

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS  
QUE AFECTAN AL NIVEL DE  
FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LOS  
PACIENTES ATENDIDOS POR EL EQUIPO DE  
TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO DE  
MURCIA**

**Alumno: Martínez Galera, Cristina**

**Tutor: Pallarés Carratala, Vicente**

**Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria**

**Curso: 2020-2021**

## RESUMEN

La esfera social es una de las áreas más afectadas por la enfermedad en las personas con esquizofrenia. Conocer el grado de afectación y cuáles son los factores de riesgo o protectores puede ayudar a los profesionales que atienden a estos pacientes a proporcionar una atención individualizada que ayude a la recuperación y que disminuya el aislamiento social de estas personas.

El objetivo principal es conocer el nivel de funcionamiento social de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia incluidos en programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia y las características sociodemográficas que afectan al mismo. Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal con un muestreo de conveniencia donde se incluirán a todos los usuarios que cumplan los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. Para la obtención de datos se va a utilizar la Escala reducida de Funcionamiento Social y una encuesta para recoger las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios y situación laboral.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, Tratamiento Asertivo Comunitario, Funcionamiento Social.

## SUMMARY

The social sphere is one of the areas most affected by the disease in people with schizophrenia. Knowing the degree of affectation and the risk or protective factors can help to provide individualized care and recovery and reduces the social isolation of these people.

The main objective is to know the level of social functioning of the patients diagnosed with schizophrenia included in the Murcia Assertive Community Treatment Program and the sociodemographic characteristics that influence. It is an observational, descriptive, cross-sectional study with a convenience sampling where all users who meet the inclusion criteria and none for exclusion will be included. To obtain data, the reduced Social Functioning Scale and a survey to collect the sociodemographic variables (age, sex, marital status, type of coexistence, level of studies and employment situation ) will be used.

**KEY WORDS:** Schizophrenia, Assertive Community Treatment, Social Functioning.

# ÍNDICE

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	4
PREGUNTA EN FORMATO PICO .....	4
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA .....	4
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	9
HIPÓTESIS .....	10
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
Objetivo general .....	10
Objetivos secundarios .....	10
MATERIALES Y MÉTODOS .....	10
Diseño .....	10
Población diana y población a estudio.....	10
Criterios de inclusión y exclusión .....	11
Tamaño muestra y Método de muestreo .....	11
Método de recogida de datos.....	11
Variables.....	12
Análisis estadístico.....	12
APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	13
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA .....	13
LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS .....	14
POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS.....	14
CALENDARIO Y CRONOGRAMA.....	15
PERSONAL Y FUNCIONES .....	16
INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN.....	17
PRESUPUESTO .....	18
BIBLIOGRAFÍA .....	19
ANEXOS.....	20
Anexo I: Escala Reducida De Funcionamiento Social (SFS) .....	20
Anexo II. Encuesta Sociodemográfica .....	23
Anexo III. Carta a la Dirección y Comité de Ética .....	24
Anexo IV: Consentimiento Informado .....	25
Anexo V: Cronograma.....	26

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características sociodemográficas que afectan al nivel de funcionamiento social de los pacientes atendidos por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia (ETAC)?

## **PREGUNTA EN FORMATO PICO**

- P: Pacientes atendidos por el ETAC de Murcia (diagnosticados de Esquizofrenia).
- I: Conocer las variables sociodemográficas y medir el nivel de funcionamiento social.
- C: No procede
- O: Conocer si existe relación entre las variables sociodemográficas y el funcionamiento social de los pacientes incluidos en el estudio.

## **ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

El DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) establece los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia. Los síntomas característicos que indica este manual para la esquizofrenia son: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos como aplanamiento afectivo, alogia o abulia. Las alteraciones en el funcionamiento social/laboral también están presentes desde el inicio del trastorno. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas característicos, anteriormente señalados, y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas característicos de forma atenuada. Previamente al diagnóstico de esquizofrenia, el DSM-V determina que se deben descartar el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas y comprobar que el trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica<sup>1</sup>.

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave que afecta a casi el 1% de la población mundial<sup>2</sup>. Es una de las enfermedades más incapacitantes tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, además está asociado a una reducción en

las conexiones sociales, tasas reducidas de empleo e incapacidad para vivir independientemente, debiéndose esto a que se asocia a deficiencias cognitivas en la mayoría de los pacientes<sup>3</sup>. Sin embargo, existe una considerable variabilidad en el grado de deterioro funcional<sup>4</sup>.

En el inicio, la mayoría de los estudios se centraron en investigar los procesos cognitivos no sociales, como la atención o la memoria, sin embargo, en los últimos años ha habido un creciente interés respecto a la cognición social en personas con esquizofrenia. La cognición social se refiere a las operaciones mentales asociadas con la percepción, interpretación y comprensión del contexto social y con las relaciones con uno mismo y con los demás. Los déficits en la cognición social son una constante del trastorno que perdura en el tiempo, siendo resistentes al tratamiento farmacológico y que además parecen tener un impacto directo en las recaídas y reingresos<sup>5</sup>.

La cognición social está estrechamente relacionada con el funcionamiento social ya que como indican algunas de las conclusiones más relevantes de los estudios que los relacionan, determinadas áreas cognitivas (vigilancia, memoria verbal) son predictores del desarrollo funcional en áreas que ejecutan tareas como desenvolverse en la comunidad, resolver problemas y adquirir habilidades sociales, es decir, la presencia de déficits en cognición social interfiere significativamente con el funcionamiento de la persona<sup>6,7</sup>.

Más del 60% de las personas con esquizofrenia presentan deficiencias en su funcionamiento social que aparecen, generalmente, durante los primeros cinco años desde el inicio del trastorno, aunque pueden ser evidentes incluso antes de que la persona sea diagnosticada<sup>6</sup>. El funcionamiento social se define como la capacidad de conseguir y mantener un autocuidado apropiado, una labor productiva y relaciones interpersonales significativas<sup>8</sup>. El deterioro del funcionamiento social no solo se ve influido por los síntomas psicóticos; otros factores como la capacidad cognitiva, la afectividad y los efectos adversos de los fármacos antipsicóticos también deben tenerse en cuenta, y aunque el uso de antipsicóticos atípicos contribuye a mejorar el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia ya que producen menos

efectos secundarios, el desarrollo de intervenciones psicosociales son primordiales para la reinserción social y el mantenimiento en la comunidad de los pacientes<sup>9</sup>.

Debido al deterioro del funcionamiento social que presentan la mayoría de las personas con esquizofrenia, la mayor parte de ellos cuentan con escasas redes sociales, estando formadas en su mayoría por familiares y mantienen escaso contacto con el resto de la comunidad. Los estudios señalan que las personas con esquizofrenia que poseen relaciones sociales de apoyo muestran mejores condiciones de vida, menos síntomas y menor número de ingresos hospitalarios que aquellos que carecen de dicho apoyo, ya que el apoyo social aumenta la capacidad de los individuos para adaptarse a la vida diaria y hacer frente a los acontecimientos estresantes, contribuyendo a mejorar su funcionamiento social y su adaptación a la comunidad<sup>9,10</sup>.

Según un estudio llevado a cabo con personas con esquizofrenia y sus familiares, estos experimentan una importante sobrecarga derivada del cuidado de su familiar con esquizofrenia. Parece haber una relación inversa entre la sobrecarga general que experimentan y las interacciones sociales de los pacientes, por lo que aquellos pacientes que mantienen mayores contactos sociales y una ocupación generan menos sobrecarga general en sus familiares. De esta forma, la variable empleo en la persona con esquizofrenia, disminuye la sobrecarga del cuidador y además facilita su integración social, la disminución del gasto económico asociado al trastorno y la satisfacción de sus necesidades personales<sup>9</sup>.

Así mismo, entre los problemas a los que tienen que enfrentarse los familiares destacan: el manejo de los síntomas y la conducta de la persona afectada, el aislamiento, la dificultad para compatibilizar las necesidades de la persona a la que cuidan con las propias, la incapacidad para llevar a cabo una vida normal, el uso inadecuado de la medicación y la percepción negativa de la ayuda que proviene de los profesionales sanitarios<sup>11</sup>.

El agotamiento de los familiares que forman la red de apoyo puede generar la aparición de respuestas emocionales disruptivas en sus miembros (sobrepotección, hostilidad) que promueven la creación de un ambiente estresante que puede resultar

nocivo para el paciente. Este tipo de situaciones requieren de una especial atención, que exige a los profesionales la capacidad de establecer una relación de comprensión y apoyo, tanto para el paciente como para los familiares, siendo esta relación necesaria para afrontar aquellos problemas que amenazan la convivencia<sup>11</sup>.

En la actualidad, aunque lo más frecuente es que las personas con esquizofrenia vivan en ámbitos no hospitalarios donde se favorecen y fortalecen las relaciones sociales, el deterioro de las funciones sociales sigue siendo un problema<sup>10</sup>. Es por esta razón, que hay estudios que sugieren la necesidad de considerar el funcionamiento social de personas con esquizofrenia, y su integración familiar y comunitaria como un objetivo esencial en los programas de apoyo para estos pacientes y sus cuidadores<sup>9</sup>.

En acuerdo con lo anterior, debido a las limitaciones psicosociales que produce la esquizofrenia y a todos los componentes de esta enfermedad, el abordaje debe ser por medio de una terapia que combina tratamiento farmacológico y terapia psicosocial, donde participan activamente diferentes profesionales, el paciente y sus familiares<sup>9,12</sup>. Las investigaciones llevadas a cabo hasta el momento, han demostrado que las intervenciones en cognición social son eficaces para la recuperación de las personas con esquizofrenia, aunque todavía no se han establecido recomendaciones para la práctica clínica. El desarrollo de estas recomendaciones podría facilitar el trabajo asistencial, la gestión de recursos y la atención que reciben las personas con este trastorno<sup>5</sup>.

La Declaración sobre Salud Mental para Europa considera la salud mental como una prioridad sanitaria, social y económica. Tal declaración reclama a los Sistemas Sanitarios Europeos a que formulen unas estrategias encaminadas a la potenciación de la atención integral y comunitaria dejando atrás el antiguo modelo de institucionalización, la lucha contra el estigma y la discriminación, el fomento de la inclusión social y la protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental<sup>11</sup>.

En esta línea, los servicios públicos han creado nuevos programas para dar respuesta a las necesidades asistenciales ya que se estima que los recursos actuales proveen de una respuesta parcial o insuficiente a esta determinada población. El Equipo de

Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC), pretende dar soluciones diferentes a la atención actual<sup>11</sup>. Tener claramente identificada la población diana está considerado como uno de los elementos claves del ETAC para delimitar el perfil de pacientes que se pueden beneficiar de este programa. Esto es muy importante para no crear falsas expectativas tanto en usuarios/as como en profesionales y para garantizar la eficacia de dicho programa<sup>13</sup>.

Estos programas están dirigidos a las personas diagnosticadas de trastorno mental grave, que están o pueden llegar a estar en una situación de alto riesgo (de suicidio, recaída, abandono, explotación o abuso, desinhibición, deterioro cognitivo o riesgo para personas menores). Estas situaciones conllevan un grado importante de sufrimiento, inestabilidad, aislamiento y abandono. Un porcentaje elevado de casos va a presentar comorbilidad habitualmente, aunque no de manera exclusiva, con abuso de sustancias. Estos casos requieren una atención multisectorial (servicios sanitarios y sociales, vivienda, educación, justicia, etc.)<sup>11</sup>. Un programa de este tipo en Albacete, ha estudiado la efectividad de este tipo de atención a la hora de reducir los ingresos hospitalarios comparado con la atención ofrecida por las Unidades de Salud Mental al uso y los resultados son concluyentes, muestran que estos equipos multidisciplinares que actúan en la comunidad logran en los pacientes atendidos con Trastorno Mental Grave (TMG) una reducción muy significativa de los ingresos hospitalarios a los 12 y 36 meses de ser incluidos en el programa<sup>14</sup>.

El ETAC de Murcia, dependiente del Servicio Murciano de Salud, está situado en el Centro de Salud Mental Murcia-Este. Inició su recorrido en 2011 con el objetivo de atender de modo integral en la comunidad a los pacientes con trastorno mental grave que no evolucionan favorablemente en otros recursos de la red asistencial. Su población adscrita pertenece al Área Sanitaria VII de la Región de Murcia, asistiendo a los pacientes de los siguientes Centros de Salud/Consultorios: Beniel, Alquerías, Barrio del Carmen, Beniaján, Floridablanca, Infante, Llano de Brujas, Monteagudo, Puente Tocinos, Santiago El Mayor, Vistabella y Santomera.

En la actualidad el equipo lo componen dos psiquiatras, una psicóloga, un trabajador social, una terapeuta ocupacional y cuatro enfermeros. Dispone de dos vehículos y de



cuatro teléfonos móviles para contactar y ser contactado por usuarios y familiares durante el horario de trabajo del equipo (08:00 - 15:00 horas, de lunes a viernes).

Este equipo atiende a un total de 80 usuarios, y además del diagnóstico de TMG, el perfil de pacientes atendidos varía desde pacientes con múltiples ingresos en la Unidad de Hospitalización de Psiquiatría y que no asisten a los centros de salud a pacientes recluidos en su domicilio, con escaso contacto con otros servicios (sociales o sanitarios) y con un claro deterioro de su funcionamiento psicosocial, dándose prioridad a personas con problemática social grave, varias personas diagnosticadas en la misma familia y/o claudicación familiar.

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

Desde que la atención a las personas con esquizofrenia ha ido cambiando hacia un modelo en el que la mayoría de ellos son tratados en la comunidad en vez de mediante la hospitalización a largo plazo, la función social se ha considerado una medida de resultados cada vez más importante en la investigación y la práctica clínica con estos pacientes. El uso de escalas para medir de forma estandarizada el funcionamiento social se limita, sin embargo, a la investigación. Su aplicación en la práctica clínica diaria es poco frecuente y los motivos que se alegan son la falta de conocimiento de los instrumentos disponibles, la falta de tiempo y de recursos para administrar las escalas, las dificultades para obtener una puntuación final y de interpretar de una manera operativa la puntuación<sup>12</sup>.

A la luz de lo anterior, cabe decir que la literatura revisada con el fin de realizar este proyecto de investigación, expone por un lado, que la esquizofrenia ha sido bien estudiada y por el otro, y esta es una cuestión central de esta investigación, la necesidad de conocer las puntuaciones de los pacientes con esquizofrenia seguidos por el ETAC de Murcia en las escalas de Funcionamiento Social y las posibles diferencias en función de las variables sociodemográficas, para proporcionar información y así poder crear oportunidades de intervención enfocadas a la recuperación y en última instancia, nos permitirá disminuir la discapacidad social de los pacientes que atiende este equipo.

## **HIPÓTESIS**

- Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia tienen un deterioro del funcionamiento social.
- Las variables sociodemográficas afectan al nivel de funcionamiento social en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia incluidos en el programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia.

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **Objetivo general**

Conocer el nivel de funcionamiento social de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia incluidos en programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia.

### **Objetivos secundarios**

- Determinar la puntuación en la Escala de Funcionamiento Social (versión corta) de los pacientes incluidos en el estudio.
- Observar si existe relación entre las variables sociodemográficas y la puntuación total en la Escala de Funcionamiento Social (versión corta) de los pacientes incluidos en el estudio.
- Detectar posibles factores protectores del funcionamiento social en los pacientes con esquizofrenia.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño**

Para conocer el funcionamiento social de pacientes con esquizofrenia y si determinados aspectos sociodemográficos influyen en él, se tratará de metodología cuantitativa. El diseño empleado en el desarrollo del estudio será observacional, descriptivo de corte transversal y para la correcta redacción de este, se seguirá la lista de comprobación STROBE.

### **Población diana y población a estudio**

Para realizar el presente estudio nos ubicaremos en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario, situado en Murcia (Región de Murcia) durante el año 2021, siendo la

población objeto de estudio pacientes con diagnóstico de esquizofrenia incluidos en este programa.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Estar en seguimiento por el ETAC de Murcia.
- Edad igual o mayor a 18 años.
- Aceptar participar en el estudio, tras ser debidamente informados.
- Cumplir los criterios del DSM-V para el diagnóstico de esquizofrenia.

Los criterios de exclusión se exponen a continuación:

- Presentar una alteración física, psíquica y/o sensorial grave en el momento de la recogida de datos.
- No cumplir los criterios de inclusión.

### **Tamaño muestra y Método de muestreo**

Para la obtención de la muestra se llevará a cabo un tipo de muestro no probabilístico de conveniencia, donde se incluirá a la totalidad de los usuarios que cumplan todos los criterios de inclusión en el momento de obtención de datos y cumplimentación de las encuestas y no tengan ningún criterio de exclusión. Actualmente cumplen criterios 64 pacientes.

### **Recogida de datos**

Los instrumentos que se utilizarán para recogida de información en la presente investigación serán los siguientes. En primer lugar, la Escala reducida de Funcionamiento Social<sup>12</sup>. Se trata de una escala en su adaptación española, reducida y validada, que debe ser respondida de forma autoadministrada por el paciente y que, según los autores, el tiempo estimado para completarla es de 15 minutos. Ha sido diseñada para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia y consta de 15 ítems, siendo el sumatorio de las puntuaciones un mínimo de 0 y un máximo 45 puntos, siendo 45 el mejor estado de funcionamiento social (ANEXO I). En

segundo lugar, se empleará una encuesta para la recogida de datos sociodemográficos, siendo respondida también de forma autoadministrada. Esta encuesta está compuesta por 6 ítems: edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios y situación laboral (ANEXO II). Los dos cuestionarios serán aplicados conjuntamente, por personal del ETAC durante la intervención del equipo, por si el paciente experimenta alguna dificultad para completarlos.

### **Variables**

➤ Variable de estudio:

Funcionamiento social de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia incluidos en programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia: variable cuantitativa discreta.

➤ Variables sociodemográficas:

- Edad (expresada en años): variable cuantitativa discreta.
- Sexo (hombre/mujer): variable cualitativa nominal dicotómica.
- Estado civil (soltero/a, con pareja, casado/a, divorciado/a, viudo/a): variable cualitativa nominal policotómica.
- Tipo de convivencia (vive solo o acompañado): variable cualitativa nominal dicotómica.
- Nivel de estudios (sin estudios, primarios, secundarios, superiores): variable cualitativa ordinal.
- Situación laboral (sin trabajo, con trabajo): variable cualitativa nominal dicotómica.

### **Análisis estadístico**

Para analizar los datos obtenidos, se realizará un estudio descriptivo en el que las variables numéricas se resumirán como como media, desviación típica, mediana, mínima y máxima y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes.

Inicialmente, se valorará la normalidad de las variables analizadas en la población mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnoff para utilizar test paramétricos o no paramétricos en función de los resultados. Si las variables siguen una distribución normal, aplicaremos en la comparación de variables cuantitativas y variables cualitativas la prueba de T-Student para dos factores o ANOVA para cuando haya más de 2 factores. Cuando no se demuestre normalidad en la variable usaremos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para 2 muestras y la prueba de Kruskal-Wallis para más de 2 muestras. Para la comparación de variables cualitativas aplicaremos la prueba de la Chi-Cuadrado o la prueba de Fisher, si la muestra no sigue una distribución normal. Para estudiar la relación entre variables exclusivamente cuantitativas, usaremos la Regresión/Correlación en variables que siguen la normalidad y la correlación Rho de Spearman, si no la siguen.

Todos los resultados se considerarán significativos para un nivel  $\alpha < 0.05$ . Los análisis se llevarán a cabo con el programa IBM SPSS Statistics.

## **APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS**

La relevancia del proyecto en cuanto a su impacto clínico, asistencial y/o desarrollo tecnológico será la información obtenida sobre el funcionamiento social de los pacientes con esquizofrenia del ETAC de Murcia, el principal recurso asistencial con capacidad de intervenir en el entorno comunitario del paciente con TMG y sus familiares. Esta aportación fomentará la realización de intervenciones individualizadas por parte del equipo según la situación de cada paciente y permitirá mejorar la gestión de los recursos disponibles. Los resultados de esta investigación serán difundidos a través de diferentes congresos de ámbito nacional e internacional, así como publicados en diferentes revistas.

## **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

Para la realización de este proyecto de investigación se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sobre el funcionamiento social en personas con esquizofrenia y los resultados obtenidos en la atención de los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario. Para ello he utilizado bases de datos nacionales e internacionales (Cochrane, Pubmed, Scielo, Dialnet), además de un manual o guías publicadas por

organismos sobre el funcionamiento de los ETAC en España, todo ello citado en la bibliografía.

El principal aspecto que determina la selección del artículo es su afinidad, pertinencia y adecuación al tema. En cuanto al idioma, se han seleccionado artículos en español e inglés.

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
<b>COCHRANE</b>	Schizofrenia	9	0
<b>SCIELO</b>	Schizophrenia AND Social Functioning	81	1
<b>DIALNET</b>	Schizophrenia AND Social Functioning	97	2
<b>PUBMED</b>	Schizophrenia AND Social Functioning	1969	7

## LIMITACIONES Y POSIBLES SEGSOS

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es la dificultad para la extrapolación de los datos a la población general debido a la ausencia de aleatorización a la hora de seleccionar la muestra. Otra limitación posible es el sesgo de información como consecuencia del "Efecto Hawthorne" o respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que están siendo estudiados. Por último, se ha tenido en cuenta la posibilidad de pérdida de sujetos de la muestra debido a la posibilidad de no aceptar participar en el estudio, siendo la muestra insuficiente y no representativa.

Entre las fortalezas del estudio podemos encontrar las siguientes: que se describe la situación actual de los pacientes atendidos por el ETAC de Murcia, aportando información que posibilita planificación sanitaria y generando nuevas hipótesis que se puedan comprobar mediante otro tipo de estudios y aumenta la difusión de estos conocimientos.

## POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS

Debido a que se trata de un estudio con seres humanos, se cumplirán las siguientes consideraciones éticas:

- 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 manera que será necesaria la obtención del consentimiento informado por parte de los sujetos de estudio.

- Se tendrá en cuenta además la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal que regula el uso de la historia clínica del usuario, permitiendo el acceso a la historia clínica con fines de investigación entre otros. Toda la información recogida, será tratada de manera totalmente confidencial y secreta. El equipo investigador se compromete a publicar los resultados obtenidos en el estudio.

- Por último, respetaremos el Código Deontológico de la Enfermería Española y las normas de declaración de Helsinki.

Para ellos se solicitará, antes del inicio del estudio, la autorización de la Dirección de Enfermería del Hospital Reina Sofía y del Comité de Ética de dicha institución (ANEXO III). Además, los pacientes deberán aceptar la participación en el estudio a través del Consentimiento informado (ANEXO IV).

## **CALENDARIO Y CRONOGRAMA**

FASE 1. Marzo - Junio 2021: Presentación del proyecto al comité de ética del Hospital Reina Sofía (Área VII). Reunión del equipo de investigación para determinar objetivo principal del estudio y distribuir tareas. Revisión sistemática de la bibliografía y redacción del proyecto de investigación.

FASE 2. Julio - Noviembre 2021: Información a los participantes de la finalidad del estudio y obtención del consentimiento informado, selección de la muestra, distribución y recogida de las encuestas, procesamiento de los datos y creación de base de datos. Esta fase se llevará a cabo en la consulta del Centro de Salud y durante la intervención terapéutica con el paciente.

FASE 3. Diciembre 2022: Análisis estadístico e interpretación de los datos.

FASE 4. Enero - Febrero 2022: Elaboración final del estudio de investigación con redacción de resultados y conclusiones.

FASE 5. Marzo 2022: Difusión de los conocimientos obtenidos en publicaciones y congresos científicos.

## PERSONAL Y FUNCIONES

- **Investigadora Principal** (Cristina Martínez Galera): búsqueda bibliográfica, diseño del estudio, recogida y procesamiento de los datos, redacción de resultados y conclusiones, difusión de los resultados a través de las publicaciones.

- **Equipo Investigador Colaborador**: colaboración en el proceso de cumplimentar las encuestas por los pacientes (Ana Isabel López García) y análisis de resultados (estadístico proporcionado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia).

### EXPERIENCIA DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL (Cristina Martínez Galera)

2010-2014. Grado en Enfermería. Universidad de Murcia.

OCTUBRE 2012. Primer Premio en la categoría de 2º Curso de Grado en Enfermería en el I Certamen Premio Conoce Encuentra con el trabajo titulado "Práctica basada en la evidencia. Pasado, presente y futuro".

JUNIO 2014. Trabajo Fin de Grado. Título: Propuesta de formación en habilidades comunicativas en profesionales de enfermería para efectuar al NIC de escucha activa y apoyo emocional. Presentado en la Universidad de Murcia.

2014-2019. Presentación y publicación de numerosos trabajos de investigación en formato póster y comunicación escrita en distintas jornadas y congresos a nivel regional, nacional e internacional.

2015-2017. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria mediante la vía EIR. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Vega media y alta del Segura y Altiplano de Murcia de Murcia.

OCTUBRE-DICIEMBRE 2015. Curso: Metodología de la Investigación. Organizado por la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Vega media y alta del Segura y Altiplano de Murcia de Murcia e incluido en la Plan integrado de Formación Continuada de la Región de Murcia. (40 horas).

ABRIL 2017. Presentación de un trabajo de investigación. Título: Nivel de estrés percibido en residentes de primer y segundo año de Enfermería Familiar Y



Comunitaria en España. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Vega media y alta del Segura y Altiplano de Murcia de Murcia.

OCTUBRE-DICIEMBRE 2018. Curso: Metodología de la Investigación. Organizado por el Servicio Murciano de Salud. (25 horas).

2018-2020. Enfermera Especialista en Salud Mental mediante la vía EIR. Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de la Región de Murcia.

2020-2021: Cursando Máster de Investigación en Atención Primaria en la Universidad Miguel Hernández.

MAYO-SEPTIEMBRE 2021: Enfermera Escolar en el Centro de Salud Totana Sur.

### **EXPERIENCIA DEL EQUIPO INVESTIGADOR** (Ana Isabel García López)

Graduada en Fisioterapia por la Universidad de Murcia en el año 2006. Graduada en Enfermería por la Universidad de Murcia en el año 2008. Especialista en Enfermería de Salud Mental por la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Murcia en 2015. Máster en Prevención de Riesgos Laborales por la Universidad Miguel Hernández y Máster en Salud, Mujer y Cuidados en la Universidad de Murcia. Actualmente trabaja en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del Centro de Salud Murcia Este.

## **INSTALACIONES E INSTRUMENTACIÓN**

Los medios materiales disponibles son: la consulta donde se ubica el ETAC dentro del Centro de Salud; un ordenador con acceso internet, al programa informático Selene y a programas ofimáticos donde se creará la base de datos y se redactará el proyecto de investigación; una impresora y material de oficina (folios, bolígrafos...).

Entre los medios humanos disponibles, se cuenta con la participación de los profesionales del equipo, será imprescindible su colaboración para ayudar a los pacientes a cumplimentar las encuestas aprovechando las intervenciones. Por último, se precisará la ayuda de un estadístico para el correcto análisis de los datos obtenidos que será proporcionado por la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.

## PRESUPUESTO

GASTOS DE PERSONAL		EUROS
Investigador principal x 12 meses (Duración Estudio)		1800 € (Contratada por SMS)
Investigador colaborador x 12 meses (Duración Estudio)		1800 € (Contratada por SMS)
Profesional estadístico x 1 mes (Duración Análisis resultados)		1.600€ (Contratada por FFIS)
GASTOS DE EJECUCIÓN		EUROS
Material fungible: folios, tóner, bolígrafos, archivadores.		200€
Material inventariable: ordenador con paquete estadístico SPSS, impresora.		1000€
Recursos materiales: consulta del ETAC, mesas y sillas.		200 € (Aportado por C.Salud)
<b>TOTAL</b>		<b>46.200 €</b>



## BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
2. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev.* 2008;30:67-76. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18480098>
3. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci.* 2015;16(10):620-631. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26373471>
4. Bora E, Binnur Akdede B, Alptekin K. Neurocognitive impairment in deficit and non-deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2017;47(14):2401-2413. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28468693>
5. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Lalucat-Jo L, Villegas-Miranda F. Social cognition interventions for persons with schizophrenia: evidence and clinical practice guidelines. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016;44(1):30-43. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26905888>
6. Juckel G, Morosini PL. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21(6):630-639. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18852573>
7. Jaramillo P, Durá IF, Ruiz JCR. Cognition, social cognition and social functioning in schizophrenia. *Psychology, Society & Education.* 2009;1(1-2):13-24. doi: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6360197>
8. Cavieres F. A, Valdebenito V. M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría.* 2005;43(2):97-108. doi: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v43n2/art03.pdf>
9. Maldonado JG, Urizar AC, García MF, Dávila PF. Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema.* 2012;24(2):255-262. doi: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3858979>
10. Harley EW-Y, Boardman J, Craig T. Friendship in people with schizophrenia: a survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(8):1291-1299. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21984654>
11. Higuera-Romero, J. Desarrollo de programas de Tratamiento Asertivo Comunitario en Andalucía. Documento Marco. 2010:176. doi: <https://consaludmental.org/publicaciones/TratamientoasertivocomunitarioAndalucia.pdf>
12. Alonso J, Olivares J, Ciudad A, Manresa J, Casado A, Gilaberte I. Development and validation of the Social Functioning Scale, short version, in schizophrenia for its use in the clinical practice. *Actas Esp Psiquiatr.* 2008;36(2):102-110. doi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18365790>
13. Martínez-Jambrina JJ, Pañueñas-Carnicero E. Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatría.* 2007; 70 (2): 77-82. doi: <https://docplayer.es/52061043-Tratamiento-asertivo-comunitario-el-modelo-aviles.html>
14. López-Santiago J, Blas LV, Gómez M. Efectividad de un programa de Tratamiento Asertivo Comunitario para pacientes con Trastorno Mental Grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2012;17:10. doi: [http://www.aepcp.net/arc/01\\_2012\\_n1\\_lopez\\_blas\\_gomez.pdf](http://www.aepcp.net/arc/01_2012_n1_lopez_blas_gomez.pdf)

# ANEXOS

## **Anexo I: Escala Reducida De Funcionamiento Social (SFS)**

### AISLAMIENTO-ACTIVIDADES SOCIALES.

1. ¿Con qué frecuencia sale de casa? (por cualquier razón)
  - Nunca.
  - Raramente.
  - A veces.
  - A menudo.
  
2. ¿Cómo reacciona ante la presencia de extraños?
  - Los evita.
  - Se siente nervioso
  - Los acepta.
  - Le agradan.

### COMUNICACIÓN INTERPERSONAL.

3. En estos momentos, ¿le resulta fácil o difícil hablar con la gente?
  - Bastante fácil.
  - Normal.
  - Bastante difícil.
  - Muy difícil.

### CONDUCTA PROSOCIAL

Marque en cada columna la frecuencia con la que ha participado en cualquiera de las siguientes actividades durante los últimos 3 meses.

4. Exposición:
  - Nunca.
  - Raramente.
  - A veces.
  - A menudo.
  
5. Ir a fiestas.
  - Nunca.
  - Raramente.
  - A veces.
  - A menudo.
  
6. Discoteca.
  - Nunca.
  - Raramente.
  - A veces.
  - A menudo.

7. Asistir a alguna actividad de la iglesia.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

INDEPENDENCIA-EJECUCIÓN.

Marque en cada ítem la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos 3 meses.

8. Lavar la propia ropa.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

9. Utilizar dinero.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

10. Disponer y administrar el propio dinero.

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

INDEPENDENCIA-COMPETENCIA

Decir si es capaz de hacer.

11. Cocinar para sí mismo.

- Adecuadamente, no necesita ayuda.
- Necesita ayuda.
- Incapacidad, necesita mucha ayuda.
- No sabe.

12. Fregar los platos.

- Adecuadamente, no necesita ayuda.
- Necesita ayuda.
- Incapaz, necesita mucha ayuda.
- No sabe.

ACTIVIDADES DEL TIEMPO LIBRE

Marque donde corresponda en cada columna para indicar con qué frecuencia ha hecho alguna de las siguientes actividades, durante los últimos 3 meses.

13. Arreglar cosas (bici, coche...)

- Nunca.
- Raramente.
- A veces.
- A menudo.

EMPLEO-OCUPACIÓN.

14. ¿Tiene usted en estos momentos un empleo regular? (incluye terapia ocupacional, rehabilitación o cursos de reciclaje).

- Sí.
- No.

15. ¿Está usted dado de baja como incapacitado?

- Sí.
- No.



## Anexo II. Encuesta Sociodemográfica

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:

- Hombre
- Mujer

3. Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a

4. ¿Vive solo/a?

- Sí
- No

5. Nivel de estudios:

- Sin estudios
- Primarios
- Secundarios
- Terciarios

6. Situación laboral:

- Sin trabajo
- Con trabajo



### **Anexo III. Carta a la Dirección y Comité de Ética**

## **A la Dirección de Enfermería y Comité de Ética Hospital Reina Sofía**

Mi nombre es Cristina Martínez Galera, enfermera del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia-Este. Me dirijo a ustedes con el fin de solicitar su autorización para llevar a cabo en el Centro de Salud en el que trabajo el proyecto de investigación que he diseñado.

El proyecto se denomina “CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE AFECTAN AL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL EQUIPO DE TRATAMIENTO ASERTIVO COMUNITARIO DE MURCIA”. Esta investigación pretende conocer las puntuaciones de los pacientes con esquizofrenia seguidos por el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Murcia en las escalas de Funcionamiento Social y las posibles diferencias en función de las variables sociodemográficas. Su realización puede proporcionar información y con ella crear oportunidades de intervención individualizadas enfocadas a la recuperación y en última instancia, permitirá disminuir la discapacidad social de los pacientes que atiende este equipo.

Se llevará a cabo un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, con una duración de un año aproximadamente. Los instrumentos que se utilizarán serán, en primer lugar, la Escala reducida de Funcionamiento Social, diseñada para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. En segundo lugar, se empleará una encuesta para la recogida de datos sociodemográficos compuesta por 6 ítems: edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel de estudios y situación laboral. Finalmente, se analizarán los datos estadísticamente y se concluirá el estudio.

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. Toda la información recogida, será tratada de manera totalmente confidencial y secreta.

Estoy a su disposición en el teléfono 630440227. Agradeciendo de antemano su colaboración, le saludo atentamente:

Murcia, a        de        de 2021



## **Anexo IV: Consentimiento Informado**

D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con DNI nº \_\_\_\_\_ 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 de este 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 2021

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 2021

Firma del participante

Firma del investigador

## Anexo V: Cronograma

### **CRONOGRAMA PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

TÍTULO DEL PROYECTO	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUE AFECTAN AL NIVEL DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL ETAC DE MURCIA												
RESPONSABLE DEL PROYECTO	CRISTINA MARTÍNEZ GALERA												
	2021						2022						
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
FASE 1: Presentación del proyecto al Comité de Ética. Reunión Equipo Investigación. Revisión sistemática y Redacción del proyecto.													
FASE 2: Obtención consentimiento informado Pacientes. Recogida de Encuestas. Procesamiento datos. Crear Base de datos.													
FASE 3: Análisis Estadístico e Interpretación de los datos.													
FASE 4: Redacción de Resultados y Conclusiones.													
FASE 5: Difusión de Conocimientos Obtenidos mediante publicación y participación en Congresos.													