XVIII PREMIO DE INVESTIGACIÓN-BECA AEESME

EXPERIENCIA DE COERCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

AUTORAS: Miriam Aragonés Calleja, Vanessa Sánchez Martínez

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA. pág. 1
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO pág. 3
   2.1. Hipótesis. pág. 3
   2.2. Objetivo principal. pág. 3
   2.2. Objetivos específicos. pág. 3
3. METODOLOGIA. pág. 4
   3.1. Diseño del estudio. pág. 4
   3.2. Sujetos. pág. 4
   3.3. Variables del estudio. pág. 4
   3.4. Recogida de datos. pág. 5
   3.5. Análisis de datos. pág. 8
   3.6. Limitaciones. pág. 8
4. PLAN DE TRABAJO. pág. 9
   4.1. Etapas de desarrollo. pág. 9
   4.2. Distribución de tareas del equipo investigador. pág. 9
   4.2. Ámbito de estudio. pág. 9
5. JUSTIFICACIÓN AYUDA SOLICITADA. pág. 10
6. MEDIOS DISPONIBLES PARA EL PROYECTO. pág.10
7. PRESUPUESTO SOLICITADO. pág. 11
8. INFORME FAVORABLE. pág. 11
9. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE. pág. 13
10. ANEXOS. pág. 14
   10.1. Anexo 1: registro medidas coercitivas. pág. 14
   10.2. Anexo 2: Escala adaptada “Satisfacción con los cuidados”. pág. 15
   10.3. Anexo 3: "Escala de Experiencia de Coerción" (CES), en su versión corta en español CES-18. pág. 17
   10.4. Anexo 4: entrevistas semiestructurada. pág. 18
   10.5. Anexo 5: cuestionario sociodemográfico y clínico. pág. 19
   10.6. Anexo 6: información al participante y consentimiento informado. pág. 20

1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

El cuidado de personas con enfermedades mentales agudas, durante una crisis psiquiátrica, puede plantear dificultades particulares para el equipo de salud mental, dado el mayor riesgo de alteraciones conductuales variadas. En salud mental, las crisis se manifiestan a través de episodios psicóticos, ansiedad, alteraciones del estado de ánimo o de la conducta en las que la persona puede presentar comportamiento suicida o autolesivo, consumo de alcohol y drogas, intentos de fuga y, a veces, verse sobreestimulada por parte del entorno de la unidad. Dichos factores pueden suponer un peligro, lo que supone un desafío para los profesionales, ya que han de garantizar un entorno seguro y terapéutico (Cowman, Björkdahl, Clarke, Gethin & Maguire, 2017) (Pettit et al., 2017).

Las prácticas restrictivas en psiquiatría (coerción) suelen utilizarse sobre las personas hospitalizadas en respuesta a dificultades de manejo, conflictos o agresiones (Fletcher et al., 2017). Se deben considerar la última opción, solo cuando los procedimientos estándar han fallado y las personas usuarias son un peligro para ellas mismas o para los demás (Krieger, Moritz, Weil & Nagel, 2018).

En los últimos años, organizaciones internacionales, profesionales y representantes de usuarios y usuarias de servicios de salud mental, han expresado la necesidad de regular, limitar e incluso eliminar del uso de este tipo de medidas en el tratamiento psiquiátrico (Aguilera-Serrano et al., 2019) (Fletcher et al., 2017). La investigación publicada hasta la fecha sobre este tema no coincide con la severidad, frecuencia e importancia del problema (O´Donoghue, 2017). Además, la gestión de los conflictos en unidades de hospitalización psiquiátrica se ha convertido en el foco principal del personal de enfermería según algunos autores (Higgins, Meehan, Dart, Kilshaw & Fawcett, 2018).

La experiencia de perder la libertad es un elemento central de la coerción. Las personas ingresadas pueden sentirse pequeñas, expuestas y vulnerables, lo que puede causarles dificultades para comunicar sus propias necesidades y deseos al personal. La cuestión de la coerción, con sus múltiples facetas, es el problema más antiguo de las instituciones psiquiátricas, principalmente por los numerosos intentos a lo largo de los tiempos por abolir y/o moderar su uso (Aguilera, Heredia, Guzmán, García & Mayoral, 2017). Por coerción nos referimos a la coerción formal, informal y percibida. La "coerción formal" está formalmente regulada y documentada, mientras que la "coerción informal" incluye todas las formas de coerción y uso de poder, control o manipulación sin ninguna decisión formal o documentación. La "coerción percibida" puede superponerse tanto con la coerción formal como informal, y se define por la experiencia subjetiva del individuo de ser forzado o no (Hem, Molewijk, Gjerberg, Lillemoen & Pedersen, 2018; Elmera et al., 2018).

El uso de medidas coercitivas, en teoría, está destinado a proteger a las y los usuarios y terceras personas en situaciones de emergencia psiquiátrica, cuando son un peligro para sí mismos o para otros debido a un trastorno psiquiátrico subyacente.Pero su uso, implica un conflicto ético (Guzmán -Parra et al., 2019) (Hem, Molewijk, Gjerberg, Lillemoen & Pedersen, 2018)., ya que por un lado ayudará a proteger la integridad de la persona en cuestión u otro usuario, pero restringe su libertad considerándose un procedimiento invasivo que compromete la autonomía personal y autodeterminación y los derechos fundamentales de las personas (Aguilera-Serrano, Guzmán-Parra, García-Sanchez, Moreno-Küstnere & Mayoral-Cleriesa, 2018; Horvath, Steinert & Jaeger, 2018.

La salud mental está adoptando un enfoque más centrado en la persona. Como consecuencia, los usuarios son escuchados, informados, respetados e involucrados en su propia atención, cambiando así el equilibrio de autoridad y responsabilidad dentro de la relación profesional-usuario e incorporando la toma de decisiones compartidas (Bensimon, Shaul, Div, Sandler & Teitelbaum, 2018).

Como profesionales de la salud mental, además de reducir las medidas coercitivas, también se podría mejorar la experiencia subjetiva de los usuarios en los casos donde estas medidas son inevitables (Aguilera-Serrano et al., 2018). De esta manera, cuando los usuarios son tratados con respeto y se sienten incluidos en el proceso de toma de decisiones, informan de una menor percepción de coerción (Berge et al., 2018). De esto mismo trata un estudio realizado por Rose et al. (2017), donde se encuestó a 50 personas ingresadas con el objetivo de conocer su perspectiva de coerción en los servicios de salud mental. El 94% de la muestra consideraba que las medidas coercitivas se podrían haber evitado si el personal hubiera invertido más tiempo en la escucha de los miedos, preocupaciones o frustraciones de los usuarios, incluso comentaban la necesidad de aumentar la formación de los profesionales ante situaciones de difícil manejo. Los profesionales deben expresar preocupación y empatía hacia las personas ingresadas y mejorar las habilidades de comunicación antes, durante y después de un incidente coercitivo (Tingleff et al., 2017).

El objetivo final en el tratamiento de la salud mental debe ser el reemplazo de estrategias coercitivas por estrategias de colaboración.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

2.1. Hipótesis.

2.2. Objetivo principal.

- Investigar la vivencia de coerción en la Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME) XXX.

2.3. Objetivos específicos.

- Evaluar la experiencia subjetiva de coerción de las personas ingresadas en la Unidad de Media Estancia XXX.
- Medir el grado de satisfacción de las personas ingresadas en la Unidad de Media Estancia XXX con la atención enfermera recibida.
- Describir la percepción de los/as profesionales y personas ingresadas de la Unidad de Media Estancia XXX sobre la coerción como medida terapéutica.
- Investigar la frecuencia de aplicación de medidas coercitivas en la Unidad de Media Estancia XXX.

3. METODOLOGIA.

3.1. Diseño del estudio.

Se trata de un estudio descriptivo trasversal que emplea una triangulación metodológica simultánea al combinar una parte cuantitativa con otra cualitativa. En la parte cuantitativa mediremos la experiencia subjetiva de coerción de las personas ingresadas, frecuencia de aplicación de medidas coercitivas en la UME y grado de satisfacción de las personas ingresadas en la UME con la atención enfermera recibida. En la parte cualitativa evaluaremos la percepción de los/as usuarios y profesionales sobre la coerción como medida terapéutica en la UME.

3.2. Sujetos.

Los y las participantes serán las personas ingresadas y el personal sanitario de la Unidad de Media Estancia XXX.

Una muestra aleatoria de 137 individuos es suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 0.8 unidades, la media poblacional de unos valores que es previsto que tengan una desviación estándar de alrededor de 15.68 unidades. El porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 0%.Para la parte cualitativa del estudio: Profesionales, se invitará a participar a todo el personal de enfermería que trabaje en la unidad. Usuarios/as: Se realizarán entrevistas hasta que se produzca la saturación de datos.

A) <u>Criterios de inclusión:</u>
   a. Personas ingresadas en la UME o en Hospital de Día procedentes de la UME con una duración mínima de ingreso de 3 meses.
   b. Personal enfermero que haya trabajado en la UME un mínimo de 6 meses.
   c. Participación voluntaria en el estudio.
   d. Lengua materna castellano o capacidad de comunicarse de forma competente en esta lengua.
   e. Comprensión del estudio y firma de consentimiento informado.

B) <u>Criterios de exclusión:</u>
   a. No existen.

3.3. Variables del estudio.

- *<u>Variables principales:</u>* experiencia subjetiva de coerción, percepción de medidas terapéuticas empleadas, medidas coercitivas, grado de satisfacción de las personas ingresadas. Para examinar dichas variables emplearemos las siguientes herramientas:

- La frecuencia y tipo de medidas coercitivas se recogerá a través de un registro diseñado específicamente para ello (Anexo 1).
- El grado de satisfacción del usuario con los cuidados enfermeros se medirá a través de criterios de resultado de "Satisfacción de los cuidados", incluidos en la Clasificación de Resultados de Enfermería, *Nursing Outcomes Classification* (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2014) (Anexo 2).
- La experiencia subjetiva de coerción la mediremos a través de la *"Escala de Experiencia de Coerción"* (CES), en versión corta en español CES-18 (Anexo 3).
- La exploración de la percepción tanto de los usuarios como de los profesionales de las medidas terapéuticas empleadas en la unidad y su propia vivencia de coerción, combinará el empleo de la escala anteriormente mencionada con una parte cualitativa del estudio a través de entrevistas (Anexo 4).

- *Otras variables (sociodemográficas y clínicas):* edad, género, nacionalidad, estado civil, actividad laboral, nivel educativo, diagnóstico, años de evolución de la enfermedad e ingresos previos en unidades de hospitalización breve o agudos (UHPB). Se empleará un cuestionario de elaboración propia (Anexo 5).

3.4. Recogida de datos.

La recogida de datos la realizará la investigadora principal de manera directa con los y las participantes a través de las escalas/cuestionarios/entrevistas diseñados y recopilados de la literatura científica. Previamente se realizará una difusión del proyecto entre los profesionales para garantizar un mayor grado de participación y la resolución de posibles dudas. Se proporcionará a todos los participantes la hoja de información al participante y consentimiento informado (Anexo 6).

Al inicio de cada herramienta aparece la opción de registrar un número de identificación. Si el o la participante es profesional sanitario se le asignará un número correlativo de cuatro cifras en función del orden de participación (ej.0001,0002,0003…). Para los usuarios, se empleará un número de ocho cifras que corresponderán a la fecha en que se realiza la recogida de datos (seis primeras cifras) y el orden correlativo de participación (últimas dos cifras). Por ejemplo, si la primera entrevista se lleva a cabo el día 28 de junio de 2019 quedaría registrada de la siguiente manera: 28061901.

Descripción detallada de las herramientas.

✓ REGISTRO MEDIDAS COERCITIVAS.

El método de recogida de datos sobre las medidas coercitivas será una tabla de elaboración propia donde se recogen los siguientes aspectos: fecha (día en el que se produce la medida

coercitiva), día del ingreso (día que ingresó la persona a la que se realiza la medida coercitiva), unidad (1ªB; 2ªB), tipo de medida coercitiva (1: contención mecánica; 2: medicación forzada; 3: aislamiento; 4: vigilancia extrema; 5: restricción salidas solo; 6: restricción llamadas; 7: restricción visitas) y número de identificación (Anexo 1). En este caso el número de identificación se corresponderá a los tres últimos dígitos del número SIP.

Dicho registro se explicará a todos los miembros del personal enfermero de ambas plantas de la Unidad de Media Estancia XXX. En principio se facilitarán copias impresas para que lo puedan ir completando en los diferentes turnos de trabajo. Esta herramienta nos dará información de qué medidas coercitivas son más empleadas, si suelen darse con mayor frecuencia en los primeros días de ingreso o no, si suelen emplearse de manera repetida a una misma persona por inestabilidad clínica o si la unidad o manera de trabajar favorece o no el uso de estas medidas.

- ✓ INDICADORES NOC "SATISFACCIÓN DE LOS CUIDADOS".

Los criterios de resultados "Satisfacción con los cuidados" que nos permitirán desarrollar el objetivo de nuestro estudio se han dividido en tres grupos. Uno de ellos contempla la satisfacción con los cuidados recibidos, el segundo la satisfacción con el trato recibido y la comunicación y el último la satisfacción con el ambiente, experiencia de vigilancia y control.

Se ha considerado oportuno adaptar la escala original (Anexo 2) para que los participantes tengan una mejor comprensión de cada ítem y pueda ser autoadministrada. Se emplea una escala tipo Likert con cinco alternativas. La escala tipo Likert es un sistema de registro de la información en el que queda reflejada la situación de un tema según el grado de acuerdo o desacuerdo con las frases que componen la escala (1: no del todo satisfecho; 2: algo satisfecho; 3: moderadamente satisfecho; 4: muy satisfecho y 5: completamente satisfecho). La puntuación más alta corresponde con el ítem completamente satisfecho, por lo tanto, a mayor puntuación mayor satisfacción con lo que se pretende medir (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2014).

La escala elaborada consta de un total de 41 ítems. Para los ítems 22, 23 y 41 se da la opción "No procede", que en ese caso puntuaría como 0. Por lo tanto, el cuestionario resultaría en una puntuación mínima de 39 puntos y una máxima de 210 puntos. Se sobreentiende que a mayor puntuación mayor satisfacción del usuario. No existe una puntuación de corte.

- ✓ "ESCALA DE EXPERIENCIA DE COERCIÓN" (CES), EN SU VERSIÓN CORTA EN ESPAÑOL CES-18 (Anexo 3).

La Coercion Experience Scale (CES) o "Escala de Experiencia de Coerción", es un cuestionario que evalúa la experiencia subjetiva de coerción durante la hospitalización psiquiátrica. Es un instrumento auto-administrado que comprende 32 ítems (Horvath et al., 2018) y que mide seis factores: humillación, efectos físicos adversos, separación, ambiente negativo,

miedo y coerción. Evalúa diferentes medidas coercitivas, no exclusivamente de restricción o reclusión, después de su aplicación. También incluye una escala analógica visual (VAS) que permite una percepción global de la coerción experimentada, puntuando entre 1 y 100. Una publicación reciente ha realizado la validación de esta escala original a una versión corta en español, conocida como CES-18, la cual demostró propiedades psicométricas adecuadas para evaluar la coerción percibida durante la hospitalización psiquiátrica. Los ítems se puntúan de 1 a 5 y la puntuación total se obtiene con la suma de todos los ítems. La puntuación mínima de la CES-18 será de 18 puntos y la máxima de 90. Una puntuación por encima de 53 se considera indicativo de alta coerción experimentada (Aguilera-Serrano et al., 2019).

- ✓ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA.

La entrevista pretende evaluar la percepción tanto de los usuarios como de los profesionales de las medidas terapéuticas empleadas y su propia vivencia de coerción en la Unidad de Media Estancia XXX.

Para realizar la entrevista, el investigador que la llevará a cabo (preferentemente investigador principal) cuenta con un guion temático sobre lo que quiere que se hable con el participante. Las preguntas que se realizan son abiertas. El ambiente ha de ser tranquilo, relajado, con los menores estímulos externos posibles (ruido, aglomeraciones, temperatura, etc) y que invite a la confianza. La actitud de la entrevistadora debe ser asertiva, respetuosa y abierta, debe favorecer la comunicación. El lenguaje debe estar adaptado a la muestra, ha de ser claro y sin ambigüedades. El tiempo estimado para cada entrevista será de unos 45 minutos, incluyendo la presentación inicial (cinco minutos), el cuerpo de la entrevista (treinta minutos) y el cierre (diez minutos).

- ✓ CUESTIONARIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS (Anexo 5)

- **Edad:** ítem abierto.
- **Género:** hombre o mujer.
- **Nacionalidad:** española y otra (si marcamos esta opción se ha de especificar al lado como se indica en el cuestionario).
- **Estado civil:** soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, unión libre u otro.
- **Convivencia (fuera de la UME)**: Solo/a, En pareja, Con su fmilia de origen, Con su familia propia, Comparte piso, Albergue, Otros.
- **Actividad laboral:** activo/a, paro, incapacidad laboral permanente, incapacidad laboral temporal, pensionista o desconocido.
- **Nivel educativo:** incompletos, estudios primarios, estudios secundarios, bachillerato, formación profesional, estudios universitarios.

Las siguientes variables (datos clínicos), sólo se cumplimentarán para las personas ingresadas.

- **Diagnóstico:** ítem abierto, es necesario especificar. Se ha de contrastar posteriormente con la historia clínica.
- **Años de evolución de la enfermedad**: al igual que la edad, se han agrupado para para facilitar la recogida e interpretación de los datos. En este caso hay cinco grupos que incluyen tres años cada uno de ellos. El sexto grupo comprende de 15 años de evolución en adelante (0-2, 3-5, 6-8, 9-11, 12-14, 15->15).
- **Ingresos previos en UHPB (unidad de hospitalización breve/agudos):** las opciones en esta variable son 0 ingresos previos, 1 ingreso, 2 ingresos, 3 ingresos, 4 ingresos, 5 ingresos, 6 ingresos y más de 6 ingresos previos.

3.5. Análisis de datos.

En primer lugar, se hará un análisis estadístico descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas de la muestra, empleando la media y desviación estándar en variables cuantitativas como la edad y la frecuencia para variables categóricas como el género, la nacionalidad, etc. Seguidamente, se llevará a cabo un análisis descriptivo de las medidas coercitivas empleadas y una comparación de diferencias estadísticamente significativas ($P \leq 0.05$) de experiencia de coerción y satisfacción con los cuidados, en función de sus características sociodemográficas y las medidas coercitivas. Los datos cuantitativos obtenidos serán tratados y analizados con el programa estadístico SPSS. Por último, la información recabada mediante las entrevistas será transcrita para su análisis cualitativo, buscando unidades de significado, códigos y categorías de la experiencia de coerción empleando el software ATLAS-ti.

3.6. Limitaciones.

Dentro de las limitaciones nos podemos encontrar con el tamaño de la muestra, la poca generalización de los resultados a unidades con otras características, la falta de involucración del personal que interviene, la no aceptación por parte del hospital y responsables de las salas y con falta de apoyo durante la implementación del estudio.

4. PLAN DE TRABAJO.

4.1. Etapas de desarrollo.

PERIODO DE TIEMPO (2019 – 2021).									
ACTIVIDAD	FEBRERO-OCTUBRE 2019	NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019	ENERO 2020	ENERO 2020 – JUNIO 2020	JUNIO-SEPTIEMBRE 2020	OCTUBRE 2020– MARZO 2021	ABRIL - JUNIO 2021	JULIO - AGOSTO 2021	SEPTIEMBRE 2021
Preparación del protocolo de estudio									
Presentación protocolo al CEIC y aprobación									
Estudio piloto (1 mes)									
Cumplimentación registro de medidas coercitivas (6 meses)									
Cumplimentación escalas/cuestionarios /entrevistas (9 meses)									
Exportación de datos y análisis									
Presentación de resultados									
Difusión de resultados									

4.2. Distribución de tareas del equipo investigador.

- Investigadora principal: desarrollar el protocolo del estudio, presentación protocolo al CEIC, recogida, exportación y análisis de datos, interpretación y difusión de resultados.
- Tutora y directora de tesis: supervisión protocolo del estudio, aportación conocimientos teóricos sobre el tema y colaboración en los procesos necesarios.

4.3. Ámbito de estudio.

La unidad de hospitalización psiquiátrica donde se va a realizar el estudio, es un recurso sanitario para aquellas personas que requieren un ingreso hospitalario por patología refractaria o empeoramiento, que va más allá de las posibilidades de atención en el ámbito ambulatorio o que tras un periodo de ingreso en la unidad de hospitalización de agudos, se beneficiaria de una estancia más prolongada, normalmente entre cuatro y seis meses para poner en marcha programas integrales individualizados. Las 50 camas de las que dispone se dividen en dos plantas, con 25 camas cada una de ellas. Además, cada planta cuenta con un equipo multidisciplinar formado por ocho enfermeros/as, diez auxiliares de enfermería, un psiquiatra integro y otro compartido por ambas unidades, un/una psicóloga, un/una trabajador/a social y dos terapeutas ocupacionales.

5. JUSTIFICACIÓN AYUDA SOLICITADA.

Mediante la presente investigación se hará patente la importancia del tema de la coerción en psiquiatría y con ello poder ayudar a regular, limitar e incluso eliminar el uso de este tipo de medidas en el tratamiento psiquiátrico. Se trata de un estudio completamente viable, respaldado por la evidencia científica, donde no existen riesgos físicos, sociales ni legales en su participación, al contrario, se obtendrían múltiples beneficios. El más importante de ellos sería la mejora asistencial de las unidades psiquiátricas expuestas, consiguiendo un ambiente más relajado, menores tasas de medidas coercitivas y mejor relación profesional-usuario.

6. MEDIOS DISPONIBLES PARA EL PROYECTO.

El hospital donde se va a llevar a cabo el estudio cuanta con las infraestructuras idóneas para la realización del estudio. Se ha obtenido el consentimiento previo tanto del director del hospital, jefa de servicio y supervisora de la unidad certificando la idoneidad de la investigadora principal y colaboradores y verificando que se cuenta con los recursos materiales, humanos e instalaciones apropiadas para la realización del estudio.

Como salas disponibles para la recogida de datos se encuentran:

- Sala polivalente 1: es una sala destinada a varias funciones a lo largo del día. En primer lugar, se emplea para la realización de talleres psicoeducativos a primera hora de la mañana y posteriormente es una sala de ocio (TV, juegos de mesa, manualidades). Sería una de las salas disponibles para la realización de las entrevistas, pero no la más idónea, ya que es difícil encontrarla vacía y suele haber bastantes estímulos para hacer una recogida de datos adecuada. Esta sala la reservaremos como última opción en caso de que las demás no estén disponibles.
- Sala polivalente 2: al igual que la anterior, por las mañanas se realizan en ella talleres psicoeducativos o bien talleres grupales con psicología. Por las tardes, los usuarios meriendan ahí, pero es una sala completamente vacía y tranquila a partir de las 17 horas. Dispone de varias mesas y sillas y una pizarra.
- Aulari: su principal uso es como sala de audiovisuales. A primera hora de la mañana y por la tarde siempre está disponible, a excepción de días que hay reunión de servicio o se ponen películas por la tarde.
- Comedor 1: espacio destinado al desayuno, comida y cena de los usuarios hospitalizados. Fuera del horario de comidas es un espacio disponible. Desde mi punto de vista, éste espacio junto con el Aulari, son las infraestructura más oportuna para entrevistar a los participantes. Son salas amplias, con mucha luz natural y aisladas de posibles elementos distractores.

7. PRESUPUESTO SOLICITADO.

Recursos necesarios		Presupuesto estimado
Material de papelería	Archivadores, block de notas, folios (impresión de cuestionarios/entrevistas/consentimientos informados), bolígrafos, post-it, etc.	100 €
Material fungible	Grabadora de voz para las entrevistas	40 €
	Ordenador para el procesamiento y análisis de datos.	500 €
Gastos de divulgación	Traducción de informe para publicación en revistas internacional	200 €
Congresos/ Jornadas	Asistencia a posibles congresos/jornadas donde pueda ampliar mi formación o divulgar resultados de mi proyecto	900 €
Presupuesto total estimado		**1.600 € - 1.800 €**

8. INFORME FAVORABLE.

Dicho proyecto ha sido presentado al Comité Ético el pasado 3 de diciembre de 2019, por lo que el equipo investigador está a la espera de respuesta.

Por lo tanto, en este apartado se adjunta el informe favorable del centro donde se llevará a cabo la investigación (Director del Centro) sin la identificación pertinente para mantener el anonimato.

CONFORMIDAD DEL JEFE DE SERVICIO/DIRECTOR
IDONEIDAD DE LOS INVESTIGADORES Y SUS COLABORADORES
IDONEIDAD DE LAS INSTALACIONES

El Dr
Jefe/Director del Servicio del Área de Salud Mental del Hospital

Investigador principal:

Estudio: Tesis doctoral.

Título: Experiencia de coerción en hospitalización psiquiátrica.

Código:

Hace constar:

1. Que da su visto bueno para la realización del ensayo una vez aprobado.
2. Que da su consentimiento en la participación del citado ensayo y que certifica la idoneidad de los investigadores y colaboradores.
3. Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para llevar a cabo el ensayo.
4. Que tras evaluar los procedimientos necesarios, las instalaciones sin idóneas para la realización del ensayo.

En , 2 de diciembre de 2019

Firma:

Jefe/Director de Servicio de Hospital

9. BIBLIOGRAFÍA MÁS RELEVANTE.

Aguilera-Serrano, C., Guzmán-Parra, J., Miranda-Paez, J., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán-Moreno, J.M., Moreno-Küstnere, B., García-Sanchez, J.A. & Mayoral-Cleriesa, F. (2019). Validation of a short version of the Coercion Experience Scale (CES-18): Psychometric characteristics in a Spanish sample. *Psychiatry Research*, 272, 284–289.

Aguilera-Serrano, C., Guzmán-Parra, J., García-Sanchez, J.A., Moreno-Küstnere, B. & Mayoral-Cleriesa, F.(2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129–144. https://doi.org/10.1177/0706743717738491.

Aguilera Serrano C, Heredia Pareja C, Guzmán Parra J, García Sánchez JA, Mayoral Cleries F. Medidas coercitivas en salud mental. (2017). Grupo focal con profesionales del ámbito comunitario. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, nº1, enero-marzo 2017. ISSN: 2530-6707 Disponible en: http://www3.uah.es/revenfermeriasaludmental/index.php/REESMAEESME/article/view/1/8

Bensimon, M., Shaul, S., Div, S., Sandler, L., & Teitelbaum, A. (2018). Patient-centered approach in closed psychiatric wards: The curative power of relaxing music chosen by patients. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 55(2), 52. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30351282

Berge, T., Bjøntegård, K.S., Ekern, P., Furan, M.,Landrø, N.I., Larsen, G.J.S., Osnes, K., Selvaag, I. & Vedlog, AH. (2018). Coercive mental health care – dilemmas in the decision-making process. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 21, 138 (12). doi: 10.4045/tidsskr.17.0338.

Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, 17(1), 59. doi:10.1186/s12913-017-1988-7

Elmera,T., Rabenschlaga, F., Schorib, D., Zuabonic, G., Kozeld, B., Jaegere, S., Mahlkef, C., Heumannf, K., Theodoridouh, A. & Jaege, M.(2018). Informal coercion as a neglected form of communication in psychiatric settings in Germany and Switzerland. *Psychiatry Research*, 262: 400–406. http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.014

Fletcher,J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S. & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 461–471. doi: 10.1111/inm.12380

Guzmán -Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J.A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J.M., Moreno-Kustner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *Int J Ment Health Nurs*, 28(2):448-456. doi: 10.1111/inm.12546.

Hem, M. H., Molewijk, B., Gjerberg, E., Lillemoen, L., & Pedersen, R. (2018). The significance of ethics reflection groups in mental health care: A focus group study among health care professionals. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 54. doi:10.1186/s12910-018-0297-y

Higginsa, N., Meehanc, T., Dartb, N., Kilshawe, M. & Fawcettb, L. (2018). Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 114–120. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.08.008

Hotzy, F., Motteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, AR., Seifritz, F., Hoff, P., Jager, M. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Med Wkly*,148:w14616. doi:10.4414/smw.2018.14616

Hotzy, F., Theodoridou, A., Hoff, P., Schneeberger, AR., Seifritz, E., Olbrich, S. & Jäger, M. (2018). Machine Learning: An Approach in Identifying Risk Factors for Coercion Compared to Binary Logistic Regression. *Frontiers in Psychiatry*, 9, article 258. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00258

Krieger, E., Moritz, S., Weil, R. & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Res*, 260:478-485. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.029.

O´Donoghue, B. (2017). Coercion: an understudied issue in mental health. *Ir J Psychol Med*, 34(4):221-222. doi: 10.1017/ipm.2017.70.

Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., . . . Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 73(4), 966-976. doi:10.1111/jan.13197

Rose, D., Perry, E., Rae, S. & Good, N. (2017). Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. BJPsych Int, 14(3), 59-61.

Tingleff, E.B., Bradley, S.K., Gildberg, F.A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs, 24, 681–698. https://doi.org/10.1111/jpm.12410.

10. ANEXOS.

10.1. Anexo 1: registro medidas coercitivas.

REGISTRO MEDIDAS COERCITIVAS

Fecha: día en el que se produce la medida coercitiva.
Día del ingreso: día que ingresó el paciente al que se realiza la medida coercitiva.
Unidad: 1ªB; 2ªB
Tipos de medida coercitiva:
1: contención mecánica; 2: medicación forzada; 3: aislamiento; 4: vigilancia extrema;
5: restricción salidas solo; 6: restricción llamadas; 7: restricción visitas.
Número de identificación: emplearemos los tres últimos dígitos del número SIP. De esta manera podremos identificar si se generan varias medidas coercitivas o la misma de manera repetida a un mismo paciente.

FECHA	*DÍA DEL INGRESO*	*UNIDAD*	*TIPO DE MEDIDA* *(identificar con número)*	*Nº IDENTIFICACION* *(3 últimos dígitos del SIP)*

10.2. Anexo 2: Escala adaptada "Satisfacción con los cuidados".

Indicadores		Escala				
Satisfacción con los cuidados recibidos		*No del todo satisfecho*	*Algo satisfecho*	*Moderadamente satisfecho*	*Muy satisfecho*	*Completamente satisfecho*
1	¿Se siente satisfecho con la muestra de preocupación del personal por sus necesidades individuales?	1	2	3	4	5
2	Cuándo usted realiza una petición o demanda, ¿se siente satisfecho con la respuesta o seguimiento que le da el personal?	1	2	3	4	5
3	¿Se siente satisfecho con el apoyo emocional recibido por parte de los/as profesionales?	1	2	3	4	5
4	¿Se siente satisfecho con las actividades de ocio proporcionadas por la UME?	1	2	3	4	5
5	¿Se siente satisfecho con la facilidad para acceder a la enfermera del turno? Ej. Ante peticiones.	1	2	3	4	5
6	¿Se siente satisfecho con la ayuda individualizada que le proporciona el personal en sus cuidados?	1	2	3	4	5
7	¿Se siente satisfecho con la información que se le proporciona sobre la medicación?	1	2	3	4	5
8	¿Se siente satisfecho con la capacitación demostrada por el personal?	1	2	3	4	5
9	¿Se siente satisfecho con la respuesta del personal cuando surge una urgencia? Ej. crisis de ansiedad, rabia incontrolable, etc.	1	2	3	4	5
10	¿Se siente satisfecho con su propia participación en el planteamiento de objetivos del ingreso?	1	2	3	4	5
11	Cuando usted realiza preguntas o expone al personal sus preocupaciones ¿se siente satisfecho con las respuestas que le dan?	1	2	3	4	5
12	¿Se siente satisfecho con el trabajo en equipo de los profesionales?	1	2	3	4	5
13	¿Se siente satisfecho con los cuidados proporcionados cuando aparecen síntomas como dolor, insomnio, estreñimiento, etc?	1	2	3	4	5
14	¿Se siente satisfecho con el tiempo que se dedica al reposo o descanso?	1	2	3	4	5
15	¿Se siente satisfecho con la rutina y horarios del sueño de la unidad?	1	2	3	4	5
16	¿Se siente satisfecho con las pautas proporcionadas por el equipo para mejorar el funcionamiento mental? Ej. Mente más despejada, facilidad para pensar con claridad, eliminar pensamientos negativos, etc.	1	2	3	4	5
17	¿Se siente satisfecho con las pautas proporcionadas por el equipo para mejorar su estabilidad emocional?	1	2	3	4	5
18	¿Se siente satisfecho con las pautas proporcionadas por el equipo para mejorar sus relaciones sociales? Ej. Talleres de habilidades sociales e interacción con los compañeros	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con el apoyo recibido para que usted solucione autónomamente sus problemas?	1	2	3	4	5
20	¿Se siente satisfecho con el apoyo recibido para expresar sus sentimientos?	1	2	3	4	5
21	¿Se siente satisfecho con el apoyo recibido para afrontar el estrés?	1	2	3	4	5
22	¿Se siente satisfecho con la participación de su familia en los cuidados?	1	2	3	4	5 No procede (0)
23	¿Se siente satisfecho con la participación de su familia en la toma de decisiones referidos a usted?	1	2	3	4	5 No procede (0)

24	¿Se siente satisfecho con la explicación del diagnóstico médico que le ha proporcionado el equipo? Ej. Talleres, charlas individuales, etc.	1	2	3	4	5
25	¿Se siente satisfecho con la explicación que le ha dado enfermería de los cuidados que se le proporcionan? Ej. Rutinas, horarios, actividades, etc.	1	2	3	4	5
26	¿Se siente satisfecho con la explicación que le han proporcionado para la toma del tratamiento?					
27	¿Se siente satisfecho con las explicaciones que le han dado sobre la responsabilidad que tiene usted mismo en su tratamiento?	1	2	3	4	5
28	¿Se siente satisfecho con la información recibida sobre los efectos secundarios de su tratamiento?	1	2	3	4	5
29	¿Se siente satisfecho sobre cómo el personal controla los efectos secundarios de medicación? Ej. Excesiva somnolencia, malestar general, rigidez, etc.	1	2	3	4	5
Satisfacción con el trato recibido y la comunicación		*No del todo satisfecho*	*Algo satisfecho*	*Moderadamente satisfecho*	*Muy satisfecho*	*Completamente satisfecho*
30	¿Se siente satisfecho con la amabilidad del personal?	1	2	3	4	5
31	¿Se siente satisfecho con el respeto que le ha mostrado el personal?	1	2	3	4	5
32	¿Se siente satisfecho con la consideración que ha tenido el equipo de sus sentimientos?	1	2	3	4	5
33	¿Se siente satisfecho con la consideración que ha tenido el equipo de sus opiniones?	1	2	3	4	5
34	¿Se siente satisfecho con la relación establecida con el personal de enfermería?	1	2	3	4	5
35	¿Se siente satisfecho con la escucha/atención proporcionada por el personal cuando lo necesita?	1	2	3	4	5
36	¿Se siente satisfecho con las veces que el personal repite la información cuando es necesario?	1	2	3	4	5
37	¿Se siente satisfecho con la claridad de la información que le proporciona el personal?	1	2	3	4	5
38	¿Se siente satisfecho con comunicarse con el personal sin ser juzgado?	1	2	3	4	5
39	¿Se siente satisfecho con el trato confidencial de su información personal?	1	2	3	4	5
Satisfacción con el ambiente, experiencia de vigilancia y control		*No del todo satisfecho*	*Algo satisfecho*	*Moderadamente satisfecho*	*Muy satisfecho*	*Completamente satisfecho*
40	¿Se siente satisfecho con la frecuencia de vigilancia por parte del personal?	1	2	3	4	5
41	¿Se siente satisfecho con la protección del entorno cuando hay riesgo de autolesión?	1	2	3	4	5 No procede (0)
Puntuación total (mínima 39; máxima 210):						

10.3. Anexo 3: "Escala de Experiencia de Coerción" (CES), en su versión corta en español CES-18.

Nº identificación:	**Puntuación**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
¿Hasta qué punto experimentó debido a la intervención…		Nada	Un poco	Moderadamente	Severamente	Extremadamente
1	…efectos adversos sobre su dignidad como persona?					
2	…coerción?					
3	…restricciones sobre su libertad para decidir cosas?					
¿Cómo experimentó los siguientes estresores?		Nada desagradable	Un poco desagradable	Desagradable	Muy desagradable	Extremadamente desagradable
4	La coerción aplicada fue…					
5	La restricción sobre su libertad de decidir cosas fue…					
¿Cómo de estresantes fueron las siguientes circunstancias para usted?		Nada	Un poco	Moderadamente	Severamente	Extremadamente
6	Me dio miedo que me faltara el aire.					
7	Sufrí dolor.					
8	Me sentí despojado de mi dignidad.					
9	No pude dormir bien.					
10	Tuve que obedecer las órdenes de otros.					
11	Tuve miedo de que me pudieran matar.					
12	Otros tomaron decisiones sobre mí.					
13	No sabía qué esperar.					
14	No podía entender por qué era tratado de ese modo.					
15	Tuve miedo de poder morir.					
16	Me sentí tratado como un animal.					
17	Me dio miedo que la medida durara para siempre.					
18	Mis deseos no fueron tenidos en cuenta.					
Puntuación total (> 53 = alta coerción experimentada):						

10.4. Anexo 4: entrevistas semiestructurada.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Fecha: _____

PROFESIONAL	**Nº identificación:**
TEMA	**Percepción de las medidas terapéuticas empleadas.**
PREGUNTAS	¿Qué crees que ha de tener la atención enfermera en esta unidad para ser adecuada? ¿Consideras que se realiza un buen trabajo en equipo con las personas ingresadas en la UME? ¿Los cuidados responden a las necesidades de los usuarios? ¿Qué se podría mejorar o cambiar? ¿A qué consideras que se debe la mejoría del paciente? Y, por el contrario, ¿qué consideras que precipita un empeoramiento por parte del equipo?
TEMA	**Vivencia de coerción en la unidad.**
PREGUNTAS	¿Qué entiendes por coerción? ¿Conoces qué son y para qué sirven las medidas de coerción en psiquiatría? ¿Estas medidas se utilizan siempre bajo criterios de indicación? ¿Consideras que algunas de estas medidas son innecesarias? ¿Cuáles? ¿Qué podría mejorar la relación terapéutica y disminuir la coerción?
PACIENTE	**Nº identificación:**
TEMA	**Percepción de las medidas terapéuticas empleadas.**
PREGUNTAS	¿Qué crees que ha de tener la atención enfermera en esta unidad para ser adecuada? ¿Consideras que el personal realiza un buen trabajo en equipo con vosotros? ¿Los cuidados proporcionados responden a vuestras necesidades? ¿Qué se podría mejorar o cambiar? ¿A qué consideras que se debe vuestra mejoría? Y, por el contrario, ¿qué consideras que precipita un empeoramiento?
TEMA	**Vivencia de coerción en la unidad.**
PREGUNTAS	¿Qué entiendes por coerción? ¿Conoces qué son y para qué sirven las medidas de coerción en psiquiatría? ¿Has tenido alguna experiencia reciente con medidas restrictivas en la unidad? ¿Cómo te hacen sentir? ¿Consideras que algunas de estas medidas son innecesarias? ¿Cuáles? ¿Qué podría mejorar la relación terapéutica y disminuir la coerción?

10.5. Anexo 5: cuestionario sociodemográfico y clínico.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO

PROFESIONAL ☐	**PACIENTE** ☐	**Nº Identificación:**
Edad	☐	
Género	Hombre ☐ Mujer ☐	
Nacionalidad	Española ☐ Otra ☐ (Especifica: _____)	
Estado civil	Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Libre ☐ Otro ☐	
Convivencia (fuera de la UME) *(persona usuaria)*	Solo/a ☐ En pareja ☐ Con su familia de origen ☐ Comparte piso ☐ Albergue ☐ Con su familia propia ☐ Otro ☐	
Actividad laboral	Activo ☐ Paro ☐ Incapacidad laboral permanente ☐ Incapacidad laboral temporal ☐ Pensionista ☐ Desconocido ☐	
Profesión	Especifica _____	
Nivel educativo	Incompletos ☐ Estudios primarios ☐ Estudios secundarios ☐ Bachillerato ☐ Formación profesional ☐ Estudios universitarios ☐	
Diagnóstico *(persona usuaria)*	Especifica _____	
Años de evolución de la enfermedad *(persona usuaria)*	0-2 ☐ 3-5 ☐ 6-8 ☐ 9-11 ☐ 12-14 ☐ 15- >15 ☐	
Ingresos previos en UHPB/agudos *(persona usuaria)*	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ >6 ☐	

10.6. Anexo 6: información al participante y consentimiento informado.

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE/
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nº identificación:

Me dirijo a usted para informarle sobre el proyecto que se va a llevar a cabo e invitarle a participar si es de su interés.

Título del estudio: "Experiencia de coerción en hospitalización psiquiátrica".

Investigadora principal: _____

Objetivo principal: Investigar la vivencia de coerción en la Unidad de Hospitalización de Media Estancia (UME) de Salud Mental del Hospital _____

Descripción general del estudio

Con este estudio se pretende medir la experiencia subjetiva de coerción de las personas ingresadas, la frecuencia de aplicación de medidas coercitivas en la UME y el grado de satisfacción de las personas ingresadas en la UME con la atención enfermera recibida a través de unas escalas/cuestionarios. Por otro lado, se realizarán unas entrevistas semiestructuradas para evaluar la percepción de los/as usuarios y profesionales sobre la coerción como intervención en la UME.

Beneficios y riesgos derivados de su participación

Es un estudio no remunerado donde la información que nos dé ayudará a conocer el nivel de coerción en la UME y poder mejorar las relaciones profesional-paciente y crear un ambiente más relajado y de confianza.

Participación y confidencialidad

Su participación es totalmente voluntaria y toda la información será tratada de manera anónima y se ajustará a la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de "Protección de Datos de Carácter Personal".

Se ruega que las respuestas sean lo más sinceras posibles, de esta manera se obtendrán unos resultados ajustados a la realidad.

— He leído el procedimiento explicado anteriormente, he podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido la información necesaria a través de _____

SI ☐ NO ☐

— Comprendo que mi participación es voluntaria y anónima:

SI ☐ NO ☐

— Accedo a completar las encuestas/cuestionarios/entrevistas necesarias/os:

SI ☐ NO ☐

— Acepto y doy mi consentimiento para participar en el proyecto:

SI ☐ NO ☐