recursos del entorno doméstico para mejorar la independencia del o de la paciente son mínimos o inexistentes.

4 El alojamiento es inaceptable. (por ejemplo, carece de las necesidades básicas, el/la paciente está en riesgo de desahucio o de quedarse en la calle, o las condiciones de vida son, por lo demás intolerables), agravando los problemas del/de la paciente.

12. Problemas en relación con la ocupación y las actividades.

Puntuar el nivel global de problemas en relación con la calidad del entorno cotidiano. ¿Existe ayuda disponible para afrontar las discapacidades, y oportunidades para mantener o mejorar las capacidades ocupacionales y recreativas y actividades? Considerar los factores tales como el estigma, falta de personal cualificado, acceso a recursos de apoyo (por ejemplo personal y equipamiento de centros de día, talleres o clubes sociales, etc.).

No puntuar el nivel de incapacidad funcional en sí mismo, puntuado en la escala 10.

Nota: puntuar la situación habitual del paciente. Si el paciente está internado en una unidad de corta estancia, puntuar las actividades durante el período previo al ingreso. Si no hay suficiente información disponible, puntuar 9.

0 El entorno cotidiano del/de la paciente es aceptable: útil para mantener cualquier discapacidad puntuada en la Escala 10 en el menor nivel posible, y para ayudar al/a la paciente a valerse por sí mismo/a.

1 Problema menor o transitorio (por ejemplo, retraso en cobrar el paro); recursos razonables disponibles pero no siempre en el momento deseado, etc.

2 Surtido limitado de actividades; carencia de tolerancia razonable (por ejemplo, denegar injustificadamente la entrada en bibliotecas o baños públicos, etc.); en desventaja por la falta de domicilio estable; apoyo insuficiente por parte de profesionales o cuidadoras/es; ayuda durante el día disponible pero durante tiempo muy limitado.

- 3 Deficiencia marcada de servicios cualificados disponibles que ayuden a minimizar el nivel de discapacidad existente; ausencia de oportunidades para utilizar habilidades intactas o para adquirir nuevas; atención no cualificada de difícil acceso.
- 4 La falta de oportunidades para realizar actividades durante el día contribuye a empeorar los problemas del/de la paciente.

Puntuación

La puntuación total indica severidad global y oscila entre 0 y 48. A mayor puntuación mayor gravedad.

Los ítems 1-8, y la evolución de su puntuación a lo largo del tiempo en relación con otras variables clínicas, aportan un registro de la evolución clínica. Los ítems 9-12 miden la autonomía de funcionamiento en el medio residencial y ocupacional del o de la paciente.

Las puntuaciones se dividen en cuatro secciones las diferentes secciones (A, B, C, D) muestran diferentes patrones de evolución. Los pacientes agudos tienden a mejorar en el orden C, A, D, B.

La puntuación total representa la gravedad acumulada de los diferentes ítems, por lo que puede servir para medir la evolución.



ANEXO II: FORMULARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE

NHC:

TRASTORNO MENTAL: Grave Común

SEXO: Hombre / Mujer

EDAD: (Expresada en años).

NIVEL EDUCATIVO: Analfabeto / Básico / FP / Bachillerato / Estudios universitarios.

NIVEL ECONÓMICO: Bajo / Medio / Alto.

SITUACION LABORAL: Paro / Estudiante / Incapacidad laboral transitoria / Incapacidad laboral permanente/ Pensionista / Labores domesticas/ Trabajo eventual / Trabajo fijo.

TIPO DE CONVIVENCIA: Familia de origen / Familia propia / Solo / Con otros familiares y amigos.

ESTASO CIVIL: Soltero / Casado / Pareja de hecho / Separado / Divorciado / Viudo.

DISTANCIA DESDE EL DOMICILIO HABITUAL HASTA EL CENTRO: (Medida en Km.)

TRATAMIENTO CON NEUROLÉPTICO DE ACCIÓN PROLONGADA: Sí/ No

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO: _____ (Según CIE-10)

ANEXO III: MODELO DE CARTA A LA DIRECCIÓN Y COMITÉ DE ÉTICA



A la Dirección de Enfermería y Comité de Ética

Hospital Psiquiátrico Román Alberca

Mi nombre es María López Ortín, enfermera interna residente de salud mental adscrita a la Unidad Docente Multiprofesional Salud Mental de Murcia. Me dirijo a ustedes con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo en el Centro de Salud Mental Murcia Este el proyecto de investigación del trabajo fin de máster titulado “Influencia del equipo multidisciplinar del Centro de Salud Mental Murcia Este en la prestación de cuidados a personas con Trastorno Mental”, que realizaré bajo la dirección y supervisión de mi tutora, María Mercedes Rizo, profesora de la Universidad Miguel Hernández de Elche y del Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Este estudio pretende medir la evolución de la puntuación en la escala HoNOS en el rango de problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental, de los pacientes atendidos por el equipo multidisciplinar del centro de salud mental Murcia Este, con el objetivo de evaluar el impacto de los centros de salud mental en la prestación de cuidados a personas con trastorno mental grave.

Se llevará a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, longitudinal con una duración de un año aproximadamente.

Para la aplicación de los instrumentos de medida y recogida de datos de las Historias Clínicas, solicitamos la colaboración del centro, en cuanto recursos se refiere.

Estoy a su disposición en el teléfono 699414015. Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludo atentamente:

Murcia, a _ de _ de 2019

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a _____

Con DNI n° _____ manifiesto que he sido informado/a por la investigadora principal y consiento voluntariamente la utilización de mis datos clínicos en el estudio de investigación.

- La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria y debe ser tomada libremente.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable, en caso de no aceptar la participación.
- La información en este estudio será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores. Su nombre no aparecerá en ningún documento del estudio, sólo se le asignará un número de participante al inicio del mismo para garantizar la confidencialidad de la información.
- Su participación en el estudio no exige la realización de pruebas clínicas adicionales de tipo diagnóstico o funcional.
- Si decide participar en el estudio, puede retirar el consentimiento en el momento que lo desee.

Recibo copia del impreso de consentimiento informado y acepto participar en este estudio de investigación.

Murcia a _____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma del investigador.

Revocación de mi consentimiento para la utilización de mis datos clínicos con fines de investigación.

Murcia a _____ de _____ de _____

Firma del participante

Firma del investigador.

