

XVII PROMOCIÓN DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL (2016-18)
UNIDAD DOCENTE DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL
ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA

**LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DE
DERECHOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA
PERCIBIDA POR PERSONAS USUARIAS Y PROFESIONALES**

Autora: Cira Febles Arévalo

Contacto: cira.febles@gmail.com

Tutor: Dr. Francisco J. Navarro Vázquez

Las Palmas de Gran Canaria, Febrero 2018

RESUMEN

Desde hace años, se realiza un esfuerzo por dignificar el cuidado y proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental a través de movimientos sociales, legislaciones y la creación de herramientas que evalúan la calidad y derechos humanos de los servicios que prestan cuidados a estas personas. *QualityRights*, elaborada por la OMS, es un ejemplo. Permite identificar necesidades en las prácticas asistenciales actuales, útil para establecer medidas que promuevan y protejan los derechos de las personas con problemas de salud mental.

Este proyecto consiste en un estudio cualitativo de tipo descriptivo exploratorio. Su objetivo es explorar la calidad asistencial desde la perspectiva de derechos humanos en los servicios de hospitalización de media y larga estancia, percibida por las personas usuarias y los profesionales asistenciales de las mismas. La recogida de datos se realizará siguiendo un guión basado en la herramienta *QualityRights*.

Palabras clave: *calidad asistencial, derechos humanos, salud mental, hospitalización*

**QUALITY OF CARE FROM THE PERSPECTIVE OF HUMAN RIGHTS OF
THE HOSPITALIZATION SERVICES OF MEDIUM AND LONG STAY
PERCEIVED BY USERS AND PROFESSIONALS**

ABSTRACT

For years, efforts have been made to dignify and protect the rights of people with mental health illness through social movements, legislations and the creation of tools to evaluate the quality and human rights of the services that take care of these people. *QualityRights*, elaborated by OMS, is an example. It allows to identify needs in the actual assistance practices, it is useful to establish measures that promote and protect the rights of people with mental health illness.

This project consists on a qualitative study of an explorative descriptive type. Its aim is to explore the quality of the assistance, perceived by the users and the professional assisting them, from the perspective of the human rights of medium and long stay of the hospitalization services. The recopilation of data will be done following a guideline based on the *QualityRights* tools.

Keywords: *care quality, human rights, mental health, hospitalization*

INDICE DE ACRÓNIMOS

ABILAP: Asociación Bipolar Las Palmas

AFAES: Asociación de Familias para Apoyo de Personas con Enfermedad Mental

CDPD: Conferencia sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

DDHH: Derechos Humanos

OMS: Organización Mundial de la Salud

SAF: Supervisor de Área Funcional

SM: Salud Mental

UCyR: Unidad Clínica y de Rehabilitación

UME: Unidad de Media Estancia

TERMINOLOGÍA

Se han utilizado diversos términos en relación a las personas a las cuales se les diagnostica una enfermedad mental. Muchas de estas personas consideran este término peyorativo y estigmatizante. Sin intención de que puedan considerarse como eufemismos, por lo explicado, se utilizarán los términos de <<personas con problemas de salud mental>> o <<personas usuarias de los servicios de salud mental>>.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.2 MARCO TEÓRICO	10
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	12
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3. MATERIAL Y MÉTODO	13
3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	13
3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	13
3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO	14
3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA	14
3.4.1 PACIENTES	14
3.4.2 PROFESIONALES	15
3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	16
3.5.1 PACIENTES	16
3.5.2 PROFESIONALES	16
3.6 RECOGIDA DE DATOS Y TRABAJO DE CAMPO	16
3.6.1 PACIENTES	17
3.6.2 PROFESIONALES	18
3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS	20
3.8 CRITERIOS DE CALIDAD.....	21
3.9 PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA.....	22
3.10 MEMORIA ECONÓMICA.....	23
3.11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	23
4. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES	24
5. AGRADECIMIENTOS	25
6. BIBLIOGRAFÍA	26
ANEXOS	29

1. INTRODUCCIÓN

Las personas con discapacidades mentales y psicosociales representan un grupo vulnerable, debido, entre otras razones, a la suposición errónea de que son incapaces de llevar a cabo sus responsabilidades. Esto puede dar lugar a la restricción en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles; así como a una serie de barreras socioeconómicas que contribuyen a una mayor marginación y aislamiento social; obstaculizando su participación en razón de su deficiencia, real o supuesta^{1,2}. En muchas ocasiones se pone en duda su capacidad para tomar decisiones, existiendo la posibilidad de que se actúe por el bien de la persona pero sin respetar sus derechos como ciudadano de pleno derecho^{2,3}.

Hoy en día se demuestra que estas personas pueden vivir de manera autónoma cuando se las empodera mediante la debida protección jurídica y apoyo suficiente⁴.

Las acciones organizadas de la sociedad civil, especialmente los movimientos liderados por las personas usuarias de los servicios de salud mental (SM) y las organizaciones de personas con discapacidad, han contribuido a la elaboración de un discurso nuevo sobre la SM y a la evolución del marco de DDHH en este ámbito⁴. Este marco, ha formado parte del movimiento de recuperación. Actualmente no existe una definición única, pero en la más aceptada la recuperación consistiría en *“un proceso único y personal de cambio de actitud, valores, sentimientos, objetivos, habilidades y roles. Es una forma de vida satisfactoria, esperanzadora, y que aporta algo a pesar de las limitaciones causadas por los síntomas de la enfermedad. Recuperación implica el desarrollo de un nuevo sentido de la vida”*(Anthony WA, 1993)⁵. Aboga por las relaciones no coercitivas entre profesionales y personas usuarias, favoreciendo la autonomía y teniendo como pilar fundamental el empoderamiento^{6,7}.

Desde hace años, se está prestando más atención al cumplimiento de los DDHH y a adoptar estrategias con un enfoque orientado hacia la recuperación⁸. En relación a ello, en

nuestro país, el Plan Integral de Salud Mental de Andalucía crea el “Grupo de Derechos Humanos y Salud Mental”³.

Además, se han desarrollado y aplicado instrumentos de evaluación de cara a mejorar la protección de los DDHH, la dignidad y el estado general de salud de las personas con problemas de SM y otras discapacidades que residen en instituciones sanitarias. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla *QualityRights* (2012), un conjunto de herramientas de evaluación de calidad y derechos, basado en los principios de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)^{9,10}. En estas herramientas las entrevistas con personas usuarias, familiares y profesionales se consideran fundamentales para evaluar los servicios.

Este proyecto tiene como finalidad explorar la calidad asistencial desde la perspectiva de DDHH, según la percepción de los profesionales asistenciales y de las personas usuarias de los servicios de hospitalización de media y larga estancia de la Red de Salud Mental de Gran Canaria. Para la mejora de la calidad asistencial es necesario indagar en los conocimientos que se tienen en materia de DDHH, así como identificar, analizar y atender condiciones o situaciones en las que sea posible la vulneración de los derechos de las personas a las que prestamos cuidados, permitiendo establecer medidas específicas y globales de protección.

1.1 JUSTIFICACIÓN

En el mundo, los problemas de SM comprenden una parte sustancial de la carga relacionada con la enfermedad y una discapacidad asociada cercana al 14%¹¹. Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, en España la tasa de discapacidad atribuible específicamente a los problemas de SM es de 6,4%.

En el ámbito de los servicios sanitarios, estas personas pueden experimentar una baja calidad en su atención y son susceptibles de que se produzcan violaciones a sus DDHH^{9,12}.

De hecho, el informe realizado por el Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa tras visitar España, expresa su inquietud por las repercusiones sumamente desfavorables que han supuesto los recortes presupuestarios en las condiciones de vida y la inclusión social de las personas con discapacidad desde la crisis económica¹³. Los programas de rehabilitación son fundamentales para “prevenir y reducir la aparición de nuevas discapacidades”¹⁰. Los recortes en estos programas, lejos de promover la autonomía, pueden conducir a una demanda cada vez mayor de atención por dependencia.

No obstante, cuando se produce una vulneración de derechos, a veces se considera como inevitable para reconducir las desviaciones de la conducta¹⁴. En la mayoría de los casos, se producen como resultado de prácticas erróneas o de políticas y/o leyes que no se han aplicado adecuadamente. Ocurren sin intención de causar daño, y sin conciencia de que se está violando un derecho. Por ello, prestar una mayor atención a las alternativas no coercitivas y la inclusión en la comunidad es una forma de velar por estos derechos; contribuyendo a su promoción y a concienciarnos de las nuevas formas en las que también puede existir una violación de los mismos⁴.

Si consideramos que nuestro objetivo principal como profesionales es mejorar la calidad de los cuidados, la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas podría considerarse como implícita. Existe una asociación significativa entre el funcionamiento del paciente y la alianza terapéutica; y entre la alianza terapéutica y la calidad de vida en pacientes con problemas graves de SM de larga evolución (McCabe et al, 1999)¹⁵. En contraposición, las medidas coercitivas exacerbaban el estigma y la discriminación perpetuando la asimetría en la relación terapéutica⁴.

Esta relación es el principal instrumento de trabajo con el que contamos en SM, siendo en sí misma una fuente de cuidados. Las prácticas basadas en la recuperación, incluye un trabajo de

colaboración entre paciente y profesional, entendido como facilitador de la toma de decisiones y el manejo del problema¹⁶.

En el contexto de hospitalización, las personas ingresadas están en contacto con el personal de enfermería durante un período de tiempo mucho mayor que con cualquier otro profesional. Por ello, está en posición idónea para identificar las respuestas humanas de las personas al enfrentarse a las dificultades y desarrollar, conjuntamente, el tipo de experiencias para la mejora de las mismas.

A raíz de la Conferencia sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la OMS desarrolló *QualityRights*, un conjunto de herramientas de evaluación destinadas a mejorar la calidad y promover los DDHH en la asistencia y las instalaciones sanitarias y sociales^{9,12}. Se ha utilizado en diferentes países incluida España. Los resultados en Asturias permitieron extraer problemas como la falta de información; deficiencias en instalaciones, recursos y coordinación de niveles; insuficiencia de protocolos, guías de tratamiento; y deficiencias en el trato y la relación¹⁷.

Existen otros instrumentos^{18,19}. En Granada se utilizó el *Indicador de calidad para cuidados de rehabilitación (QuIRC)*, tras formar parte del estudio DEMoBinc^{6,18}. Entre sus resultados establece la importancia del contexto comunitario y de la flexibilidad en las normas de vida como potenciador del mejor funcionamiento; los niveles de implicación de los usuarios, el apoyo, la autonomía y la claridad del programa de intervención se citaron como importantes componentes de la calidad ambiental para optimizar la recuperación²⁰.

Por otro lado, en Bizkaia se llevó a cabo el proyecto REE-Bizkaia, a través de la adaptación del cuestionario *REE (Recovery Enhancing Environment Measure)*, evaluador del desarrollo de entornos favorables para la recuperación. Los resultados refuerzan la idea de que la reforma de los servicios y la formación de los profesionales han conllevado un compromiso decidido hacia un modelo de asistencia integral y respetuoso con las opiniones de las personas atendidas²¹.

Adoptar una perspectiva de DDHH en SM comienza con la evaluación de la situación actual. Puede considerarse como un primer paso necesario para identificar posibles problemas en las prácticas asistenciales existentes y reflexionar acerca de ellas²².

1.2 MARCO TEÓRICO

El Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la OMS, defiende que las estrategias, acciones e intervenciones deben ajustarse a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)²³.

La CDPD ha supuesto un cambio de paradigma¹⁰. Es el primer tratado jurídicamente vinculante que protege y promueve los derechos de las personas con discapacidad; incluyendo, expresamente, las personas con discapacidad derivada de un problema de SM. Formulada bajo el modelo social de la discapacidad, reconoce que ésta puede cambiar dependiendo del contexto en el que se encuentre la persona y de las condiciones socio-económicas y políticas.

En España, la Ley 14/1986 General de Sanidad, supuso una transformación de la asistencia psiquiátrica. En su artículo 20, establece la total equiparación de las personas que requieran servicios sanitarios y sociales, así como la plena integración de las actuaciones relativas a la SM en el sistema sanitario general.

En este ámbito, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho de la ciudadanía y la promoción de la autonomía.

Sin embargo, el Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con Trastornos Mentales en España (2016), expone que “todavía se sigue ignorando la diversidad de la persona como ser humano que tiene derechos y es digno de un trato humano”, ya que

muchas personas afectadas siguen sufriendo problemas de exclusión social y son susceptibles de que sus DDHH sean violados²⁴.

La Estrategia Nacional de Salud Mental establece entre sus objetivos “erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales” e “implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes”²⁵. Además, apoya la participación activa en la planificación y evaluación de los servicios por parte de las personas usuarias y familiares. Pone de manifiesto la escasa participación real y una actitud negativa generalizada de los profesionales hacia ello²⁶.

Finalmente, señalar en este marco normativo lo referente a la profesión enfermera. Según la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” son funciones del personal de enfermería. Tenemos un gran potencial para desempeñar un papel activo en la promoción de los DDHH de las personas con problemas de SM; y a través de alianzas y acciones conjuntas, fortalecer el ejercicio de la ciudadanía de las mismas²⁷. Existe, incluso, dentro de la Taxonomía NIC, la intervención 7460 “Protección de los derechos del paciente”²⁸.

Además, en el Código Deontológico de la Enfermería Española, en el Capítulo II, se hace referencia a los deberes en relación a “la enfermería y el ser humano”, reflejando nuestra responsabilidad como profesionales de proteger al paciente, respetando y reconociendo como valores; la libertad e igualdad en dignidad y derecho de las personas²⁹.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Explorar la percepción de pacientes y profesionales sobre la calidad asistencial desde la perspectiva de DDHH de los servicios de hospitalización de media y larga estancia de la Red de Salud Mental de Gran Canaria.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la percepción subjetiva de los usuarios de los servicios de hospitalización de media y larga estancia en relación a la calidad de los servicios en materia de DDHH.
- Identificar las diferentes actitudes, valores, percepciones y/o conocimientos que poseen los diferentes profesionales que trabajan en la asistencia en estas unidades, respecto a la calidad de los servicios en materia de DDHH.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

La metodología que se empleará es **de tipo cualitativo**, concretamente, un estudio descriptivo exploratorio.

Teniendo en cuenta que la profesión enfermera está caracterizada por tener una mirada integral del ser humano; la investigación cualitativa está muy relacionada. Se interesa por captar la realidad social a partir de la percepción que tiene el sujeto en su propio contexto aportando una visión holística.

3.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

Los establecimientos psiquiátricos y otros dispositivos de media y larga estancia hospitalaria se han asociado por largo tiempo con cuidados de baja calidad³⁰. Desde los movimientos de la Reforma Psiquiátrica se ha realizado un esfuerzo por dignificar el cuidado y proteger los derechos de las personas afectadas. Esto ha tenido efectos y la situación de las personas que residen en instituciones ha mejorado.

El estudio está enfocado en las personas que se encuentran ingresadas en los dispositivos de hospitalización de media y larga estancia pertenecientes a la Red de Salud Mental de Gran Canaria y en los profesionales que se dedican a la asistencia en ellos.

En lo relacionado con la hospitalización de larga estancia, en el año 2007, se produce el traslado de las personas ingresadas en las Unidades de Rehabilitación Activa (URAs). Estas unidades estaban localizadas en Hoya del Parrado, donde se encontraba el antiguo Hospital Psiquiátrico de Gran Canaria. El traslado se produce a la Unidad Clínica y de Rehabilitación (en adelante, UCyR) con la apertura de ésta, ubicada en el Hospital Juan Carlos I. La UCyR consta de 90 camas distribuidas en 3 plantas de hospitalización.

Un año más tarde, en el 2008, en el mismo hospital, se abre la Unidad de Media Estancia (en adelante, UME), con una dotación de 30 camas; aunque actualmente, debido al personal de enfermería con el que cuenta, se encuentran en funcionamiento 25.

Actualmente, ambas unidades, dependen funcional y administrativamente de la Dirección Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN) y su ámbito de actuación es el Área Provincial de Las Palmas.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Existen dos poblaciones diana: los profesionales que se dedican a la asistencia en la UME y en la UCyR del Hospital Juan Carlos I (características socio-estructurales en *Anexo I*); y las personas que se encuentran hospitalizadas en ellas (ocupación a diciembre de 2017 en *Anexo II*) o lo hayan estado entre 2012-2017.

3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

3.4.1 PACIENTES

Para la obtención de la muestra de personas hospitalizadas se empleará un muestreo no probabilístico teórico.

En investigación cualitativa no se exige, a priori, un número determinado de participantes. No obstante, tanto en la UME como en UCyR, se intentará conseguir la participación mínima de 4 personas por planta (16 personas). En el *Anexo III* se pueden observar los criterios de muestreo previstos, considerando que este proceso es dinámico y existe la posibilidad de aumentar perfiles en caso de necesitar recoger más información, siendo la saturación de los datos lo que guiará el muestreo. Es decir, el punto en el que ya no se obtiene información nueva y comienza a ser redundante.

Además, se establecerá contacto con los/as presidentes/as y vicepresidentes/as de asociaciones de usuarios y/o familiares para solicitarles que informen a personas asociadas que puedan estar interesadas, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para poder participar en el estudio han tenido que estar hospitalizadas en estas unidades entre los años 2012-2017. Las características y el funcionamiento previo de las unidades pueden haber cambiado, y se busca que los resultados del estudio sean actuales. Se acudirá a la *Asociación Canaria de Integración de Salud Mental Espiral*, la *Asociación de Familias para Apoyo de Personas con Enfermedad Mental (AFAES)* y la *Asociación Bipolar Las Palmas (ABILAP)*. Presuponiendo que, el hecho de pertenecer a una asociación puede aportar una perspectiva diferente ya que el asociacionismo y el activismo puede favorecer el empoderamiento y la sensibilización con el tema.

3.4.2 PROFESIONALES

La muestra será constituida empleando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se distinguirá entre las diferentes disciplinas que forman el equipo multidisciplinar. En la muestra formada por profesionales de enfermería se realizarán 1 grupo focal de, al menos, 8-10 miembros, constituidos por enfermeras de ambos servicios, y otro formado por auxiliares de enfermería, también de ambos servicios. Puede ser enriquecedora la aportación de experiencias y perspectivas diferentes en función de las características del ámbito de trabajo. Respecto al resto de profesionales se intentará entrevistar, al menos a 3 profesionales de enfermería que realizan también labores de gestión (supervisores de planta), 3 psiquiatras, 2 psicólogos/as, 2 trabajadoras sociales y 1 terapeuta ocupacional. Es decir, en total, se prevé realizar 11 entrevistas a profesionales de diferentes disciplinas.

3.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.5.1 PACIENTES

Criterios de inclusión:

- Encontrarse hospitalizadas en las unidades de estudio.
- Haber estado hospitalizadas en ellas entre los años 2012-2017.
- Estabilización clínica.
- Aceptar participar en el estudio y dar su consentimiento.

Criterios de exclusión:

- Descompensación psicopatológica.
- Estancia en los servicios en años anteriores al 2012
- Negativa a participar.

3.5.2 PROFESIONALES

Criterios de inclusión:

- Profesionales asistenciales que conforman el equipo multidisciplinar de los dispositivos.
- Aceptar participar en el estudio y dar su consentimiento.

Criterios de exclusión:

- No voluntariedad a participar.
- No cumplimiento de los criterios de inclusión.

3.6 RECOGIDA DE DATOS Y TRABAJO DE CAMPO.

A continuación se definirán las dos herramientas de recogida de datos que se utilizarán y el trabajo de campo para el estudio de cada muestra perteneciente a las dos poblaciones dianas. Se dispondrá de un guión establecido donde se definen las áreas a investigar. Ha sido elaborado basándose en las exploradas por la herramienta *QualityRights* de la OMS y puede observarse en el *Anexo IV* y *Anexo V*.

3.6.1 PACIENTES

Se utilizará la entrevista semiestructurada. Es un método de recogida de información cualitativa que se efectúa a modo de conversación y permite una gran flexibilidad a la hora de explorar un tema.

Para el reclutamiento de pacientes, el equipo de investigación formado por una investigadora principal y una colaboradora, enfermeras especialistas en SM; para el reclutamiento de pacientes acudirán personalmente a dichos servicios.

Tras la aprobación por parte del equipo de la unidad para disponer del tiempo necesario, tanto en la UME como en UCyR se aprovecharán las asambleas realizadas para acceder al universo de estudio y captar a los participantes que formarán la muestra. En una primera sesión, se solicitará disponer de al menos 30 minutos para informar de forma generalizada acerca del tema del estudio, objetivos y metodología. Tras unos días, se volverá a acudir al servicio para recoger los datos de las personas interesadas en participar. En el caso de las personas que tenga interés en participar y tengan modificada su capacidad de obrar, se procederá a solicitar la autorización por parte de su tutor legal y se invitará a estar presente también durante la entrevista. Se establecerá una fecha para una primera reunión con los participantes que cumplan con los criterios de inclusión en la que se proporcionará información específica acerca del estudio.

Por otro lado, se contactará personalmente con los/as presidentes/as y/o vicepresidentes/as de las asociaciones nombradas anteriormente para informarles, solicitando que divulguen la información entre las personas asociadas. Estableciendo una fecha para acudir nuevamente y recoger los datos de las personas interesadas en participar, siempre que cumplan con los criterios de inclusión.

Con el fin de facilitar la participación y el desplazamiento de los participantes, se optará por el mismo Hospital Juan Carlos I para la realización de las entrevistas. Se solicitará permiso

al SAF del hospital para disponer de un despacho donde realizar las entrevistas. Se pretende que los participantes vivan el estudio como algo externo al servicio de rehabilitación, por lo que preferiblemente estará localizado en la planta baja del edificio.

En las entrevistas estarán presentes la investigadora principal y la colaboradora que realizará una observación no participante. Serán grabadas con una grabadora de audio, solicitando el previo consentimiento escrito. Las entrevistas podrán tener una duración de 30-60 minutos.

El momento para realizar dichas entrevistas será pactado con los y las participantes, ofreciendo disponibilidad y flexibilidad.

3.6.2 PROFESIONALES

En la muestra de profesionales de enfermería se realizará una división entre los profesionales que se dedican a la asistencia y los que también realizan labores de gestión (supervisores de la planta), considerando que poseen características diferentes influenciadas por sus funciones. Además, se realizará una división por disciplinas. Por lo tanto, las técnicas que se utilizarán serán distintas.

❖ Grupos focales:

Los grupos focales es una técnica utilizada en investigación cualitativa que permite poner en contacto las ideas de las personas que participan. Permite poner en evidencia la manera de ver el mundo de cada participante, el lenguaje que utilizan para referirse a un asunto y los valores o creencias acerca de una situación a través de la interacción creando un espacio para el intercambio y la transformación.

El personal asistencial de enfermería; enfermeras y auxiliares, es una profesión numerosa en estos servicios, permitiendo la exploración mediante esta técnica.

Para acceder al universo formado por profesionales asistenciales de enfermería se contactará de forma directa con el supervisor de cada unidad para informar acerca del estudio,

objetivos y metodología. Asimismo, se les facilitará varias copias de un documento elaborado como invitación para participar. En días posteriores el equipo investigador acudirá a los servicios para informar personalmente y recoger los datos de los profesionales que estén interesados en participar.

Se solicitará permiso al SAF del Hospital Juan Carlos I para utilizar las salas de reuniones del hospital como lugar de encuentro, facilitando el acceso a todos los participantes. Las sesiones tendrán una duración estimada de 90 minutos, estando presentes la investigadora principal que asumirá el rol de moderadora, y una investigadora colaboradora como observadora no participante.

Todas las sesiones de los grupos focales serán grabadas con videocámara, habiendo solicitado con anterioridad el consentimiento escrito.

En caso de no conseguir los objetivos propuestos al finalizar, se llevará a cabo un muestreo no probabilístico teórico, seleccionando a profesionales concretos que previamente hayan aparentado presentar material más rico y denso para realizar entrevistas semiestructuradas. Esto nos permitirá profundizar en elementos que fueron tratados superficialmente.

❖ Entrevistas semiestructuradas

Se empleará para la obtención de datos en los profesionales de enfermería con actividades de gestión (supervisores de planta) y el resto de profesionales del equipo multidisciplinar (psiquiatras, trabajadoras sociales, psicólogos/as, terapeutas ocupacionales). Esta segmentación es debida a que son un grupo de profesionales menos numeroso y aceptando que la presencia de profesionales con diferentes posiciones jerárquicas en un grupo multiprofesional podría influir en las respuestas de los participantes inhibiendo o sesgando las mismas.

Se contactará con ellos personalmente entregándoles la misma invitación para participar en el estudio. Posteriormente, se recogerán los datos de contacto de las personas que estén interesadas.

Para realizar las entrevistas con profesionales se desarrollará el mismo proceso que en el grupo de pacientes, explicado anteriormente.

3.7 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis de los datos obtenidos se realizará un análisis narrativo de contenido centrado en el contenido manifiesto de la comunicación, es decir, en los contenidos expresados de forma directa, interpretando su significado.

En primer lugar, se llevará a cabo la transcripción de las grabaciones. Las transcripciones se harán de forma literal y deben contener tanto la información verbal, como no verbal y contextual.

Se identificará cada intervención de forma que se preserve la confidencialidad de los datos pero permita identificar y verificar la procedencia de la información, así como la numeración de las páginas secuencialmente.

Posteriormente, se procederá a la reducción de los datos. Para ello, se llevará a cabo la categorización y codificación de los mismos.

La categorización consiste en la segmentación en elementos singulares, o unidades, que resultan relevantes y significativas desde el punto de vista de nuestro interés investigativo. Esto facilita la clasificación de los datos registrados y propicia una importante simplificación, permitiendo identificar patrones en los datos para poder comparar las similitudes y diferencias de las secciones del texto codificadas de la misma forma.

A través de la codificación se asignará a cada unidad de significado un código propio (unidad de numeración) de la categoría en la que se considera que queda incluida. Cuando se han

incluido muchas ideas en una categoría se debe analizar la posibilidad de dividirla en subcategorías para facilitar el análisis posterior. Además, se realizará la separación del conjunto de datos según las características de las personas informantes.

En el *Anexo VI*, se pueden observar las categorías y subcategorías predefinidas, basadas en el *QualityRights*. Es probable que se vean modificadas a medida que se analizan los datos recogidos.

Finalmente, se procederá a la descripción de los resultados y su interpretación. En la elaboración de las conclusiones se realizarán comparaciones estableciendo semejanzas y diferencias entre las unidades incluidas en una categoría, se inferirán conclusiones a partir de otras presentaciones de datos o de la comparación con otros contextos similares. Para aportar criterios de calidad al estudio, se compartirán los resultados con los individuos que han participado para corroborarlos. Una vez obtenidos, se contactará con ellos a través del correo electrónico de los profesionales y mediante llamada telefónica con las personas hospitalizadas para concretar fecha de reunión.

3.8 CRITERIOS DE CALIDAD

- Triangulación:
 - Triangulación metodológica: entrevista semiestructurada y grupos focales.
 - Triangulación de investigadores: un investigador externo con experiencia en investigación cualitativa realizará un nuevo análisis de los datos.
 - Triangulación con los sujetos participantes: los resultados se corroborarán con los individuos que han participado.
- Amplia recogida de información:
 - Saturación de los datos.

- Aportación de múltiples perspectivas: pacientes y profesionales de diferentes disciplinas.

3.9 PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

Tabla 1: Cronograma del plan de trabajo del proyecto de investigación

<u>CRONOGRAMA DEL PLAN DE TRABAJO DE LA INVESTIGACIÓN</u>											
Etapas de la investigación	Septiembre-Noviembre 2017	Diciembre 2017	Enero-Febrero 2018	Marzo 2018	Abril 2018	Mayo 2018	Junio 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre-Diciembre 2018	Enero-Marzo 2019
Revisión bibliográfica											
Diseño del proyecto											
Presentación del proyecto											
Permisos pertinentes											
Recogida de datos											
Análisis de los datos											
Contraste con informantes											
Elaboración del informe											
Difusión de los datos											

3.10 MEMORIA ECONÓMICA

Tabla 2: Previsión de recursos para la elaboración del proyecto de investigación

	Unidad
Recursos humanos	Equipo de investigación
	Asesoramiento investigación cualitativa
	Auditoría externa
Recursos materiales	Material inventariable
	Ordenador
	Internet+teléfono
	Videocámara
	Grabadora de voz
	Despacho para entrevistas
	Sala para grupos focales
	Material fungible
	Reprografía
	Papelería
Otros gastos	Congresos y divulgación
	Dieta y alojamiento

3.11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En lo referente a los grupos focales, la presión del grupo o la dominancia de algunos de sus miembros pueden coartar a otros. Además, al ser grupal, la posibilidad de obtener mucha información de cada participante está limitada.

El bajo nivel de participación puede dificultar la creación de grupos focales, teniendo que realizar la recogida de datos a través de entrevistas semiestructuradas.

Puede producirse un sesgo de selección de efecto del voluntario; el grado de interés que puede tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir, presuponiendo que su grado de motivación y/o sensibilización con el tema es mayor.

4. ASPECTOS ÉTICO-LEGALES

El estudio se llevará a cabo respetando la Declaración de Helsinki. Además se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación de la Gerencia del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (HUGCDN) y del Comité de Ética de Investigación del HUGCDN

Se garantizará la confidencialidad de los datos de carácter personal de todos los participantes, según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Se solicitará el Consentimiento Informado por escrito que autorice el uso de grabadoras o videocámaras durante la recogida de los datos, pudiendo revocar dicho consentimiento en cualquier momento.

La participación será voluntaria, informada, no remunerada y anónima.

5. AGRADECIMIENTOS

Al tutor de este proyecto, por despertar mi interés por la cualitativa y guiarme dentro de ella. A la Jefa de estudios de la Unidad Docente y a mis compañeras de residencia por su acompañamiento durante estos dos años. Porque cada promoción de especialistas somos una oleada más de esperanza y entusiasmo.

A todos los profesionales que nos han enseñado acerca del trato y las experiencias de los otros contribuyendo a enriquecer nuestra formación.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Funk M, Drew N, Freeman M, et al. Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group Geneva, Switzerland. World Health Organization (WHO); 2012.
2. Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Asamblea General Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017. Report No.: A/HRC/34/32.
3. Junta de Andalucía. Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social. 2012.
4. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos; 2017. Report No.: A/HRC/35/21.
5. Anthony W. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993; 16(4): p. 11-23.
6. Killaspy H, King M, Wright C, et al. Study protocol for the development of a European measure of best practice for people with long term mental health problems in institutional care (DEMoBinc). *BMJ Psychiatry*. 2009 June; 9(36): p. 1-8.
7. World Health Organization: User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe Empowerment is not a destination, but a journey. Directorate-General for Health & Consumers. WHO Copenhagen; 2008.
8. Brophy L, Roper C, Hamilton B, et al. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016 February 17; 10: 7.; 10(6): p. 1-16.
9. QualityRights. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS: evaluando y mejorando a calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Organización Mundial de la Salud. 2012.
10. Organización de las Naciones Unidas: Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU Nueva York; 2006.
11. Raviola G, Becker A, Farmer P. A global scope for global health-including mental health. *The Lancet*. 2011 November 5; 378(9803): p. 1613-1615.

12. Saraceno B, Drew N, Funk M, et al. Humans rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*. 2017 November 5; 378: p. 1664-1675.
13. Muižnieks N. Informe del Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa tras su visita a España del 3 al 7 de junio de 2013. Estrasburgo; 2013. Report No.: CommDH(2013)18.
14. Soininen P, Putkonen H, Joffe G, et al. Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC Psychiatry*. 2014 Jun 4; 14(162): p. 1-12.
15. Johansson H, Eklund M. Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2004; 77: p. 511-523.
16. Santos Herrero A, Juan i Porcar M. La relación terapéutica en la enfermería de Salud Mental. *Presencia*. 2006 Julio-Diciembre; 2(4).
17. Evaluación de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias. Segunda Fase: evaluación de Derechos Humanos y calidad en instalaciones con internamiento. Principado de Asturias; 2010.
18. Killaspy H, White S, Wright C, et al. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC): a measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*. 2011; 11(35): p. 1-7.
19. Randall G, Thornicroft L, Lewis J, et al. Development of the ITHACA Toolkit for monitoring human rights and general health care in psychiatric and social care institutions. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012 October;: p. 1-14.
20. Brangier Wainberg, P. Factores asociados a la recuperación de personas con problemas de salud mental de larga evolución. El estudio Europeo DEMoBinc. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Medicina. 2010.
21. Evaluación del modelo de recuperación en la Red de Salud Mental de Bizkaia. Proyecto REE. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza. 2017 Noviembre;: p. 1-11.
22. Lolas-Stepke F. Trends and clinical need of ethical principles. *Revista Psiquiatría y Salud Mental*. 2015; 8(1): p. 1-2.
23. Organización Mundial de la Salud: Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. OMS, 2013.

24. Informe sobre el estado de los Derechos Humanos de las personas con Trastornos Mentales en España 2016. Confederación de Salud Mental España; Marzo, 2017.
25. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. ; 2009.
26. Gómez Beneyto M. La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales? Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los servicios. In Carmona J, del Río Noriega F. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009. p. 161-172.
27. Peplau H. Relaciones interpersonales en Enfermería. Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. 1st ed. Barcelona: Masson-Salvat Enfermería; 1990.
28. Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6th ed. Madrid: Elsevier; 2014.
29. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. 1989; Resolución 32/89. .
30. Funk M, Drew N. WHO Qualityrights. Tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva, Switzerland. World Health Organization (WHO); 2012.

RELACIÓN DE PROFESIONALES A DICIEMBRE 2017

			UME	UCyR		
				A	B	C
Enfermeras/os	Especialistas	Plaza fija	1	5	3	4
		Contrato	1	1	1	1.5
		Labores de gestión	-	1	1	1
	Generalistas	Plaza fija	4	1	3	1
		Contrato	3	1	-	0.5
		Labores de gestión	1	-	-	-
	Total			9	8	7
Auxiliares de enfermería			13	13	13	13
Psiquiatras			3	1	1	1
Psicólogos/as			1	1	1	1
Trabajadores/as sociales			1	2		
Terapeutas ocupacionales			1	1		

OCUPACIÓN DE LAS UNIDADES A DICIEMBRE DE 2017

		UME	UCyR		
			A	B	C
Total de pacientes		24	29	29	28
Mujeres		8	12	8	10
Hombres		16	17	21	18
Edad		(22-61)	(30-67)	(26-77)	(36-70)
Año de ingreso		(2015-2017)	(1993-2017)	(1986-2017)	(1990-2017)
Voluntariedad	Si	11	21	13	15
	No	13	8	16	13
Modificación de la Capacidad de Obrar	Si	0	11	13	12
	No	24	18	16	15
Nivel de estudios	Sin estudios	1	4	1	5
	Primarios	15	15	16	14
	Secundarios	4	9	11	6
	Universitarios	4	1	1	3

UNIDADES DE MUESTREO EN LA MUESTRA DE
PERSONAS USUARIAS DE LAS UNIDADES

		Sexo	Voluntariedad	Modificación capacidad de obrar	Nivel de estudios
UME		Hombre	No	No	Primarios
		Mujer	No	No	Universitarios
		Hombre	Si	No	Sin estudios
		Mujer	Si	No	Secundarios
UCYR	A	Hombre	No	Si	Secundarios
		Mujer	No	Si	Secundarios
		Hombre	Si	No	Sin estudios
		Mujer	Si	No	Primarios
	B	Hombre	No	Si	Sin estudios
		Mujer	No	No	Primarios
		Hombre	Si	Si	Secundarios
		Mujer	Si	Si	Secundarios
	C	Hombre	No	No	Primarios
		Mujer	No	No	Primarios
		Hombre	Si	No	Universitarios
		Mujer	No	Si	Primarios

GUIÓN PARA LA RECOGIDA DE DATOS EN LAS
PERSONAS USUARIAS DE LAS UNIDADES

¿Qué entiende por DDHH?

¿Cómo valoraría infraestructura del lugar?

Dinámicas de la unidad: puede informar acerca de los horarios, las asambleas, si dispone de sus pertenencias en la habitación, elecciones en la dieta según preferencias

culturales/personales, libertad para salir/entrar de la unidad, privacidad en llamadas y visitas.

¿Cómo consigue información acerca de actividades recreativas, asociaciones o eventos que se realicen fuera del hospital?

¿Cómo definiría su salud física y sexual?

¿Cuándo se le realizan controles de salud?

Respecto a los profesionales que le atienden, ¿puede contar con ellos? ¿Se interesan en qué cosas son importantes para usted y dan sentido a su vida? ¿Cómo se toman las decisiones, se tiene en cuenta su opinión? ¿Cómo le animan a recuperar la esperanza?

¿Qué tipo de apoyos tiene?

¿Cómo se lleva a cabo su programa de rehabilitación?

¿Qué información se le proporciona sobre el tratamiento farmacológico?

Si en algún momento ha sufrido una crisis y ha tenido dificultades para controlar sus impulsos, ¿cuál ha sido la forma de actuación por parte de los diferentes profesionales?

En caso de emergencia, ¿sabe lo que debería de hacer?

GUIÓN PARA LA RECOGIDA DE DATOS EN LOS
PROFESIONALES ASISTENCIALES DE LAS UNIDADES

¿Qué entiende por DDHH en SM? ¿Ha recibido formación específica?

En la práctica, ¿considera que se respetan los DDHH de las personas ingresadas?

Si no, ¿Cuáles cree que son las condiciones y/o situaciones que podrían dificultarlo?

¿Qué documentos existen en la unidad que los protejan?

Respecto a la alianza terapéutica, ¿cuáles cree que son las características de los profesionales que la favorecen? ¿por qué cree que establecerla puede ser importante?

¿Qué información se ofrece acerca de actividades, eventos y/o asociaciones en la comunidad?

¿Cuánta esperanza tiene de que las personas ingresadas muestren mejoría en su funcionamiento general en los próximos 2 años?

¿Cómo se realiza el plan individualizado de rehabilitación?

¿Cómo se lleva a cabo el proceso de toma de decisiones?

Respecto al tratamiento farmacológico, ¿qué información se proporciona acerca de diferentes opciones o alternativas y efectos secundarios? ¿cuánta influencia tiene el punto de vista de la persona ingresada en los aspectos relacionados con él (dosis, cambio, abandono)?

En el caso de las personas con modificación de la capacidad de obrar, ¿considera que cuentan con figuras de apoyo necesarios?

¿Cómo se realiza el asesoramiento para promover el acceso a la educación y empleo?

¿Se realizan exámenes de salud física con regularidad? ¿Y educación para la salud, incluyendo salud sexual y reproductiva?

Cuando un usuario presenta signos de agitación, ¿cuál es el procedimiento a seguir? ¿se utilizan técnicas de aislamiento y contención? ¿Qué tipo de alternativas podrían usarse?

En caso de emergencia, ¿cuál es el procedimiento de actuación?

CATEGORIZACIÓN

CATEGORÍAS (artículos de la CDPD)	SUBCATEGORÍAS
Derecho a un nivel de vida adecuado (art. 28)	Infraestructura
	Tratamiento farmacológico
	Alimentación
	Privacidad y comunicación
	Actividades programadas en la comunidad
Derecho al goce de una salud física y mental del más alto nivel posible (art. 25)	Plan de rehabilitación
	Disponibilidad servicios salud general y reproductiva
Derecho al ejercicio de la capacidad jurídica y el derecho a la libertad personal y la seguridad de la persona (art. 12 y 14)	Sus preferencias como prioridad
	Consentimiento libre e informado
	Ejercicio capacidad jurídica y apoyo
Protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, como también contra la explotación, la violencia y el abuso (art. 15 y 16)	Métodos alternativos al aislamiento y/o la contención para atenuar escalamiento de crisis potenciales
	Medidas de prevención de tratos crueles
Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19)	Acceso, apoyo y oportunidades de educación y empleo
	Participación vida política, pública y libre asociación
	Participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación
Documentación servicios	Procedimientos actualizados en caso de emergencia
	Plan individualizado de rehabilitación
	Exámenes de salud física periódicos
	Información sobre naturaleza y duración aislamiento y contención mecánica