



Universitat de Lleida

# Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales

María Teresa Sanz Osorio

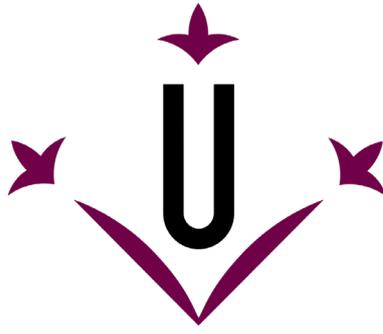
<http://hdl.handle.net/10803/689836>



*Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales* està subjecte a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-CompartirIgual 4.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Les publicacions incloses en la tesi no estan subjectes a aquesta llicència i es mantenen sota les condicions originals.

(c) 2023, María Teresa Sanz Osorio



**Universitat de Lleida**

**TESI DOCTORAL**

**Humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría: análisis desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales**

María Teresa Sanz Osorio

Memòria presentada per optar al grau de Doctor per la Universitat de Lleida

Programa de Doctorat en Salut

Director/a

Miguel Ángel Escobar Bravo

Olga Monistrol Ruano

Tutor/a

Miguel Ángel Escobar Bravo

2023



## DEDICATORIA

A mi marido Manel. Sin ti, nada de esto sería posible.

A mis tres maravillosas hijas: Laura, Cristina y Paula.

A mis padres, Mariano y María Adela.

Vosotros sois los que le dais sentido a mi vida. Sois mi motor, mi fuerza y razón.

Gracias por apoyarme siempre en mis «aventuras».

Gracias por animarme, escucharme, consolarme, corregirme, por llegar donde no llegaba yo.

Gracias por no dejarme abandonar, cada vez que pensé en dejarlo.

Gracias por la paciencia, y por perdonarme tantas horas de ausencia.

Mamá, gracias por enseñarme que el Sí, es posible, a pesar de los «Noes».

Papá, gracias por estar siempre dispuesto y enseñarme el camino.

A mis suegros, Manel y Carmen y a toda mi familia.

Os quiero.



«Yo ya acepto que no me van a curar, pero me costaría  
aceptar que no me van a cuidar»

A. Jovell

«El cuidado es la ciencia de la enfermería»

Jean Watson



## AGRADECIMIENTOS

Llegó la hora de escribir los agradecimientos, y mientras lo hago, repaso mentalmente el transcurso de este tiempo, con la esperanza de no dejarme a nadie a quien agradecer su aportación, ya sea poca o mucha, seguro que impulsó el desarrollo de esta tesis.

Miguel Ángel y Olga, gracias de corazón. Gracias por vuestro asesoramiento, vuestras correcciones, por contestar mis mil mensajes, por las reuniones de los domingos por la tarde, de los viernes por la tarde y todas las demás.

Gracias a Toni, Jordi y Montse. Gracias por decir que sí. Sois mis tres referentes. Nunca me imaginé tener la suerte de poder compartir todo esto con vosotros.

Gracias a mis compañeros del CST. María, gracias por impulsarme con este proyecto. Lydia, gracias por acompañarme y estar siempre dispuesta. Por tu tiempo y dedicación. Vicenç, Carles, Patricia, Eli, Antonia, Eva, Mamen... A todos los que, de una forma u otra, se atrevieron a dar el paso y participar. Gracias a los que pensaron que era una oportunidad, y la disfrutaron, porque me dieron alas. Y a los que pensaron que nunca lo haría, porque me dieron fuerzas.

Gracias a todos los compañeros de la EUIT, por sacar tiempo de donde no hay para escucharme y ayudarme. Gracias por vuestro apoyo y comprensión. Siempre dispuestas, siempre sumando. Gracias por vuestros consejos, por la sinceridad, la preocupación. Gracias por compartir vuestras experiencias y aprendizajes, por la generosidad, por vuestros mensajes de ánimo, por preguntar, por estar a mi lado. Lupe, gracias por tus correcciones y tus aportaciones. Gracias a las compañeras bibliotecarias, siempre dispuestas.

Gracias a mis amigos y compañeros de doctorado de la UdL, por las risas, y las penas compartidas, los viajes a Lleida, las jornadas de doctorado, las comidas, los mensajes del WhatsApp, los ánimos, los enfados y todo lo demás.

David, gracias por tu tiempo, tus esquemas y paciencia. Meri, gracias por compartir parte del camino conmigo.

Gracias a Marisa, «mi profesora estrella», de San Jorge, de la Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca, que me abrió los ojos al mundo de la salud mental, enseñándome que «enfermería psiquiátrica», era mucho más que una asignatura.

Gracias a la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Terrassa, por compartir vuestras experiencias, sin tapujos.

Y por supuesto, gracias a todas aquellas personas, con experiencia en salud mental, con las que he compartido el día a día, durante casi treinta años. Gracias por enseñarme esa parte de la psiquiatría, que no está escrita en los libros. Gracias por compartir vuestros sentimientos, emociones y miedos. Gracias por la confianza, sinceridad, respeto y aprecio. Base de toda relación. Y especialmente, gracias a las todas las personas que habéis participado en esta investigación.

Este trabajo, también es vuestro.

## LENGUAJE NO SEXISTA NI ESTIGMATIZADOR

Siguiendo los criterios del lenguaje no sexista, publicado por la Universidad de Lleida y la Universidad Autónoma de Barcelona, en la presente tesis doctoral, cuando se habla de «las enfermeras», se ha usado la forma femenina para hacer visibles a las mujeres en esta profesión, ya que el uso del masculino (los enfermeros), como genérico, sería claramente invisibilizar a las mujeres, y quitarles el protagonismo que, sin duda, tienen en esta profesión (Marçal H *et al.*, 2011; Universitat de Lleida, 2012).

De la misma forma, se ha intentado utilizar un lenguaje no estigmatizador, por ello, es importante remarcar, que el hecho de padecer un trastorno mental no conlleva en sí mismo, que la persona sea más violenta que otra sin patología mental. Esto solamente puede ocurrir, en determinadas patologías y en momentos concretos, sobre todo de la fase aguda.

En estas situaciones, es cuando está indicado el ingreso en las Unidades de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría. Este es concretamente, el ámbito de estudio de la presente tesis doctoral.

Las referencias a la conducta agresiva o violenta y su manejo, sólo se refieren a ese pequeño grupo poblacional, y en ningún caso a la población con trastorno mental en general.

Cabe recordar que existen muchas personas con otras patologías, diferentes a la psiquiátrica, que presentan agitación y alteración conductual con agresividad como manifestación de una enfermedad (Dimitriou *et al.*, 2018; Kales *et al.*, 2015; Pérez Sánchez *et al.*, 2015; Preuss *et al.*, 2016; Shannon & Griffin, 2015), y a pesar de esa conducta, todas necesitan y merecen ser cuidadas y tratadas con dignidad, respeto, comprensión y humanidad.

En la misma línea, cuando se menciona a los «cuidadores» se hace referencia al cuidador principal de la persona diagnosticada de patología mental, mientras que «conviviente», se refiere a aquella persona que convive en el mismo hogar con alguien que padece una patología mental, pero que no precisa «ser cuidado» por otros, en momentos de estabilidad clínica.

Cabe destacar que, ni todos los cuidadores son familiares, ni todos los convivientes son cuidadores, puesto que hay muchas personas con patología mental, que son capaces de gestionar su propio cuidado.

Con esta finalidad, se ha identificado a la persona con experiencia en salud mental en primera persona, como: «persona con enfermedad mental», «persona con experiencia en salud mental» o «paciente», adoptando la definición propuesta por la Real Academia de la Lengua Española «persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica», sin que esto conlleve ninguna connotación negativa ni peyorativa.

En definitiva, a lo largo de la presente tesis doctoral, además de intentar utilizar un lenguaje no sexista, se ha intentado evitar el uso de un lenguaje estigmatizador.

## RESUMEN

La Humanización Asistencial, es el tratamiento integral de la persona enferma, valorando las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Este concepto, adquiere diferentes dimensiones cuando la persona padece una enfermedad mental.

**Objetivo:** explorar desde la perspectiva de las personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y profesionales, el concepto, valores y líneas estratégicas de la humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría.

**Metodología:** se realizaron cuatro estudios: una revisión bibliográfica; un estudio cuantitativo sobre la satisfacción del paciente con los cuidados proporcionados por las enfermeras; un estudio de prevalencia sobre la utilización de contenciones mecánicas; un estudio cualitativo de teoría fundamentada, centrado en la percepción de pacientes, cuidadores y profesionales sobre la humanización asistencial y sobre las experiencias del paciente, relacionadas con las conductas agresivas vividas durante su ingreso.

**Resultados:** En una muestra de 100 personas ingresadas en una Unidad de Agudos de Psiquiatría, la satisfacción del cuidado obtuvo una mediana de 114 (RIQ103-125). La contención mecánica fue la única variable que demostró afectar de forma significativa la satisfacción. Se identificó una tasa de contención del 14,6%. Para las investigaciones cualitativas, se analizaron 13 grupos focales y tres entrevistas en profundidad. Se identificaron los disparadores de la conducta agresiva, la percepción sobre el uso de la contención mecánica y la influencia del miedo. Además, se extrajo la definición de humanización asistencial, sus valores y líneas estratégicas.

**Conclusiones:** La humanización asistencial en las Unidades de Agudos de Psiquiatría, representa el punto de apoyo imprescindible para iniciar el cambio del cuidado proporcionado por los profesionales en salud mental, utilizando las líneas estratégicas como la palanca necesaria para la acción, en el marco de los valores identificados. Para ello, es necesaria la cultura organizacional, el cuidado individualizado, el trabajo en equipo, la gestión del miedo, el empoderamiento del paciente, la reducción de la contención mecánica, la relación terapéutica y la lucha contra el estigma, tratados de forma cohesionada.



## RESUM

La Humanització Assistencial és el tractament integral de la persona malalta, tenint en compte les dimensions biològica, psicològica, social i conductual. Aquest concepte, adquireix major complexitat quan la persona pateix una malaltia mental.

**Objectiu:** explorar des de la perspectiva les persones amb experiència en salut mental, els cuidadors i professionals, la definició, valors i línies estratègiques relacionades amb la humanització assistencial, en les unitats d'hospitalització d'aguts de psiquiatria.

**Metodologia:** es van realitzar quatre estudis: una revisió bibliogràfica; un estudi quantitatiu sobre la satisfacció del pacient amb les cures proporcionades per les infermeres, un estudi de prevalença, sobre la utilització de contencions mecàniques; un estudi qualitatiu de teoria fonamentada, centrat en la percepció de pacients, cuidadors i professionals sobre la humanització assistencial i sobre les experiències del pacient, relacionades amb les conductes agressives viscudes durant el seu ingrés.

**Resultats:** En una mostra de 100 persones ingressades en la UHAP, la satisfacció de la cura va obtenir una mitjana de 114 (RIQ103-125). La contenció mecànica va ser l'única variable que va demostrar afectar de manera significativa la satisfacció. Es va identificar una taxa de contenció del 14,6% en la unitat d'estudi. Per a les recerques qualitatives, es van analitzar 13 grups focals i tres entrevistes en profunditat. Es van identificar els disparadors de la conducta agressiva, la percepció sobre l'ús de la contenció mecànica i la influència de la por. A més, es va extreure la definició d'humanització assistencial, els seus valors i línies estratègiques.

**Conclusions:** La humanització assistencial en les Unitats d'aguts de Psiquiatria, representa el punt de suport imprescindible per a iniciar el canvi de la cura proporcionada pels professionals en salut mental, utilitzant les línies estratègiques com la palanca necessària per a l'acció, en el marc dels valors identificats. Per a això, és necessària la cultura organitzacional, la cura individualitzada, el treball en equip, la gestió de la por, l'apoderament del pacient, la reducció de la contenció mecànica, la relació terapèutica i la lluita contra l'estigma, tractats de forma cohesionada.



## ABSTRACT

Humanized care is the comprehensive treatment of an ill person, achieved by evaluating the patient's biological, psychological, social, and behavioral dimensions. This becomes more complex if the person suffers from a mental illness.

**Objective:** To analyze the concept, values, and strategic lines related to humanized care in acute psychiatric hospitalization units from the perspective of patients, carers, and staff.

**Methodology:** Four studies were performed: a bibliographic revision; a quantitative study in terms of patient satisfaction with nursing care; a descriptive quantitative study regarding the use of mechanical restraints; a qualitative grounded theory study focused on the perception of patients, caregivers, and staff of humanized care and a patient perception of aggressive episodes experienced in the acute psychiatric hospitalization unit.

**Results:** In a sample of 100 people admitted to a Psychiatric Acute Care Unit, satisfaction with the care obtained a median of 114 (RIQ103-125). The only variable that affects care satisfaction, is physical restraints. A mechanical restraint rate of 14,6% has been determined. A qualitative study among 13 focus groups, alongside three in-depth interviews, have been performed. The triggers for aggressive behavior, the perception of the use of mechanical restraint and the influence of fear in these situations are identified, additionally a definition of humanized care, including its values and strategic lines has been extracted.

**Conclusions:** Humanization care in acute psychiatric unit, represents the point of support to initiate change in the care provided by mental health professionals, using the strategic lines as the necessary lever for action, within the framework of the identified values. Is necessary the organizational culture, individualized care, teamwork, fear management, patient empowerment, a mechanical restraint reduction, a therapeutic relationship and the illness stigma resistance, treated cohesively and globally.



# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b> .....	<b>21</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>23</b>
<b>ACRÓNIMOS</b> .....	<b>25</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>29</b>
Estructura de la tesis.....	30
<b>ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b> .....	<b>35</b>
Humanización asistencial.....	35
La humanización asistencial a lo largo de la Historia en España .....	36
La Humanización Asistencial en Salud Mental .....	48
La humanización asistencial en salud mental en España.....	54
La deshumanización de la asistencia sanitaria.....	59
La deshumanización en salud mental .....	61
Modelos y teorías de enfermería respecto a la humanización asistencial en salud mental .....	66
Justificación de la investigación.....	69
Beneficiarios de la investigación.....	72
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>75</b>
Objetivo general .....	75
Objetivos específicos .....	75
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>79</b>
Diseño .....	79
Ámbito de estudio .....	81
Metodología de los estudios realizados.....	83

1° Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A Scoping Review.....	83
2° Estudio cuantitativo de la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería, durante su ingreso en la UHAP del CST.....	83
3° Estudio cuantitativo sobre la utilización de las contenciones mecánicas.....	84
4° Estudio cualitativo fenomenológico de experiencia vivida por personas ingresadas en alguna UAHP.....	84
5° Estudio cualitativo de teoría fundamentada para construir la definición de humanización asistencial en hospitalización de agudos de psiquiatría .....	86
Consideraciones éticas .....	88
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>93</b>
Artículos publicados.....	96
Otros resultados.....	236
Otras divulgaciones científicas de la tesis doctoral.....	250
<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>255</b>
Limitaciones del estudio .....	307
Implicaciones del estudio .....	308
Líneas futuras de investigación .....	309
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>313</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>317</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>343</b>
Anexo 1: Proyectos de Humanización Asistencial elaborados a raíz de la Declaración de Torrejón .....	343
Anexo 2: Resumen de los documentos elaborados por la fundación Humans.....	347
Anexo 3: Información y consentimiento del paciente.....	350
Anexo 4: Escala CAT-V.....	352

---

Anexo 5: Datos para cumplimentar por el personal de enfermería.....	354
Anexo 6: Registro general de recogida de datos de los usuarios en contención mecánica del CST.....	356
Anexo 7: Recogida de datos cuantitativa efectos adversos de usuarios en contención mecánica.....	357
Anexo 8: Información para los profesionales: Seguridad del paciente en contención mecánica. ....	359
Anexo 9: Consentimiento informado estudio contenciones mecánicas .....	360
Anexo 10: Información y consentimiento personas del SRC con experiencia vivida en UHAP .....	361
Anexo 11: Información a la coordinadora del SRC para solicitud de colaboración en el estudio: .....	362
Anexo 12: Guion temático del grupo de personas del SRC .....	364
Anexo 13: Información y consentimiento presidenta de ASFAMMT .....	366
Anexo 14: Información y consentimiento del cuidador/ conviviente .....	368
Anexo 15: Información y consentimiento de participación del profesional .....	370
Anexo 16: Guion temático del grupo de Cuidador/ conviviente.....	372
Anexo 17: Guion temático grupos y entrevistas de profesional.....	373
Anexo 18: Certificados aprobación del CEIm .....	374



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b>	Evolución temporal de los acontecimientos relacionados con la humanización de la salud en España .....	47
<b>Tabla 2.</b>	Comparativa del estado de actualización de los planes de humanización asistencial en salud mental según las comunidades .....	57



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b>	Esquema general de la metodología de investigación utilizada .....	80
<b>Figura 2.</b>	Planificación de los estudios realizados .....	87
<b>Figura 3.</b>	Relación entre la utilización de contención mecánica y la humanización asistencial .....	260
<b>Figura 4.</b>	Experiencias de las personas ingresadas ante los episodios de agresividad vividos en las UAHP .....	264
<b>Figura 5.</b>	Paradoja de la conducta agresiva y la contención mecánica .....	270
<b>Figura 6.</b>	El miedo y su influencia en la utilización de la contención mecánica .....	277
<b>Figura 7.</b>	Círculo vicioso generado ante la percepción del profesional de la gestión inadecuada de una situación conflictiva.....	278
<b>Figura 8.</b>	Relación entre el trabajo en equipo y la utilización de la contención mecánica .....	279
<b>Figura 9.</b>	Aspectos que influyen en el miedo del profesional .....	280
<b>Figura 10.</b>	Relación entre el miedo del profesional y la humanización asistencial.....	281
<b>Figura 11.</b>	Definición de humanización asistencial.....	283
<b>Figura 12.</b>	Valores de la humanización asistencial.....	288
<b>Figura 13.</b>	Paradoja evitada al utilizar otras estrategias de intervención ante la conducta agresiva .....	293
<b>Figura 14.</b>	Seguridad y sentimiento de protección .....	300
<b>Figura 15.</b>	Relación entre la seguridad y la mejoría de la salud mental de las personas.....	303
<b>Figura 16.</b>	Engranaje de la cultura organizacional .....	304
<b>Figura 17.</b>	Cohesión entre valores y líneas estratégicas en la humanización asistencial en las UHAP .....	306



## ACRÓNIMOS

<b>ASFAMMT:</b>	Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Terrassa
<b>BOE:</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>CAT-V:</b>	Caring Assessment Tool
<b>CEIm:</b>	Comité de Ética de Investigación con Medicamentos
<b>CM:</b>	Contención mecánica
<b>COVID-19:</b>	SARS-CoV-2
<b>CST:</b>	Consorti Sanitari de Terrassa
<b>EVEN:</b>	Expertos en Vejiga Neurógena
<b>E:</b>	Entrevistas de Profesionales
<b>EUNOMIA:</b>	European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice
<b>GESTO:</b>	Grupo de Enfermeras Estomaterapeutas de España
<b>GF:</b>	Grupo Cuidadores Principales y Convivientes
<b>GP:</b>	Grupo Pacientes
<b>GS:</b>	Grupos de Profesionales
<b>HU-CI:</b>	Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos
<b>HUrge:</b>	Humanización Urgencias Hospitalarias
<b>INS:</b>	Instituto Nacional de Salud
<b>MBA:</b>	Medicina Basada en la Afectividad
<b>MAE:</b>	Modelo Afectivo-Efectivo
<b>NICE:</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>OCDE:</b>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>OMS (WHO):</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PICU:</b>	Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos
<b>SRC:</b>	Servicio de Rehabilitación Comunitaria
<b>RAE:</b>	Real Academia de la lengua Española
<b>UHAP:</b>	Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría
<b>UCI:</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>XXX:</b>	Abreviatura utilizada en esta investigación, para anonimizar el nombre concreto de la UHAP de ingreso. Como la finalidad del estudio no era una comparativa, se ha utilizado la misma abreviatura para todas las UHAP mencionadas.



# CAPÍTULO 1

# INTRODUCCIÓN

---

*Y yo me pregunto ¿y si fuera tu hijo?...*

*¿Qué harías?*

*¿Qué me gustaría que le dijeran?, ¿cómo me gustaría que le escucharan?, ¿qué me gustaría que le hicieran?*

*Como madre ves el trato y ves a la persona que le está tratando*

Grupo cuidadores N° 5, Participante 2



# INTRODUCCIÓN

«Humanización», se refiere a la acción de *Humanizar*. Según la definición de la Real Academia de la Lengua Española (RAE), significa «hacer humano, familiar y afable a alguien o algo» (Real Academia Española, 2022).

Es un concepto diferente de la «*hominización*» definida como la acción de evolucionar hasta convertirse en la especie humana, es un proceso genético y biológico que se llevó a cabo durante millones de años, y que hizo que los integrantes de nuestra especie se conviertan en seres humanos (Blecua JM & Álvarez de Miranda P., 2014).

Al hacer referencia a la humanización asistencial, se pretende englobar todos los aspectos relacionados con el cuidado de la persona. Se humaniza la asistencia sanitaria, cuando se proveen de unos cuidados sanitarios de calidad, basados tanto en la evidencia científica, como en la ética profesional, a la vez, que se proporciona un cuidado de calidez, basado en el trato humano.

El cuidado proporcionado al paciente puede estar condicionado por múltiples factores, algunos de ellos, facilitadores de la asistencia humanizada, aunque otros pueden ocasionar el efecto contrario, provocando la deshumanización de la sanidad, con la consecuente afectación, tanto para las personas receptoras del cuidado y su entorno cercano, como para las proveedoras de dicho cuidado, además de la institución sanitaria en la que trabajan y la sociedad en la que conviven.

En salud mental, la humanización asistencial, adquiere un matiz diferente al del resto de la sanidad, puesto que, en ocasiones, las personas pueden no tener conciencia de enfermedad, lo que se sería identificado como «nulo insight», por lo que pueden llegar a rechazar el tratamiento, pudiendo manifestar conductas agresivas o violentas y llegando a precisar ser ingresados en contra de su voluntad, dificultando de esta forma, no solamente la relación entre profesionales y pacientes, sino además, la relación con los cuidadores y su inclusión en la comunidad.

En una sociedad, en la que palabras como «loco», «chalado», «lunático», «psicópata», «demente», «desequilibrado», «perturbado» y un largo etcétera, sirven tanto para insultar, como para designar una enfermedad en pleno siglo XXI, demuestra que aún tiene un largo recorrido que realizar, respecto a la comprensión, aceptación e inclusión de la persona con patología mental.

Por esta circunstancia, aún se hace más necesario hablar de humanización asistencial en salud mental, y en concreto, en las unidades de agudos de psiquiatría, donde ingresan las personas con patología psiquiátrica en fase aguda, cuando ya no existen otras alternativas terapéuticas, o en el caso de que exista riesgo para su propia seguridad o la del resto de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define salud mental como:

Estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Por todo lo expuesto, a través de la humanización asistencial en las unidades de agudos de psiquiatría, se intenta proporcionar un cuidado centrado en el ser humano, promocionando aspectos como la dignidad, el respeto, la tolerancia o la comprensión, facilitando la atención sanitaria. De esta forma, se pretende aportar un pequeño grano de arena, para mejorar el cuidado de la persona y su salud mental, contribuyendo a mejorar su calidad de vida y su participación en la comunidad, con la esperanza de que sea un punto y seguido, y no un punto final.

Por un cuidado libre, respetuoso y seguro, para todos.

Por un cuidado humano y sin contenciones.

## **ESTRUCTURA DE LA TESIS**

La presente tesis doctoral, está formada por ocho capítulos:

El primero, es la introducción, que proporciona una visión general, sobre la humanización asistencial y sus implicaciones, en la actualidad.

El segundo capítulo, se trata del estado actual del tema, mediante el que se definirá la humanización asistencial, se clarificará cómo ha evolucionado este concepto a través de la historia, se analizarán las causas de la deshumanización, para centrarnos posteriormente, en la humanización y deshumanización en salud mental, destacando las conductas agresivas detectadas en algunas personas ingresadas en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría.

Posteriormente, se presentará una breve justificación de los modelos de enfermería que han servido de marco teórico para la presente tesis doctoral y, por último, la justificación y los beneficiarios de la investigación.

En el tercer capítulo, se presenta el objetivo general y los objetivos específicos.

En el cuarto capítulo, se expone la metodología utilizada para dar respuesta a los objetivos planteados. Se definen cuatro investigaciones: una revisión bibliográfica. Un estudio cuantitativo descriptivo sobre la evaluación del cuidado percibido por parte del paciente respecto a las enfermeras. Un estudio cuantitativo descriptivo sobre la utilización de las contenciones mecánicas y por último, se presenta una investigación cualitativa, centrada en la percepción de las personas con experiencia en salud mental, sus cuidadores y/o convivientes y los profesionales sobre la humanización de los cuidados de la que se extrae una segunda investigación cualitativa, basada en la experiencia vivida por parte de las personas que han estado ingresadas en alguna unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría.

Además, se presentan las consideraciones éticas que se han valorado durante la realización de la presente tesis doctoral.

En el quinto capítulo, se identifican los artículos publicados, enviados o pendientes de enviar para su publicación a modo de resultados, además de otros hallazgos relevantes y las difusiones científicas realizadas sobre el tema de la tesis doctoral.

Posteriormente, en el sexto capítulo, se realiza la discusión dando respuesta a los objetivos planteados, las limitaciones del estudio y posibles investigaciones futuras.

En el capítulo séptimo, se presentan las conclusiones de la investigación, de forma esquemática, breve y concisa.

En el octavo capítulo, se expone la bibliografía utilizada, realizada con el gestor bibliográfico Mendeley.

Por último, en el noveno capítulo, se adjuntan los anexos, proporcionando información complementaria que puede resultar de interés, además del material utilizado para el desarrollo de la presente investigación, y las acreditaciones favorables del comité de ética del centro sanitario donde se ha llevado a cabo la presente tesis doctoral.

Ilustrando la portada de cada capítulo, se ha destacado un pequeño comentario de las aportaciones realizadas por los participantes de los grupos los pacientes, cuidadores y/o convivientes y profesionales.



## CAPÍTULO 2

# ESTADO ACTUAL DEL TEMA

---

*Sí eres una persona agresiva o conflictiva, te pueden atar un día entero, para bajarte los humos y centrarte...*

*A mí me lo hicieron un día una hora y pico, y fue porque me vinieron 7 o 8 enfermeros y doctores y liaron ahí un «sidral». Yo estaba preocupado por el ingreso.*

*No creo yo que esa vez hubiera motivos. Me vinieron muy a saco y le di un pequeño empujón a uno y entonces me ataron a la camilla.*

*Fue un pequeño incidente sin demasiada repercusión, pero lo viví yo en mis carnes, atado en la camilla, y ya pedí disculpas.*

*«Pensaba que me estabais viniendo agresivamente, y me he confundido y por eso he pegado un empujón»*

*Me sentí coaccionado, brutalmente coaccionado.*



## ESTADO ACTUAL DEL TEMA

### HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

El concepto de *Humanización Asistencial* hace referencia al tratamiento integral de la persona enferma, teniendo en cuenta las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual. Incluye todo lo que afecta a la promoción y protección de la salud, curación de la enfermedad y la garantía de un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emocional, social y espiritual (Gutiérrez Fernández *et al.*, 2017).

Conlleva respetar la intimidad del paciente, su libertad de expresión, sus emociones, su espiritualidad y la posibilidad de comunicación e interacción con el equipo asistencial (Guevara *et al.*, 2014). Desde esta perspectiva, se trata de otorgar la misma importancia tanto a las necesidades clínicas como a las sociales, emocionales y psicológicas.

Es un proceso complejo, que comprende todas las dimensiones de la persona, abarcando desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de los profesionales de la salud y el desarrollo de planes de cuidados (Bermejo, 2014), hasta todo lo relativo a las cualidades indispensables, que los profesionales sanitarios que interaccionan con pacientes o familiares deberían reunir, como la empatía, la escucha activa, el respeto y la actitud ética, además de todo lo referente a los entornos, y medios que faciliten la mejor asistencia y dignifiquen el trato a las personas que padecen una enfermedad (Montes JM *et al.*, 2019; Zarco, J. 2015).

Por lo tanto, se humaniza la sanidad, cuando se atiende a las personas en su globalidad, y no exclusivamente valorando el aspecto corporal. Es atender la salud de la persona de forma holística, entendiéndose como ser humano, con sus emociones, sentimientos, problemas, dudas, y miedos. Reconociendo a cada uno, como persona única, requiriendo un trato individualizado en función de sus necesidades y expectativas. Se trata de personas con derechos, y en la mayoría de las ocasiones, con capacidad y deseo de decidir, con responsabilidad, que cuidan o son cuidados por otros. Son personas libres para elegir. Personas con recursos y capacidades (Consejería de Sanidad, 2016).

En definitiva, la humanización asistencial, es mucho más que ser amable y tener un espacio físico adecuado. Implica un compromiso y una responsabilidad, por parte de cada una de las personas que proporciona asistencia sanitaria. Se construye diariamente cuando se proveen los cuidados y la atención sanitaria expresando «tú eres persona y te trato en tu totalidad, como ser humano» (Consejería de Sanidad, 2016).

Humanizar la asistencia sanitaria, es algo inherente a su propia definición, puesto que el destinatario de la atención sanitaria es el propio ser humano.

## **La humanización asistencial a lo largo de la Historia en España**

La humanización asistencial, tal como hoy se conoce, y siendo testigos de su constante evolución, es el fruto de la conjunción de pequeñas o grandes aportaciones, realizadas desde diferentes organismos, fundaciones o personas, que se detallan a continuación.

### **Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria del Instituto Nacional de Salud**

La primera referencia encontrada en la bibliografía es el Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria, en 1984, publicada por el Instituto Nacional de Salud (INS) (Gutiérrez Martí *et al.*, 1984), entidad pública encargada de la gestión sanitaria de España hasta la configuración del actual Sistema Nacional de Salud.

En ella, se especifica que la enfermedad provoca que el paciente se sienta desvalido, por lo que es necesario el desarrollo de un sistema sanitario humanizado.

«La propia tecnificación de la medicina y la masificación despersonalizada, añade suficientes componentes para que el paciente se sienta frecuentemente desvalido, frente a esa situación que no domina» (Gutiérrez Martí *et al.*, 1984)

Define, por un lado, la reforma de la atención primaria, especificando medidas funcionales, como la libre elección de médico, la extracción periférica de sangre, el desplazamiento de especialistas o las cartillas de largo tratamiento.

Paralelamente, desarrolla la reforma hospitalaria, aplicando paulatinamente el «Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria», con la finalidad de racionalizar el funcionamiento de los hospitales. De esta forma, mejora la calidad asistencial que recibe el ciudadano.

Esta reforma hospitalaria, queda reflejada en cuatro aspectos:

1. La ordenación territorial de los hospitales.

2. Aspectos de gestión, como la dirección participativa, o «los servicios» como unidad de organización hospitalaria
3. La mejora del funcionamiento con medidas como: la mejora de la calidad asistencial, la creación de comisiones de control de calidad, la acreditación del profesional, el apoyo a la docencia e investigación y la vinculación de los médicos al hospital, promulgando dedicaciones plenas y exclusivas de ese personal
4. La humanización de la asistencia mediante: la gestión hospitalaria, la necesidad de que cada hospital pueda disponer de objetivos asistenciales y económicos, la creación de una estructura informativa mínima y homogénea para toda la red asistencial, el control de calidad a través del análisis de la estructura, el proceso y el resultado de la asistencia prestada y por último, la «Carta de derechos y deberes de los pacientes».

Para su ejecución, se establecieron dieciséis apartados que iban desde la creación de una carta de presentación y recepción del paciente al hospital, la explicación de la información general, las normas de funcionamiento y visitas, la carta de derechos y deberes, la creación del servicio de atención al paciente, la creación de una comisión de humanización asistencial, el control de las listas de espera, la señalización del hospital, la creación de una biblioteca para pacientes o la elección del menú, entre otros.

Aunque el concepto de humanización asistencial que se utiliza actualmente no coincide plenamente con el definido por el INS en el año 1984, este documento sin duda estableció las bases del cuidado humanizado, tal como se está tratando de desarrollar actualmente.

### **Ley Orgánica 3/1986, del 4 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública**

Mediante la publicación de esta ley, se adaptaron las bases de la atención sanitaria, reconociendo derechos básicos como, por ejemplo, el derecho de protección de la salud para toda la población, la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, la educación sanitaria o la rehabilitación funcional (Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, 1986).

En el artículo décimo de esta ley, se reconoce el derecho del respeto a «su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical».

Así mismo, reconoce el derecho a la información, a la confidencialidad, a ser advertido sobre ser parte de una investigación, a la libre elección de médico, a la asignación de un médico, cuyo nombre «se le dará a conocer», a tener un certificado del estado de salud, a reclamar, e incluso, a negarse a la asistencia.

En concreto, en materia de salud mental, «equipara al enfermo mental, con el resto de las personas», tratando de derivar su atención sanitaria a los dispositivos comunitarios, disminuyendo al máximo la hospitalización (Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública., 1986).

De esta forma, esta ley, también ha servido de base para la humanización asistencial tanto en la sanidad a nivel general, como en salud mental.

### **Otras Leyes y/o Reales Decretos reguladoras en el marco de la asistencia sanitaria y de los derechos y deberes de los usuarios**

Son numerosas las leyes aprobadas que han promovido la mejora del sistema sanitario, tanto a nivel asistencial, como en el desarrollo de los derechos y deberes de los usuarios, promoviendo de esta forma la humanización de la asistencia sanitaria.

Todas ellas quedan recogidas en el documento publicado por el Ministerio de Sanidad «Códigos electrónicos. Códigos Sanitarios» (Aguado Abad, 2023).

Algunos ejemplos serían la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual o el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

También cabe destacar aquellas leyes reguladoras de los derechos y deberes de los usuarios como el Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, por citar algunas.

Todas ellas han configurado el sistema de trabajo de los dispositivos sanitarios actuales.

### **Desarrollo de la especialidad de enfermería de salud mental**

A pesar de que los primeros escritos donde se establece la figura del enfermero psiquiátrico, se publicaron en la Gaceta de Madrid, en 1932, esta figura no se desarrolló hasta el año 1970, con el Decreto 3193/1970, del 22 de octubre, regulando diversos

aspectos de la formación, y previendo, incluso la necesidad del diploma de especialista en Psiquiatría, para acceder a puestos de trabajo de dicha especialidad (Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero especialista., 1998; Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, 2011).

Más adelante, mediante el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, se reguló la obtención del título de enfermero especialista para diplomados en enfermería, aunque no se desarrolló, hasta que una normativa vinculante obligó a llevar a cabo la especialidad de matronas (Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista., 1987). En 1992 se aprobó el programa formativo.

En agosto de 1998, se publicó la primera convocatoria de la prueba selectiva para la formación de Enfermeras Especialistas en Salud Mental, iniciándose de nuevo en 1999, con un año de duración, pasando a dos en el año 2011, dotando a las enfermeras especialistas, de competencias propias en el ejercicio de su profesión en el ámbito de la salud mental (Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero especialista., 1998; Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, 2011).

Tal como afirma el BOE 2011:

Mediante la creación de esta especialidad, se pretende que la enfermera especialista de salud mental, se conjugue entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud, y el ámbito humanista de las ciencias sociales.

Es desde esta doble perspectiva, que se prepara y se capacita a la enfermera especialista, para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno (Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, 2011).

De esta forma, y a través del desarrollo de sus competencias específicas, este colectivo de profesionales, asume un papel de gran relevancia en la humanización asistencial en salud mental, y en concreto, en las Unidades de Hospitalización de Agudos Psiquiátricas (UHAP).

### «Orden de Ministros de los Enfermos» de los Religiosos Camilos

La «Orden de Ministros de los Enfermos» de los religiosos Camilos, comenzó en 1582, cuando su fundador Camilo de Lelis, creó «una compañía de hombres piadosos y buenos que sirvieran a los enfermos» en Roma, y poco a poco fue extendiéndose por diferentes continentes del mundo (Camilos.es, s. f.).

En España se fundó el «Centro de Humanización de la Salud Religiosos Camilos» en Barcelona, Madrid, Valencia y Sevilla. Centrando su atención en el ámbito de la geriatría, mediante diferentes centros asistenciales, donde proporcionan un cuidado humanizado a las personas atendidas, relacionado principalmente con la atención geriátrica, el duelo y los cuidados paliativos.

Desde el año 2008, bajo la dirección de José Carlos Bermejo, se han realizado formaciones y publicaciones en forma de revistas y libros, con la finalidad de la promoción de la humanización asistencial (Camilos.es, s. f.), siendo referentes de la organización de las Jornadas Nacionales de Humanización Asistencial, realizadas por primera vez en 1995.

### Medicina basada en la Afectividad de Albert Jovell

En 1999, Albert Jovell, médico de profesión, definió la *Medicina Basada en la Afectividad* (MBA) como forma de cuidado, sirviendo de base para el desarrollo del concepto de humanización asistencial, tal como hoy lo conocemos.

Identificó la necesidad de priorizar la utilización de las tecnologías, cuya efectividad ha sido acreditada por resultados de investigaciones y reflexionó sobre el riesgo de deshumanización tecnológica, que ya se preveía a finales del siglo XX, en el que se la tecnología se convirtió en un instrumento para la medicina defensiva (Jovell A, 1999).

Su autor, partía de la suposición de que los pacientes, son lo suficientemente conscientes de su situación y mostraban interés por su estado de salud y por lo tanto, tenían derecho a obtener respuestas adaptadas a su nivel de conocimientos. A. Jovell señala:

Los pacientes tienen sentimientos, por lo que al igual que cualquier otra persona en situación de crisis o desamparo, tienen necesidad de afecto, aunque a veces, deban recurrir a la resignación, o a la negación como estrategias de evitación de la enfermedad. (Jovell, A. 1999)

Partiendo del legado de A. Jovell, y tras su temprana muerte en 2013, a los 51 años, dejando una gran trayectoria como autor de numerosos libros y artículos, en el año 2014, un gran número de profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos del sector sanitario, se reunieron para definir el Modelo Afectivo-Efectivo (Arisa *et al.*, 2017).

### **Modelo Afectivo Efectivo**

El Modelo Afectivo Efectivo (MAE) combina el progreso, fruto del desarrollo de la evidencia científica, con la dimensión humana de la asistencia, impulsando la prevención, el seguimiento y la atención centrada en el paciente, incorporando una visión integral de la enfermedad, y de las expectativas de los pacientes en todos los ámbitos, promoviendo así una mayor concienciación y normalización de la enfermedad a nivel social (Arisa *et al.*, 2017; Mora J *et al.*, 2018).

El MAE viene definido como:

La forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza, la empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles de salud. (Arisa *et al.*, 2017)

Este modelo, define una nueva estrategia de gestión clínica, que contempla tres aspectos:

- La formación en humanidades de los profesionales sanitarios
- Un entorno físico menos agresivo, con mayor protagonismo del paciente, invitándole a participar en la humanización del entorno sanitario, evitando la descoordinación entre niveles asistenciales, provocada por el desequilibrio entre la atención de agudos y el seguimiento de la cronicidad
- El modelo deliberativo médico-paciente, superando el modelo paternalista, sin caer en el científico-elitista.

En resumen, el MAE, combina la ciencia con el humanismo, apelando a la técnica y a los sentimientos

Bajo este modelo, se trata de compaginar la asistencia de las personas con enfermedades crónicas incurables, de larga duración y lento desarrollo, con el cuidado basado en la atención de la persona, valorando sus necesidades y prioridades, e intentando evitar o minimizar, el impacto que la enfermedad pueda tener en su vida, haciendo énfasis en la importancia de reforzar la humanización en la atención.

Es aplicable a todos los pacientes del sistema sanitario, tanto crónicos como agudos.

El decálogo de valores que enmarca este modelo es:

1. La empatía, para comprender la situación, las necesidades y las preferencias de los demás.
2. La humanidad, para actuar recordando que el paciente es más que su enfermedad.
3. La vocación, para prestar el mejor servicio en todo momento.
4. La ética, para combinar la competencia profesional con la moral.
5. La confianza, para que comunicar, conocer y cuidar sea posible.
6. Seguridad, para que la proximidad sea compatible con la efectividad.
7. Dignidad, para que los pacientes se sientan respetados.
8. Calidad, para lograr los mejores resultados.
9. Responsabilidad, para que desde la información y formación los pacientes puedan decidir.
10. Equidad, para facilitar el acceso e igualdad a todos los pacientes.

Para ello, se definen diez claves de actuación:

1. Empoderar a los pacientes y comunidades, para mejorar el conocimiento de su enfermedad y su autocuidado.
2. Trabajar la atención personal por parte del profesional, proporcionando un trato humanizado, basado en la dignidad del paciente.
3. Desarrollar una relación bidireccional médico-paciente, intercambiando conocimientos e información, en un marco de respeto y confianza mutuo.
4. Trabajar en la continuidad de la atención mediante la coordinación de los diferentes dispositivos sanitarios.
5. Fomentar la cocreación y coproducción entre profesionales y pacientes, integrando al paciente en órganos de consulta y en la toma de decisiones.
6. Adecuar los espacios y las infraestructuras, posibilitando una atención digna
7. Desarrollar cuidados afectivos en un mundo tecnológico, logrando avanzar hacia la atención digital desde un sistema humanizado.
8. Normalizar socialmente la enfermedad, formando y concienciando a la sociedad para acoger y apoyar a las personas que sufren la enfermedad.

9. Profesionalizar las asociaciones de pacientes, logrando una visión completa del sistema sanitario, para impulsar la ayuda tanto a los pacientes y su entorno, como a los profesionales sanitarios.
10. Ayudar a los profesionales sanitarios, en el desarrollo de su propia involucración con una atención más afectiva, creando contextos de trabajo atractivos y motivadores, trabajando por la seguridad clínica, centrando los esfuerzos en la consecución de los resultados, que importan más a las personas.

### **Declaración de Torrejón**

En mayo del 2015, un numeroso grupo de profesionales de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), junto con pacientes y sus familias, firmaron, en Madrid, la *Declaración de Torrejón Para la Humanización de los Cuidados Intensivos (Declaración de Torrejón para Humanización de los Cuidados Intensivos, 2015)*.

Mediante esta declaración, los participantes adquirieron el compromiso de cambiar la forma de relacionarse en las UCI, donde la sofisticación de los cuidados y la alta tecnología, se han erguido como la máxima expresión del deber de curar y cuidar.

Como punto de partida se recoge, por un lado, los derechos del paciente y su familia a recibir una atención integral, en la que se incluyen los cuidados clínicos y el apoyo emocional y por otro lado, los derechos de los profesionales del enfermo crítico, expuestos a situaciones de estrés laboral y emocional, a trabajar en ambientes seguros, donde se favorezca la motivación y el trabajo en equipo, reduciendo el desgaste profesional.

#### Objetivos de la Declaración de Torrejón

- Mejorar la comunicación y el trabajo en equipo, incluyendo al paciente y a la familia.
- Facilitar una información más adecuada a pacientes y familiares.
- Flexibilizar los horarios de visita, hasta conseguir que las UCI sean de puertas abiertas para los familiares.
- Fomentar la participación de los familiares en los cuidados del paciente, y en la toma de decisiones.
- Medir e incrementar la satisfacción de pacientes y familiares.
- Promover mejoras estructurales y arquitectónicas en el diseño de las UCI.

- Evitar el deterioro del clima laboral, combatiendo la insatisfacción profesional, la desmotivación, y los factores de estrés percibidos.
- Ofrecer soporte adecuado al profesional en situación de crisis.
- Humanizar los cuidados al final de la vida y en el proceso de morir.
- Resolver los conflictos potenciales desde la bioética.
- Brindar la formación y entrenamiento para la adquisición de las competencias relacionales necesarias, para llevar a cabo todo lo anterior de forma adecuada.
- Investigar para mejorar la evidencia científica disponible.

Actualmente, la Declaración de Torrejón es un documento activo, al que pueden adscribirse los centros hospitalarios que deseen adaptar este modelo de cuidado humanizado, sirviendo además de base, para el desarrollo de los siguientes proyectos (Anexo 1):

- Humanización en Cuidados Intensivos (Proyecto HU-CI), publicado en el año 2015, desarrollado por parte de un equipo interdisciplinar de profesionales de ese ámbito, liderado por Gabriel Heras, entre los que se encontraban representantes de la Sociedad de Medicina Intensiva de la Comunidad Autónoma de Madrid, pacientes y expertos externos.

Contaron con el apoyo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, impulsados por la idea, de que la ciencia y los valores humanos, deben reunirse, para dotar de un sentido holístico a la vivencia profesional y personal de la enfermedad crítica (Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI., 2019)

- Proyecto Humanización de las Urgencias (Hurgencias o «HUrge»), en septiembre del año 2020, elaborado por un equipo interdisciplinar de profesionales de las urgencias hospitalarias (Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias., 2020). Mantiene el mismo formato que el proyecto HU-CI.
- «Manual de buenas prácticas en la Humanización en Lesión Medular», en mayo del 2022, realizado por el grupo de trabajo multidisciplinar «Expertos en Vejiga Neurógena» (EVEN), con referentes de todas las Unidades de Lesión Medular de España (Grupo de trabajo EVEN-HUCI, 2022).
- «Manual de Buenas Prácticas en Humanización en las Consultas de Ostomía», elaborado por el Grupo de Enfermeras Estomaterapeutas de España (GESTO),

bajo el asesoramiento del grupo HU-CI (Grupo de trabajo GESTO-HUCI., 2022), publicado a la vez que el anterior.

### **Fundación Humans**

Fundación liderada por Julio Zarco, constituida por profesionales e instituciones sociosanitarias (Zarco, J. 2015).

Su objetivo principal, es facilitar la humanización en las organizaciones sanitarias además de:

- Impulsar la creación de planes de humanización.
- Apoyar a gestores y directivos de salud.
- Promover la formación.
- Extender la humanización.
- Fomentar la equidad y homogeneidad, en la implantación de las políticas de humanización.
- Impulsar la participación.
- Estimular la evaluación y seguimiento de proyectos de humanización.
- Conocer y compartir experiencias.
- Vertebrar la sociedad, fortaleciendo y promocionando que todos los ciudadanos formen parte de la cultura de la salud.

Los valores definidos por la Fundación Humans son:

1. Compromiso: cumplir los objetivos dentro de los plazos establecidos con profesionalidad, responsabilidad y lealtad.
2. Flexibilidad: adaptarse a las diversas situaciones o necesidades que se presenten en el transcurso de la actividad.
3. Integridad: honradez, honestidad, respeto por los demás, corrección, responsabilidad, control emocional, respeto por uno mismo, lealtad, pulcritud, disciplina, congruencia y firmeza en las acciones. Hacer lo correcto, por las razones correctas y del modo correcto.
4. Responsabilidad: toma de decisiones de manera consciente, asumiendo sus consecuencias y respondiendo de las mismas, ante quien corresponda en cada momento.

5. Transparencia: permitir que los demás, entiendan lo que realmente deseamos o sentimos, sometiéndonos a la comprensión pública sin ambigüedad.
6. Tolerancia: respeto de las opiniones, ideas o actitudes de las demás personas, aunque no coincidan con las propias.
7. Coherencia: actitud lógica y consecuente con los principios que se aceptan, y con las posiciones que se han mantenido con anterioridad.
8. Humanidad: hacer humanas y afectivas todas nuestras actuaciones, mediante aspectos como el compromiso, la flexibilidad y la integridad.

Desde la Fundación Humans, se ha liderado o participado en la creación de nueve proyectos de humanización, en diferentes ámbitos de salud (Anexo 2):

- «Análisis de la situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España». (Zarco, J. *et al.*, 2017)
- «Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias». (Zarco, J. & Barragán, 2017)
- «Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis». (de la Cueva *et al.*, 2019)
- «Humanización en salud mental». (Zarco J. *et al.*, 2020)
- «Humanización de la atención sociosanitaria a personas con VIH». (Moreno G. *et al.*, 2020)
- «Programa de humanización 2020-2023 Servicio de farmacia. Hospital Universitario Gregorio Marañón». (Servicio-de-Farmacia, 2020)
- «La humanización de la atención a la persona con dolor crónico». (Zarco J. *et al.*, 2021)
- «Consenso autonómico de la comunidad de Madrid, para la humanización de la atención a las personas con esclerosis múltiple». (Zarco, J. *et al.*, 2022)
- «Humanización de la atención a la persona con drepanocitosis». (López-Vélez Pérez *et al.*, 2022)

A modo esquemático, se presenta en la Tabla 1, un resumen de la evolución temporal de la humanización asistencial.

**Tabla 1: Evolución temporal de los acontecimientos relacionados con la humanización de la salud en España**

<b>INSAV. 1984</b>	Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria
<b>Ley Orgánica 3/1986, del 4 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública</b>	Reforma el sistema sanitario español. Introducción de os primeros aspectos relacionados con la humanización asistencial
<b>Otras Leyes y/o Reales Decretos relacionadas con la asistencia sanitaria y los derechos de los usuarios</b>	Leyes y Reales Decretos que han ido configurando el sistema de trabajo en sanidad.
<b>Desarrollo de la especialidad de enfermería de salud mental: 1970, 1987, 1988, 2011</b>	Publicación de varios BOE que han permitido el desarrollo de la especialidad de enfermería en salud mental, con competencias propias en esta materia, dotándola de un rol propio en la atención de la persona con patología psiquiátrica, y en la humanización asistencial
<b>“Orden de Ministros de los Enfermos” religiosos Camilos. 1995</b>	Formaciones específicas. Geriatria, duelo, cuidados paliativos... Jornadas Nacionales de Humanización de la Asistencia.
<b>Modelo Basado en la Afectividad. 1999</b>	Albert Jovell. Medicina Basada en la Afectividad (MBA) como forma de cuidado.
<b>Modelo Afectivo Efectivo. 2014</b>	Forma de cuidar y curar al paciente como persona, con base en la evidencia científica, incorporando la dimensión de la dignidad y la humanidad del paciente, estableciendo una atención basada en la confianza, la empatía, y contribuyendo a su bienestar y a los mejores resultados posibles de salud.
<b>Declaración de Torrejón. Mayo 2015</b>	H-UCI HURGENCIAS 2022: Manual de buenas prácticas en la Humanización en lesión medular 2022: Manual de Buenas Prácticas en Humanización en las Consultas de Ostomía.
<b>Fundación Humans. 2015</b>	2017 “Análisis de la situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. 2018 “Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias”. 2019 “Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis”. 2020 “Humanización en salud mental”. 2020 “Humanización de la atención sociosanitaria a personas con VIH”. 2021 “Programa de humanización 2020-2023”. 2021 “La humanización de la atención a la persona con dolor crónico”. 2021: 1ª jornada Internacional de Humanización asistencial. 2022 “Consenso autonómico de la comunidad de Madrid, para la humanización de la atención a las personas con esclerosis múltiple”.

Fuente: Elaboración propia.

## La Humanización Asistencial en Salud Mental

A nivel internacional, se identifican publicaciones en la literatura actual, sobre conceptos relacionados con la humanización asistencial en salud mental, por ejemplo, «Person-Centered Care», «Client-Centered Care», «Person-centered culture», «Holistic-Care», «Client-Centered Rehabilitation», o «Recovery-Oriented Care» (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2010; Beaton *et al.*, 2011; Beckett *et al.*, 2013; Busch *et al.*, 2019; McKenna *et al.*, 2014; Óladóttir & Pálmadóttir, 2017).

Todos ellos describen diferentes aspectos o modelos de cuidado, con la intención de transformar la finalidad de la praxis en salud mental, cuyo propósito es cuidar además de curar, aunque se identifica la humanización asistencial, como un concepto vago que engloba varios aspectos de la atención al paciente (Busch *et al.*, 2019).

Pero para la plena comprensión de lo que implica la humanización en salud mental, es necesario realizar un breve recorrido histórico, para permita valorar la evolución del concepto y tratamiento de la enfermedad mental en la sociedad, ya que esto, ha condicionado la manera de tratar y cuidar a la persona con trastorno mental a lo largo de la historia.

### Recorrido histórico de la salud mental y evolución del cuidado: de la exclusión a la humanización asistencial

La enfermedad mental y los intentos para remediarla o aliviarla, pueden rastrearse desde las primeras expresiones del pensamiento y de las emociones del ser humano.

Si nos remontamos a la prehistoria, se hallan pinturas rupestres con siluetas, indicando decaimiento o tristeza. Las manifestaciones más antiguas de cirugía craneal se remontan al VI milenio a.C. en el sur de Siberia, aunque no existen evidencias, de que se debieran a la curación de trastornos mentales (Frame, 2010).

En Mesopotamia, se localizan los documentos médicos conocidos más antiguos (3500 a.C.), en una serie de 40 tablillas de arcilla grabadas en escritura cuneiforme describiendo síntomas (*sakikkü*) y síndromes neurológicos (Fales, 2009).

Posteriormente, aparece *El Código de Hammurabi* (Babilonia) datado de 1750 a.C., presenta indicaciones médicas y normas de actuación (Samuel Noah Kramer, 1981).

En Egipto se hallaron los papiros de Hearts, papiro Kahun, Ebers, y papiro Edwin Smith sobre trastornos mentales. Datados entre el tercer y segundo milenio a.C. Aunque los contenidos no son tan detallados ni científicos como los escritos Sumerios y Babilónicos (Metwaly *et al.*, 2021).

En Mesopotamia y Egipto, imperaba el pensamiento mágico, que otorgaba una concepción mágico-religiosa de la enfermedad. Concretamente, las enfermedades neurológicas, se consideraban provocadas por demonios, espíritus malignos, o por la ira de dioses personales. La curación se debía conseguir mediante rituales de carácter espiritual-religioso o esotérico (prácticas chamánicas). En Babilonia, los enfermos mentales que por su conducta causaban peligros o molestias eran expulsados de la comunidad o condenados a muerte (Reynolds & Kinnier Wilson, 2014).

Los griegos, herederos de los conocimientos y experiencias de las culturas mesopotámicas y egipcias, aportaron los criterios filosóficos (máximos exponentes Sócrates, Hipócrates, Platón y Aristóteles), siendo los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista del razonamiento científico, separando el estudio de la mente, de lo sobrenatural (González de Rivera, 1998; Salaverry, 2012).

Según Hipócrates, considerado «padre de la medicina», la enfermedad mental era como una más de las enfermedades físicas del cuerpo, consecuencia del desequilibrio de los cuatro humores básicos (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra). Se construyeron numerosos «templos curativos» (Asclepeion) (Mínguez Martín L *et al.*, 2009).

El enfermo era visto como un ser inmoral, sometido a una perversión de la naturaleza, ya que impedía al hombre alcanzar su fin natural y moral: la plenitud o felicidad. Se practicaba el infanticidio y los enfermos mentales incurables, eran expulsados y abandonados (Mínguez Martín L *et al.*, 2009).

En el Imperio Romano, Galeno, con una visión materialista, no dedicó un tratado especial a la enfermedad mental, pero aceptaba, igual que los hipocráticos, su carácter natural. Reduce el alma, a la mezcla de las cuatro cualidades básicas: lo húmedo, lo frío, lo seco y lo caliente. Consideraba que la enfermedad mental constituía un trastorno somático causado por una mezcla anormal de los humores, y localizó el alma racional en el cerebro (Campohermoso Rodríguez *et al.*, 2016).

Tras la división del Imperio Romano en Occidental y Oriental en el siglo III, en el Oriental (Imperio Bizantino), siguió evolucionando la cultura griega, enriquecida por las creencias de la nueva religión cristiana, basada en el amor al prójimo. Practicaba la caridad, aportando el concepto del humanismo, que implicaba la atención y cuidado del enfermo en cualquier circunstancia. En el año 320, comenzaron a erigirse los hospitales (nosocomeion) proliferando rápidamente por todo el imperio y zonas de influencia (Mardones Bravo C, 2011).

Con la expansión árabe, a finales del siglo VII, basados en las enseñanzas bizantinas, adoptaron sus conocimientos y creando sus propios hospitales (maristanes). En la cultura árabe, los enfermos mentales más tranquilos, convivían con el resto de los

internos, y los más violentos, permanecían encerrados en estancias particulares. La terapéutica utilizada, emanaba de la teoría hipocrática de los humores, tratando de modificar los estados emocionales mediante diversos procedimientos que iban, desde la dietética y la gimnasia, a la hidroterapia. En su mayoría, la tradición popular seguía considerando que los trastornos mentales, eran causados por seres sobrenaturales, y que debía tratarse como un asunto familiar y doméstico (Salaverry, 2012).

En la época medieval, comprendida entre los siglos V y XV, la reacción popular frente a la locura, varió según la época y lugar. En gran parte de Europa Occidental, hubo un retroceso social, que también afectó a la concepción de la enfermedad mental. Los barberos-cirujanos asumieron la medicina. A la enfermedad mental, se le asignó una explicación sobrenatural y posesiones demoníacas. Era considerada como un castigo, por los malos actos cometidos (González de Rivera, 1998; Salaverry, 2012).

El «loco o lunático», denominado de esta forma, por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental, vagabundeaba libremente por los campos o ciudades, alimentados y albergados por la caridad espontánea y ocasional de la gente, hasta que curaban, o ingresaban en un centro hospitalario o de tortura. En general, se podría afirmar que la población era extraordinariamente tolerante y no excesivamente preocupada, por los enfermos mentales (González de Rivera, 1998; Salaverry, 2012).

En el año 1500, algunas ciudades alemanas, deportaban a sus enfermos mentales en navíos abandonados a la deriva por el río Rhin (González de Rivera, 1998).

El Renacimiento, siglo XV, supuso un florecimiento científico, cultural y político, viéndose mejoradas las condiciones sociales, económicas y políticas de Europa. Influyó en ello la difusión de la información por la invención de la imprenta, el equilibrio político y el florecimiento de la cultura, de las ciencias y de la medicina en general. La enfermedad mental, se consideraba principalmente una enfermedad somática, atribuida a una utilización deficiente de la razón, descartando cualquier contenido demoníaco de la afección (González de Rivera, 1998).

En Valencia en 1410 se inauguró el «Hospital d'inocents, follcs i orats», el primero específicamente psiquiátrico del mundo, fundado por el sacerdote Fray Juan Gilbert Jofré. 15 años después se fundó en Zaragoza, el Hospital psiquiátrico de Nuestra Señora de Gracia, donde se practicaban técnicas y prácticas de un ejemplar humanismo asistencial, totalmente revolucionarias en la época (González de Rivera, 1998; Tropé, 2011).

La llegada del Humanismo significó la secularización de la atención de la persona con enfermedad mental, apareciendo tratados como el de Juan Luis Vives, *De Anima*

et Vita, en 1538, en el que se describen aspectos sobre asociaciones psicológicas, la relación entre cognición, emociones y el papel del instinto. También se destaca el médico Juan de Dios Huarte de San Juan y su libro *Examen de los Ingenios para las Ciencias*, escrito en 1575, representa el primer tratado de psicología médica, en el que se establece una teoría de la personalidad, una tipología psicológica basada en conceptos fisiológicos, y la posible aplicación de esos conceptos, sobre todo en pedagogía y sociología (González de Rivera, 1998; Salaverry, 2012).

Durante los siglos XVII a XVIII, con el movimiento ilustrado, se experimentó una profunda renovación en Europa, sometiendo la cultura, la filosofía y las creencias religiosas a una crítica racional, marginando a todas aquellas personas, cuyo comportamiento se alejará de la racionalidad, lo que conllevaba su confinamiento. Se encerró a los «locos», y en algunos lugares, se les exhibía en jaulas con la intención de educar y moralizar sobre la naturaleza salvaje de la irracionalidad (González de Rivera, 1998).

Al final del siglo XVIII y principios del XIX, comenzaron a aparecer los «hospitales modernos», fundados por las autoridades seculares, en los que se impuso el concepto, de que la enfermedad mental tenía un origen material. La consecuencia inmediata fue la reincorporación de la locura, entre las afecciones que podían ser tratadas por la medicina, desarrollando lo que se ha considerado la era del «tratamiento moral». Se separaron claramente los conceptos tecnológicos de la curación, con el del cuidado de los enfermos, adoptando prácticas en las que estaban presentes la tortura y privación de la libertad (de Micheli, 2016; González de Rivera, 1998; Salaverry, 2012).

El paradigma neurológico de la enfermedad mental, cambia a partir de la difusión de las ideas de John Locke y Condillac, quienes postularon que la mente era como una hoja en blanco («tabula rasa») en la cual, se generan las ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos (Salaverry, 2012).

La liberación de las cadenas de los enfermos mentales, en los manicomios de la época, se relaciona principalmente con Philippe Pinel (González de Rivera, 1998) junto a su discípulo Esquirol, quien, inspirado por Jean-Baptiste Pussin, supervisor del manicomio de Bicêtre, que propugnaba el tratamiento moral de los locos, decidió reformar la manera de tratar a los internos, pidiendo autorización para suprimir el uso de cadenas, aunque existen discrepancias sobre este tema, en la historia publicada (Pope, 2013; Sanjurjo Castela G & de Paz Ranz S., 2013; Schuster J.P et al., 2011; Weiner, 1979). Son considerados los primeros instigadores para la implantación de condiciones más humanas en los asilos, iniciando el movimiento que condujo a la liberación de los «locos», estando recluidos en los manicomios y siendo considerados como pacientes psiquiátricos. Abogaron por la actividad ocupacional, los ambientes

adecuados y la promoción de relaciones sociales, para evitar contenciones innecesarias. Supuso el cambio de celdas por habitaciones (Palomares-Ramos K & Enríquez-Estrada, 2020).

Este movimiento fue extendiéndose por toda Europa (Palomares-Ramos K & Enríquez-Estrada, 2020; Sanjurjo Castelao G & de Paz Ranz S., 2013). Los centros eran similares a ciudades donde vivían y trabajaban los enfermos, y de las cuales, no se podía salir, salvo en contadas ocasiones. De esta manera, seguían aislados de la comunidad.

A mediados del siglo XIX, Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, afirmó que los problemas mentales eran producto de una carencia o excesos, durante la edad infantil. Aunque no se pudiera aplicar a la patología grave, y no demostrara gran efectividad, los enfermos mentales participaban de la sociedad (González de Rivera, 1998).

Los hospitales y la sanidad, se profesionalizaron aún más, con una reorganización de la gestión hospitalaria, en líneas más burocráticas y administrativas. En esta época, surgió la enfermera Florence Nightingale (1820-1910) dando ejemplo de compasión, y compromiso con el cuidado del paciente, y administración hospitalaria diligente y reflexiva.

A fines del siglo XIX, en el hospital moderno, se inició la proliferación de una variedad de sistemas hospitalarios públicos y privados. En Europa, los nuevos hospitales, generalmente se construyeron y funcionaron con fondos públicos. Ya en el siglo XX, se fue desarrollando un concepto de enfermedad mental con características más biológicas y genéticas. La psiquiatría emergió como especialidad médica (González de Rivera, 1998).

Aparecieron técnicas abolidas hoy en día, como la lobotomía, cirugía en la que se secciona una o varias conexiones nerviosas de un lóbulo cerebral, o el uso de insulina, para provocar cambios en el sistema nervioso central. Respecto al trato, seguía haciéndose laborterapia, farmacología y contenciones mecánicas como castigo y reducción (González de Rivera, 1998).

En la década de 1950, apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inició un movimiento con el objetivo de promover la salud de todos los seres humanos, dignificar los cuidados y asegurar los derechos básicos de las personas, junto con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En este contexto histórico, se produjo un movimiento de reforma social internacional, en el que se proponía un modelo de desinstitutionalización de las personas con enfermedad mental, mediante la deconstrucción del concepto «asilo», y desarrollando nuevas prácticas de intervención, encaminadas a la recuperación y la reinserción en la sociedad (Fernandes Moll *et al.*, 2016).

En la década de los años 70, se inicia un movimiento denominado «antipsiquiatría», que tuvo sus inicios en las ideas de determinados psiquiatras como Ronald D. Laing y David Cooper, entre otros, y filósofos como Michel Foucault, criticaron las prácticas que la psiquiatría estaba llevando a cabo. La principal idea de la antipsiquiatría era que la enfermedad mental no existía, y que por tanto, no debería haber ni psiquiatras ni medicamentos para tratarla (González-Casnovas J., 2016).

En España en 1986, se edita la Ley Orgánica 14/1986 para que se procediera al cierre de los manicomios, y al tratamiento en hospitales psiquiátricos a los pacientes que lo precisaran (Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, 1986).

De esta manera, se suprimió el sistema de residencia, incentivando la inclusión en la sociedad, de las personas con patología mental, con el problema, de que muchos de ellos, habían estado toda la vida ingresados en instituciones y no estaban preparados para la vida en la comunidad. Además, muchos fueron rechazados por la población general. Se crearon dispositivos y centros de atención comunitaria para atenderles dentro de la sociedad.

En estas últimas décadas, han aparecido nuevos medicamentos para el tratamiento de la enfermedad mental, que mejoran considerablemente la evolución de la patología y su pronóstico (Honorato *et al.*, 2011; Madoz-Gúrpide *et al.*, 2017).

En resumen, tal como se ha podido observar, a lo largo de la historia, la enfermedad mental se ha atribuido al castigo de los dioses, a la magia o incluso a poderes sobrenaturales, y las personas con enfermedad mental, han sido consideradas endemoniadas, delincuentes y culpables de su patología.

Han sido vagabundos, se les ha torturado, encarcelado, encadenado, excluido, castigado, echado de los pueblos, metidos en un barco y enviados «río abajo» o incluso matado. En muchas sociedades, han provocado rechazo, miedo, estigma y exclusión social.

Esta forma de entender la enfermedad mental, a lo largo de los siglos, ha condicionado la visión actual existente sobre ella, provocando, incluso hoy en día, estigma y rechazo social hacia la persona con problemas de salud mental, en parte de la población.

Por ello, es trascendental tratar la humanización asistencial y no solamente en salud mental, sino específicamente, en la atención sanitaria de aquellas personas que están en fase aguda de su patología mental, y en concreto, las que manifiestan conductas agresivas, que son, las que tal como se ha podido observar, han sufrido mayor discriminación y rechazo, a lo largo de la historia.

## La humanización asistencial en salud mental en España

Se han identificado dos documentos sobre la humanización asistencial en salud mental, uno de ellos sobre las UHAP, llamada también unidad de hospitalización psiquiátrica breve, y el otro sobre la salud mental en general. El primero fue elaborado por la Sociedad de Psiquiatría de Madrid (Montes JM *et al.*, 2019) y el segundo por la Fundación Humans (Zarco J. *et al.*, 2020), con pocos meses de diferencia.

Ambos documentos están íntimamente relacionados, llegando a compartir una de las autoras y la definición de humanización asistencial propuesta por Julio Zarco (Montes JM *et al.*, 2019; Zarco J. *et al.*, 2020).

También existen otros documentos, donde a este tema, se le asigna un apartado o incluso, puede llegar a un capítulo, por ejemplo, en el Consenso español de buenas prácticas clínicas, para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación (García-Portilla *et al.*, 2020), o en algún plan de salud de alguna comunidad autónoma.

### Sociedad de Psiquiatría de Madrid

La Sociedad de Psiquiatría de Madrid, elaboró el documento «Humanización de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve» (Montes JM *et al.*, 2019).

Fue realizado por 17 profesionales de la salud mental, entre los que se encuentran catorce psiquiatras, un enfermero y dos terapeutas ocupacionales.

Se definen nueve apartados:

- El espacio físico.
- El clima terapéutico, la formación, organización de equipos y la dotación de medios.
- La estructuración del tiempo.
- La humanización de las unidades de hospitalización de pacientes psiquiátricos agudos.
- Alternativas a la contención mecánica.
- Entorno legal.
- Los traslados.
- Ámbito específico de la psiquiatría de infancia y adolescencia.

- Recomendaciones para la humanización de los servicios de urgencias, para la atención del paciente de Salud Mental.

Los autores, analizan el estado actual de cada apartado, realizando algunas propuestas de intervención.

### **Fundación Humans: «Humanización en Salud Mental»**

Fue publicado en el año 2020. Elaborado por un grupo de 12 profesionales expertos, constituido por ocho psiquiatras, dos enfermeros especialistas en salud mental, una trabajadora social y un médico de atención primaria, en el que exploraron los planes de salud mental de las comunidades autónomas de España disponibles en aquel momento.

Además, se proporcionó una encuesta que fue cumplimentada, por los directores de los planes de salud de alguna comunidad o, por algún responsable de unidad de salud mental de algún hospital en concreto (Zarco J. *et al.*, 2020).

El objetivo, fue generar conciencia en el entorno sociosanitario de la necesidad de humanizar el ámbito de la salud mental, estimular la evaluación y seguimiento de los proyectos de humanización, conocer y compartir experiencias en humanización en salud mental y definir indicadores de calidad.

Se valoraron concretamente cuatro ámbitos de atención, que el grupo de trabajo identificó como claves, y se propusieron, en cada uno de ellos, líneas generales de intervención (Zarco J. *et al.*, 2020):

- Humanización y mejora de la calidad de la atención en salud mental.
- Avanzar en la participación de los usuarios y familiares en el cuidado de su salud mental .
- Lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.
- Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables, y con alto riesgo de exclusión social.

Las diez conclusiones extraídas del documento constituyen un primer esbozo para la realización de una propuesta, que tiene el objetivo de proporcionar un cuidado humanizado a la persona diagnosticada de patología mental.

En sus resultados, se destaca, que 13 de las 17 comunidades autónomas, tenían planes de salud mental vigentes, aunque sólo en tres comunidades, mencionaba la humanización asistencial: Castilla la Mancha (Gutiérrez Fernández *et al.*, 2017), Madrid (Consejería de Sanidad, 2016) y Navarra (Ainsa Erice *et al.*, s. f.) aunque en otras comunidades, se mencionaban aspectos relacionados con la humanización en sus planes estratégicos, como por ejemplo el estigma en Murcia, o los derechos humanos en Andalucía, y en algunas se identificaba algún enfoque relacionado con la humanización.

Por otro lado, se evidencia la necesidad de establecer una respuesta integral y coordinada, por parte de todos los sectores, con relación a la salud mental, la comunicación, la formación, la mejora de espacios y la reducción de medidas coercitivas (Zarco J. *et al.*, 2020).

### **La humanización asistencial en los planes de salud mental de las comunidades autónomas**

Dos años y una pandemia después de la publicación del estudio de Zarco, J. (2020), ha variado el número de comunidades que en sus planes de salud, hacen alguna referencia a la humanización asistencial en salud mental.

En estos momentos, la mayoría de las comunidades han actualizado sus planes de salud, y se ha llegado a identificar 12 comunidades en las que existe un plan de humanización asistencial, ya sea a nivel general, como Andalucía (BOJA. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Acuerdo de 13 de abril de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2021), Asturias (Valles García *et al.*, 2021), Illes Balears (Robles Duro & Prieto Valle, 2022), Cantabria (Servicio Cántabro de Salud, 2020), o Castilla y León (Casado V. *et al.*, 2021) o bien en algún ámbito de actuación concreto, por ejemplo, en Murcia, está diseñado para el parto y la maternidad (Murcia Salud, s. f.)

En algunas de ellas, se menciona la salud mental, dentro del plan de humanización, como en el caso de las Illes Balears (Robles Duro & Prieto Valle, 2022), o Castilla y León (Casado V. *et al.*, 2021) y en otras, se hace mención en el plan de salud mental, aunque no tenga una línea estratégica propiamente definida, es el caso de Cantabria (Consejería de Sanidad, s. f.) o La Rioja (Rioja Salud, 2021)

En la tabla 2, se puede observar de forma esquemática estas actualizaciones mencionadas:

**Tabla 2: Comparativa del estado de actualización de los planes de humanización asistencial en salud mental según las comunidades**

Comunidad	Plan de salud Mental	Plan de Humanización	Humanización en Salud Mental antes del 2020	Humanización en Salud Mental después del 2020
Andalucía	2016-2020 En revisión	2021	No	No
Aragón	Si, 2017-2021	Junio 2022	No	No
Asturias	Si, 2015-2020	2021	No	No
Illes Balears	Si, 2016-2022	2022. En revisión hasta el 30/12/22	Menciona no desarrolla	Se valora en el plan. No línea estratégica.
C. Valenciana	Si, 2016-2020	No	No	No
Canarias	Si 2019-2023	No	No	No
Cantabria	Si 2022-2026	Nacimiento y lactancia	No. Abordaje patología	Si, en el plan de salud mental.
Castilla la Mancha	Si 2018-2025	Sí. Plan dignifica	Si dentro del plan	Si. Actualizado
Castilla y León	No	Sí. "Plan Persona"	No	Se menciona
Cataluña	Si, 2017-2019	No	No específico. Menciona estigma	No
Extremadura	Si, 2016-2020	2007-2013	No	No
Galicia	Si 2020-2024	No	Humanización espacio	No
La Rioja	2021-2025	No	No	Se menciona en el Plan de salud mental
Madrid	Si, 2018-2020	Sí. 2016-2019	Sí.	Si, dentro del plan de salud mental.
Murcia	"Estrategia de Salud y Seguridad Laboral" 2019-2022	Existe en el parto y maternidad.	No	No
Navarra	Si, 2019-2023	Si Plan Humanización vertical	Menciona la SM. de forma puntual	Sin cambios
Euskadi	2019-2023	Plan estratégico de sanidad, incluye la humanización	No	No
Ceuta	No	No	No	No
Melilla	No	No	No	No

Fuente: Elaboración propia, basado en los planes de salud, planes de humanización y okabes de salud mental de las Comunidades Autónomas.

## La humanización asistencial en salud mental en Catalunya

El «Pla director de Salut Mental i Addiccions», está publicado para el periodo de tiempo comprendido del 2017 al 2019, aunque estará vigente hasta la elaboración y aprobación del próximo plan de salud mental (Generalitat de Catalunya, 2017).

En dicho plan, no aparece el concepto humanización como tal, aunque sí se hace referencia a aspectos ligados directamente, como sería la promoción de un abordaje basado en los derechos humanos, que prevenga la estigmatización, la discriminación y la exclusión social.

A lo largo de estos años, se ha abogado por un cambio en el modelo asistencial, mediante el que se ha pretendido empoderar la atención comunitaria, más que la atención hospitalaria.

Las líneas estratégicas definidas para el 2017-2019, fueron:

1. Contribuir a la promoción de la salud mental positiva y el bienestar de las personas a lo largo de la vida, e incrementar el compromiso de la red de atención, con la prevención de los trastornos mental y las adicciones
2. Mejorar las prácticas asistenciales, en relación con los derechos de las personas, y potenciar nuevas capacidades de participación y empoderamiento de las personas usuarias de los servicios
3. Garantizar que la atención especializada sea territorialmente equitativa, accesible, integral, competente y basada en la comunidad
4. Mejorar las condiciones de la práctica asistencial, y la formación para garantizar una atención digna, segura y efectiva
5. Garantizar que el sistema de salud, provea una atención integrada a la salud física y mental, mediante prácticas compartidas entre niveles y servicios asistenciales
6. Mejorar la integración con los servicios no sanitarios, que se ocupan de la atención a las personas, en relación con los objetivos de salud mental expuestos, así como la colaboración interdepartamental, imprescindible en todas las facetas de la atención
7. Garantizar los elementos de apoyo al cambio.

Algunas de las estrategias definidas por el CatSalut, revertirán sin duda en la humanización asistencial del sistema de salud mental en Catalunya.

## LA DESHUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

La deshumanización, es la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos que, al ser comparados con objetos o animales, pueden ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor, y por ello, en el ejercicio de la medicina, puede entenderse como la consecuencia de un modelo racional científicista, que se aleja de la sensibilidad humana (Ávila-Morales, 2017).

Cuando en las organizaciones se plantean acciones de mejora de la humanización de la asistencia sanitaria, es porque existe deshumanización y despersonalización, a la hora de prestar la asistencia y cuidados a los pacientes (Consejería de Sanidad, 2016).

Al hablar de deshumanización asistencial, se incluyen conceptos como la «*cosificación*», identificada cuando la organización o los profesionales sanitarios, tratan al paciente como un objeto, desposeído de su dignidad humana y personal. O la «*despersonalización*», entendida como quitar a alguien su carácter o atributos personales, haciéndole perder la identidad (Blecua JM & Álvarez de Miranda P., 2014). Un ejemplo de estas situaciones se detecta al utilizar el nombre de una patología, o el número de una habitación, para referirnos a una persona: «le doy la pastilla al psicótico/a» o «voy al 721».

En estas últimas décadas, la tecnificación científica, junto con el progreso social, ha supuesto la mayor mejora en la calidad de vida de la historia de la humanidad, y el incremento de las estrategias terapéuticas, llegando incluso a superar la capacidad de pago del sistema sanitario. Pero posiblemente, mientras se produce este progreso, se puede estar produciendo la pérdida de humanismo en la asistencia sanitaria, puesto que la tecnología carece de inteligencia o sentimientos, pudiendo llegar a convertirse en una barrera física y relacional entre profesionales de la salud y el paciente (Jovell A, 1999).

La deshumanización del sistema sanitario es multifactorial, siendo el resultado de un conjunto de condicionantes asociados, entrelazados e interactuantes, que dependen de factores como el orden social, la dinámica de las instituciones sanitarias, la formación y la práctica profesional o la aplicación inadecuada de los avances de la tecnología (March, 2017).

A todo lo anterior, se le debería añadir, por un lado, la deshumanización de la sociedad y por otro, el hecho de que los pacientes, cada vez son más exigentes y disponen de más información, aunque no siempre sea la adecuada, junto con un claro desequilibrio entre la evolución tecnológica y el trato cercano a la persona. Por este motivo, se requieren cambios en todo el sistema, a los que la asistencia sanitaria debería adaptarse (Zarco, J. *et al.*, 2017).

También existen múltiples factores a nivel profesional, que pueden condicionar la deshumanización como, por ejemplo, la desmotivación, el estrés, la autoexigencia, la contemplación del sufrimiento ajeno, el agotamiento físico y emocional, la falta de comunicación, el choque entre los ideales y los fracasos sufridos, provocando el denominado «síndrome de agotamiento y despersonalización», la escasez de profesionales o la sobrecarga laboral. Todo ello provoca, que la asistencia sanitaria esté centrada en aspectos técnicos, que intentan facilitar la resolución del proceso clínico, eludiendo emociones y sentimientos (Consejería de Sanidad, 2016).

Cuando se detectan estas situaciones, el profesional, puede llegar a interponer una «distancia emotiva» con el paciente y un «descompromiso» denominado «preocupación distanciada» y «deshumanización defensiva», causante de la deshumanización en el trato y la baja la calidad de los cuidados. En este momento, existe el riesgo de ritualización de los comportamientos, convirtiéndose en fuente de desgaste profesional (Bermejo, 2014; Consejería de Sanidad, 2016), con el consecuente abandono del ejercicio de la profesión.

Una sociedad puede implementar un sistema general de salud para toda la población, con prestaciones de alta calidad, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante o no acogedor por parte de los usuarios, provocando quejas o a una mala percepción de la atención recibida, mientras que un sistema con menos recursos, que compense sus deficiencias con solidaridad y deber ético, sería mejor valorado (Cayuela A, 2013).

Por ello, no sería correcto culpar exclusivamente al desarrollo tecnológico de la deshumanización asistencial, puesto que, tal como afirma Bermejo:

Quien humaniza es el ser humano, quien deshumaniza es el ser humano, no la tecnología. (Bermejo, 2014)

Por lo tanto, los profesionales, son los principales agentes de humanización de la asistencia sanitaria (Consejería de Sanidad, 2016), los que con su conducta marcan la diferencia entre una asistencia humanizada o deshumanizada, mediante actitudes de escucha, comprensión, empatía, respeto, dignidad y aceptación.

Cuanto más se tecnifican los cuidados, más mecánicas se hacen las relaciones con las personas. Pero si la tecnología no debe representar una barrera para que la persona con patología y su familia reciban un trato humanizado, tampoco deberían ser los profesionales al límite de sus fuerzas, que tal como afirma Bermejo, es una situación fácilmente identificable en la práctica asistencial actual.

Cuando el timbre se convierte en el único medio para recurrir a una presencia, con frecuencia será la de una enfermera al límite de la resistencia. (Bermejo, 2014).

### **La deshumanización en salud mental**

La humanización asistencial adquiere mayor complejidad, cuando la persona padece una enfermedad mental, que puede afectar directamente a su voluntad, cognición, emoción y relación con el mundo. Personas que, en ocasiones, no tienen conciencia de enfermedad y no participan de su proceso de salud, llegando a mostrar conductas auto o hetero agresivas, y pese a ello, precisan de un trato cercano, emocional y empático (Beviá Febrer *et al.*, 2017; Zarco J. *et al.*, 2020).

Por lo tanto, en salud mental, además de considerar los factores de deshumanización de la sanidad descritos anteriormente, se identifican como elementos deshumanizantes, la cultura centrada en la patología o en el órgano dañado, así como en las competencias científico-técnicas, el prejuicio social y el estigma. Como consecuencia, surgen conductas de distanciamiento, paternalismo, individualismo, estandarización, negación de la autonomía y de la subjetividad de la persona (Montes JM *et al.*, 2019).

El hecho de que normalmente, las patologías psiquiátricas, no se diagnostican por medio de una alteración en los valores de una analítica, o una radiografía, dificulta el entendimiento de la persona con enfermedad mental, facilitando la deshumanización.

Esta situación, provoca que todo lo humano, quede reducido a una expresión biológica, alejando el trabajo de las enfermeras, de su visión humanista y holística del cuidado, básico en especialidades como la de salud mental, pudiendo llegar a poner en riesgo, los derechos humanos, la dignidad y el trato humanizado, que requieren las personas aquejadas de cualquier enfermedad (Bermejo, 2014; Valenzuela Anguita, 2015).

En la literatura, se encuentran numerosos artículos que detallan el trato inadecuado e inhumano que, en ocasiones, se proporciona a las personas ingresadas en las UHAP, llegando incluso a ser definidas como «prisiones» (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017), donde los pacientes se sienten humillados, o tratados como animales (Allikmets *et al.*, 2020).

A pesar de ello, o como consecuencia de ello, en los últimos años, nuestro sistema sanitario está intentando «*re-humanizarse*», potenciando los aspectos afectivo-emocionales, en armonía con los aspectos tecnológicos (Zarco, J. *et al.*, 2017), tal como

se ha podido observar, en la evolución cronológica de la humanización asistencial en España.

Aunque tampoco se puede obviar, el riesgo que tiene un profesional sanitario, a ser agredido por una persona con enfermedad mental, en fase aguda de su patología. Este es un hecho con el que se convive en las UHAP. Es una situación no buscada ni deseada, que suele conllevar graves consecuencias, tanto para los pacientes, como para los profesionales. En la literatura, se identifican numerosas publicaciones, que lo evidencian, incluso con consecuencias fatales (Allikmets *et al.*, 2020; Ayhan *et al.*, 2021; Hallett & Dickens, 2015; Hilton *et al.*, 2017; Lee *et al.*, 2013; Mullen *et al.*, 2013; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Odes *et al.*, 2020; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016; Rosenthal L. *et al.*, 2018; Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Schablon *et al.*, 2018; Schlup *et al.*, 2021; Sim *et al.*, 2020; Tattoli *et al.*, 2019; Terkelsen & Larsen, 2014).

### **Episodios de agresividad y/o violencia vividos en las UHAP**

Las personas que padecen una enfermedad mental son especialmente vulnerables, por un lado, por el sufrimiento invisible que padecen, relacionado con la emoción, la alteración del pensamiento o de la conducta; un sufrimiento que, para muchos, es incomprensible e incluso objeto de temor, llegando a provocar, en ocasiones, la utilización de medidas no siempre adecuadas (Montes JM *et al.*, 2019). Por otro lado, debido a que, al riesgo relacionado con la asistencia sanitaria habitual, hay que añadir los específicos derivados de la patología psiquiátrica, ya sea propia o de otras personas (Scobie Sarah *et al.*, 2006).

Al mencionar la alteración conductual de las personas ingresadas en las UHAP, se hace referencia, en concreto, al comportamiento agresivo y/o violento, las autolesiones, el suicidio o su intento, la fuga, los riesgos relacionados con la medicación, tanto los inherentes al fármaco (por ejemplo, los efectos adversos o reacciones alérgicas), como los derivados de la conducta de la persona (por ejemplo, la ocultación, intercambio, rechazo, demandas extras de medicación, o la sobreingesta medicamentosa...) o los problemas de seguridad sexual, en los que se incluye tanto el riesgo a un comportamiento sexual desinhibido y/o compulsivo, como la vulnerabilidad ante el acoso sexual (Hilton *et al.*, 2017; Kontio *et al.*, 2014; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Odes *et al.*, 2020; Renwick *et al.*, 2018; Rosenthal L. *et al.*, 2018; Scobie Sarah *et al.*, 2006; Tattoli *et al.*, 2019; Terkelsen & Larsen, 2014).

Se identifican múltiples causas que pueden provocar la conducta agresiva de una persona con problemas de salud mental. Según el modelo presentado por Chappell y

Di Martino se relacionan diversas variables con este fenómeno, mediante la interacción de los factores de riesgo, entre los que se encuentran los factores individuales, tanto del agresor como de la víctima, por ejemplo, los derivados de la patología de la persona, o el consumo de tóxicos, los relacionados con los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades asistenciales y factores del ambiente o del entorno asistencial restrictivo donde se desarrollan las acciones (Chappell & di Martino, 2006, Quílez Jover, 2016; Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016).

Los tipos de violencia más frecuentes son: la agresión verbal, física, y el acoso sexual. Como consecuencia de estas situaciones, el paciente puede sufrir lesiones físicas, ansiedad y estrés postraumático. Además, en el profesional, pueden ocasionar burnout, malestar psicológico, síndrome de estrés postraumático y absentismo laboral, con el consecuente riesgo de abandono de la profesión o el cambio de especialidad (Ayhan *et al.*, 2021; Baby *et al.*, 2018; Bizzarri *et al.*, 2020; Chappell & di Martino, 2006; Hilton *et al.*, 2017; Lantta *et al.*, 2020; Odes *et al.*, 2020; Quílez Jover, 2016; Renwick *et al.*, 2018; Rosenthal L. *et al.*, 2018; Schlup *et al.*, 2021), transformando las UHAP, en lugares de trabajo difíciles.

Estas situaciones dificultan el establecimiento del vínculo terapéutico, tanto con el paciente como con los cuidadores, que pueden perdurar en el futuro, viéndose afectada la relación terapéutica, que debería ser la base del cuidado de enfermería de salud mental (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021; Moreno-Poyato A.R *et al.*, 2016; Tolosa-Merlos *et al.*, 2022).

Los episodios de agresividad vividos en las UHAP son atendidos mayoritariamente, por los profesionales de enfermería y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, habitualmente, con el apoyo de psiquiatría. En caso de necesidad, se suele recurrir a la presencia del personal de seguridad y sanitarios, que refuerzan al personal de enfermería, cuando es posible.

Para controlar o tratar de resolver este tipo de situaciones, en las UHAP, se suelen utilizar diferentes tipos de «medidas coercitivas o restrictivas» como, por ejemplo, los ingresos involuntarios, la reclusión, la sujeción física, la contención mecánica y la administración forzosa de medicación. Actuaciones que podrían considerarse «inhumanas», que conllevan un elevado riesgo para la seguridad del paciente, e incrementan el sufrimiento y el estigma de las personas que padecen una enfermedad mental, siendo prácticas, por definición, deshumanizadoras (Achir Yani Syuhaimie Hamid & Catharina Daulima, 2018; Barnett *et al.*, 2018; Madrid *et al.*, 2006; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Rubio Domínguez, 2017; Sanz-Osorio M.T. *et al.*, 2020; World Health Organization, 2019).

### **Ingreso involuntario**

Se trata del internamiento por razón de un trastorno psíquico, de una persona que no puede decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a patria potestad o tutela. Está regulada en la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, en su artículo 763 (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, 2000).

Siempre que sea posible, la autorización debe ser previa al ingreso, excepto en casos de urgencia en los que sea necesario realizar el ingreso de inmediato.

En esa circunstancia, el responsable del centro, habitualmente el médico que ha indicado el ingreso, tiene un plazo de 24 horas para solicitar la autorización de ingreso judicial.

A su vez, el juzgado tiene un plazo de 72 horas, desde que llega al conocimiento del tribunal, para ratificar o no el ingreso involuntario. El juzgado realizará un examen personal con dictamen del médico/a forense.

El personal médico, deberá informar al tribunal, sobre la necesidad de mantener el ingreso judicial. En caso de alta, deberá ser notificada al tribunal competente. La persona puede apelar la resolución judicial y disponer de representación y defensa, si lo solicita.

### **Reclusión**

Se refiere al confinamiento supervisado de un paciente en una habitación, que puede estar cerrada con llave. Su único objetivo es contener el comportamiento gravemente perturbado, que probablemente cause daño a los demás (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

### **Contención o sujeción física**

Definida como la restricción manual como método de restricción física, utilizado por profesionales sanitarios capacitados, para evitar que los usuarios del servicio se lastimen a sí mismos, pongan en peligro a otros o comprometan el entorno terapéutico. Su finalidad es inmovilizar de forma segura al usuario del servicio (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

### **Contención mecánica**

Es definida por la National Institute for Health Care Excellence (NICE) (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015), como un método de intervención física,

que implica el uso de equipos autorizados, por ejemplo, muñequeras o cinturones de sujeción, aplicados de forma especializada, por el personal sanitario designado. Debe ser una intervención mínimamente restrictiva, de intensidad variable, y bajo la observación constante del personal sanitario, para garantizar la seguridad tanto del usuario, como del resto de personas que le rodean.

Su propósito es inmovilizar o restringir el movimiento, de forma segura, de una o varias partes del cuerpo del usuario (Donavedian Avedis, s. f.; Febrer Beviá *et al.*, 2017; López López *et al.*, 2016).

Es una medida muy controvertida, por sus implicaciones éticas y legales, ya que puede ocasionar gran número de consecuencias negativas, tanto físicas como psicológicas, en pacientes y profesionales (Ayhan *et al.*, 2021; Dazzi *et al.*, 2017; Donavedian Avedis, s. f.; Febrer Beviá *et al.*, 2017; López López *et al.*, 2016).

En el paciente, estos riesgos pueden variar desde el dolor, úlceras, miedo, estrés, desorientación, erosiones, tromboembolismo pulmonar, llegando incluso a la muerte por estrangulación, entre otros (Achir Yani Syuhaimie Hamid & Catharina Daulima, 2018; Adarve Panicot *et al.*, 2021; Dazzi *et al.*, 2017; Donavedian Avedis, s. f.; López López *et al.*, 2016), mientras que en los profesionales, puede dar lugar a la aparición del síndrome de la segunda víctima, burnout, lesiones físicas, y riesgo de abandono de la profesión (Pelto-Piri *et al.*, 2020; Renwick *et al.*, 2018; Schablon *et al.*, 2018).

Son utilizadas en todos los ámbitos asistenciales, a pesar de no existir pruebas sólidas de su eficacia y seguridad (Donavedian Avedis, s. f.; Febrer Beviá *et al.*, 2017; López López *et al.*, 2016).

En ocasiones, se han llegado a asociar con métodos de tortura (World Health Organization, 2019). Hecho que puede llevar a identificar a los profesionales sanitarios como torturadores, agresores, autoritarios, controladores o castigadores, al utilizar métodos restrictivos para el control de la conducta de la persona ingresada en la UHAP, aunque sea con la finalidad de que acepte las normas de convivencia, administrar una medicación de forma involuntaria a pesar de ser necesaria, o evitar que el usuario se autolesione o lesione a otras personas (Alexander J., 2006; Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Colectivo LoComún, s. f.; Hamilton & Manias, 2006; Nugteren *et al.*, 2016; Stewart *et al.*, 2015).

A nivel mundial, existe gran diferencia respecto al tipo y frecuencia de utilización de este tipo de restricciones (Febrer Beviá *et al.*, 2017; López López *et al.*, 2016; Mayoral F. *et al.*, 2005; Raboch J *et al.*, 2010).

### **Administración forzosa de medicación**

Consiste en la administración de tratamientos farmacológicos en contra de la voluntad de la persona ingresada, habitualmente se acompaña de otras medidas que limitan su autonomía, como la contención mecánica. Se utiliza con la finalidad de disminuir los riesgos de la persona y de la sociedad (Allikmets *et al.*, 2020; Ayhan *et al.*, 2021; Barnett *et al.*, 2018; Febrer Beviá *et al.*, 2017 World Health Organization, 2019).

Pero, tal como se ha afirmado anteriormente, a pesar de la posible conducta agresiva que pueda manifestar alguna persona con problemas de salud mental, y a pesar de las medidas empleadas para el control de dicha conducta, es importante recordar que, todas las personas, precisan de un trato cercano, emocional y empático, que sirva de apoyo en ese trance y sufrimiento, propios de la enfermedad mental (Zarco J. *et al.*, 2020).

Si la humanización en Sanidad es muy importante, en Salud Mental es fundamental tanto por el estigma que tienen las patologías psiquiátricas, como por la falta de comprensión que producen, y por el propio aislamiento que a menudo sufren estos pacientes. Dr. Celso Arango y Julio Zarco. Fundación HUMANS (Zarco, J. 2015).

### **MODELOS Y TEORÍAS DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL**

Los profesionales de enfermería son los principales proveedores de cuidado del sistema sanitario. Así queda recogido en la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias del 2003, «corresponde a los diplomados universitarios en enfermería, 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» (Ley 44/2003 de 21 de noviembre del 2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias Boletín Oficial del Estado [BOE] (España), 2003).

En el ámbito hospitalario, donde el modelo hegemónico es, en muchas ocasiones, mayoritariamente biomédico (Papadimitriou G., 2017; Zarco, J. *et al.*, 2017), las enfermeras que desarrollan su trabajo, tienen el riesgo de centrar su atención en la parte biológica de la enfermedad, hecho que puede provocar la desatención de otras dimensiones tan importantes como, la social o la psicoemocional (Engel, 2012; Papadimitriou G., 2017), quedando relegada a un segundo plano, la parte característica y definitoria «*per se*» del trabajo de la enfermera, obviando de esta forma, la función propia asignada por el BOE del 2011 de la aprobación de la especialidad de enfermería

de salud mental (Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, 2011).

El metaparadigma de la enfermería contemporánea, se define en base a la conceptualización de cuatro conceptos clave: la persona, los cuidados enfermeros, el entorno y la salud. Estos conceptos son descritos en los diferentes modelos de cuidados enfermeros, con enfoques diversos que enriquecen el cuerpo de conocimiento propio en enfermería (Kérouac S *et al.*, 2007; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

La presente tesis doctoral, centra su estudio, por un lado, en la humanización, y por otro, en la salud mental, en concreto en la fase aguda de la patología psiquiátrica, donde la agresividad, y la seguridad, adquieren un matiz protagonista. Por ello, resulta difícil identificar un único modelo de enfermería válido que enmarque esta investigación, siendo valorados tres modelos de enfermería: Hildegard Peplau, Jean Watson y Phil Barker, ya que cada uno de ellos, aporta diferentes enfoques del cuidado humanizado, proporcionado por enfermería a las personas con enfermedad mental.

H. Peplau, es considerada la madre de la enfermería psiquiátrica. Fue pionera con el desarrollo de su *Teoría de las Relaciones Interpersonales*, en 1952. En la que afirma, que la enfermera debe ser capaz de entender su propia conducta, para ayudar a otras personas a identificar sus dificultades, aplicando los principios, sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Esta teoría, está centrada en la relación enfermera-paciente, como proceso interpersonal significativo y terapéutico, basado en la enfermería psicodinámica (Peplau, 1988, 1997). Pone el énfasis de los cuidados en la relación, elemento clave en el cuidado del enfermo con enfermedad mental.

Posteriormente, J. Watson definió la *Teoría del Cuidado Transpersonal* o *Cuidado Humanizado*, afirmando que los humanos, no pueden ser tratados como objetos, y que no pueden separarse de sí mismos, de los demás, de la naturaleza y de la fuerza laboral en general (Guerrero-Ramírez *et al.*, 2016; Sitzman K & Watson, 2019; Watson J, 2008). Mediante este concepto, Watson incorpora la cultura de la persona, el entorno y la historia vivida en su modelo.

Destaca la importancia del proceso interpersonal entre el cuidado y el cuidador. La teoría se basa en «la centralidad del cuidado humano, y en la relación transpersonal de cuidado a cuidador, y su potencial curativo tanto para el que cuida como para el que está siendo cuidado» (Guerrero-Ramírez *et al.*, 2016; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008).

Watson, pretende unir la ciencia con las humanidades, para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal, y entiendan otras culturas, como requisito

para utilizar la ciencia del cuidado, y un marco mente-cuerpo-espiritual. De esta forma, considera que se amplía la mente y se mejoran las habilidades de pensamiento y crecimiento personal (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008).

Se vincula la práctica de cuidados, con la dimensión emocional de la persona cuidada, y del profesional proveedor del cuidado, bajo una perspectiva fenomenológica y existencialista, que lleva a la preocupación de la experiencia del ser humano, en un momento específico de su existencia (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Sánchez-Rueda, 2013; Watson J, 2008).

Plantea que la enfermería, es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales, tanto para con los individuos que cuida, como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones, realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas (Guerrero-Ramírez *et al.*, 2016; Sánchez-Rueda, 2013; Watson J, 2008).

El cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera, produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería, que tienen consecuencias importantes para la civilización humana. (Watson J, 2008)

El trabajo de esta autora, ha sido considerado una filosofía, un diseño, una ética, un paradigma, un punto de vista, un tratado, un modelo conceptual, un marco y una teoría. Se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Por último, P. Barker, definió la *Teoría de las Mareas* en la recuperación en salud mental, centrada en los procesos fundamentales de los cuidados de enfermería, y aunque es aplicable a nivel universal, representa una guía práctica para la enfermería de salud mental.

Proporciona una visión, que ayuda a comprender el significado de la salud mental de una persona en concreto, y cómo se puede empezar a definir su recuperación, considerando que el aprendizaje de la relación profesional-persona, podía ser más mutua que la relación enfermera-paciente, definida por Peplau (Barker, 2001; Freitas *et al.*, 2020; Galvis López, 2015; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Desarrolla el conocimiento de las necesidades de la persona, mediante el trabajo colaborativo, definiendo una relación terapéutica, a través de métodos diferenciados de delegación de poder activo, estableciendo la enfermería como un elemento educativo, en el centro de la intervención interdisciplinaria, la búsqueda de resolución de problemas y la promoción de la salud mental, a través de métodos narrativos

(Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2010; Galvis López, 2015; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Está basada en la teoría del caos, mediante la integración del presente y el futuro, a través de tres dimensiones de su personalidad: el dominio del «yo» (necesidad de seguridad emocional y física), el dominio del «mundo» (necesidad de ser comprendido/a y tener validadas sus percepciones) y el dominio de los «otros» (el tipo de apoyo que necesita a nivel social para vivir una vida normal) (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Galvis López, 2015).

Las bases teóricas de este modelo son:

- Define a la comunidad como principal objetivo terapéutico del cuidado de la salud mental. Las crisis de la patología psiquiátrica son amenazantes, la finalidad del cuidado es que las personas puedan continuar con su vida.
- Considera que el cambio es un proceso constante y continuo, el modelo de la Marea ayuda a ser consciente de los cambios, y valorar el impacto que tendrán en la vida.
- Las personas tienen su propio poder, los profesionales deben ayudar a que las personas puedan utilizarlo, para hacerse cargo de sus vidas.
- La enfermera y la persona están unidas, lo que implica «cuidar con», no «cuidar sobre» o «cuidar de» (Barker, 2001; Barker & Buchanan-Barker, 2010; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

## **JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El tema de la presente tesis doctoral ha sido un proceso evolutivo y constante, marcado por varias circunstancias claves.

En primer lugar, en noviembre del 2016, uno de los grupos políticos que componen el Parlamento del Estado Español, presentó la Proposición No de Ley 161/000707, relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial, para ser discutida en la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados, donde se abordó el 16 de mayo del 2017 (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados Relativa a la Eliminación de las Sujeciones Mecánicas en el Ámbito Asistencial. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. (Número de Expediente 161/000707), 2017).

En dicha sesión, diferentes grupos parlamentarios, abogaron por la supresión de las contenciones mecánicas en sanidad alegando que:

No nos encontramos ante un problema estrictamente sanitario, aunque se considere en esta comisión, sino relativo a derechos, porque de lo que se trata con esta Proposición No de Ley, es de asegurar los derechos individuales de todos los españoles, independientemente de su edad o patología.

Este hecho, coincidió con un movimiento social, reclamando la eliminación de las prácticas coercitivas en psiquiatría, en el que asociaciones en Primera Persona, como Confederación Salud Mental España, Federació Veus, Som Salud Mental 360 o Federación Activa-ment, denominaron estas prácticas como métodos de tortura, difundiendo un video en su contra y desarrollando materiales divulgativos (Adarve Panicot *et al.*, 2021; *Confederación Salud Mental España. Un Objetivo: cero contenciones en salud mental*, 2018; Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Colectivo LoComún, s. f.; Som Salud Mental 360, 2020).

Paralelamente, en enero del 2017, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se reunió con la OMS, con la finalidad de diseñar e implementar la próxima generación de reformas en salud. Entre los apartados que se redactaron, consta «reorientar a los sistemas de salud para que lleguen a estar más centrados en la persona» (OECD Health Ministerial Meeting, 2017).

Se reconoció, que las expectativas de los pacientes están aumentando, por lo que existe la necesidad de cambiar la forma en que las personas interactúan con los servicios de salud, y con los profesionales de la salud, afirmando que es necesario invertir en medidas que ayuden a evaluar, si nuestro sistema de salud ofrece lo que importa a la población, ya que, con demasiada frecuencia, sólo se basan en resultados económicos, en vez de en los pacientes (OECD Health Ministerial Meeting, 2017).

Por ello, tanto la OMS como la NICE han elaborado documentos y protocolos de actuación para reducir el uso de medidas de contención mecánica (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; World Health Organization, 2019).

Mientras se daba esta circunstancia de cambio social, político y cultural, ocurrió el segundo factor que justificó el tema de la presente tesis doctoral. En marzo del 2020 se decretó en nuestro país, el estado de alarma por la pandemia del SARS-CoV-2 o COVID-19.

Esta nueva situación, obligó a constantes cambios en los hospitales, con la publicación de protocolos de actuación prácticamente diarios. Entre estos cambios, podemos citar el cierre de los centros sanitarios a las visitas, o la anulación de las actividades grupales como la psicoeducación, las actividades ocupacionales y las lúdicas, ya que se debía limitar la interacción social.

Además, los profesionales tuvimos que utilizar equipos de protección individual como mascarillas, batas o monos, gorros y gafas de protección ocular, hecho que dificultó la proximidad, el contacto y la conexión con la realidad de algún paciente, sobre todo, de las personas que sufrían alteración en los procesos del pensamiento, como por ejemplo con delirios o alucinaciones.

Estas circunstancias provocaron, en los pacientes, un aumento de la ansiedad, angustia, miedo y en algunos casos, conllevaron el incremento de episodios hostiles.

En los familiares, se incrementó el malestar, discomfort y sentimientos de rabia y frustración, ante la imposibilidad de ver a sus seres queridos y la falta de información.

En los profesionales se generó a su vez, miedo por la propia salud y la de sus convivientes, además de frustración, agotamiento emocional y físico, incertidumbre y tristeza por la situación vivida a nivel hospitalaria y social.

A todo esto, se le sumó la instrucción de la Fiscalía General del Estado del 19 de enero del 2022 sobre el uso de los medios de contención mecánica, cuya finalidad, es la de valorar las contenciones desde la dignidad de la persona, ya que se limita el derecho fundamental de la libertad, la autodeterminación o la autonomía para decidir (Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad, 2022).

A todas estas circunstancias externas, hubo que añadir, los condicionantes internos. A nivel personal, el imperioso deseo de mejorar la práctica asistencial en los hospitales de agudos de psiquiatría, fue el detonante para la decisión de este tema como tesis doctoral.

A lo largo de los casi 30 años de dedicación como enfermera a la atención de personas con patología psiquiátrica, he experimentado muchas situaciones «complejas». He sido testigo y he sufrido agresiones tanto verbales, como físicas. Algunas de ellas de gravedad.

He participado y liderado contenciones mecánicas de pacientes, en ocasiones, especialmente dolorosas, ante una persona aterrorizada, llorando por el miedo, la rabia y la impotencia. Otras extremadamente difíciles, que llegaron incluso a precisar la intervención de los mossos d'esquadra en la unidad de hospitalización, con varios profesionales y algún paciente lesionado.

Y he sentido miedo y angustia, ante las personas ingresadas con conductas autolesivas e intentos de suicidio durante la hospitalización, tanto por el sufrimiento

que ellos manifestaban, como el propio, y con la única opción de poner en contención a la persona, con la finalidad de evitar que consiguiera su objetivo: el suicidio.

Y cada vez, me preguntaba: «¿no podemos hacerlo mejor?, ¿no hay otra forma de cuidar?»

En demasiadas ocasiones he sentido el fracaso y la decepción conmigo misma, con la profesión y el sistema sanitario. En concreto, cada vez que he sido consciente, de haber vivido situaciones de compleja resolución, en las que las enfermeras, podríamos haber tenido un rol diferente, más cercano. Un rol que hubiera podido marcar la diferencia para esa persona, su familia y los profesionales.

Fruto de todas estas situaciones, se identificó, la necesidad de adaptar la forma de cuidar proporcionada en la UHAP del Consorci Sanitari de Terrassa (CST), haciéndose indispensable, tanto para las personas ingresadas, como para mí misma, su transformación en una unidad que proporcione Cuidados Humanizados en Salud Mental, siendo la reducción de la contención mecánica, y lo que comporta, respecto a la dignidad y el trato a la persona con enfermedad mental, un paso más de este cambio.

## **BENEFICIARIOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Son varios los beneficiarios identificados con la presente investigación.

En primer lugar, se identifica a las personas con enfermedad mental, y sus cuidadores y/o convivientes, que son los que reciben de forma directa la asistencia sanitaria. Mediante la humanización de la asistencia en las UHAP, se podrán sentir mejor tratados, más seguros y, sobre todo, reconocidos como personas.

En segundo lugar, se destaca a los profesionales asistenciales, en concreto, a las enfermeras, ya que, con esta forma de cuidar, mejorará su sentimiento de satisfacción y bienestar, modificando su forma de trabajar, generando situaciones motivadoras y enriquecedoras, dando sentido a la profesión ejercida.

En tercer lugar, se reconoce como beneficiario, a la institución sanitaria, puesto que será mejor valorada, asumiendo la patología psiquiátrica sin estigma, adaptando e individualizando el cuidado del paciente, igual que en el resto de las unidades de hospitalización.

Por último la sociedad en general, se beneficiará de la humanización de las UHAP, puesto que el beneficio de proporcionar un mejor cuidado a una persona con patología psiquiátrica, revierte directamente en su salud mental y, en consecuencia, en la sociedad en la que vive.

# CAPÍTULO 3

## OBJETIVOS

---

*Por muy guapo que sea el Hospital... mi lógica dice que es un hospital y, al fin y al cabo, eso es para enfermos. Y es mejor no estar enfermo.*

G2 de pacientes, Participante 1



# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Explorar, desde la perspectiva de la persona con experiencia en salud mental, el cuidador principal o conviviente y los profesionales, los conceptos y valores relacionados con la humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, identificando las líneas estratégicas de intervención para la humanización asistencial de dichas unidades.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el conocimiento publicado sobre los modelos de atención vigentes, relacionados con la humanización asistencial, en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría.
2. Conocer la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería, durante su ingreso en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría, del Consorci Sanitari de Terrassa, en el año 2021.
3. Identificar la prevalencia del uso de contenciones mecánicas, en el Consorci Sanitari de Terrassa y en concreto, en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría.
4. Analizar las experiencias vividas por parte de las personas ingresadas, sobre los episodios de agresividad, durante los ingresos en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría.



# CAPÍTULO 4

# METODOLOGÍA

---

*Yo pienso que puedo participar, me gustaría vaya.*

*Que me tengan en cuenta un poco... bueno, un poco.... Todo lo que sea posible.*

Grupo de pacientes nº 2, Participante 1



# METODOLOGÍA

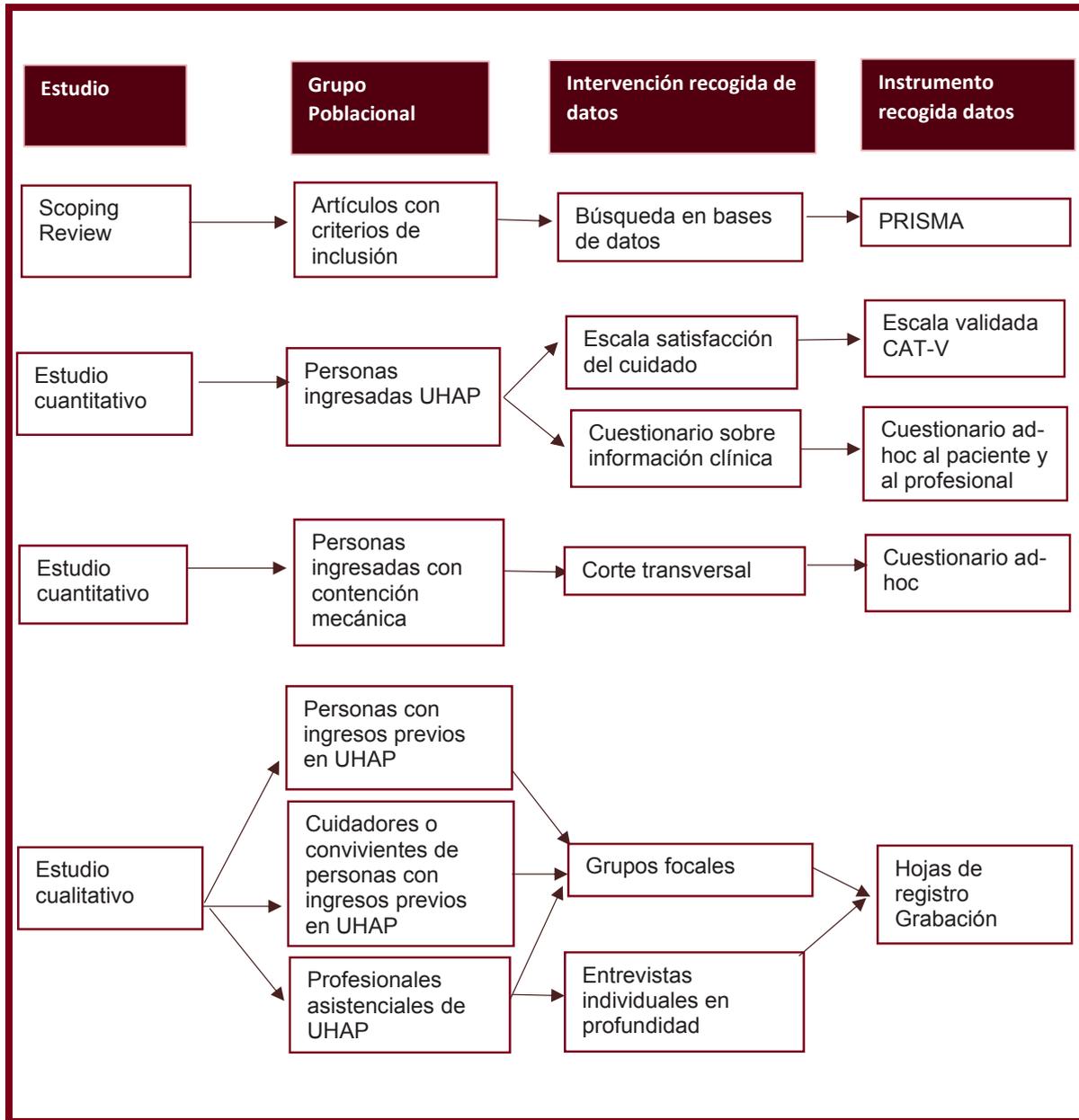
## DISEÑO

Para dar respuesta a los objetivos planteados, se presentan cuatro estudios, de los que derivan cinco artículos:

1. Scoping Review basada en el modelo metodológico de Arksey y O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005), imprescindible para identificar la evidencia publicada existente.
2. Estudio cuantitativo descriptivo transversal de la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería, durante su ingreso en la UHAP del CST, mediante la cumplimentación por parte del paciente de la escala Caring Assessment Tool (CAT-V) validada al castellano.
3. Estudio cuantitativo observacional de prevalencia sobre la utilización de contenciones mecánicas en las personas ingresadas en el CST, y específicamente los ingresados en la UHAP, mediante la cumplimentación de dos cuestionarios ad-hoc.
4. Estudio cualitativo con un enfoque descriptivo fenomenológico, centrado en identificar las experiencias vividas por las personas que han estado ingresadas en alguna UHAP, y relacionadas con los episodios de agresividad ocurridos durante su ingreso hospitalario, mediante la realización de grupos focales.
5. Estudio cualitativo de teoría fundamentada, para construir la definición de humanización asistencial en hospitalización de agudos de psiquiatría, los valores y las líneas estratégicas, a partir de la percepción de las personas en fase de estabilidad clínica con experiencia de ingresos en alguna UHAP, los cuidadores o convivientes y los profesionales sanitarios, mediante la realización de grupos focales, y entrevistas en profundidad.

A continuación, en la figura 1, se presenta un esquema general sobre la metodología de investigación realizada según el estudio:

Figura 1: Esquema general de la metodología de investigación utilizada



Fuente: Elaboración propia.

## ÁMBITO DE ESTUDIO

El presente estudio, fue realizado en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría del Hospital de Terrassa, perteneciente al Consorci Sanitari de Terrassa, situado en la población de Terrassa, en el Vallés Occidental.

Se trata de una organización sanitaria integral, que dispone de todos los niveles de atención y especialidades médicas.

Consta de ocho centros de atención primaria, diez dispositivos de atención a la salud mental, un centro sociosanitario, un hospital de día de Alzheimer, un hospital de agudos con 450 camas, un servicio de urgencias, una Unidad de Cuidados Intensivos, un servicio de hemodiálisis, consultas externas, consultorios de radiología, dos centros de radioterapia, un centro de rehabilitación, especialidad de pediatría, unidad hospitalaria penitenciaria, etc.

Asiste a una población de más de 200.000 habitantes, comprendidas entre las localidades de Terrassa, Rubí, Sant Quirze, Matadepera y Castellbisbal.

En concreto, la red asistencial de salud mental comprende diferentes dispositivos que se distribuyen entre la atención hospitalaria y la comunitaria. Cada uno de ellos, atiende a una población específica, en función del estado personal, la patología, la gravedad, las necesidades individuales en el momento concreto, el apoyo del cuidador y los objetivos de salud de la persona.

En caso de fase aguda, se identifican dispositivos de internamiento hospitalario, como la unidad de hospitalización de agudos de adultos. Suelen ser ingresos de aproximadamente dos semanas. En caso de necesitar incrementar la duración del ingreso, se plantea el ingreso en subagudos, o en las unidades de larga estancia.

Actualmente, se ha desarrollado también el programa de hospitalización domiciliaria, para las personas que, a pesar de estar en fase aguda, pueden ser cuidadas en su domicilio, con un seguimiento diario por parte de psiquiatría y enfermería especialista en salud mental.

El siguiente nivel de atención serían las unidades de hospitalización intermedia como son los hospitales de día de adultos, hospital de día infantojuvenil o el hospital de día madre-bebe, para los casos en los que la persona necesita un seguimiento más intenso, pero no tanto como para requerir el ingreso hospitalario.

También existen los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (SRC), donde los usuarios con patología residual, en fase de estabilidad clínica, pueden permanecer varias horas, en función de sus necesidades, con el objetivo de realizar rehabilitación cognitiva y social, mejorando su funcionalidad y facilitando su inclusión social.

Por último, se identifican los dispositivos asistenciales comunitarios, como los Centros de Salud Mental de Adultos, los infantojuveniles o los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias, donde las personas acuden a realizar sus visitas de seguimiento habituales, según sus necesidades.

Ante este modelo de atención, es coherente pensar en un modelo de humanización en salud mental, centrado en la asistencia hospitalaria de agudos, y otro para los dispositivos comunitarios, que serán similares en algunos temas, pero sin duda diferentes en otros aspectos, igual que sería diferente hablar de humanización en los centros de atención primaria, en las plantas de medicina interna o en la UCI.

Tal como se ha afirmado anteriormente, la presente tesis doctoral, está centrada en la humanización de los cuidados en la UHAP del CST, por lo tanto, es el lugar donde ingresan las personas en fase aguda de su enfermedad mental.

Se trata de una unidad cerrada, mediante una puerta de cristal blindada. Las personas ingresadas sólo pueden salir, si están acompañadas y en caso de no tener restricción de salidas.

Consta de 16 habitaciones individuales con aseo propio. Una de ellas, está diseñada para personas con movilidad reducida, y otra, es de alta vigilancia, mediante una ventana de visualización constante y directa con el control de enfermería.

La unidad, dispone de una sala común, un pasillo y dos duchas compartidas. Las habitaciones y las duchas tienen la posibilidad de ser cerradas con llave cuando no son utilizadas. En esta unidad, no está permitido fumar, y no existe sala de fumadores, ni posibilidad de salida a una zona exterior como, por ejemplo, una terraza.

Actualmente, existen cámaras de video vigilancia en cada habitación, pasillo y sala común, que permiten la visualización de imágenes, pero no la grabación. No hay cámaras en los baños de las personas ingresadas ni en las duchas.

Las zonas de trabajo de los profesionales son: un control de enfermería cerrado con cristal blindado, un área clínica compartida entre todos los profesionales, un office sucio cerrado, donde se guarda el material de limpieza y los enseres de los pacientes, y tres despachos, uno para adjuntos de psiquiatría, otro para la dirección de salud mental y un despacho de información de familiares que quedan contiguos a la unidad de hospitalización. Además, dispone de una secretaría donde está ubicado el personal administrativo.

Aproximadamente se contabilizan 250 altas anuales, que equivalen a unas 230 personas ingresadas, puesto que, en ocasiones, los pacientes ingresan más de una vez al año.

## **METODOLOGÍA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS**

### **1° Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A Scoping Review**

En respuesta al primer objetivo, se realizó una Scoping Review basada en el modelo metodológico de Arksey y O'Malley (Arksey & O'Malley, 2005), siguiendo las cinco etapas definidas: identificación de la pregunta de investigación, identificación de los estudios de relevancia, selección del estudio, analizar los datos y, por último, comparar, resumir y redactar los resultados. Además, se utilizó para su elaboración la metodología Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) (Page *et al.*, 2021).

Se hizo búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Biblioteca Virtual, Cuiden, Google académico y PsycInfo.

Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en los últimos 10 años, en las UHAP y en población adulta con las palabras clave: «Humanization», «Hospitals Psychiatric», «Emergency Psychiatric», «Psychiatric Service», «Psychiatric Department», and «Psychiatric intensive care units» (PICU) adaptándolas a los requerimientos de cada base de datos en función del idioma.

### **2° Estudio cuantitativo de la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería**

Este estudio, se diseñó para dar respuesta al segundo objetivo específico. Para ello, se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal, realizado en la UHAP del CST.

La población de estudio fueron las personas ingresadas en dicha unidad, desde el 1 de enero del 2021 hasta que se alcanzó el mínimo muestral el 31 de diciembre del 2021, que estuvieran como mínimo ingresados durante una semana, y que accedieran de forma libre y voluntaria para formar parte del estudio, mediante la firma del consentimiento de participación (anexo 3).

Se utilizaron dos instrumentos para la recogida de la información, en primer lugar, la escala Caring Assessment Tool (CAT-V) (Duffy *et al.*, 2007), validada al castellano por Fernández-Ayuso (Fernández-Ayuso *et al.*, 2017) para evaluar la satisfacción con el cuidado recibido por parte del personal de enfermería, a la que se adjuntaron tres preguntas abiertas, sin que esto representara la modificación de la escala (anexo 4). Este cuestionario fue proporcionado al paciente para su cumplimentación en las 24 horas previas al alta hospitalaria.

Además, se cumplimentó un cuestionario *ad-hoc*, por parte de los profesionales, con información clínica sobre aspectos relacionados con el ingreso hospitalario, que inicialmente, se pensó que podían afectar, ya fuera de forma positiva o negativa, a la percepción del cuidado recibido (anexo 5).

### **3° Estudio cuantitativo sobre la utilización de las contenciones mecánicas**

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, se realizó una investigación observacional de prevalencia, mediante varios estudios seriados, realizados durante los meses de marzo y abril del 2015, que permitieron recoger la información utilizando dos cuestionarios *ad-hoc* (anexo 6 y 7). Posteriormente se realizaron 3 revisiones del registro clínico informatizado utilizado en el hospital de estudio, una en cada turno asistencial: mañana, tarde y noche, previa información a los profesionales (anexo 8).

La población de estudio fueron personas mayores de edad, ingresadas en la UAHP del hospital de estudio, que, en el momento de la recogida de datos, estuvieran sometidas a algún tipo de contención mecánica, y que ellos mismos o sus representantes, hubieran aceptado formar parte del estudio a través del consentimiento informado (anexo 9).

La revisión se llevó a cabo por parte de la investigadora principal, y dos profesionales expertas en la técnica de la contención mecánica, para garantizar la neutralidad y el rigor científico durante la valoración.

### **4° Estudio cualitativo fenomenológico de experiencia vivida por personas ingresadas en alguna UHAP**

El presente estudio, se diseñó durante el desarrollo de los grupos de personas, con experiencia de ingresos en alguna UHAP.

Por lo tanto, la población de estudio fueron personas diagnosticadas de enfermedad mental, en fase de estabilidad clínica, que hubieran estado ingresadas en alguna UHAP, en algún momento de su vida.

Aunque inicialmente, la finalidad de estos grupos, fuera debatir sobre la humanización asistencial en las unidades de agudos de psiquiatría, se observó que los participantes, centraban su discurso en los episodios de agresividad vividos y su experiencia personal con las contenciones mecánicas, ya fuera por haber estado sometido a ellas, o por haberlas presenciado.

Por este motivo, y gracias a la flexibilidad propia de la investigación cualitativa (Berenguera *et al.*, 2014), afloró una nueva pregunta de investigación y un nuevo

objetivo, que permitió explorar este aspecto mediante un enfoque fenomenológico descriptivo, con la finalidad de comprender la perspectiva de la persona ingresada en la UHAP, dando respuesta al cuarto objetivo de la investigación.

Los grupos se iniciaron comentando aspectos relacionados con el hospital donde estuvieron ingresados, la época y el tiempo de ingreso. Posteriormente, se abordó el tema de estudio mediante las siguientes preguntas:

¿Podrías poner una nota a la humanización del hospital donde estuviste ingresado/a?», ¿podrías explicar por qué has puesto esa nota?, ¿qué es para ti la humanización asistencial?

En los anexos, se presentan los guiones temáticos utilizados en los grupos (anexo 10).

La finalidad de estas preguntas no era el análisis del valor numérico, sino conseguir pasar de un pensamiento concreto, como sería la puntuación otorgada, al pensamiento abstracto del concepto de humanización asistencial.

Todos los participantes, lo hicieron de forma libre y voluntaria, firmando el consentimiento después de haber recibido la información (anexo 11).

De esta forma, se incluyeron experiencias vividas en otras unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, y no exclusivamente la del hospital de estudio, incrementando la heterogeneidad del grupo y permitiendo mayor variabilidad discursiva.

Para acceder a ellos, se acudió al Servicio de Rehabilitación Comunitaria (SRC). La coordinadora del SRC fue informada por escrito del objetivo de estudio (anexo 12) y actuó de portera, programando los grupos con anterioridad, permitiendo de esta forma, el cumplimiento de las medidas de seguridad indicadas por el CatSalut, respecto a la prevención del contagio del COVID-19 de aquel momento, que consistieron en un número máximo de participantes, aumento de la distancia interpersonal, espacios ventilados, uso de mascarilla de todos los integrantes e higiene de manos.

Para la recogida de información, se dio a escoger a los participantes, entre la participación en grupos de discusión y/o, la realización de entrevistas en profundidad. Todos los usuarios, prefirieron participar mediante los grupos, rechazando de esta forma la entrevista individual, por lo que, finalmente, los grupos focales fueron las únicas técnicas utilizadas en esta población.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó el programa ATLAS.ti Versión 22.

No hubo compensación de ningún tipo para los participantes.

## **5° Estudio cualitativo de teoría fundamentada para construir la definición de humanización asistencial en hospitalización de agudos de psiquiatría**

Se desarrolló un estudio cualitativo de teoría fundamentada, ya que es la indicada en este tipo de investigaciones (Berenguera *et al.*, 2014), con la finalidad de construir la definición de humanización asistencial, los valores y las líneas estratégicas, en hospitalización de agudos de psiquiatría, a partir de la percepción de las personas con experiencia de ingreso en alguna UHAP, los cuidadores y/o convivientes y los profesionales sanitarios.

Para la recogida de información, se utilizaron las técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad. Todos los participantes pudieron escoger el modo de participación según sus preferencias y recibieron la información y solicitud de participación por escrito con anterioridad.

Hubo tres poblaciones de estudio: las personas con experiencia de ingreso en alguna UHAP, los cuidadores y/o convivientes y los profesionales.

- Personas con experiencia de ingreso en alguna UHAP en fase de estabilidad clínica: se extrajo la información de los grupos focales anteriormente citados.
- Cuidadores principales y/o convivientes: se accedió a ellos mediante la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales de Terrassa (ASFAMMT). Previamente, se contactó con la presidenta de la asociación, solicitando su colaboración (anexo 13), asumiendo la función de portera, que permitió la planificación de los grupos con anterioridad. Los únicos criterios de inclusión fueron que hubieran tenido algún familiar o conviviente ingresado en alguna UHAP, sin importar el grado de parentesco, ni el hospital de ingreso, ni el tiempo de duración, y que su participación fuera libre y voluntaria mediante la firma del consentimiento (anexo 14).
- Los profesionales asistenciales de la UHAP: los criterios de inclusión fueron que tuvieran un mínimo de tres meses de antigüedad en los dos últimos años anteriores al desarrollo de la investigación, y que desearan formar parte del estudio de forma libre y voluntaria, firmando el consentimiento de participación (anexo 15).
- En el momento del estudio, aproximadamente 30 profesionales, cumplían con los criterios de inclusión. Se establecieron diferentes fechas para la realización de los grupos o entrevistas, dentro de la jornada laboral, facilitando así la asistencia. Se realizó difusión del proyecto y se colocaron carteles informativos, solicitando la participación voluntaria.

En todos los grupos, se procuró la heterogeneidad de la muestra, gracias a la colaboración de las porteras, con la finalidad de obtener la máxima variabilidad discursiva.

No hubo compensación de ningún tipo para los participantes.

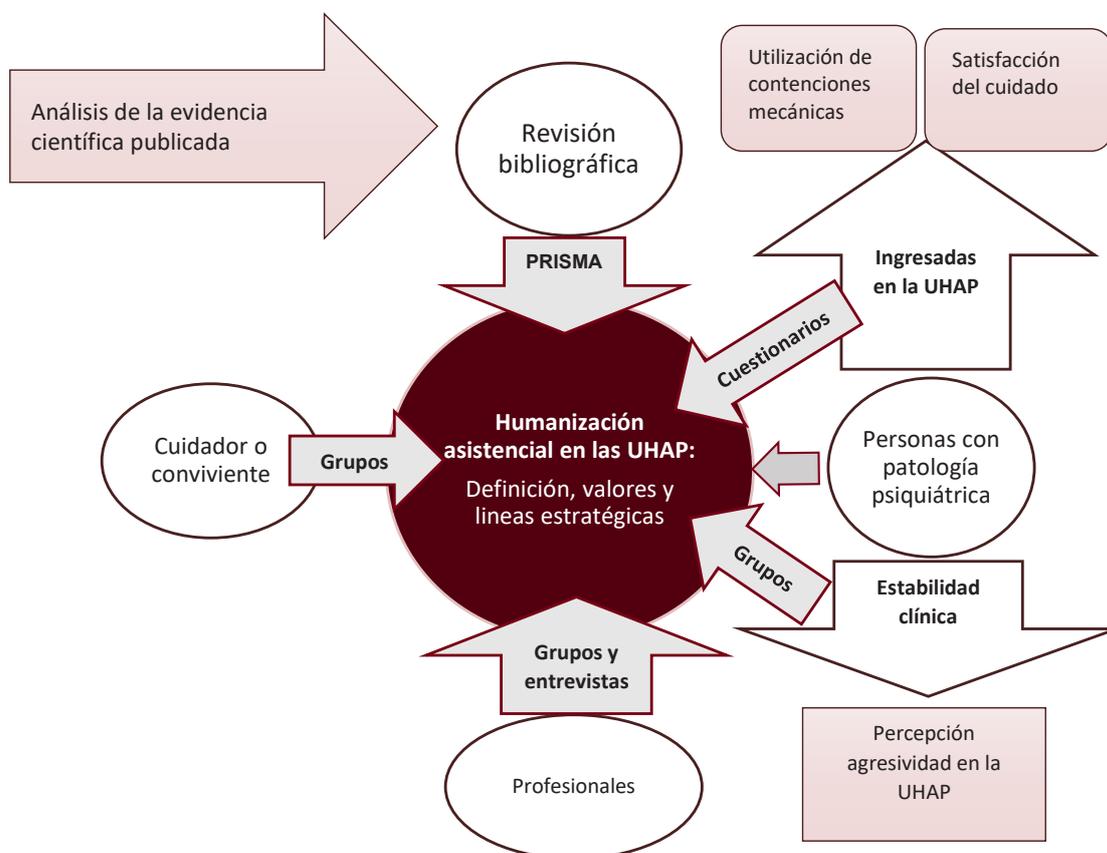
En los anexos, se presentan los guiones temáticos utilizados en los grupos de cuidadores o convivientes y de los profesionales (anexo 16 y 17).

Para el análisis de la información obtenida se utilizó el programa ATLAS.ti Versión 22.

En todos los grupos realizados, se aseguró el cumplimiento de las medidas de seguridad indicadas por el CatSalut de prevención del contagio del COVID-19, que consistieron en un número máximo de participantes, espacios ventilados, uso de mascarilla de todos los integrantes e higiene de manos.

En la figura 2, se presenta un esquema general de la planificación de los estudios realizados según los objetivos planteados.

**Figura 2: Planificación de los estudios realizados**



Fuente: Elaboración propia.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación recibió los certificados favorables del Comité de Ética de Investigación Con Medicamentos (CEIM) del CST código CEIm: 02-21-107-007 (anexo 18)

Se ha realizado asegurando el respeto a los derechos fundamentales de la persona, y a los postulados éticos que afectan a la profesión enfermera, reconociendo los valores propios de la profesión, como son la responsabilidad, la autonomía, el respeto por la intimidad y confidencialidad del paciente, la justicia social y el compromiso profesional. Además, se ha asumido la dignidad de la persona como valor fundamental inherente a la naturaleza humana y a la ciencia enfermera (*Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. Consell de Col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya, 2013*).

Tal como se afirma en el código ético de las enfermeras y enfermeros de Catalunya:

Las enfermeras suscribimos que la dignidad no se conquista, sino que se posee (*Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. Consell de Col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya, 2013*).

Para su desarrollo, se han seguido los criterios de investigación biomédica con seres humanos, de la Declaración de Helsinki («Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial», 2008) y sucesivas actualizaciones, como son la participación voluntaria, el consentimiento informado respetando siempre la libertad del individuo, la evaluación independiente del Comité de Ética de Investigación clínica (CEIM), y el principio de proporcionalidad entre riesgos predecibles y beneficios posibles. Además se prioriza el respeto a los derechos del sujeto, prevaleciendo su interés, por encima de los de la ciencia o la sociedad.

También se han asumido los valores del Informe Belmont, basándose en los 3 principios básicos de *Respeto*, *Beneficencia* y *Justicia* y que se materializan en («El Informe Belmont. Principios y Guías Éticas para la Protección de los Sujetos de Investigación. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento.», 1979): la obtención del consentimiento informado, la valoración detallada de la relación riesgo / beneficio, y la imparcialidad en la selección y seguimiento.

La recogida de datos y su almacenamiento, se ha realizado en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de datos y garantía de derechos digitales (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disposiciones Generales. 16673 del BOE núm. 294 de 2018, 2018).

Todos los participantes fueron informados de la finalidad del estudio, y firmaron el consentimiento de participación en el estudio. Todos los datos fueron anonimizados para evitar la identificación de los participantes en la presentación de los resultados.

Es importante recordar que a los pacientes no se les ha administrado ni proporcionado ningún tratamiento ni intervención diferente a la habitual.

Por último, cabe destacar que, se obtuvo el consentimiento por escrito, a través de correo electrónico, tanto de la Dra. J. Duffy, como de la Dra. Fernández-Ayuso para la utilización de la escala CAT-V validada al castellano en esta investigación.



# CAPÍTULO 5

## RESULTADOS

---

*Humanizar es empoderarle, entre otras cosas... No queremos un paciente residente, queremos un paciente que se inserte en la sociedad y que si es la primera vez que hace un brote, que no vuelva a ingresar.*

Grupo profesionales 3, participante 2



## RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se presentan en tres apartados.

En primer lugar, se da respuesta a los objetivos planteados a través de los artículos publicados, o pendientes de publicación.

En segundo lugar, se da respuesta a otros hallazgos de la investigación. Estos afloraron espontáneamente al preguntar por la humanización asistencial, a los cuidadores y/o convivientes y profesionales, ya que los integrantes de los grupos aportaron experiencias de interés, para conformar la definición, los valores, e identificar las líneas estratégicas de la humanización de las UAHP. Por ello, y avalado por la flexibilidad de la metodología cualitativa (Berenguera *et al.*, 2014), se decidió analizar estas percepciones, e incorporarlas como resultados.

Por último, se detallarán otras difusiones realizadas de la investigación, en formato de comunicaciones a congresos y jornadas.

### Resultados en formato artículo

Se presentan cinco artículos que dan respuesta a los objetivos planteados. Se adjunta un sexto artículo, a modo de ejemplo, de una de las intervenciones que potenciarían la humanización asistencial en las UAHP.

1. En respuesta al primer objetivo específico, se publicó el artículo titulado:

«*Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review*».

Listado de autores: Sanz-Osorio, M. T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A.

Publicado en: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2022;030(2): 162-181.

DOI: 10.1111/jpm.12858

2. En respuesta al segundo objetivo específico, se publicó el artículo titulado:  
*«Satisfacción con los cuidados de enfermería proporcionados a las personas ingresadas en una unidad de agudos de Psiquiatría».*  
Listado de autores: María Teresa Sanz-Osorio, Olga Monistrol, Vicenç Valles, Carles Estrada-Bartrons, Patricia Martos-Torres, Miguel Ángel Escobar-Bravo.  
Publicado en *Enfermería 21, Metas de Enfermería.*
  
3. Dando respuesta al tercer objetivo específico, se publicó el artículo titulado:  
*«Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica».*  
Listado de autores: M. Teresa Sanz-Osorio, Olga Monistrol-Ruano, Elena Morillo-García, Patricia Martos-Torres, Laura Andrés i Martín, Miguel Ángel Escobar-Bravo.  
Publicado en: *Annals de Medicina 2020; 103:122-126.*
  
4. Dando respuesta al cuarto objetivo específico, está pendiente de enviar para su publicación el artículo titulado:  
*«Aggressiveness, Violence and Mechanical Restraints in Acute Psychiatric Hospitalization Units: Perception of the protagonist and witness patient and alternatives».*  
Listado de Autores: Sanz-Osorio, M. T., Monistrol, O., González Díez, Lydia, Vallès, Vicenç, Sastre-Rus, M., Escobar-Bravo, M. A.
  
5. Dando respuesta al objetivo general, ha sido publicado en la revista *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, el artículo titulado:  
*«Humanised care in acute psychiatric hospitalization units: Definition, values, and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers, and professionals»*  
Listado de autores: Sanz-Osorio, M. T.; González Díez, Lydia; Sánchez-Rueda G; Vallès, Vicenç; Escobar-Bravo, M. A; Monistrol, O.

6. Por último, se presenta el sexto artículo, titulado:

«*Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero*», como ejemplo de una intervención relacionada con la consecución del objetivo general.

Listado de Autores: M. Teresa Sanz-Osorio, Marisa Jiménez Ordóñez, Mónica Rey Santiso, Antoni Serrano-Blanco, Montserrat Tiñena Amorós, Olga Viñals Muela, Miguel Ángel Escobar-Bravo.

Publicado en *Annals de Medicina* 2019;102(4):163-167.

A continuación, se presentan los artículos publicados dando respuesta a los objetivos del estudio:

## RESULTADO DEL PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO: ARTÍCULO 1

En respuesta al primer objetivo específico: identificar el conocimiento publicado sobre los modelos de atención vigentes, relacionados con la humanización asistencial, en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, se publicó el artículo titulado *Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2022;00:1-20.*

Received: 27 October 2021 | Revised: 16 May 2022 | Accepted: 3 July 2022

DOI: 10.1111/jpm.12858

REVIEW ARTICLE



### Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review

María T. Sanz-Osorio<sup>1,2</sup> | Meritxell Sastre-Rus<sup>3</sup> | Olga Monistrol<sup>4</sup> |  
Monica Pérez Criado<sup>5</sup> | Vicenç Vallès<sup>6</sup> | Miguel A. Escobar-Bravo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Lleida, Spain

<sup>2</sup>Mental Health Department, Consorci Sanitari de Terrassa (CST), Terrassa, Spain

<sup>3</sup>Sant Pau Biomedical Research Nursing (IIB SANT PAU), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain

<sup>4</sup>Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Spain

<sup>5</sup>Mental Health Department, Consorci Sanitari de Terrassa (CST), Terrassa, Spain

<sup>6</sup>Mental Health Department, Consorci Sanitari de Terrassa (CST), Terrassa, Spain

#### Correspondence

Meritxell Sastre-Rus, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Carrer de Sant Antoni Maria Claret, 167, 08025, Barcelona, Spain.  
Email: [msastre@santpau.cat](mailto:msastre@santpau.cat)

#### Accessible Summary

##### What is known on the subject?:

- Humanizing the world of health is a complex process that includes all the dimensions of the person. When a person has from a mental illness, the humanization of care becomes more important, as the disorder itself prevents the person to participate in their health process, even when showing self-harm or aggressive behaviours.
- These situations jointly with other factors related with professionals (insufficient ratio, inadequate treatment or lack of training) may cause the patient admitted to the acute psychiatric hospitalization unit to require the use of restrictive measures (involuntary admissions, mechanical restraints or forced administration of medication).

##### What the paper adds to existing knowledge?:

- We identify the relevance of the perception the patient and family have regarding the care received, as well as the relevance of factors related to the professionals, among which the attitude, the staff ratio, the nursing time of direct dedication, and the therapeutic environment and safety of the patient and the professionals. All patients must be treated with dignity, respect, regardless of the aggressive manifestations caused by their pathology.

## **Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units. Scoping Review**

### **ABSTRACT.**

**Introduction:** Humanization in Mental Health refers to give the same relevance to the clinical needs and to the social, emotional, and psychological needs.

**Aim:** To identify the published knowledge on current care models related to the Humanization of Care in Acute Psychiatric Units.

**Method:** **Scoping review** based on the methodological model of Arksey and O'Malley, and PRISMA methodology. Database searches (Pubmed, Cinahl, Virtual Library, Cuiden, Academic Google and PsycInfo) with the terms: "Humanization", "Hospitals Psychiatric", "Emergency Psychiatric ", "Psychiatric Service" and " Psychiatric intensive care units ".

**Results:** Twenty-two articles met the inclusion criteria. Four thematic units were identified: aspects related to i) patient perceptions; ii) Government policies and hospitality organizational culture; iii) external factors such as the environment, family, or associations; and iv) safety and security.

**Discussion:** Only one of the articles mentions the concept analyzed, although all of them contribute with key aspects of healthcare humanization, such as the empowerment of the patient, the care model, the staff ratio, the therapeutic relationship, the nursing time of direct dedication to the patient, the therapeutic environment, safety and patient and staff perception of feeling safe.

**Implications for Practice:** The present study can help to improve the care offered in acute mental health units.

**Accessible Summary:**

- **What is known on the subject?** Humanizing the world of health is a complex process that includes all the dimensions of the person. When a person has from a mental illness, the humanization of care becomes more important, as the disorder itself prevents the person to participate in their health process, even when showing self-harm or aggressive behaviors.

These situations jointly with other factors related with professionals (insufficient ratio, inadequate treatment, or lack of training) may cause the patient admitted to the acute psychiatric hospitalization unit to require the use of restrictive measures (involuntary admissions, mechanical restraints, or forced administration of medication).

- **What the paper adds to existing knowledge?** We identify the relevance of the perception the patient and family have regarding the care received, as well as the relevance of factors related to the professionals, among which the attitude, the staff ratio, the nursing time of direct dedication, and the therapeutic environment and safety of the patient and the professionals. All patients must be treated with dignity, respect, regardless of the aggressive manifestations caused by their pathology.
- **What are the implications for practice?** A greater understanding of the care offered to admitted people affected by a mental disorder, their families and professionals who care for them in acute mental health units, giving greater importance to “caring” and not exclusively to “curing”.

**Key words:** Humanization care, Hospitals Psychiatric, Scoping review.

## INTRODUCTION

Humanizing the world of health is a complex process that includes all the dimensions of the person. The concept involves *culture health organization*, the training of health professionals and the development of national clinical practice guidelines (Bermejo Higuera, 2014).

Most definitions refer to organizational culture as a system of shared behavioral norms, supported by values and beliefs that influence the behavior of organizations and includes values, beliefs, and norms of behavior (Ehrhart & Raver, 2014).

Currently, there is a need for a change in the way people interact with health services and professionals. It is necessary to invest in measures to assess whether our health systems offer what matters to the population. Too often our healthcare systems are only based on financial results rather than impacting on the quality of patient care (OECD, 2017).

The Humanization of Healthcare implies on the one hand, everything related to the essential qualities that health professionals who interact with patients or family members should have, such as empathy, active listening, respect and an ethical attitude (Bermejo Higuera, 2014). On the other hand, it implies the surrounding environment and resources that facilitate the best care and dignify the treatment of people having a disease (Zarco Rodríguez, 2018).

Humanizing care means making the person the axis of the therapeutic plan, where his/her wishes, values and preferences guide therapeutic decisions. The process of humanizing the care needs to conceive each patient as unique, with a specific biography, peculiar expectations and a unique way of understanding his/her life (Ramos-Pozón, 2017).

When a person has a mental illness, the humanization of care becomes more complex, due to stigmatization, discrimination and the different health treatment suffered by

patients, causing frequent violations of human rights, including lack of care and harmful and degrading therapeutic practices in health centers (WHO, 2018). Furthermore, it is necessary to take into account that sometimes, the pathology itself directly affects their will, cognition, emotions and their way to interact with the world, causing incomprehensible situations and even fear (Zarco Rodríguez, 2018). In these cases, the disorder itself causes the person not to participate in their health process, even showing self-harm, or aggressive behaviors (Mullen et al., 2013). These situations usually cause the patient to be admitted to the Acute Psychiatry Hospitalization Units (APHU). Indeed, other factors such as the insufficient ratio of professionals, the deficient communication techniques or the lack of training may cause the use of “restrictive measures”. These restrictive measures are identified as dehumanizing, such as involuntary admissions, mechanical restraints, or forced administration of medication. All of the above entails a high risk for the safety of the patient and third parties, increasing communication difficulties, isolation, loneliness, suffering, stigma, discrimination and social exclusion (Peña, 2011). Similarly, these situations determine the connection, monitoring, and treatment of people who are admitted to the APHU, who require continuity of care (McKenna et al., 2014; Óladóttir & Pálmadóttir, 2017).

All these points require, even more, to provide a comprehensive perspective of people with mental health problems, anchored in the principles of dignity, respect, equality, autonomy and empathy for the human being in its integrity (Zarco Rodríguez, 2018). In the same way, it highlights the need of changes in mental health policies that achieve greater confidence in the safety and efficacy of care, combine the structural reform of services with a focus on quality, and ensure safe, effective, and acceptable treatments by competent professionals (WHO, 2018).

## BACKGROUND

In the 1950s, supported by the World Health Organization (WHO), a movement was emerged with the aim of promoting the health of all human beings, dignifying care, and ensuring the basic rights of people together with the Universal Declaration of Human Rights. In this historical context, an international social reform movement appeared, in which a model of deinstitutionalization of people with mental illness was proposed, through the deconstruction of the concept of "asylum", and developing new intervention practices, aimed at recovery and reintegration into society (Fernandes Moll et al., 2016). These concepts could be considered the basis of the Humanization of Care in mental health.

In the 1970s and 1980s, authors such as Engel (1977) claimed humanization in healthcare, confirming the shortcomings of the biomedical model. According to these authors, the biomedical model applied to mental health prevents the use of a holistic vision necessary to understand the bio-psycho-social bases of mental illnesses (Ramos-Pozón, 2017). Since then, work has been done on the humanization of healthcare in mental health, from different perspectives, some more political and others more healthcare related.

The concept of Humanization in mental health refers to the integral approach of the sick person, in a holistic way, considering the biological, psychological, social, and behavioral dimensions, and giving the same relevance to the clinical needs as well as to the social, emotional, and psychological needs. This implies centering the person in everything he/she does to promote and protect his/her health, cure illnesses and guarantee an environment that favors a healthy and harmonious life, on a physical, emotional, social, and spiritual level. Humanizing the cares means recognizing that people are unique and require individualized treatment based on their needs, expectations, and desired

therapeutic lines. In short, it is conceived as a model centered on and for the person (Consejería Sanidad Castilla-La Mancha, 2017).

Other terms used whose meaning is closely related to Humanization Care are “Person-centered care”, “Client-centered care”, “Holistic-care”, “Client-Centered Rehabilitation”, or “Recovery-Oriented Care”. All of them seek to transform the purpose of praxis in MH, whose purpose is not exclusively to cure, but also to care (Ramos-Pozón, 2017).

For this reason, the needs and aspirations of each individual must be adapted. The purpose should be the promotion of a culture of hope, autonomy, and self-determination towards holistic and personal care. To do so, it is essential to establish meaningful collaborations focused on the strengths of users, including families and caregivers, and enhancing the participation of the community and citizens (McKenna et al., 2014).

This concept fits with the nursing model of care, based on the Peplau theory (1978) on the interpersonal relationship and therapeutic relationships with hospitalized patients. For Peplau, interpersonal commitment is a necessary process to understand and validate the patient's experience. It highlights the recognition of the autonomy and individuality of people in the choice of treatment. A strategy to empower people affected by a mental disorder is the reinforcement to increase self-care, while facilitating accessibility to mental health services (Cott et al., 2006).

The general aim of the scoping review was to identify the published knowledge on current models of care related to the humanization of care in Acute Psychiatric Units. The specific aim was to identify and synthesize the Thematic Units in relation to the concept of humanization of mental health acute care.

## **METHODOLOGY**

The present research has been designed as a scoping review, carried out by a team of six researchers. This methodology aims at identifying relevant literature in a field of interest providing greater conceptual clarity on a specific topic or field of evidence (Arksey & O'Malley, 2005). These types of reviews are considered useful in nursing research (Davis et al., 2009).

In this scoping review, the methodological model of Arksey and O'Malley (2005) was adopted, accepting the contributions of Levac (2010), splitting the process into five stages.

### **Framework Stage 1: Identifying the research question**

The research question is directly related to the general objective and must be transparent and clear (Tricco et al., 2018). It was formulated following the PICO format and the guidelines of Aveyard (2014), marking the information search strategy, and being defined as: *“What is the existing published evidence in relation to the humanization of care or models of care centered on the person in the Acute Mental Health Units? ”*

### **Framework Stage 2: Identifying relevant studies**

Relevant studies were identified from December 2020 to March 2021, by searching recent literature published between January 2011 to January 2021. The concept of Humanization of Care in mental health is relatively new, so that we decided to carry out the current bibliographic review, limiting it to the last 10 years. The entire research team selected the keywords, established the research strategies, and defined the inclusion/exclusion criteria of the articles. MSO, MSR, and MCP worked together to extract the information from the databases. The search strategy for electronic databases was developed from the research

question and definitions of key concepts advised by a librarian in the databases Pubmed, Cinahl, Biblioteca virtual, Cuiden, Google academic and PsycInfo with the following terms: "Humanization", "Hospitals Psychiatric", "Emergency Psychiatric", "Psychiatric Service" and "Psychiatric intensive care units" (PICU) adapted to the requirements of each database. The MEDLINE database was used for the management search. Subsequently, a secondary search was carried out to review the bibliographic references cited in the studies that were included.

The inclusion criteria were articles published in the last 10 years, without limits in the language of publication, that were developed in adult psychiatric hospitalization units, and that provided an answer to the research question. Published end-of-degree projects, articles with fields of study of pediatrics, geriatrics or prison, and gray literature were excluded. Table 1 presents the search strategy used.

**Insert Table 1. Bibliographic search strategy according to database.**

Each database search was imported into Mendeley version 1.17.8 (<https://www.mendeley.com>).

**Framework Stage 3: Study selection**

Focusing on the inclusion criteria, the selection of studies was carried out following the principle of including all relevant documentation related to any sign, symptom, or aspect of the problem under investigation (Davis et al., 2009). At the same time, articles were excluded whose focus of study was not directly related to the humanization of care, humanized care, ways of caring for the patient or models of care for the adult patient admitted to acute psychiatric units. PRISMA standard rules were followed (Page et al., 2020).

Data set duplicates were verified and removed. Titles and abstracts were independently screened by MSO, MSR and MCP to determine their eligibility based on the inclusion and exclusion criteria, classifying them as “accepted”, “not accepted” and “questionable”. Biweekly meetings were held throughout the process. Potentially relevant articles were screened based on their full text content with consensus on their choice. In case of disagreement, the decision was discussed and agreed in subsequent meetings with the rest of the researchers (OMR, VVC, MAEB). The number of and reason for exclusions were documented in each round.

MSO and MSR independently assessed studies; subsequently, the results were shared, and a consensus was reached. In case of discrepancy, the criteria of a third and fourth reviewer, OMR and MAEB, were added.

Qualitative, studies and the integrative review were assessed using the Critical Appraisal Skills Program checklists for qualitative research and the checklist for the integrative review (CASP, 2014). The quantitative and mixed-methods studies were appraised using the Mixed-Methods Appraisal Tool (Pluye et al., 2011).

Figure 1 shows the search process for articles, and table 2 presents the quality ranking of the selected 22 articles.

**Insert Figure 1. Prisma flow diagram 2020.**

**Insert Table 2. Quality ranking of the select 22 articles**

#### **Framework Stage 4: Charting the data**

The research team jointly developed a data collection table to analyze the variables of the information extracted, allowing the determination of the information that answered the research question. A data extraction form was developed based on study characteristics

(e.g. author, year, country, aims, methods, setting, sample). MSO, MSR and MCP independently extracted the data and were collated in successive meetings verifying the consistency of the extracted data with the research question and the objective. An initial coding framework was devised from the aims of the review questions. Data were extracted from the introduction, results, discussion, and conclusion sections.

The adoption of a qualitative approach for the subsequent analysis of the data was agreed, due to the methodology used in the selected articles.

### **Framework Stage 5: Collating, summarizing, and reporting the results.**

This phase was carried out in three stages. First, a thematic analysis of the selected studies was carried out, providing information on the total number of studies, methodology used, year of publication, study population and countries where they were carried out. Second, a qualitative analysis was performed, classifying the information into four thematic units, each presenting different subcategories. And finally, the implications of the findings regarding the objective of the study and their implications for future practice were analyzed.

## **RESULTS**

22 articles were obtained that met the inclusion criteria. Two of them were extensively discussed by the research team as they were included even though they also met some exclusion criteria. However, after their exhaustive analysis, they were accepted. Initially, one of them was analyzed because it included acute inpatient psychiatric units and neurogeriatric units (Givens & Skully, 2016). Despite the location, the entire population described presented psychiatric pathology. The other study had children and adults as the target population (Aparecida Buriola et al., 2017). Results from the adult population were selected for analysis.

The analysis was carried out in three stages:

### **Descriptive analysis**

The 22 articles were published between 2011 and 2021. The language of publication was 21 in English, and one in Brazilian. Regarding the country of origin, they were published in Australia (n = 4), USA (n = 4), United Kingdom (n = 3), Sweden (n = 2), Canada (n = 2), Brazil (n = 2), Norway (n = 1), Finland (n = 1), Portugal (n = 1), Holland (n = 1) and Iceland (n = 1). Regarding the methodology used, 12 articles were qualitative, five quantitative, three used mixed methodology, one article was from discursive papers, and finally an integrative review. On the other hand, 15 of the studies were developed or referred to acute psychiatric hospitalization units, while six of them were done in high surveillance or psychiatric intensive care units, and one in a psychiatric emergency facility. Regarding the study population, six were carried out on patients, three on patients and professionals, three on patients, professionals, and their families, and nine of the articles focused exclusively on professionals. The integrative review was focused on articles that met its inclusion criteria. In five articles keywords were missing.

The methodological description of the analyzed studies is summarized in the following table 3.

### **Insert Table 3. Methodological description of the studies**

### **Thematic Analysis**

The analysis was carried out by categorizing the most prevalent concepts found in the studies. These concepts were considered to be part of the basic structure analyzed and were expressed in different ways, in most of the results found in the present scoping review.

For the conceptual analysis of the articles, we started from the classification of the nursing paradigm. The paradigm is a conceptual diagram, a stream of thought, or a set of global concepts on which phenomena are identified. Knowing that to humanize care, the basis is caring, this classification was chosen to help understand the studied phenomenon. The results are shown in Table 4 (**Insert Table 4**)

Four thematic units were identified based on the aspects analyzed; each one presenting different subcategory: aspects related to i) patient perceptions; ii) government policies and hospital organizational culture; iii) external factors such as the environment, family, or associations; and iv) safety and security.

#### **Aspects related to patient perceptions**

The aspects collected by the authors that were identified by the people admitted to the acute psychiatric units or their relatives were included in this category, regardless of the level of surveillance required. Two subcategories were identified: positive and negative perceptions.

Within the *positive perceptions*, we identified forms of care based on the development of the autonomy of the person or patient (McKenna et al., 2014), as well as empowerment (McKenna et al., 2014; Pitkänen et al., 2011) and self-determination (McKenna et al., 2014) favoring responsibility and learning new skills (Knutson et al., 2013), focusing on people's strengths (McKenna et al., 2014; Beckett et al., 2013). We also identified ways of being cared through the supporting of hope (McKenna et al., 2014) and the believing in the events that occurred, as the fundamentals for a care model based on recovery through searching the meaning, highlighting the purpose of life, and finding healing paths during admissions to hospitalization units (Knutson et al., 2013). Other positive aspects identified by patients as key elements were the approach to their own feelings, equalizing

wills and seeking greater self-esteem (Oliveira et al., 2015), activation interventions (Pitkänen et al., 2011) and continuity of care at discharge (McKenna et al., 2014; Óladóttir & Pálmadóttir., 2017). Finally, it is worth highlighting the importance of social inclusion (McKenna et al., 2014; Pitkänen et al., 2011), income being perceived as opportunities to interact with colleagues (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Óladóttir & Pálmadóttir, 2017) and thus establishing the development of relationships and friendship connections (Knutson et al., 2013) necessary for the well-being of the patient (McKenna et al., 2014).

In relation to the feelings perceived as *negative*, we can highlight insecurity, confinement, and loneliness, especially identified by users when they notice that the staff feels fear due to the perception of the risk of aggressiveness in the room (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014). In addition, in high surveillance units such as the PICU, a clear limitation was identified in the autonomy and freedom of the patient, affirming sensations like being in prison or feeling very controlled; complaining about difficult sleeping due to the light necessary for the nursing staff to carry out night surveillance and control. As well as complaining about the information received from the therapeutic process of the person. All these facts generate great uncertainty and dissatisfaction in the patient (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017). Further, the feelings of abandonment, insecurity, and segregation of the users when being contained (Terkelsen & Larsen, 2014; McAllister & McCrae, 2017) or located in high surveillance units (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014; McAllister & McCrae, 2017) were also in this subcategory.

### **Aspects related to government policies and hospital organizational culture**

In this category, we can include those aspects related to the theoretical models of care; the importance of government policies in the new work strategies implemented in health

centers (McAllister & McCrae, 2017; McAllister et al., 2019; Voskes et al., 2019; Voskes et al., 2021); the operation, activities, and clinical practice protocols of the health center; and those aspects related to professionals. These concepts would be included in the organizational culture, among which the culture of prevention and early intervention for aggression stand out (Lee et al., 2015).

Different subcategories were identified when results were analyzed. As a first approach the *theoretical Models*, using Peplau's theoretical model as a basis (Pitkänen et al., 2011; Delaney et al., 2017). It was observed that the language used was variable, so that, different terms were used that referred to the way of caring or being cared for. In this sense, the articles included referred to different models of care:

a) **Recovery-oriented care** (McKenna et al., 2014; Voskes et al., 2021), education for recovery or “Recovery Model” (Knutson et al., 2013), understanding and supporting the recovery of the user (Beckett et al., 2013) and thus increasing the hope of recovery (Molin et al., 2019; McKenna et al., 2014).

b) **Model for Engagement** (Delaney et al., 2017), based on 6 basic skills, being self-centered, demonstrating a willingness to listen, empathy, attunement and nursing self-knowledge, understanding the patient's history, and preparing a response, seeking solutions, and identifying the need through narrative, listening, and validating. In this line, we identified the Model of Care (Lee et al., 2013), and the Person-Centered culture or Person Centered-Care based on the respect, knowledge, autonomy, and strengths of the patient always marked by evidence (Beckett et al., 2013), and client-centered practice (Óladottir & Pálmadóttir, 2017) and individualized care, collecting information, assessing needs and planning interventions individually (Pitkänen et al., 2011).

c) Another care strategy identified was **the therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care** (McAllister & McCrae, 2017; McAllister et al., 2019), as a beneficial care strategy for patients and nurses, increasing their job satisfaction.

d) Care provided with a **great ethical vision**, such as nursing care based on human rights (Fernandes Moll et al., 2016), humanized care based on the satisfaction of basic needs (Oliveira et al., 2015), or based on Awareness in psychiatric nursing, focused on Self-Awareness, Awareness of the Client and Situational Awareness (Thomson et al., 2019), and finally Holistic Care (McKenna et al., 2014).

e) **Care according to the physical space:** the "Care Zoning Model" was highlighted, based on the distribution of the spaces, through a traffic light system used to identify the clinical risk of users and locating them according to the level of care required. A red zone for users with high risk, orange with medium risk and green for users without risk were defined, based on emotional state, level of violence / aggression, suicide / risk of self-harm, lack of control of impulses / disinhibition, or non-adherence to treatment (Mullen et al., 2013) and the use of "Sensory Room" as a way of caring (Smith & Jones, 2013). Other authors identified care according to the level of risk (Lee et al., 2013).

f) Models focused on **communication with the patient** such as the "Psychiatric Inpatient Bedside Handoff" (Givens & Skully, 2016), or the "One-to-one care" (Voskes et al., 2021; McAllister & McCrae, 2017) using dialogue as a basis for the ethics of the patient. caring for and maintaining the values of the work culture as the core of our practice (Beckett et al., 2013). Also, through the "Time-together" model (Molin et al., 2019), allowing patients to share their

experiences with the nursing staff on equal terms, feeling empowered, improving their hopes of recovery, and being seen as humans with other humans.

g) The model of **intensive care in psychiatry** "High and Intensive care in Psychiatry" (Voskes et al., 2021), characterized by several aspects. The first "stepped care", entering the High Care Unit (HCU) exclusively for users who cannot be cared for in the community; in case of need due to a worsening of the symptoms, the patient would be transferred to an Intensive Care Unit (ICU), where he/she would receive one-to-one care and in case of security risk, he/she would be transferred to the Higher Security Room (HSR), where restrictive measures would be used. Second, the admission process, through which the unit would become familiar, the risk of aggression would be assessed and prevented, psychiatric and somatic evaluation would be carried out, treatment would be planned, and a joint meeting would be held between the patient, the family and the outpatient psychiatrist, and the unit where it would be discussed. All this with a medical and recovery approach, based on the experience and knowledge of professionals and surrounded by a health environment.

We should highlight that, despite the models defined, some authors notice the relevance of the lack of clinical practice protocols (Aparecida Buriola et al., 2017). On the other hand, we identified the subcategory *insufficient staff ratio* (Aparecida Buriola et al., 2017; Beckett et al., 2013; McAllister & McCrae, 2017) that entailed dedicating nursing time to bureaucratic tasks instead of being with the patient. This bureaucratization of work (Oliveira et al., 2015) was found to be related to an increase in the perception of stress and worsening care received by people (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Mollin et al., 2019; Delaney et al., 2017; Beckett et al., 2013) due to the lack of time necessary to establish

relationships with the patient (Oliveira et al., 2015). This situation was related to the risk of nursing abandonment due to fear and work overload (Aparecida Buriola et al., 2017; Beckett et al., 2013), reflecting the importance of individualized dedication of nursing time to users (Oliveira et al., 2015), since the nurse-patient interaction was intrinsically related to positive results (Mullen et al., 2013). Therefore, protected therapeutic time was advocated (McKenna et al., 2014), as well as for the relevance of the *multidisciplinary team* (Beckett et al.; 2013; McAllister & McCrae, 2017; Knuston et al., 2013; Fernandes Moll et al., 2016), the necessary coordination between professionals in order to guarantee continuity of care (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017), and the suitability of the inclusion of occupational therapists (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017; Evatt et al., 2016).

The following subcategory is defined by the distribution of human resources, prioritizing the interventions that define a way of caring focused on dialogue (McAllister & McCrae, 2017; McAllister et al., 2019), for the prevention and early intervention of aggressive behaviors (Lee et al., 2015; Voskes et al., 2021). The activities take place in the room, as a form of empowerment. They are raised as the first option, before providing extra medication when you feel worse (Molin et al., 2019). They were committed to welcoming the patient upon admission (Fernandes Moll et al., 2016; Voskes et al., 2021), to do individual interviews, to planning interventions in the ward through an individualized care plan for users (Pitkänen et al., 2011; Fernandes Moll et al., 2016; Oliveira et al., 2015; Voskes et al., 2021, Evatt et al., 2016), and other nursing activities, either with direct or indirect contact with patients (McAllister & McCrae, 2017). Activities could be directed towards users, such as self-centered strategies -mindfulness- (Delaney et al., 2017), or group interventions as a form of social inclusion, such as games,

eating together or watching television together (Fernandes Moll et al., 2016; Evatt et al., 2016). Activities could also be directed towards a standardized educational program focused on recovery, promoting hope, security, support, symptom management, empowerment, interpersonal relationships, coping and the search for meaning (Knutson et al., 2013, McKenna et al., 2014), to demonstrate more autonomy and independence (Evatt et al., 2016). Other authors defined interventions as activation interventions (Pitkänen et al., 2011; McKenna et al., 2014). The design and planning of activities would facilitate the necessary structure and control in hospitalization units (Molin et al., 2019; Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017). For this, the use of strategies was proposed so that professionals would be aware of themselves, the patient, and the environment such as clinical supervision, “debriefing team” (team reports), diaries or the portfolio (Thomson et al., 2019).

Other aspects to be highlighted in this subcategory are, on the one hand, providing the adequate treatment through decision-making, the setting of objectives and the analysis of the process and result (McAllister & McCrae, 2017; Lee et al., 2015; Óladóttir & Pálmadóttir, 2017). On the other hand, the importance of follow-up at discharge as well as the risk of non-adherence to treatment as an element to identify risk behaviors (Mullen et al., 2013).

The last subcategory identified, related with the professionals, includes the *training, knowledge, and experience* of professionals as the bases for care (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017; Voskes et al., 2021; McAllister & McCrae, 2017), and the recommendation of following specific undergraduate training, such as thoughts on practice, simulation, and psychodrama for the preparation of future MH professionals (Thomson et al., 2019).

*Communication and information* are key elements in the current subcategory (Terkelsen & Larsen, 2014; Lee et al., 2013; Delaney et al., 2017). They were identified as a key tool for the care and attention of the person. The purpose would be to decode and understand the story to elaborate a response through listening and validation, identifying the immediacy of the need and enhancing the narrative (Delaney et al., 2017). As well as recognizing the difficulty of the interaction that may arise at times (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017) and the convenience of establishing therapeutic relationships (Oliveira et al., 2015) between patients and professionals based on “Equal status” (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017).

These aspects are key for the *professional's attitude* to be understood as a “combination of skills: happier staff, improved morale” (Beckett et al., 2013) and identifying “perceptions of Nursing interventions” (Pitkänen et al., 2011) to define the aspects related to this section. From the articles reviewed, we could highlight the availability to listen, welcome, pay attention (Oliveira et al., 2015) and the ability to provide support. For this, it is necessary to consider the characteristics and culture of the professionals (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017) as well as the experience and self-knowledge or self-awareness of the nurses that would allow them to empathize and feel comfortable and in tune with the patients (McAllister & McCrae, 2017; Delaney et al., 2017; Thomson et al., 2019; McAllister et al., 2019).

At the same time, in the articles reviewed we identified the **stigma related to mental illness** (Knutson et al., 2013), that is, the stereotypes caused by different interpretations between professionals and patients regarding aggressive behaviors, and the use of pathology to refer to patients with aggressive behavior instead of the use of a name or pronoun (Terkelsen & Larsen, 2014). We also

identified the feelings of fear and anxiety that affect professionals (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014). Although stereotypes or labels of “dangerous people” were identified, there would also be different forms of perception of these behaviors, which would condition the treatment and communication provided by professionals (Terkelsen & Larsen, 2014).

### **Aspects related to external factors such as the environment, family, and associations**

This section includes external elements, both physical and human, that may influence the emotional state of the admitted person affected by a mental disorder.

The first subcategory identified is the *physical space* (environment or atmosphere of the unit), reflecting spaces destined for high surveillance areas, such as limited and small environments (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Aparecida Buriola et al., 2017), and with structural deficiencies (Beckett et al., 2013; Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017). Users reported difficulty in the basic need for rest-sleep, due to the obligation to have the doors open for better control of staff (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017). It is important to highlight the concept of healthy environment, promoting recovery, well-being, reducing stress, anxiety, and aggression (Voskes et al., 2021; Lee et al., 2015). This aspect would acquire greater importance, valuing the fact that there is air conditioning, cheerful colors on the walls, pictures, and good lighting (Aparecida Buriola et al., 2017). The distribution of space and windows that facilitate observation would also be important to ensure the rapid intervention of the staff in situations of agitation or aggressiveness of the patients (Aparecida Buriola et al., 2017). The location of users was considered based on the level of care they need, according to the risk behaviors presented (Mullen et al., 2013). Although some author did not identify a direct relationship between the design and the atmosphere of the unit with the quality of life, it was related to the

perceived satisfaction (Urbanoski et al., 2013; McKenna et al., 2014), showing that both the materials of the environment as the dialogic attitude of professionals, would be key to prevent dangerous situations (Terkelsen & Larsen, 2014) (McAllister et al., 2019) and highlighting the scarcity of environmental resources identified by some authors (McAllister & McCrae, 2017).

On the other hand, we identified the *family and the collaborative associations* subcategory (Fernandes Moll et al., 2016; Pitkänen et al., 2011; Oliveira et al., 2015; Voskes et al., 2021; Óladóttir & Pálmadóttir, 2017). It's providing greater care, by building a confidential relationship with the patient, providing joint information on the pathology. The collaborative associations, as significant supports, necessary for the participation of citizens (McKenna et al., 2014). In this way, social interventions, hobbies, and personal motivation would be facilitated in order to reintegrate the user into society (Oliveira et al., 2015), ensuring that they study or work and even seeking pet care strategies in the event that the patient had one or the achievement of a friend from the service of friends (Pitkänen et al., 2011). Satisfying the need for integration and communication between healthcare personnel and other important people for patients (Óladóttir, & Pálmadóttir, 2017).

#### **Aspects related to safety and security.**

In this category, we identified on one hand those aspects related to violence and aggression manifested by patients during their hospitalization, and on the other hand, everything related to both the safety of the staff and the patient and the perception of feeling safe during your stay at the APHU.

Some of the identified subcategories, in turn, belong to the previous ones, although due to their importance, after the authors' consensus, we decided to classify them as categories themselves.

Regarding aspects related to violence and aggressiveness, the identification of triggers for early intervention stands out (Lee et al., 2015), and the different interpretation of these triggers by professionals and patients. For patients, triggers can begin to be detected by uniformed police officers, forced medication, attitude of staff, male professionals, and strict house rules (Terkelsen & Larsen, 2014).

Depending on the aspects related to safety and feeling safe, the *safety of the environment, staff and users* subcategory was identified (McKenna et al., 2014; Thomson et al., 2019; Beckett et al., 2013; Terkelsen & Larsen, 2014; McAllister et al., 2019) and the importance of both safety and feeling safe (Knutson et al., 2013; Pitkänen et al., 2011). Therefore, a difference between “safety and security” was noticed (Urbanoski et al., 2013; Beckett et al., 2013). For this, the nursing staff would assume the basic interventions that provide safety to the patients, imposing restrictions, assuming care, providing medication, complying with the rules, (Pitkänen et al., 2011) or transferring and attending by areas of need for care according to their defined risk (Mullen et al., 2013), in high security rooms (Voskes et al., 2021), or comfort room (Smith & Jones, 2013). Other authors called for more security personnel in the units (Beckett et al., 2013). Although some patients stated that they felt the admission wards as a refuge associated with security, on other occasions they expressed feelings of insecurity (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; McAllister et al., 2019).

Likewise, we highlighted the difficulty of *therapeutic relationships* between professionals and patients (Lee et al., 2015), generating feelings of insecurity and fear

among professionals, and thus reducing their interaction with patients (Terkelsen & Larsen, 2014; Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017).

Finally, it is important to note the *actions facing this symptomatology*. The culture of prevention and early intervention in these situations was identified, with the involvement of a professional specialist in aggressive behavior management (Lee et al., 2015), based on the establishment of an individualized therapeutic relationship with periods of one-to-one (McAllister & McCrae, 2017) or face-to-face (Mullen et al., 2013) interactions. De-escalation would intervene in prevention, collection of information reported by patients on triggers and the strategies preferred by the patient to deactivate aggressive behavior, collected in a “Safety Tool” that would be elaborated collaboratively during admission, in addition to providing the adequate medication, developing a collaborative plan to face aggressiveness and agree on what to do if they were not effective (Lee et al., 2013). All this based on empathy and a dialogic approach, in addition to maintaining an attitude without stereotypes in order to provide humanized care (Terkelse & Larsen, 2014), always in collaboration between the multiprofessional team (McAllister & McCrae, 2017), and placing users depending on the identified risk (Mullen et al., 2013; Lee et al., 2015). At times, professionals would carry alarm systems as security mechanisms (Terkelsen & Larsen, 2014).

#### **Insert Table 4. Thematic analysis of the articles.**

The results are graphically summarized in Figure 2.

#### **Insert Figure 2. Graphic description of the concept of Humanization of Care in mental health.**

#### **Quantitative results of the articles**

Eight studies presented quantitative data, five of them being pure quantitative studies and three of them being mixt studies. Seven were focused on patients and one on professionals.

In one, the clients' perception of the care they received in a hospital environment was examined, using the client center practice questionnaire (CCPQ-MH) (Óladóttir & Pálmadóttir, 2016), analyzing the attitude and support followed by the decision-making and goal-setting concept. Other study used a questionnaire carried out by the research team that evaluated the usefulness of the intervention related to the recovery model, (Knutson et al., 2013). Evatt et al., (2016) used the hyperacute screening tool to understand consumer functioning, using this information to guide occupational therapy practice in 'hyperacute' settings.

Regarding the use of the sensory room, despite not showing a reduction in the percentage of confinement, it was valued as a positive intervention with respect to the information provided qualitatively by professionals and patients, generating a disagreement between both investigations, conveniently argued (Smith & Jones, 2013).

Two more studies analyzed the impact of two different caring model, one for the psychiatric intensive care Service (Lee et al., 2015) and the other, the care zoning model focused on psychiatric intensive care units (Mullen et al., 2013).

Both demonstrate the effectiveness in the implementation of the model, making special reference to the importance of using the Nursing Observed Intensity Scale (NOIIS) to measure patients progress over the course of their admission (Mullen et al., 2013).

The only article centered on professionals with quantitative data showed the therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care (McAllister & McCrae, 2017). Through descriptive data, they identified eight-first-level codes, and then grouped into

three, with a total of 234 nurse activities and 309 patient activities observed. 36.8% of nurse activities were patient contact activities and 26.9% of patient activities were clinician contact activities. It is important to highlight that the observational tool was developed through consultation with experts and piloted to test its applicability and viability, but it was not tested for reliability or validity.

### **Analysis regarding the objective of the study**

The objective of this scoping review was to identify the published knowledge about current care models or ways of caring, related to the humanization of care in acute psychiatric units. Through the thematic analysis presented, it has been possible to relate the theoretical concept of Healthcare Humanization with the theoretical concept of Client Centered Care, thus answering the specific objective, identifying, and synthesizing the thematic units in relation to the concept of humanizing care of acute MH, the interventions to be considered for the development of acute humanized psychiatric hospitalization units being defined.

## **DISCUSSION**

Only one of the articles specifically mentions the concept analyzed, although all contribute key aspects of the humanization of care. This may be due to the lack of a standardized language with a clear definition of “Humanization of Care”. Those articles focused on ways of caring have been accepted, identifying them as Humanized Care, and recognizing that concepts such as “person-centered-care” or “recovery” can help in the Humanization of Care. Descriptive articles focused on specific practices, violent behavior or coercive measures were discarded.

It should be noted that not all the articles presented the same user profile, since some of them referred to patients with aggressive behaviors (Lee et al., 2013; Terkelsen & Larsen, 2014; Salzman-Erikson & Söderqvist, 2017; Mcallister & McCrae, 2017; Mullen et al., 2013) while others focused on patients without aggressive behaviors (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017). Despite this, they agreed to be articles describing ways of caring.

It is important to highlight the small population sample used by some of the selected articles (Salzman-Erikson & Söderqvist, 2017), so the results should be taken with caution. On the other hand, some articles offered tables with interventions that can be carried out in hospitalization units (Pitkänen et al., 2011; Mullen et al., 2013) while other authors focused their research on observations without making contributions to clinical practice (Aparecida Buriola et al., 2017).

Organizational culture, experience, attitude, and ratio of professionals, as well as the patient's own personal resources, safety, and infrastructures, coincide as primary factors in the care models of people admitted to acute psychiatric units (McAllister et al., 2019). The concern about the staff ratio in mental health hospitalization units is in line with other studies that give special importance to the concept of "safe staffing levels" necessary to reduce the levels of aggressiveness, the use of reduction mechanisms, avoiding risks for both the patient and the professionals, reducing stress, job dissatisfaction and burnout (McKeown et al., 2019). Empathy and therapeutic bonding are considered as key strategies, in the same line as other studies (Moreno-Poyato et al., 2016; McAllister & McCrae, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014), in opposition to harmful therapeutic relationships related to scarcity of professionals (damaged therapeutic relations) (McKeown et al., 2019).

Likewise, both self-awareness and recognition of the stigma of health professionals towards mental disorders could be considered essential (Terkelsen & Larsen, 2014; Sastre-Rus et al., 2019), as well as the possibility of allocating time to be with patients, either through strategies such as one-to-one care (Voskes et al., 2021; McAllister & McCrae, 2017) or time-together (Molin et al., 2019). However, there is little evidence regarding Protected Engagement Time (PET) (McAllister & McCrae, 2017).

Another of the most prominent aspects in the articles found, refers to aggressive behavior, rather than pathology (Caruso et al., 2021), highlighting the multicausality and multifactoriality of aggressiveness. That is why, after the analysis of the results presented, several subcategories of those identified overlap with different categories, such as the physical space as a facilitating agent of the activities carried out by the nursing staff in the hospital, at the same time as its importance in the functions of surveillance and control, essential for early intervention against aggressive behaviors, all directly related to the safety of the professional. Therefore, we observe how the identified categories are related to each other, enhancing each other, and not functioning as isolated elements.

In this line, safety, the feeling of feeling safe, and consequently strategies to deactivate aggressive behavior are prioritized (Lee et al., 2015; McAllister & McCrae, 2017; Mullen et al., 2013; Terkelsen & Larsen, 2014). An example would be the preparation of the advance directive document, through which the person can determine how he / she would like to be treated in case of hospital admission (Zaragoza-Martí et al., 2020), as well as the therapeutic and safe physical structure (Salzmann- Erikson & Söderqvist, 2017; Aparacedica Buriola et al., 2017; Beckett et al., 2013; Voskes et al., 2021; Lee et al., 2013; Mullen et al., 2013; Urbanoski et al., 2013; McKenna et al., 2014; Terkelsen & Larsen, 2014; McAllister & McCrae, 2017).

It is noteworthy that none of the selected articles specifically address some relevant issues as role of tribunal, social justice, iatrogenic trauma and public trustee. Trauma-informed practices understand that the fundamental operating principles of coercion and control in mental health services can lead to (re)traumatization and vicarious trauma. Deliberate steps are taken to eliminate and/or mitigate potential sources of coercion and force and accompanying triggers that can significantly influence the humanization of mentally ill care (Sweeney et al., 2018).

Finally, regarding the use of scales, it should be noted that in one of the articles the Hyperacute Screening Tool (HST) validation was used, based on the performance of skills, social skills, and initiation tasks, and defining six states, ranging from inability to participate to total commitment (Evatt et al., 2016). In other, the Client Centered Rehabilitation Questionnaire-Mental Health (CCRQ-MH) questionnaire was used (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017). One author uses the Quality of Life (QoL) scale to develop his analysis (Pitkänen et al., 2011). Two other articles mention the development of these tools used, although they were not validated, such as those proposed by McAllister (McAllister & McCrae, 2017) and Mullen (Mullen et al., 2013), demonstrating the relevance of developing tools to measure aspects related to the humanization of care. Humanization of Care in mental health means caring for people with responsibility, commitment, and ethics, helping to overcome their limitations (Oliveira et al., 2015), giving greater importance to “caring” and not exclusively to “curing” (Ramos-Pozon, 2017)

## **LIMITATIONS**

Our review has some limitations. The search strategy and the data bases used may be limited in their own design, since in the literature there is no common or universal use to

refer to the phenomenon studied, and this may condition the results of the present investigation. To overcome this limitation, the search keywords were adapted, and articles were used using the “citation tracking” technique. Another limitation of this study is the attempt to give a broader meaning to humanized care in APHU. There are many studies on essential aspects that influence the humanization of care, such as intervention models in the reduction of mechanical restraint. This is the case of The Safewards model or the Six Core Strategies (Bowers, 2014; Fletcher et al., 2019; Huckshorn, 2006). However, the purpose of this bibliographic review is to analyze the care models in a holistic way, addressing the broader meaning of the concept studied.

### **IMPLICATIONS FOR PRACTICE**

The present study can help to improve the care offered in acute mental health units. Likewise, it could be used to claim an improvement in working conditions and the environment that will help professionals to carry out their care in a more humane and individualized way.

### **CONCLUSIONS**

In this bibliographic review, we have presented 22 publications that deal with different ways of caring for patients admitted to acute psychiatric units. Due to the lack of a clear definition on the humanization of care in mental health, only the concept studied in one of the articles has been identified, but among all of them, they contribute the key defining aspects. We have observed that most of the articles referred to aspects related to the therapeutic relationship established between health professionals and the person affected by a mental disorder. The most prominent are those related to the attitude of the staff and their personal abilities to care for people during their hospitalization. Another important

aspect that stands out when investigating the humanization of care is the ratio of personnel available in each unit and the time invested in caring for people.

The articles reflect the importance of the environment and the use of spaces in the acute care units and their relationship with safety and the perception of feeling safe or secure. A less decisive aspect to answer the research question is the type of disorder that the person suffers. Healthcare Humanization is much more than being friendly and having an adequate physical space. It is a commitment and a responsibility of each of the people who provide healthcare. It is built daily, when we provide adequate care and attention, expressing "you are a person and I treat you as a whole as a human being" (Dirección General de Coordinación de la Atención de Cuidado y Humanización de la Asistencia Sanitaria, 2017). Humanizing should imply caring with responsibility and ethical commitment.

This research provides a general perspective to offer more evidence in relation to the phenomenon of the humanization of mental health care. In the same way, it allows health professionals to reflect on the procedures carried out in acute psychiatric units, in order to improve the quality of care for people suffering from a mental health disorder.

## **DISCLOSURE STATEMENT**

Authors declare any financial support or relationships that may pose conflict of interest.

## **BIBLIOGRAPHY**

Aparecida Buriola, A., Barbosa Pinho, L., Prado Kantorski, L., & Misue Matsuda, L. (2017). Assessment of the physical and human resource struc. *Texto & Contexto Enferm*, 26(4)

Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *Int. J. Soc. Res. Methodol.* 8, 19–32.  
<http://dx.doi.org/10.1080/1364557032000119616>

- Aveyard H. *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a Practical Guide*. Tercera edición. Berkshire. Open University Press. 2014
- Beckett, P., Field, J., Molloy, L., Yu, N., Holmes, D., & Pile, E. (2013). Practice what you preach: Developing person-centred culture in inpatient mental health settings through strengths-based, transformational leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 595–601. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.790524>
- Bernejo Higuera, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Desclee de Brouwer, SA. [https://www.librerialuces.com/es/libro/humanizar-la-asistencia-sanitaria\\_538721](https://www.librerialuces.com/es/libro/humanizar-la-asistencia-sanitaria_538721)
- Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. <https://doi.org/10.1111/jpm.12129>
- Caruso, R., Antenora, F., Riba, M., Belvederi Murri, M., Biancosino, B., Zerbinati, L., & Grassi, L. (2021). Aggressive Behavior and Psychiatric Inpatients: a Narrative Review of the Literature with a Focus on the European Experience. *Current Psychiatry Reports*, 23(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01233-z>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP), 2014. CASP Qualitative Checklist. . (Accessed 01 September 2021) [http://media.wix.com/ugd/dded87\\_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf](http://media.wix.com/ugd/dded87_29c5b002d99342f788c6ac670e49f274.pdf) (wix.com)
- Cott, A.C., Teary, G., McGilton, K.S., Lineker, S. (2006). Reliability and construct validity of the client-centred rehabilitation questionnaire. *Disability and Rehabilitation*, 28(22), 1387–1397. <https://doi.org/10.1080/09638280600638398>
- Consejería Sanidad Castilla-La Mancha. (2017). *Plan dignifica humanizando la asistencia*. [https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan\\_dignifica\\_octubre\\_2017.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20171016/plan_dignifica_octubre_2017.pdf)
- Davis, K., Drey, N., Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *Int. J. Nurs. Stud.* 46, 1386–1400. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010>
- Dirección General de Coordinación de la Atención de Cuidado y Humanización de la Asistencia Sanitaria. (2017). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. 2016-2019. In Comunidad de Madrid. <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Delaney, K. R., Shattell, M., & Johnson, M. E. (2017). Capturing the Interpersonal Process of Psychiatric Nurses: A Model for Engagement. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 634–640. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.08.003>

- Ehrhart, M. G., & Raver, J. L. (2014). The effects of organizational climate and culture on productive and counterproductive behavior. In B. Schneider & K. M. Barbera (Eds.), *The Oxford handbook of organizational climate and culture* (pp. 153–176). Oxford University Press.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, *196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.847460>
- Evatt, M., Scanlan, J. N., Benson, H., Pace, C., & Mouawad, A. (2016). Exploring consumer functioning in High Dependency Units and Psychiatric Intensive Care Units: Implications for mental health occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, *63*(5), 312–320. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12290>
- Fernandes Moll, M., Cruz Mendes, A., Arena Ventura, C. A., & Costa Mendes, I. A. (2016). Nursing care and the exercise of human rights: An analysis based on the reality of Portugal. *Revista de Enfermagem*, *20*(2), 236–242. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160031>
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. A., & Brophy, L. (2019). Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria, Australia: Staff perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, *10*(JULY), 462. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00462/BIBTEX>
- Givens, S. E., & Skully, C. (2016). Implementation of a Quality Improvement Project and Nurses' Responses. *Journal of Psychosocial Nursing*, *3*(7), 33–37.
- Huckshorn, K. (2006). Six core strategies for reducing seclusion and restraint use© A snapshot of six core strategies for the reduction of S/R. *Nasmhpd*, *1*, 1–23. <http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated Six Core Strategies Document.pdf>
- Knutson, M. B., Newberry, S., & Schaper, A. (2013). Recovery Education: A tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *20*(10), 874–881. <https://doi.org/10.1111/jpm.12043>
- Lee, S., Hollander, Y., Scarff, L., Dube, R., Keppich-Arnold, S., & Stafrace, S. (2013). Demonstrating the impact and model of care of a Statewide psychiatric intensive care service. *Australasian Psychiatry*, *21*(5), 466–471. <https://doi.org/10.1177/1039856213497525>
- Levac, D., Colquhoun, H. & O'Brien, K.K. (2010) Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, *5*, (69). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- McAllister, S., & McCrae, N. (2017). The therapeutic role of mental health nurses in

psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service | Semantic Scholar. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 491–502.

McAllister, Sarah, Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93, 106–118.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>

McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Price, O., Greenwood, P., Whittington, R., & Duxbury, J. (2019). “Catching your tail and firefighting”: The impact of staffing levels on restraint minimization efforts. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(5–6), 131–141.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12532>

McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., & Ireland, S. (2014). Recovery-oriented care in older-adult acute inpatient mental health settings in Australia: An exploratory study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(10), 1938–1942.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.13028>

Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B. M. (2019). Patients’ experiences of taking part in Time Together – A nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 551–559.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12560>

Moreno-Poyato, Montesó-CurtoDelgado-Hito, Suárez-Pérez, Aceña-Domínguez, Carreras-Salvador, Leyva-Moral, Lluch-Canut, & Roldán-Merino. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2016.03.001>

Mullen, A., Drinkwater, V., & Lewin, T. J. (2014). Care zoning in a psychiatric intensive care unit: Strengthening ongoing clinical risk assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 731–743. <https://doi.org/10.1111/jocn.12493>

OECD. (2017). Health ministerial meeting. The next generation of health reforms. Oecd, January, 1–17. <http://www.oecd.org/health/ministerial/ministerial-statement-2017.pdf>

Óladóttir, S., & Pálmadóttir, G. (2017). The continuum of client-centred practice in an acute psychiatric unit: A mixed method study of clients’ perceptions. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(1), 49–57.  
<https://doi.org/10.1177/0308022616664909>

Oliveira, L. C., Silva, R. A. R. da, Medeiros, M. N. de, Queiroz, J. C. de, & Guimarães, J. (2015). Humanized care: discovering the possibilities in the practice of nursing

in mental health. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1774.  
<https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1774-1782>

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA (2020) Statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peña, L. (2011). *Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios en salud mental*. [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad\\_en\\_mente.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf)

Peplau, H. E. (1978). Psychiatric nursing: role of nurses and psychiatric nurses. *International Nursing Review*, 25(2), 41–47.

Pluye, P., Robers, E., Cargo, M., Bartlett, G., O’Cathain, A., Griffiths, F., Boardman, F., Gagnon, M.P., Rousseau, M.C., (2011). Proposal: A Mixed Methods Appraisal Tool for Systematic Mixed Studies Reviews. <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>.

Pitkänen, A., Hätönen, H., Kollanen, M., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2011). Nurses’ Perceptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(4), 167–175.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00284.x>

Ramos-Pozón, S. (2017). *Bioética y cronicidad. Un intento de humanizar la asistencia sanitaria en salud mental*. Fundación de Ciencias de la Salud.  
<http://dspace.uvic.cat/xmlui/handle/10854/6161>

Salzmann-Erikson, M., & Söderqvist, C. (2017). Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals’ Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 540–548.  
<https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1299265>

Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M.-T., Tomás-Sábado, J., & Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13960>

Smith, S., & Jones, J. (2013). Use of a sensory room on an intensive care unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(5), 23–30.  
<https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-06>

Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., Gillard, S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5):319-333. [https://doi: 10.1192/bja.2018.29](https://doi:10.1192/bja.2018.29).

- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2014). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*, 23(3), 308–317.  
<https://doi.org/10.1177/0969733014564104>
- Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Caring for the entire unit: Psychiatric nurses' use of awareness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(9), 17–23. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190528-03>
- Tricco, Andrea & Lillie, Erin & Zarin, Wasifa & O'Brien, Kelly & Colquhoun, Heather & Levac, Danielle & Moher, David & Peters, Micah & Horsley, Tanya & Weeks, Laura & Hempel, Susanne & Akl, Elie & Chang, Christine & McGowan, Jessie & Stewart, Lesley & Hartling, Lisa & Aldcroft, Adrian & Wilson, Michael & Garrity, Chantelle & Straus, Sharon. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*.  
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>.
- Urbanoski, K. A., Mulsant, B. H., Novotna, G., Ehtesham, S., & Rush, B. R. (2013). Does the redesign of a psychiatric inpatient unit change the treatment process and outcomes? *Psychiatric Services*, 64(8), 804–807.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.004532012>
- Voskes, Y., Van Melle, A. L., Widdershoven, G. A. M., Mierlo, V., Bovenberg, F. J. M., & Mulder, C. L. (2021). High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Psychiatric Services*, 72(4), 475–477.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800440>
- WHO | Salud mental: fortalecer nuestra respuesta (2018). Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
- Zaragoza-Martí, M., Julià-Sanchis, R., & García-Sanjua, S. (2020). El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Revista Bioética y Derecho*, 49, 25–40.
- Zarco Rodríguez, J. V. (2018). Humanización de la sanidad: perspectiva médica. In F. Merck (Ed.), *Avances en salud: aspectos científicos, clínicos, bioéticos y legales*. (pp. 207–212).

**Table 1. Bibliographic search strategy according to database.**

<b>PUBMED</b>	<b>CINHAL</b>	<b>BIBLIOTECA VIRTUAL (Spanish)</b>	<b>CUIDEN (Spanish)</b>	<b>GOOGLE ACADEMICO</b>	<b>PSYCINFO</b>
Humanization [tiab] AND ("Psychiatric Department, Hospital"[Mesh] OR "psychiatric intensive care" "[Mesh])	"humanizatio n" AND :(MH "Hospitals, Psychiatric") OR (MH "Emergency Services, Psychiatric") OR (MH "Psychiatric Units") OR (MH "Psychiatric Emergencies ") OR (MH "Psychiatric Service")	(humanizacion hospital psiquiatria) AND (year_cluster:"20 16" OR "2018" OR "2013" OR "2007" OR "2009" OR "2011" OR "2014")  (humanizacion hospital psiquiatria)	("humanizacion ") AND("psiquiatri a")  ("humanizacion ") AND("hospital" ) AND("psiquiatri a")	Humanization "psychiatric intensive care"	DE "Psychiatric Clinics" OR DE "Psychiatric Hospital Admission" OR DE "Psychiatric Hospitalization" OR DE "Psychiatric Hospitals"  humanization OR Humanism) AND DE "Psychiatric Clinics" OR DE "Psychiatric Hospital Admission" OR DE "Psychiatric Hospitalization" OR DE "Psychiatric Hospitals"

Source: Prepared by authors.

**Table 2. Quality ranking of the selected 22 articles**

CASP checklists for qualitative research ([https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf))

AUTHORS	Was there a clear statement of the aims of the research?	Is qualitative methodology appropriate?	Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	Have ethical issues been taken into consideration?	Was the data analysis sufficiently rigorous?	Is there a clear statement of findings?	How valuable is the research?
(Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(Terkelsen & Larsen, 2014)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(McKenma et al., 2014)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(Pitkänen et al., 2011)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(Aparecida Buriola et al., 2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(Fernandes Moll et al., 2016)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(Oliveira et al., 2015)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing knowledge
(Thomson et al., 2019)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing Knowledge and new areas where research
(Voskes et al., 2021)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Yes	Can't tell	Yes	Existing Knowledge and new areas where research
(Beckett et al., 2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Can't tell	Can't tell	Yes	Yes	Existing Knowledge and new areas where research
(Givens & Skully, 2016)	Yes	Yes	Yes	Can't tell	yes	yes	no	Can't tell	yes	Identify new areas where research
(Molin et al., 2019)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Existing Knowledge and new areas where research

**CASP Systematic Review Checklist (CASP, 2014),** ([https://casap-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018\\_fillable-form.pdf](https://casap-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf))

AUTHORS	Did the review clearly address a focused question?	Did the authors look for the right type of papers	Do you think all the important, relevant studies were included?	Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?	If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?	What are the overall results of the review?	How precise are the results?	Can the results be applied to the local population?	Were all important outcomes considered?	Are the benefits worth the harms and costs?
(McAllister et al., 2019)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

**Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018 (Jones)** Quantitative non-randomized [http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT\\_2018\\_criteria-manual\\_2018-08-01\\_ENG.pdf](http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf)

AUTHORS	Are there clear research questions?	Do the collected data allow to address the research questions?	Are the participants representative of the target population?	Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?	Are there complete outcome data?	Are the confounders accounted for in the design and analysis?	During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?
(Urbanoski et al., 2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
(Mullen et al., 2014)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
(Lee et al., 2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
(Knutson et al., 2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
(Ewart et al., 2016)	Can't tell. aims OK	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

**Mixed-Methods Appraisal Tool (MMAT), version 2018 (Jones)** Mixed-methods studies [http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT\\_2018\\_criteria-manual\\_2018-08-01\\_ENG.pdf](http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf)

AUTHORS	Are there clear research questions?	Do the collected data allow to address the research questions?	Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?
(Smith & Jones 2013)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
(Óladóttir & Pálmadóttir, 2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
(McAllister & McCrae, 2017)	Can't tell. aims OK	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

**Table 3. Methodological description of the studies.**

AUTHORS	STUDY LOCATION	AIMS	METHODOLOGY	KEY WORDS	CONTEXT
(Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017)	Sweden	To describe individuals' experiences of being hospitalized in psychiatric intensive care units (PICUs).	Qualitative thematic analysis	Not identified	Psychiatric intensive care unit (PICUs).
(Terkelsen & Larsen, 2014)	Norway	To describe what happens when dangerous situations occur in a ward	Qualitative (observant participation, interviews, and thematic analysis)	Aggression, dialogue, empathy, ethics of care, fear, fieldwork, patients, professionals, psychiatry	Locked psychiatric ward
(McKenna et al., 2014)	Australia	To determine the extent to which elements of existing nursing resemble the domains of recovery-oriented care	Qualitative (focus group)	Not identified	Acute inpatient Mental Health
(Urbanoški et al., 2013)	Canada	To investigate whether ward atmosphere mediated the associations between the physical and therapeutic characteristics of an inpatient ward and patient outcomes.	Quantitative (Descriptive observational)	Not identified	Psychiatric inpatient unit
(Pitkänen et al., 2011)	Finland	To examine the perceptions of nurses on the interventions used to support the quality of life of patients in acute psychiatric inpatient settings.	Qualitative (focus groups) + descriptive exploratory study.	Content analysis, nursing intervention, psychiatric care, quality of life	Acute psychiatric hospitalization.
(Aparecida Buriola et al., 2017)	Brazil	To identify the perception of professionals, users and relatives on the structure of the psychiatric emergency service of a general hospital.	Qualitative (hermeneutical-dialectical approach)	Psychiatric emergency services, service structure, care, care humanization, nursing, assessment	Psychiatric emergency service
(Delaney et al., 2017)	USA	To describe a model to cultivate nursing skills related to interpersonal commitment.	Discursive papers	Inpatient psychiatric nursing, therapeutic engagement	Inpatient psychiatric care,
(Fernandes Moll et al., 2016)	Portugal	To describe the provision of nursing care in adult psychiatry services in a city in Portugal, from the perspective of the exercise of human rights.	Qualitative (indirect observation and thematic analysis)	Nursing, human rights, comprehensive health care, humanized care, psychiatry	Adult psychiatric services in a city in Portugal
(Oliveira et al., 2015)	Brazil	To identify humanized care as an instrument for the reorganization of nursing practice in mental health. To analyze the perception of nurses about care	Qualitative (exploratory research)	Nursing, psychiatric reform, mental health, humanized care	Mental health hospital
(Mullen et al., 2014)	Australia	(1) to evaluate the capacity of the model (2) to improve the quality of documentation (3) to use the care zoning tool	Quantitative	Mental health nursing, practice development, risk assessment	UCIP Psychiatric intensive care unit

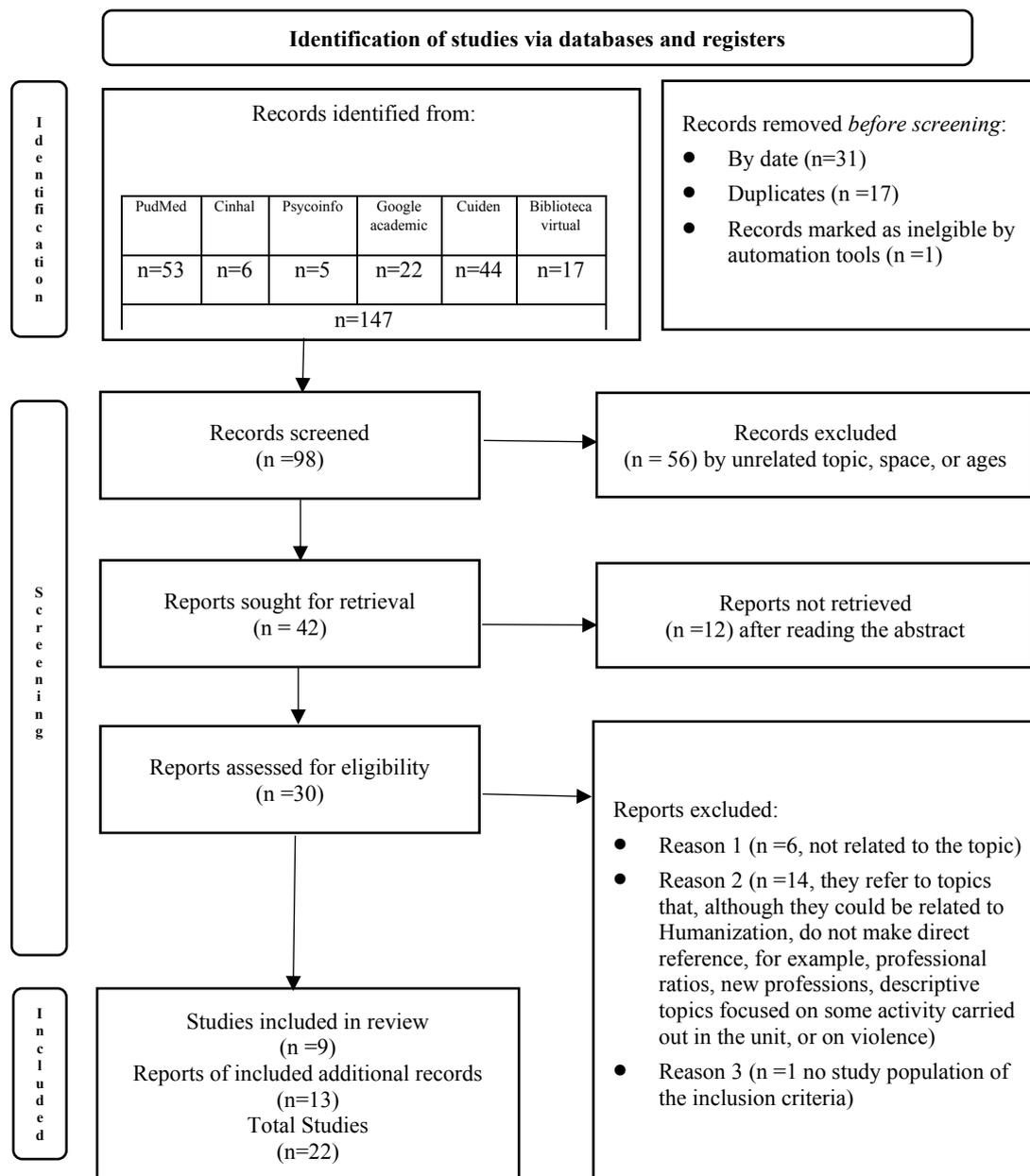
(Thomson et al., 2019)	Canada	To describe the experiences of psychiatric nurses in carrying out nursing interventions for adults in acute care settings.	Qualitative (phenomenological hermeneutics)	Attitude of Health Personnel, awareness, health knowledge, attitudes, practice, humans, patient-centered care, psychiatric department, hospital, psychiatric nursing	Unit psychiatric adults' clients
(Lee et al., 2013)	Australia	To demonstrate the characteristics and results reported by the patients of the study hospital	Quantitative	Aggression, behavioral management plans, multidisciplinary intervention, pharmacological treatment, psychiatric intensive care unit	psychiatric intensive care service.
(Evatt et al., 2016)	Australia	To extract and analyze data from Hyperacute Screening Tools (HST)	Quantitative	Groups, inpatient psychiatric units, mental health, mental health intensive care unit, therapeutic activities	High dependency units or psychiatric intensive care units.
(Voskes et al., 2021)	The Netherlands	To describe the development of a novel strategy aimed at the reduction of inpatient admissions and coercion	Qualitative	Not identified	High and intensive care
(Beckett et al., 2013)	USA	To describe the team's transformation strategies	Qualitative (action research)	Not identified	Acute psychiatric hospitalization
(Givens & Skully, 2016)	USA	To explore strategies to enhance the effectiveness of the change of shift communication between nurses and patients and obtain goals of care information	Qualitative	Communication, humans, nursing staff, hospital / psychology, patient handoff, patient-centered care, psychiatric department, hospital, quality improvement / standards	Psychiatric / Neurogeriatric Patient Unit
(McAllister & McCrae, 2017)	United Kingdom	To investigate the actual and potential therapeutic role of the mental health nurse in psychiatric intensive care, where admission is due to violence or aggression	Mixed-methods investigation.	Mental health nurse, mixed methods, nurse-patient interaction, psychiatric intensive care, psychiatric nurse, therapeutic engagement	Acute psychiatric hospitalization
(Smith & Jones 2013)	United Kingdom	To identify whether the sensory room reduced seclusion rates and explore staff and patient experiences of its use	Mixt	Intensive care unit sensory room, seclusion, staff, patients' experiences	Acute psychiatric hospitalization
(Molin et al., 2019)	Sweden	To illuminate the experience of patients participating in the nursing intervention "Time Together".	Qualitative.	Time Together, engagement, mental health nursing, nursing intervention, psychiatric inpatient care	Acute psychiatric hospitalization
(Knutson et al., 2013)	USA	To describe the Recovery Education development process as a tool for nurses leading daily patient education groups.	Quantitative	Cognitive behavioral therapy, coping, education group, mental illness, psychiatric patients, recovery	Inpatient psychiatric unit
(Óladóttir & Pálmadóttir, 2017)	Iceland	To examine clients' perception about the care they receive in a hospital setting.	Mixt (in-depth and quantitative interviews)	Client-centered practice, mental health, mixed-method design	Inpatient MH ward
(McAllister et al., 2019)	United Kingdom	To explore the constituents of nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards.	Systematic integrative review	Integrative review, intervention development, mental health nursing, theoretical domains framework, therapeutic engagement	Acute MH ward

**Table 4. Thematic analysis of the articles.**

Thematic Unit Aspects Related To	Subcategory	Authors
Aspects related to patient's perceptions:	Positive perceptions: autonomy, empowerment, self-determination, recovery, hope, continuity of care at discharge, social inclusion, well-being of the patient.	(Mckenna et al, 2014) (Pitkänen et al,2011) (Knutson,2013) (Beckett et al, 2013) (Oliveira, 2015) (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017) (Salzmann-Erikson& Söderqvist, 2017)
	Negative perceptions: insecurity, confinement, loneliness, feeling chained, lack of human resources and physical space.	(Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017) (Terkelsen & Larsen, 2014) (McAllister & McCrae, 2017)
Aspects related to Government policies and hospital organizational culture	Influence of government policies on the new work strategies of health centers and organizational culture.	(McAllister & McCrae, 2017) (McAllister et al., 2019) (Voskes et al., 2021) (Lee et al., 2015)
	Theoretical models: recovery-oriented, commitment model, therapeutic commitment, person-centered care, human rights-based care. Holistic care. The therapeutic role of mental health nurses. Care zoning model. Sensory room. Models focused on communication. Intensive care model in psychiatry.	(Pitkänen et al, 2011) (Delaney et al, 2017) (Mckenna et al, 2014) (Voskes et al, 2021) (Knutson et al, 2013) (Beckett et al, 2013) (Molin et al, 2019) (McAllister & McCrae, 2017) (Lee et al, 2013) (Óladóttir& Pálmadóttir, 2017) (Fernandes Moll et al; 2016) (Oliveira et al, 2015) (Thomson et al, 2019) (Smith & Jones, 2013) (Givens & Skully, 2016) (McAllister et al, 2019)
	Insufficient staff ratio, lack of time, work overload, fear, professional abandonment, and relevance of multidisciplinary team.	(Aparecida Buriola et al., 2017) (Beckett et al., 2013) (McAllister & McCrae., 2017) (Salzmann-Erikson & Söderqvist 2017) (Mollin et al., 2019) (Delaney et al., 2017) (Oliveira et al., 2015) (Mullen et al., 2013) (McKenna et al., 2014) (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017) (Knuston et al.,2013) (Evatt et al., 2016)
	Interventions, and activities carried out in the room and appropriate treatment	(McAllister & McCrae, 2017) (McAllister et al, 2019) (Lee et al., 2015) (Voskes et al., 2021) (Molin et al, 2019) (Fernandes Moll et al., 2016) (Pitkänen et al., 2011) (Oliveira et al., 2015) (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017) (Evatt et al., 2016) (Delaney et al., 2017) (Knutson et al., 2013) (McKenna et al.,2014) (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017) (Thomson et al, 2019) (Mullen et al; 2013)
	Training, knowledge, and experiences of professionals.	(Óladóttir& Pálmadóttir, 2017) (Voskes et al, 2021) (McAllister & McCrae, 2017) (Thomson et al, 2019)
	Communication/Information	(Terkelsen & Larsen,2014) (Lee et al, 2013) (Delaney et al, 2017)

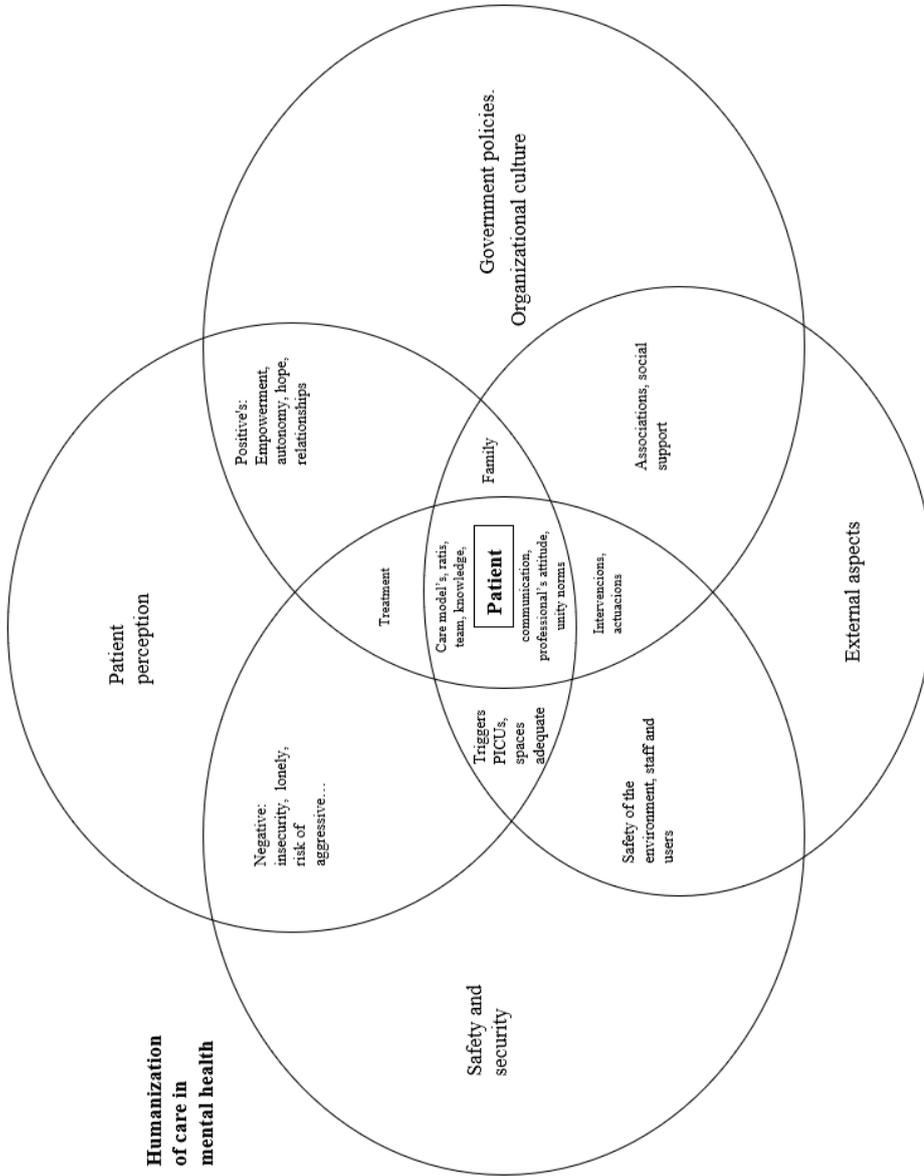
		(Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2015) (Oliveira et al, 2015) (Óladóttir & Pálmadóttir 2017)
	Professional's attitude	(Beckett et al, 2013) (Pitkänen et al, 2011) (Oliveira et al, 2015) (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017) (McAllister & McCrae, 2017) (Delaney et al 2017) (Thomson et al, 2019) (McAllister et al, 2019)
	Stigma and stereotypes related to mental illness	(Knutson et al., 2013) (Terkelsen & Larsen, 2014) (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017)
External Factors: Environment, family, and associations	Physical space, environment / atmosphere of the unit	(Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017) (Aparecida Buriola et al., 2017) (Beckett et al., 2013) (Voskes et al., 2021) (Lee et al., 2013) (Mullen et al., 2013) (Urbanoski et al., 2013) (Mckenna et al. 2014) (Terkelsen & Larsen, 2014) (McAllister& McCrae, 2017) (McAllister et al., 2019)
	Family and Collaborative Associations	(Fernandes Moll et al., 2016) (Pitkänen et al., 2011) (Oliveira et al., 2015) (Voskes et al., 2021) (Mckenna et al., 2014) (Pitkänen et al., 2011) (Óladóttir & Pálmadóttir, 2017)
Aspects related to safety and security.	Triggers	(Lee et al; 2015) (Terkelsen & Larsen, 2014)
	Safety of the environment, personnel, and users	(Mckenna et al., 2014) (Thomson et al., 2019) (Beckett et al., 2013) (Terkelsen & Larsen, 2014) (McAllister et al., 2019) (Knutson et al., 2013) (Pitkänen et al., 2011) (Urbanoski et al., 2013) (Beckett et al., 2013) (Voskes et al., 2021) (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017)
	Therapeutic relationship between the professional and the user who manifests aggressive behavior	(Lee et al., 2015) (Terkelsen & Larsen, 2014) (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017) (McAllister& McCrae, 2017) (Mullen et al., 2013)
	The actions facing this symptomatology	(Lee et al., 2015) (McAllister & McCrae, 2017) (Mullen et al., 2013) (Terkelsen & Larsen, 2014)

Figure 1. Prisma flow diagram 2020.



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71 For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Figure 2. Graphic description of the concept of Humanization of Care in mental health.



## RESULTADO DEL SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO: ARTÍCULO 2

En respuesta al segundo objetivo específico: conocer la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por parte del personal de enfermería, durante su ingreso en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría, del CST, en el año 2021, se publicó en la revista *Metas de Enfermería*, el artículo titulado: *Satisfacción con los cuidados de enfermería proporcionados en una unidad de hospitalización de agudos de Salud Mental*.

El listado de autores fue: M. Teresa Sanz-Osorio, Olga Monistrol-Ruano, Vicenç Vallès, Carles Estrada-Bartrons, Patricia Martos-Torres, Miguel Ángel Escobar-Bravo.

*Metas Enferm* oct 2023; 26(8):49-56. Doi:

<https://doi.org/10.35667/MetasEnf.0000.26.1003082161>

## Originales

### Satisfacción con los cuidados de Enfermería proporcionados en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental

María Teresa Sanz-Osorio<sup>1</sup>, Olga Monistrol<sup>2</sup>, Vicenç Vallès-Callol<sup>3</sup>, Carles Estrada-Bartrons<sup>4</sup>, Patricia Martos-Torres<sup>4</sup>, Miguel Ángel Escobar-Bravo<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Predoctoral Universitat de Lleida. Subdirecció del Àmbit de Salut Mental Consorci Sanitari de Terrassa (CST). Grupo de Investigación OCCARE. Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT). Universitat Autònoma de Barcelona (España)

<sup>2</sup>Doctora en Enfermería. Seguridad del Paciente e Investigación. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Barcelona (España)

<sup>3</sup>Médico especialista en Psiquiatría. Director del Àmbit de Atenció a la Salut Mental CST. Barcelona (España)

<sup>4</sup>Enfermero. Àmbit de Atenció a la Salut Mental. CST. Barcelona (España)

<sup>5</sup>Doctor. Departament de Enfermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida. Llérida (España)

Fecha de recepción: 12 de mayo de 2023. Aceptada su publicación: 9 de septiembre de 2023.

#### Resumen

**Objetivo:** analizar la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por el personal de Enfermería durante su ingreso en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental.

**Métodos:** estudio trasversal analítico realizado en 2021 en la unidad de hospitalización de agudos de Psiquiatría de un hospital del Vallés Occidental en Cataluña (España). La población de estudio fueron las personas con un ingreso superior a una semana que cumplieron la escala de Evaluación del Cuidado CAT-V (rango 27-135), en su versión validada al español. Además, se recogieron las variables clínicas de los participantes: a) tipo de ingreso: voluntario/involuntario, b) diagnóstico del ingreso, c) utilización de contención mecánica, d) consumo de tóxicos. Se realizó análisis univariado y comparativo de las variables recogidas.

**Resultados:** se incluyeron 100 pacientes, con una media de

#### Abstract

#### **Satisfaction with Nursing care provided at a hospitalization unit for acute Mental Health patients**

**Objective:** to analyse patient satisfaction regarding care received from the Nursing staff during their admission at a hospitalization unit for acute mental health patients.

**Methods:** an analytical cross-sectional study conducted in 2021 at the hospitalization unit for acute Psychiatry patients at a Vallés Occidental hospital in Catalonia (Spain). The study population were those persons hospitalized for over a week who completed the Caring Assessment Tool CAT-V (range 27-135), in its version translated into Spanish. Besides, the clinical variables of participants were collected: a) type of admission: voluntary / involuntary, b) diagnosis at admission, c) use of mechanical restraint, d) use of toxic substances. There was univariate and comparative analysis of the variables collected.

**Results:** the study included 100 patients, with 42.5 years as mean age (19-72); of these, 55% (p= 55) was female.

## **Satisfacción con los cuidados de enfermería proporcionados en una unidad de hospitalización de agudos de Salud Mental.**

### **Satisfaction with the nursing care provided in an acute hospitalization unit of Mental Health.**

Resumen:

Objetivo: Analizar la satisfacción del paciente sobre los cuidados recibidos por el personal de enfermería, durante su ingreso en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental.

Metodología: Estudio observacional analítico realizado en 2021 en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría de un hospital del Vallés Occidental en Cataluña. La población de estudio fueron las personas con un ingreso superior a una semana que cumplimentaran la escala Caring Assessment Tool (CAT-V) en su versión validada en castellano. Además, se recogieron las variables clínicas de los participantes: a) tipo de ingreso: voluntario/involuntario, b) diagnóstico del ingreso, c) utilización de contención mecánica, d) consumo de tóxicos (si/no). Se realizó un análisis bivariado y comparativo de las variables recogidas.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, con una media de edad de 42,5 años (19-72). El 55% (p=55) eran mujeres. La satisfacción obtuvo una puntuación de 114, situándose en el cuarto cuartil de satisfacción. La única variable que demostró afectar al cuidado recibido fue la utilización de la contención mecánica con una mediana de 116, los que no precisaron contención y 96,5 los que sí la precisaron (p=12). Aunque no se observaron diferencias significativas para el resto de variables estudiadas, se destaca que, aumenta la satisfacción en los ingresos voluntarios y en las personas de mayor edad.

Conclusiones: La contención mecánica, fue la única variable que afectó negativamente a la satisfacción percibida. Las enfermeras de salud mental tienen un papel de especial relevancia en este tema.

Palabras clave: Satisfacción del cuidado, hospitalización agudos psiquiatría, salud mental, enfermería.

**Summary:**

**Objective:** To analyse patient satisfaction with the care received by nursing staff during admission to an acute mental health inpatient unit.

**Methodology:** Analytical observational study conducted in 2021 in the acute psychiatric inpatient unit of a hospital in Vallés Occidental in Catalonia. The study population consisted of people who had been admitted for more than one week and completed the Caring Assessment Tool (CAT-V) scale in the Spanish version validated. In addition, the clinical variables of the participants were included: a) type of admission: voluntary/involuntary, b) diagnosis of admission, c) use of mechanical restraint, d) consumption of toxic substances (yes/no). A bivariate and comparative analysis of the variables collected was performed.

**Results:** 100 patients were included, with a mean age of 42,5 years (19-72). 55% (p=55) were female. Satisfaction scored 114, placing in the fourth quartile of satisfaction. The only variable demonstrated to affect the care received was the use of mechanical restraint with a median of 116 for those who did not require restraint and 96,5 for patients who required restraint (p=12). No significant differences were observed for the other variables studied, although no significant differences were observed for the rest of the variables studied, it should be noted that satisfaction increases in voluntary admissions and in older people.

**Conclusions:** Mechanical restraint was the only variable that negatively affected perceived satisfaction. Mental health nurses have a particularly important role to play in this area.

**Keywords:** Patient satisfaction, acute psychiatric inpatient unit, mental health, Nurse

### Introducción:

La satisfacción del cuidado (SC), se define como el grado en que los servicios de salud cumplen con las expectativas de los pacientes. Es considerada una variable importante de la calidad asistencial en salud (1–3).

Según Watson, en su teoría del Cuidado humanizado, el ser humano no puede ser tratado como un objeto, ni puede ser separado de sí mismo o su entorno. Proporcionar un cuidado humanizado, es el eje vertebrador de la profesión enfermera (4). Evaluar y medir el cuidado humanizado, es complejo y dinámico (5), siendo un concepto multidimensional, cambiante y evolutivo (6).

La SC es predictora de buen cumplimiento terapéutico y, en consecuencia, de los resultados positivos en salud desde las etapas iniciales del tratamiento (7–9). Aspectos como el fracaso del tratamiento o la mala adherencia a la medicación, podrían revertirse centrándose en los factores que afectan a la SC del paciente (1).

Actualmente, existe poca evidencia científica sobre este tema, en concreto en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría (UHAP) y los estudios existentes, presentan resultados inconsistentes, por un lado, por la falta de una única escala validada en diferentes idiomas, centrada específicamente en pacientes ingresados en UHAP (2,10) provocando en ocasiones, que el equipo investigador utilice una propia, dificultando las comparaciones, y por otro, por los múltiples factores que a priori, podrían afectar a la SC, tanto externos, como la estructura física de la unidad, las leyes respecto a la sanidad o la cultura organizacional, que condicionan la forma de trabajar, así como la ratio o el modelo de cuidado utilizado (2,11), o factores internos del paciente, como el género, la etnia, el nivel socioeconómico o la patología (1), mientras que otros autores afirman que el único aspecto que parece condicionar la SC del paciente es la utilización de la contención mecánica restando importancia a los factores anteriormente identificados (2).

En este sentido, se destaca un estudio internacional realizado en once países (12), en el que se utilizó un cuestionario de elaboración propia de cinco ítems. Las puntuaciones de SC mostradas están sesgadas hacia el extremo superior de la escala, con una puntuación mediana de 44 (rango intercuartílico 38-48), siendo los únicos factores independientes de menor SC el diagnóstico de esquizofrenia y la baja proporción de psiquiatra por paciente.

Otro estudio realizado en China, utilizando otra escala de valoración propia con cinco ítems, también presentó unos niveles de satisfacción altos, identificando una puntuación media de  $23,3 \pm 2,4$ . Según sus autores, asocian esta puntuación a las bajas expectativas de los pacientes, condicionadas por la discriminación generalizada existente sobre el estigma de la enfermedad mental y la mala imagen pública de los hospitales psiquiátricos. Los ítems mejor valorados resultaron ser la comunicación médico-paciente y la respuesta al tratamiento, quedando de esta forma, patente la relación entre la ratio de profesionales y la satisfacción del paciente (3).

En Grecia, se trató de identificar si la tipología de ingreso, voluntario o involuntario podía condicionar la SC, para lo que se desarrolló un estudio descriptivo utilizando una escala de elaboración propia, valorando el cuidado médico y de enfermería, las intervenciones, el entorno y condiciones hospitalarias, la confidencialidad, participación en el tratamiento, percepción de progreso de su patología y calidad general de los servicios. Sus autores afirman los resultados reflejaron gran satisfacción con el cuidado recibido (13). Se identificó que, la SC era superior en personas de mayor edad, además las personas ingresadas de forma involuntaria aumentaban el nivel de SC, a medida que se incrementaba su implicación en el tratamiento y mejora en la comunicación con el personal.

Sin embargo, a pesar de los resultados satisfactorios de estos estudios, en la literatura se encuentran numerosos artículos que detallan el trato inadecuado proporcionado en las UHAP, definidas como “prisiones” (14) donde los pacientes se sienten humillados, o tratados como animales (15), incluso pudiendo llegar a identificar a los profesionales como “torturadores”, agresores, autoritarios, controladores o castigadores (16–18).

Paralelamente, en la literatura, se identifican numerosos estudios sobre la conducta violenta manifestada por algunos pacientes ingresados en las UHAP (14,15,17), hecho que, a priori podría afectar a la SC tanto del paciente que es testigo de esta situación como del que es protagonista. Por todo ello, se planteó el presente estudio, con el objetivo de analizar la satisfacción percibida por el paciente respecto al cuidado proporcionado por enfermería, durante su ingreso en una UHAP en el año 2021.

## Metodología

Se desarrolló un estudio observacional analítico en el periodo de tiempo comprendido entre enero a diciembre del 2021 en la UAHP del hospital XXX, en Cataluña.

La población de estudio fueron las personas ingresadas en dicha unidad, con cualquier patología.

Los criterios de inclusión fueron las personas que tuvieran un ingreso superior a una semana, ya que fue el tiempo mínimo que los investigadores consideraron necesario para que pudiera valorar el cuidado recibido.

Quedaron excluidas las personas con barrera idiomática insalvable, diversidad funcional como la discapacidad intelectual, la existencia de deterioro cognitivo y las personas que durante el ingreso fueron diagnosticadas de COVID-19.

Se trata de una planta de hospitalización de agudos de psiquiatría, ubicada dentro de un hospital general. Es una unidad cerrada y libre de humo. Los pacientes sólo pueden salir acompañados, en el caso de que no exista restricción de salidas. Consta de 16 habitaciones individuales con baño propio. Dispone de dos duchas compartidas, un pasillo y una sala común. Las zonas de trabajo de los profesionales son un control de enfermería y un área clínica. Existen de cámaras de vigilancia en cada habitación, pasillo y sala. No existe sala de fumadores, ni zona exterior dentro de la unidad.

Se realizó un muestreo no probabilístico, intencional. Para el cálculo muestral, se utilizó la media de los ingresos del primer semestre del año 2020, dando un resultado de 133 pacientes. Aceptando un nivel de confianza del 95%, una desviación estándar del 0,5, un error muestral del 5%, y con una tasa de pérdidas de seguimiento estimadas del 20%, fueron necesarias 100 personas.

La recogida de datos se realizó mediante la cumplimentación, por parte de la persona ingresada, de la escala Caring Assessment Tool (CAT-V) en la versión en castellano validada por Fernández-Ayuso (6) (anexo 1) a la que se le adjuntó una pregunta sobre la percepción de seguridad para ser contestada por los pacientes, de forma dicotómica si/no, con posibilidad de texto abierto si el usuario deseaba explicar su respuesta, sin que ello representara la modificación de la escala.

Además, se diseñó un cuestionario ad-hoc que fue cumplimentado por los profesionales, con datos clínicos que se consideró, a priori, que podían condicionar la respuesta del paciente al cuestionario anterior.

Las enfermeras proporcionaron la información del estudio a las personas ingresadas durante las 24 horas previas al alta hospitalaria, junto con el consentimiento informado y la escala CAT-V. Si la persona consentía en su participación, firmaba y entregaba en ese momento el consentimiento quedándose la escala para su cumplimentación posterior, en privado. Se dispuso de una bandeja en el control de enfermería, para la recogida, donde los pacientes pudieron depositar la escala libremente en el momento de salir de alta de la UAHP.

En alguna ocasión, el paciente, proporcionó en mano a las enfermeras el cuestionario cumplimentado antes de su salida de la UAHP, siendo depositado por este profesional en la bandeja mencionada anteriormente. Una vez a la semana, algún integrante del equipo investigador trabajador de la unidad de estudio recopilaba los cuestionarios, descartando los que no estaban debidamente cumplimentados.

La variable dependiente fue la satisfacción del paciente sobre el cuidado recibido. Esta se midió con la escala CAT-V. Fue desarrollada por Duffy, basada en el modelo de Watson en 1990, con la finalidad de evaluar la satisfacción del paciente sobre el cuidado recibido. Se centra en los aspectos humanos de la asistencia proporcionada por el personal de enfermería. Inicialmente, contaba con 100 ítems (19). En 2007, Duffy la acortó a 36 (20) y en 2014, la redujo a 27 ítems (21).

Las variables independientes, además de las sociodemográficas, se recogieron mediante el cuestionario ad-hoc relleno por los profesionales. Se recogieron variables clínicas, entre las que se identificaron: a) el tipo de ingreso: voluntario, si el paciente accedió a ser ingresado, o involuntario, cuando el paciente no aceptó el ingreso, requiriéndose autorización judicial. b) el diagnóstico principal, en caso de pluripatología, sólo se seleccionó el que justificó el ingreso, c) utilización de contención mecánica durante el ingreso, d) existencia de consumo de tóxicos, e) en caso de existir consumo, se identificó el tipo de tóxico: tabaco, cannabis, alcohol, cocaína y otros.

Por último, se recogieron variables relacionadas con la socialización en la UHAP como: a) relación con otros usuarios, b) participación en las actividades de la sala y c) permanecía en zonas comunes.

Este cuestionario ad-hoc se cumplimentó utilizando la información escrita en la historia clínica, junto con las observaciones realizadas por los profesionales. Este registro se realizó durante los pases de turno, garantizando de esta forma el consenso entre aproximadamente seis profesionales.

La escala CAT-V, es una herramienta de fácil aplicación, con preguntas cortas y accesibles. Puntuada mediante una escala Likert, del 1 al 5, siendo 1=nunca, 2=raras veces, 3=ocasionalmente, 4= frecuentemente y 5= siempre. Con un rango de resultados del 27 al 135. A mayor resultado, mejor satisfacción, sin puntos de corte.

Los investigadores prepararon dosieres de recogida de datos con la escala CAT-V y el cuestionario ad-hoc. Fueron codificados con el mismo código, hecho que permitió la relación entre la percepción del paciente y la valoración de los profesionales.

En cuanto a los análisis estadísticos, realizó un análisis bivariado por género, edad, diagnóstico, percepción de seguridad, contención mecánica, tóxicos (tabaco, cannabis, alcohol o cocaína), relación con el resto de pacientes, participación en actividades y permanencia en zonas comunes.

Para comprobar la normalidad de las variables continuas, se realizó el test de Shapiro-Wilks. Se presenta la media y desviación estándar en caso de que la variable siga una distribución normal y mediana y rango intercuartil caso contrario. Las variables categóricas se presentan con el valor absoluto y porcentaje.

Para realizar las comparaciones entre 2 grupos en variables continuas se aplicó el T-test o U de Mann-Whitney dependiendo de la distribución de la variable y ANOVA o Kruskal-Wallis para más de 2 grupos. En el caso de variables categóricas, para realizar comparaciones entre grupos se empleó la prueba de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando el número esperado en alguna casilla fue menor de 5. Se calculó el p-valor ajustado para comparaciones múltiples mediante los métodos de Tukey (distribución normal) o Benjamini & Hochberg (en caso contrario).

#### Consideraciones éticas

El presente estudio obtuvo el certificado de aprobación del CEIm del hospital de estudio, (CEIm code: 02-21-107-007), así como la autorización por escrito de la Dra. Duffy y de la Dra. Fernández-Ayuso para su utilización.

Todos los participantes recibieron la información previa a la participación y firmaron el consentimiento escrito. Se garantizó en todo momento en anonimato de los datos recogidos.

## Resultados

Durante el tiempo de estudio, ingresaron 292 pacientes. De ellos 100 participaron en el estudio.

De los pacientes que no formaron parte del estudio, 97 fue por imposibilidad relacionada con el COVID-19, puesto que hubo varios brotes que obligó al confinamiento de los pacientes, al mantenimiento de cuarentenas o a traslados urgentes a otras unidades o centros hospitalarios.

En 39 casos, el ingreso fue inferior a siete días. 28 pacientes presentaron diversidad funcional. En 5 casos, se desechó el cuestionario por estar incompleto, 4 personas no firmaron el consentimiento, pero cumplimentaron la información. 6 pacientes firmaron el consentimiento, pero no entregaron el cuestionario, y 13 se negaron a participar en el estudio.

En la tabla 1 (*resumen descriptivo de los datos*) se proporcionan las características demográficas de los pacientes. El 55% (n=55) fueron mujeres, el 43% (n=43) hombres y el 2% (n=2) no binarios. Presentan una media de edad de 42,5 años, (19-72).

El 90% (n=90) de los usuarios, ingresaron de forma voluntaria. Respecto al diagnóstico principal, los más prevalentes fueron el trastorno depresivo mayor 35% (n=35), el trastorno bipolar 26% (n=26) y la psicosis, identificada en el 24% de los pacientes (n=24).

El 94% de los participantes (n=94) afirmaron sentirse protegidos. Un 12% (n=12) precisó la utilización de contenciones mecánicas durante su ingreso en la UHAP. El 52% (n=52) de las personas consumían tóxicos, siendo el más prevalente el tabaco con un 42% (n=42) de fumadores.

El 78% (n=78) de las personas se relacionaron con el resto de usuarios, participando en las actividades de forma voluntaria en un 79% (n=79) de los casos, permaneciendo en zonas comunes y disminuyendo así el aislamiento social en el 82% (n=82) de las personas.

Respecto a la satisfacción del cuidado recibido, se valoró con una mediana de 114, situándose en el cuarto cuartil de satisfacción.

*En la tabla 2* (Relación de determinados factores con la satisfacción del paciente sobre el cuidado recibido medido con la escala CAT-V), se presenta el análisis bivariado entre la SC recibido y el resto de las variables. Se identificó que la única variable significativa fue la utilización de contención mecánica, con una mediana de 116 en el caso de usuarios que no precisaron contención y 96,5 los que sí la precisaron.

Las mujeres evaluaron mejor el cuidado recibido con una puntuación de 116, aunque no fue significativo. Se destaca también que, a mayor edad, mejor SC identificándose una mediana de 112 para las personas con un rango de edad de 19 a 31,5. Un valor de 113 para las del rango de edad de 31,5 a 43,5. En las personas con edades comprendidas entre 43,5 a 52, se identificó un resultado de 116 y, por último, 117 para los usuarios con edades de 52 a 72 años.

Según los diagnósticos clínicos, las personas con trastorno de personalidad, trastorno de ansiedad y trastorno depresivo mayor, fueron las que mejor puntuaron la SC con valores de 121, 120 y 117 respectivamente. Sin embargo, no se identificó diferencia en función del consumo de tóxicos, puntuando con un valor de 114 existiera o no consumo.

Las personas que ingresaron de forma voluntaria refirieron mayor grado de SC, puntuando con 114, a diferencia de las que ingresaron de forma involuntaria, que se identificó un valor de 108, sin embargo, no se identificó diferencia estadísticamente significativa.

Los usuarios que refirieron sentirse protegidos valoraron mayor SC, con un valor de 116. Así mismo, se destacó mayor puntuación de SC en las personas que no se relacionaron con los demás usuarios, con un resultado de 118, siendo 113 el valor otorgado por las personas que sí se relacionan. Las personas que no participaron de las actividades puntuaron la escala con 115, mientras que los que sí participaron, dieron un valor de 113. Por último, los usuarios que no permanecieron en zonas comunes, quedando más asilados en sus habitaciones, dieron un valor a la SC de 118, mientras que los que sí permanecieron en zonas comunes puntuaron la SC con 113, aunque estos resultados, tampoco fueron estadísticamente significativos.

## Discusión

El resultado de la satisfacción del cuidado que han recibido las personas durante su ingreso hospitalario, por parte de las enfermeras/os se sitúa en el cuartil superior de la escala de satisfacción, destacando por sus buenos resultados, hecho que coincide con otros estudios similares realizados (2,3).

Las diferentes versiones realizadas de la escala CAT-V, han sido utilizadas en diferentes ámbitos asistenciales (22,23), y cada vez está siendo utilizada en más estudios (24), aunque nunca se había utilizado para estudios de satisfacción de cuidados de enfermería en salud mental.

Según los resultados obtenidos, las variables sociodemográficas como la edad o el género no provocan diferencias significativas, aunque se puede observar que, a mayor edad, mejor puntuación de la SC. Otros autores obtienen resultados similares (2,9,13, 25).

Es destacable que tampoco se han evidenciado diferencias significativas respecto al tipo de ingreso, ya sea voluntario o involuntario, con respecto a la SC recibida, aunque a priori, se podía pensar que esta variable sí que hubiera afectado a la satisfacción percibida. Otros autores corroboran este hallazgo (13, 26).

El único factor que ha demostrado evidencia significativa respecto a la SC recibida en las UHAP, ha sido la utilización de la contención mecánica, estos resultados, coinciden con los expuestos por otros autores (2,9,26,27). Es en este aspecto, donde las enfermeras especialistas en salud mental adquieren un papel de gran relevancia, tanto en la prevención como en el cuidado posterior de la persona en contención mecánica, ya que, tal como se puede observar, es la única variable estadísticamente significativa que afecta a la SC y la única sobre la que las enfermeras pueden intervenir, convirtiéndose de este modo, en profesionales clave para la mejor percepción de la satisfacción del cuidado del paciente.

La bibliografía publicada, afirma que la percepción negativa del cuidado recibido puede perdurar al alta de la persona, llegando a condicionar ingresos futuros (7,9,26) así como el seguimiento posterior de la patología y la adherencia terapéutica (8).

A diferencia de otros artículos publicados (2,12), el diagnóstico clínico, no demostró diferencias significativas respecto a la SC percibida, siendo las personas diagnosticadas de trastorno de personalidad las que mayor puntuación presentaron, seguido de las

personas diagnosticadas de ansiedad y trastorno depresivo mayor. Este resultado difiere de otros estudios publicados, en los que afirman que las personas con mayor sintomatología, especialmente depresiva, trastorno de personalidad y todos aquellos que presentan una calidad de vida subjetiva más baja, tienden a expresar menor satisfacción con su cuidado (2,28).

Es destacable que las personas consumidoras y no consumidoras de tóxicos puntuaron con la misma SC, sobre todo, teniendo en cuenta que, la unidad de estudio es cerrada y no disponía de sala interior ni exterior para realizar su consumo. A este hecho, se le debería añadir que, durante la recogida de datos, se detectaron cuatro brotes por COVID-19, que obligaron prohibir las visitas, impidiendo que las personas ingresadas pudieran salir, y provocando aumento de la sintomatología abstinencial que, en ocasiones dificultó la atención de los pacientes.

Con respecto a la percepción de sentirse protegido, se identifican puntuaciones de SC inferiores en los pacientes que se han manifestado sentirse inseguros, aunque tampoco se identificaron diferencias significativas.

Llama la atención que, respecto a las tres variables sobre la relación social de la persona en la unidad: relación con los demás pacientes, participación en las actividades y utilización de las zonas comunes, los pacientes que mejor puntuaron son los que no se relacionaron, no participaron y no salieron de su habitación, aunque tampoco es estadísticamente significativa. Algunos usuarios, concretaron de forma escrita o verbal, el motivo de esta puntuación, afirmando que se sintieron aliviados al percibir sentirse respetados en su deseo de no participación ni relación.

En general, se puede afirmar que el perfil de persona con mayor satisfacción del cuidado correspondería a una mujer, de edad comprendida entre los 52 y los 72 años, ingresada de forma voluntaria y diagnosticadas de trastorno de personalidad, ansiedad o trastorno depresivo mayor. Por el contrario, el usuario más insatisfecho correspondería al patrón de hombre, joven, ingresado involuntariamente, diagnosticado de trastorno bipolar o psicosis.

#### Limitaciones

La pandemia dificultó la investigación puesto que, se detectaron cuatro brotes que, obligaron a interrumpir la entrega y recogida de cuestionarios.

Otra limitación metodológica importante, fue el hecho de no haber recogido el motivo que impulsó a las personas ingresadas, a salir o permanecer en su habitación relacionándose o aislándose del resto de usuarios, y sólo se dispone de los datos reportados por algunas personas de forma escrita o verbal, por lo que no se puede valorar si la situación de pandemia que se vivía en el momento de la recogida de información influyó en el deseo de aislamiento de los usuarios de la UHAP.

#### Investigaciones futuras

Se plantea la realización de un estudio longitudinal, para valorar la relación entre la SC recibido, la adherencia terapéutica al alta de la UHAP y el pronóstico de la patología.

#### Conclusiones

Se identifica una puntuación 114 de la escala CAT-V, situándose en el cuarto cuartil de satisfacción.

La utilización de contenciones mecánicas durante el ingreso en las UHAP es la única variable que ha demostrado diferencias significativas respecto a la satisfacción del cuidado recibido. Por lo que se puede deducir que la prevalencia del uso de las contenciones mecánicas tiene un impacto directo en el grado de satisfacción del cuidado recibido por parte del paciente. Las enfermeras especialistas en salud mental, tienen un papel de especial relevancia en este sentido.

No se observan diferencias significativas en la SC respecto al consumo de tóxicos, la tipología de ingreso (voluntario o involuntario), el sexo, el diagnóstico o la edad

#### Bibliografía

1. Woldekidan NA, Gebresillassie BM, Alem RH, Gezu BF, Abdela OA, Asrie AB. Patient Satisfaction with Psychiatric Outpatient Care at University of Gondar Specialized Hospital: A Cross-Sectional Survey. *Psychiatry J.*2019, 5076750. DOI: 10.1155/2019/5076750
2. Priebe S, Miglietta E. Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry.* 2019;18(1):30–31. DOI: 10.1002/wps.20586
3. Jiang F, Rakofsky J, Zhou H, et al. Satisfaction of psychiatric inpatients in China: Clinical and institutional correlates in a national sample. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):19. DOI:10.1186/s12888-019-2011-0

4. Watson J. Nursing: The Philosophy and Science of Caring [Internet]. Rev. Colorado: University Press of Colorado; 2008 [cited 2022 Dec 4]. Disponible en: [https://www.academia.edu/35251891/ Jean Watson Nursing The Philosophy and Science BookFi org](https://www.academia.edu/35251891/Jean_Watson_Nursing_The_Philosophy_and_Science_BookFi_org)
5. Sitzman K, Watson J. Introduction: Measuring Caring. In: Sitzman K, Watson J, editors. Assessing and measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide [Internet]. Third Edition. Springer Publishing Company. Disponible en: [https://connect.springerpub.com/binary/sgrworks/d969d595832b27e9/bd57cc6569e690397c91df07e283fab917d9650f60e7ad5c0ee17ed5a5be48ee/9780826195425\\_0001.pdf](https://connect.springerpub.com/binary/sgrworks/d969d595832b27e9/bd57cc6569e690397c91df07e283fab917d9650f60e7ad5c0ee17ed5a5be48ee/9780826195425_0001.pdf)
6. Fernández-Ayuso RM, Morillo-Velázquez JM, Fernández-Ayuso D, de la Torre-Montero JC. Validation to Spanish of the Caring Assessment Tool (CAT-V). Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25: e2965. DOI: 10.1590/1518-8345.0920.2965
7. Agba M, Ingwu J. Service user satisfaction with mental health and psychiatric care services at Federal Neuro-Psychiatric Hospital Calabar, Cross River State, Nigeria. European Journal of Molecular & Clinical Medicine [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 22];7(11):9511–23. Disponible en: <https://ejmcm.com/uploads/paper/053aeda6a9f8fafc7d227146eb18e65e.pdf>
8. Efkemann SA, Bernard J, Kalagi J, et al. Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. Results from a mixed methods study. Front Psychiatry. 2019;10, 576\_ DOI: 10.3389/fpsy.2019.00576
9. Martinez D, Brodard A, Silva B, et al. Satisfaction and Perceived Coercion in Voluntary Hospitalisations: Impact of Past Coercive Experiences. Psychiatr Q. 2022;93(4), 971-984. DOI: 10.1007/s11126-022-10005-8
10. Peytremann-Bridevaux I, Scherer F, Peer L, et al. Satisfaction of patients hospitalised in psychiatric hospitals: A randomised comparison of two psychiatric-specific and one generic satisfaction questionnaires. BMC Health Serv Res. 2006;6:108. DOI: 10.1186/1472-6963-6-108
11. Pérez-Cantó V, Maciá-Soler ML, González Chordá VM. User satisfaction in the spanish health system: trend analysis. Rev Saude Publica. 2019;53:87. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053001506
12. Krupchanka D, Khalifeh H, Abdulmalik J, et al. Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2017;52(8):989–1003. DOI: 10.1007/s00127-017-1366-0
13. Goula A, Margetis E, Stamouli MA, Latsou D, Gkioka V. Differences of mentally ill patients' satisfaction degree during their involuntary or voluntary stay in a psychiatric clinic. J Public health Res. 2021;10(3):2052. DOI: 10.4081/jphr.2021.2052
14. Salzmann-Erikson M, Söderqvist C. Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. Issues Ment Health Nurs. 2017;38(7):540–548. DOI: 10.1080/01612840.2017.1299265
15. Allikmets S, Marshall C, Murad O, Gupta K. Seclusion: A Patient Perspective. Issues Ment Health Nurs. 2020;41(8):723–735. DOI: 10.1080/01612840.2019.1710005

16. Nugteren W, van der Zalm Y, Hafsteinsdóttir T.B., van der Venne C, Kool N, van Meijel B. Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(4):292–300. DOI: 10.1111/ppc.12125
17. Terkelsen TB, Larsen IB. Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nurs Ethics*. 2016;23(3):308-317. DOI: 10.1177/0969733014564104
18. Stewart D, Burrow H, Duckworth A, et al. Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *Int J Ment Health Nurs*. 2015;24(1):82–90. DOI: 10.1111/inm.12107
19. Duffy JR. An Analysis of the relationships among nurse caring behaviors and selected outcomes of care in hospitalized medical and/or surgical patients. The Catholic University of America; 1990 [cited 2023 Jan 4]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/85dd3fe5bd34c4e76615a4c35a16f29e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
20. Duffy JR, Hoskins L, Seifert RF. Dimensions of Caring: Psychometric Evaluation of the Caring Assessment Tool. *ANS. Adv Nurs Sci*. 2007;30(3):235–245. DOI: 10.1097/01.ANS.0000286622.84763.a9
21. Duffy JR, Brewer BB, Weaver MT. Revision and Psychometric Properties of the Caring Assessment Tool. *Clin Nurs Res*. 2014;23(1):80–93. DOI: 10.1177/1054773810369827
22. Anosike AA. The influence of social support on perception of nurse caring and patient satisfaction among CHF patients in the emergency department [Internet]. Adelphi University, 2015 [cited 2023 Jan 4]. Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/7a874a21978c938180e7e34bf103c66c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
23. O’Nan CL, Jenkins K, Morgan LA, Adams T, Davis BA. Evaluation of Duffy’s Quality Caring Model© on Patients’ Perceptions of Nurse Caring in a Community Hospital. *International Journal of Human Caring*. 2014 Feb 1;18(1):27–34. DOI: 10.20467/1091-5710.18.1.27
24. Sim J, Lapkin S, Joyce J, Gordon R, Kobel C, Fernandez R. A psychometric analysis of the Caring Assessment Tool version V. *Nurs Open*. 2019;6(3):1038–1046. DOI:10.1002/nop2.286
25. Svendsen ML, Ellegaard T, Jeppesen KA, Riiskjær E, Nielsen BK. Family involvement and patient-experienced improvement and satisfaction with care: a nationwide cross-sectional study in Danish psychiatric hospitals. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):190. DOI: 10.1186/s12888-021-03179-1
26. Katsakou C, Bowers L, Amos T, et al. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients -. *Psychiatr Serv*. 2010;61(3):286–292. DOI:10.1176/ps.2010.61.3.286
27. Goulet MH, Larue C. A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clin Nurs Res*. 2018;27(7):853-870. DOI:10.1177/1054773817713177
28. Reininghaus U, Priebe S. Measuring patient-reported outcomes in psychosis: Conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry*. 2012;201(4):262-267. DOI:10.1192/bjp.bp.111.107615

**Tabla 1:** Resumen descriptivo de los datos

Variable	n (%)
Edad, Mediana [25th;75th]	43,5 (31,5.-52)
Género	
Hombre	43 (43)
Mujer	55 (55)
No binario	2 (2)
Tipo ingreso	
Voluntario	90 (90)
Involuntario	10 (10)
Diagnóstico	
Trastorno Bipolar	26 (26)
Psicosis	24 (24)
Trastorno Depresivo Mayor	35 (35)
Trastorno de Personalidad	12 (12)
Ansiedad	3 (3)
Contención mecánica	12 (12)
Tóxicos	52 (52)
Tabaco	42 (42)
Cannabis	23 (23)
Alcohol	13 (13)
Cocaína	9 (9)
Otros (anfetas, heroína)	3 (3)
Sensación de protección	94 (94)
Relación con el resto de pacientes	78 (78)
Participación en actividades	79 (79)
Estancia en zonas comunes	82 (82)
Resultados Mediana CAT-V (25th, 75 <sup>th</sup> )	114 (103;125)

**Tabla 2:** Relación de determinados factores con la satisfacción del paciente sobre el cuidado recibido medido con la escala CAT-V

	Variable	Mediana (RIQ)	p-valor
Edad:	[19 - 31,5)	112 (99-125)	0.232
	[31,5- 43,5)	113 (95-120)	
	[43,5-52)	116 (99-125)	
	[52-72]	117 (109-133)	
Género:	Hombre	112 (102-121)	0.518
	Mujer	116 (105-126)	
	No binario	111 (99-123)	
Tipo ingreso:	Voluntario	114 (105-125)	0.431
	Involuntario	108 (91-123)	
Diagnóstico:	Trastorno bipolar	108 (89-117)	0.137
	Psicosis	112 (101-120)	
	Trastorno Depresivo Mayor	117 (107-130)	
	Trastorno de Personalidad	121 (113-126)	
	Ansiedad	120 (116-124)	
<b>Contención mecánica:</b>	<b>No</b>	<b>116 (108-125)</b>	<b>0.023</b>
	<b>Sí</b>	<b>96,5 (87-114)</b>	
Consumo de tóxicos:	No	114 (104-125)	0.699
	Sí	114 (103-125)	
Tipo de tóxico	Tabaco:		
	No	114 (105-125)	0.823
	Sí	114 (99,8-124)	
	Alcohol:		
	No	115 (102-125)	0.538
	Sí	111 (108-117)	
	Cannabis:		
	No	113 (105-122)	0.258
	Sí	120 (101-132)	
	Cocaína:		
	No	114 (100-125)	0.567
	Sí	114 (108-131)	
Sensación de protección:	No	105 (98,8-112)	0.205
	Sí	116 (105-125)	
Relación con el resto de pacientes:	No	118 (109-124)	0.451
	Sí	113 (99,8-125)	
Participación en actividades:	No	115 (108-121)	0.936
	Sí	113 (102-125)	
Estancia en zonas comunes:	No	118 (110-122)	0.475
	Sí	113 (99,8-125)	

En este cuestionario le pedimos sus **opiniones** sobre los **cuidados** que ha recibido de las enfermeras/os durante su estancia en este Hospital.

Por favor haga un **círculo** en el número que mejor se adapte a la experiencia que usted ha vivido.

<b>Hombre</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mujer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Edad:</b>
<b>Nivel de estudios:</b> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/>		
Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>		

<b>Servicio:</b> _____
<b>Planta:</b> _____

**ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS**

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre
1	Me ayudan a creer en mi mismo	1	2	3	4	5
2	Me hacen sentir lo más cómodo posible	1	2	3	4	5
3	Respetan mis creencias	1	2	3	4	5
4	Me prestan atención cuando hablo	1	2	3	4	5
5	Me ayudan a ver algunos aspectos positivos de mi situación	1	2	3	4	5
6	Me ayudan a sentirme menos preocupado	1	2	3	4	5
7	Se anticipan a mis necesidades	1	2	3	4	5
8	Me permiten escoger el mejor momento para hablar de mis preocupaciones	1	2	3	4	5
9	Les importa mi punto de vista	1	2	3	4	5
10	Parecen interesarse por mi	1	2	3	4	5
11	Me respetan	1	2	3	4	5
12	Responden con sensibilidad a mi familia	1	2	3	4	5
13	Reconocen mis sentimientos	1	2	3	4	5
14	Me ayudan a aclarar lo que pienso sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
15	Me ayudan a buscar diversas maneras de abordar mis problema de salud	1	2	3	4	5
16	Me preguntan lo que sé sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
17	Me ayudan a plantear preguntas que hacer a otros profesionales de la salud	1	2	3	4	5

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre
18	Alientan mis esperanzas	1	2	3	4	5
19	Respetan mi necesidad de tener privacidad	1	2	3	4	5
20	Me preguntan mi opinión sobre cómo va mi enfermedad	1	2	3	4	5
21	Manipulan mi cuerpo con cuidado	1	2	3	4	5
22	Me ayudan con mis rutinas para dormir	1	2	3	4	5
23	Estimulan mi capacidad para seguir adelante	1	2	3	4	5
24	Me ayudan a lidiar con mis sentimientos negativos	1	2	3	4	5
25	Saben lo que es importante para mi	1	2	3	4	5
26	Hablan abiertamente con mi familia	1	2	3	4	5
27	Demuestran respeto por aquellas cosas que tienen sentido para mi	1	2	3	4	5
<b>Muchas gracias por su tiempo.</b>						

Pregunta añadida para este estudio:

¿Piensa que el bienestar general y la seguridad de los usuarios es una prioridad para la unidad? Si/no, ¿por qué?

---



---



---



---

## RESULTADO DEL SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO: ARTÍCULO 3

Dando respuesta al tercer objetivo específico: identificar la prevalencia del uso de contenciones mecánicas, en el Consorci Sanitari de Terrassa y en concreto, en la unidad de hospitalización de agudos de psiquiatría, se publicó en *Annals de Medicina* el artículo titulado: *Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica*.

Roda contínua de formació i consens. SEGURETAT DEL PACIENT

---

### Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica

M. Teresa Sanz-Osorio<sup>1</sup>, Olga Monistrol Ruano<sup>2</sup>, Elena Morillo-Garcia<sup>1</sup>, Patricia Martos-Torres<sup>1</sup>, Laura Andrés-i-Martín<sup>1</sup>, Miguel Ángel Escobar-Bravo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ambit d'Atenció a la Salut Mental. Consorci Sanitari de Terrassa; <sup>2</sup>Departament de Seguretat del Pacient. Hospital Universitari Mútua Terrassa; <sup>3</sup>Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

---

#### Introducció

La seguretat del pacient és un component clau de la qualitat i un dret dels pacients reconegut a nivell internacional<sup>1</sup>. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), el seu objectiu és prevenir i reduir els riscos, errors i danys que sofreixen els pacients durant la prestació de l'assistència sanitària fins a un mínim acceptable<sup>2</sup>.

Són nombrosos els procediments en l'entorn hospitalari que comporten un risc real o potencial per a l'usuari; un d'ells és la contenció mecànica (CM). El grup de treball Contenció Zero, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, defineix *contenció* com "Conjunt

postural o el mobiliari habitual, col·locat amb finalitat restrictiva.

Habitualment, la CM s'utilitza en tres casos: a) agitació, b) desorganització de la conducta amb potencial risc per a la seguretat, o c) incapacitat per mantenir el cos en una postura ergonòmicament correcta per tal d'evitar el lliscament, la rotació articular o la limitació de la capacitat respiratòria i la relació amb l'entorn<sup>3</sup>. Tot i que algunes entitats no contemplen els mecanismes habituals de correcció postural com a CM, el fet que el material emprat sigui similar o, fins i tot de vegades el mateix, fa que sigui necessari mencionar-los, ja que poden produir les matei-

TÍTOL DE L'ARTICLE:

**Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica.**

NOMS I COGNOMS DELS AUTORS; SERVEI O DEPARTAMENT, INSTITUCIÓ;  
DETALLS DE CONTACTE DEL PRIMER AUTOR (adreça, telèfon, fax i adreça  
electrònica).

M<sup>a</sup> Teresa Sanz-Osorio<sup>1</sup>; Monistrol-Ruano Olga<sup>2</sup>; Morillo-Garcia Elena<sup>3</sup>; Martos-Torres  
Patricia<sup>4</sup>; Andrés-i-Martín Laura<sup>5</sup>; Escobar-Bravo Miguel Angel<sup>6</sup>.

1, 3, 4, 5 Àmbit d'Atenció a la Salut Mental. Consorci Sanitari de Terrassa; 2 Departament seguretat del pacient Hospital  
Universitari Mutua de Terrassa; 6 Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

Correspondència: M. Teresa Sanz Osorio  
Àmbit d'Atenció a la Salut Mental  
Consorci Sanitari de Terrassa  
Carretera Torrebónica s/n, 7a planta, dreta  
08227 Terrassa  
Tel. 937 003 600, ext. 7006  
Adreça electrònica: msanz@cst.cat

## **Introducció**

La Seguretat del pacient és un component clau de la qualitat i un dret dels pacients reconegut a nivell internacional<sup>1</sup>; segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el seu objectiu és prevenir i reduir els riscos, errors i danys que sofreixen els pacients durant la prestació de l'assistència sanitària fins a un mínim acceptable<sup>2</sup>.

Són nombrosos els procediments en l'entorn hospitalari que comporten un risc real o potencial per a l'usuari, i un d'ells és la contenció mecànica (CM). El grup de treball “Contenció Zero” del Departament de Salut defineix *contenció* com a “Conjunt de mesures psicològiques, ambientals, farmacològiques, físiques i mecàniques que s’apliquen sobre un individu en situació de risc per a la seva seguretat amb l’objectiu de modificar la conducta i/o postura, i reduir els riscos derivats de la seva alteració”. Aquestes mesures poden ser no-restrictives o restrictives (comporten una restricció de moviments i/o llibertat de desplaçament)<sup>3</sup>. En aquest treball tractarem específicament les mesures restrictives de contenció.

Existeix una gran controvèrsia al voltant dels dispositius utilitzats per dur a terme una CM però el més important és que siguin sistemes homologats, sempre que en sigui imprescindible el seu ús. Els més habituals són els cinturons de subjecció abdominal o pèlvica, la cinta de tòrax, les armilles, tires de peus, canelleres i manyoples, encara que existeixen altres dispositius que, sense estar dissenyats amb aquest objectiu, en la pràctica també limiten el moviment de la persona, com ara les baranes, els coixins de falca postural o el mobiliari habitual, col·locat amb finalitat restrictiva.

Habitualment, la CM s'utilitza en tres casos: a) agitació, b) desorganització de la conducta amb potencial risc per a la seguretat, o c) incapacitat per mantenir el cos en una postura ergonòmicament correcta per tal d’evitar el lliscament, la rotació articular o la limitació de la capacitat respiratòria i la relació amb l'entorn<sup>3</sup>. Tot i que algunes entitats no contemplen els mecanismes habituals de correcció postural com a contencions mecàniques, el fet que el material emprat sigui similar o, fins i tot de vegades el mateix, fa que sigui necessari mencionar-los, doncs poden produir les mateixes complicacions.

Els múltiples efectes adversos<sup>3</sup> que pot provocar l'ús d'aquests sistemes poden ser causats per l'acció directa del sistema (ferides, erosions, luxacions articulars) o indirecta (tromboembolismes, dolor generalitzat), tant a nivell físic (mort sobtada, dolor, úlceres per pressió) com psíquic (estrès, por, agressivitat). Alhora, es poden identificar situacions perilloses ocasionades o propiciades pels sistemes de contenció, com ara les *conductes escapistes*, definides en aquest estudi com “la tendència a escapar-se del sistema de contenció, amb els riscos que comporta d'arrencaments de dispositius terapèutics com sondes o vies, caigudes o quasi-caigudes, dislocacions articulars, hematomes, erosions i altres lesions”.

El present article pretén reconèixer la prevalença d'utilització de les CM i de les baranes de llit en un hospital general, a més d'identificar les raons que n'han motivat l'ús, el tipus de sistema emprat i també descobrir els efectes adversos que poden afectar la seguretat del pacient durant el seu ús.

### **Metodologia**

Disseny: Estudi observacional transversal de prevalença realitzat durant el mes de març del 2015 a les unitats convencionals d'hospitalització i a la unitat de cures intensives (UCI) d'un hospital general del Vallès Occidental de 300 llits i 12 llits de UCI i SEMI.

Procediment de recollida de dades i variables: Es va realitzar un estudi de prevalença amb tres talls en diferents setmanes, un en cada torn assistencial (matí, tarda i nit), a les unitats d'hospitalització convencional i UCI/SEMI. Es va avaluar el total pacients ingressats en el moment de l'estudi excloent-ne els pacients dels serveis de maternitat, neonatologia, sala de parts i pediatria. Els talls de prevalença van ser efectuats per la investigadora principal i dues col·laboradores expertes en la utilització de CM.

Es van seleccionar els pacients portadors de CM en el moment de realitzar la prevalença. Es va considerar com a CM l'ús de sistemes de subjecció adherits o lligats al cos d'un pacient. També es va comptabilitzar la utilització de les baranes de llit.

Les dades es van obtenir mitjançant l'observació directa i la revisió de les històries clíniques (HC) dels pacients. Per a la seva recollida, es va utilitzar un formulari *ad hoc* amb les

variables: unitat d'ingrés (cirurgia, medicina interna, geriatria, cures pal·liatives, UCI/SEMI i psiquiatria), torn (matí, tarda i nit), prevalença d'utilització de CM i de baranes, dades sociodemogràfiques dels pacients amb CM (edat i sexe), motiu de la contenció (risc d'interrupció del règim terapèutic, risc de caigudes, alteració de conducta sense o amb agressivitat o prevenció en general -referint-se a la combinació de diversos d'aquests aspectes-), sistemes utilitzats (homologat o no homologat), efectes adversos detectats (àlgies, lesions de la pell...) i situacions perilloses o de risc per al pacient associades a les CM (*conductes escapistes*, retirada de dispositius de suport terapèutic com vies, sondes o sistemes de suport respiratori, caigudes o quasi-caigudes -descrites d'aquesta manera en la HC per referir-se a la situació en què el pacient cau sense arribar a tocar a terra, amb els mateixos riscos per a la salut que si efectivament hagués caigut-).

Durant el torn de nit es va respectar el descans nocturn dels pacients, raó per la qual no se'n va realitzar l'observació directa, però sí la revisió de les HC i la valoració de l'ús de les baranes.

Es van excloure de l'estudi de prevalença els pacients ja detectats en un torn anterior per evitar duplicitats de registres.

Anàlisi de les dades: el càlcul de la prevalença de CM es va realitzar, en cada torn, amb el nombre de pacients amb CM en el numerador i la població estudiada en el denominador, en percentatge. La prevalença global es va calcular amb la mitjana de CM en cada torn, dividit per la mitjana de població estudiada. Les variables contínues com ara l'edat es van analitzar amb mitjanes i rang (R) i les variables categòriques, amb freqüències i percentatges. S'analitza la prevalença de CM i la resta de variables amb la unitat d'ingrés del pacient.

Aspectes ètics: L'estudi es va presentar al Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'hospital obtenint-ne l'aprovació. Es va demanar consentiment de participació en l'estudi al pacient i/o al familiar/cuidador principal, garantint la confidencialitat i anonimat de les dades registrades.

Prèviament a l'inici de l'estudi es va informar tots els comandaments i professionals sobre com es desenvoluparia, així com sobre els seus objectius.

## Resultats

En els tres talls de prevalença es van avaluar 818 pacients, dels quals 52 (6,4%) eren portadors de CM. No es van identificar diferències en la freqüència de CM entre els torns de matí, tarda o nit. D'altra banda, la prevalença de CM variava segons especialitats hospitalàries, detectant-se un percentatge nul o quasi nul a les especialitats de cures pal·liatives i cirurgia i xifres més elevades a la UCI/SEMI (36,4%) i psiquiatria (14,6%) respecte al total dels pacients ingressats. (vegeu taula 1).

**Taula 1: Prevalença per torn i prevalença mitjana diària per cent pacients ingressats i per especialitat hospitalària**

Especialitat	Torn Matí			Torn Tarda			Torn Nit			Total
	n	PCM	Prevalença PCM	n	PCM	Prevalença PCM	n	PCM	Prevalença PCM	Mitjana de prevalença CM
Cirurgia	48	1	2,1	53	0	0	53	0	0	<b>0,6</b>
Medicina Interna	107	4	3,7	94	1	1,1	96	6	6,3	<b>3,7</b>
Geriatrics	85	7	8,2	85	10	11,8	83	5	6	<b>8,6</b>
Pal·liatiu	16	0	0	10	0	0	14	0	0	<b>0</b>
UCI	10	3	30	12	5	41,6	11	4	36,3	<b>36,3</b>
Psiquiatria	12	4	33,3	15	1	6,6	14	1	7,1	<b>14,6</b>
<b>Total</b>	278	19	6,8	269	17	6,3	271	16	5,9	<b>6,3</b>

### PCM: pacients en CM

La utilització de les baranes durant la nit fou d'un 65,7% a tot l'hospital, amb gran variabilitat entre les unitats d'ingrés, essent en serveis com UCI/SEMI i cures pal·liatives del 100%, geriatria 94% (78 pacients), medicina interna 58,3% (56 pacients) i cirurgia 35,8% (19 pacients) en contraposició a psiquiatria, on no hi havia cap pacient amb baranes.

La resta de resultats fan referència exclusivament a l'anàlisi dels pacients portadors de CM, el 69,2% dels quals (n=36) eren homes i un 30,8% (n=16), dones, i la seva mitjana d'edat era de 70,7 anys (R=20-97), tot i que cal destacar que la mitjana d'edat a la unitat de psiquiatria havia estat de 32,7 anys.

Respecte a la distribució de les CM segons especialitat d'ingrés, el 42,3% es va dur a terme a geriatria, el 23,1% a la UCI/SEMI, el 21,2% a les unitats mèdiques, l'11,5% a psiquiatria i l'1,9% a cirurgia.

Els motius més freqüents de contenció van ser el risc d'interrupció del suport terapèutic i el risc de caiguda, representant-ne cadascun un 32,7% de les contencions, seguits de les alteracions de conducta amb agressivitat (17,3%) i sense agressivitat (11,5%). En el 5,8% restant, es va identificar com a motiu de contenció la prevenció general. A la taula 2, es presenta la distribució del motiu de contenció en funció de la unitat d'ingrés. Les dades mostren que el motiu més freqüent de contenció a la UCI/SEMI va ser el risc d'interrupció del règim terapèutic, mentre que, a les unitats geriàtriques agudes, el risc principal era el de caigudes, i a psiquiatria va ser l'alteració de conducta amb agressivitat.

**Taula 2 Distribució dels motius de la subjecció segons l'especialitat de la unitat d'ingrés**

Motiu de la subjecció	Cirurgia	Geriatría aguda	Medicina Interna	UCI	Psiquiatria	Total
Risc d'interrupció del règim terapèutic	0	3	2	12	0	17
	0,0%	5,8%	3,8%	23,1%	0,0%	32,7%
Risc de caigudes	1	11	4	0	1	17
	1,9%	21,2%	7,7%	0,0%	1,9%	32,7%
Alteració de conducta sense agressivitat	0	3	2	0	1	6
	0,0%	5,8%	3,8%	0,0%	1,9%	11,5%
Alteració de conducta amb agressivitat	0	4	1	0	4	9
	0,0%	7,7%	1,9%	0,0%	7,7%	17,3%
Prevenció	0	1	2	0	0	3
	0,0%	1,9%	3,8%	0,0%	0,0%	5,8%
Total	1	22	11	12	6	52
	1,9%	42,3%	21,2%	23,1%	11,5%	100,0%

Respecte els sistemes utilitzats, es va avaluar si el sistema emprat era homologat (cinturons i extremitats d'imant, de velcro o les armilles per a cadires) o si, pel contrari, era un sistema no homologat com ara llençols o embenats. En aquest cas, es va observar que, en 5 pacients (9,6%), els materials utilitzats per a la CM no eren homologats (llençols col·locats a la cintura, descrits com a "llençol dissuasiu de moviment").

**Taula 3. Descripció dels Sistemes de contenció emprats**

Sistema de contenció	n (%)
Homologat:	47 (90,4%)
No homologat	5 (9,6%)
<b>TOTAL</b>	<b>52 (100%)</b>

A la taula 4 es pot observar l'avaluació dels efectes adversos més freqüents identificats en l'observació directa dels pacients desglossada segons especialitat d'ingrés. Destaquen com a esdeveniments predominants les lesions de la pell.

**Tabla 4: Efectes Adversos segons l'especialitat de la unitat d'ingrés**

Efectes Adversos	Cirurgia	Geriatría aguda	Medicina Interna	UCI	Psiquiatria	Total
<b>No descrits</b>	1	12	8	10	1	23
	1,9%	23,1%	15,4%	19,2%	1'9%	61,5%
<b>Lesions de la pell o Úlceres per pressió</b>	0	7	3	2	0	12
	0,0%	13,5%	5,8%	3,8%	0,0%	23,1%
<b>Àlgies</b>	0	3	0	0	3	6
	0,0%	5,8%	0,0%	0,0%	5,8%	11,5%
<b>Lesions a la pell i àlgies</b>	0	0	0	0	2	2
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	3,8%
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>52</b>
	<b>1,9%</b>	<b>42,3%</b>	<b>21,2%</b>	<b>23,1%</b>	<b>11,5%</b>	<b>100,0%</b>

Durant l'observació de les CM col·locades, els perills detectats i analitzats segons les unitats d'ingrés van ser l'escapisme, l'arrencament de suports terapèutics i les caigudes o "quasi-caigudes". Els resultats es presenten a la taula 5, on s'observa que el més freqüent ha estat l'arrencament de suports terapèutics amb un 36,5%, però a la HC no s'especificava si aquesta havia estat accidental durant una maniobra d'escapisme o si havia estat motivada per la pròpia simptomatologia del pacient.

**Taula 5: Riscos detectats segons l'especialitat de la unitat d'ingrés**

Riscos detectats	Cirurgia	Geriatría aguda	Medicina interna	UCI	Psiquiatria	Total
<b>No descrits</b>	0	7	3	6	6	22
	0,0%	13,5%	5,8%	11,5%	11,5%	42,3%
<b>Escapisme</b>	1	3	1	0	0	5
	1,9%	5,8%	1,9%	0,0%	0,0%	9,6%
<b>Arrencament suport terapèutic</b>	0	10	4	5	0	19
	0,0%	19,2%	7,7%	9,6%	0,0%	36,5%
<b>Caigudes o "quasi-caigudes"</b>	0	2	2	0	0	4
	0,0%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	7,7%

<b>Escapisme i arrencament</b>	0	0	1	1	0	<b>2</b>
<b>suport terapèutic</b>	0,0%	0,0%	1,9%	1,9%	0,0%	<b>3,8%</b>
	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>12</b>		<b>52</b>
<b>Total</b>	<b>1,9%</b>	<b>42,3%</b>	<b>21,2%</b>	<b>23,1%</b>		<b>100,0%</b>

### Discussió/Conclusions:

Aquest estudi ha permès identificar una prevalença elevada de contencions, si es compara amb altres estudis com el de Quintana et al<sup>5</sup>., realitzat també en un hospital general de les mateixes característiques a Catalunya, on la prevalença identificada va ser del 2,7%. Aquesta diferència es pot justificar per divergències metodològiques entre ambdós estudis. De la mateixa manera, també destaca una utilització de sistemes homologats del 59% en comparació amb el 90,4% d'utilització de sistemes homologats en el present estudi. No s'han trobat dades prèvies sobre l'ús de les baranes de llit, motiu pel qual no es pot comparar amb altres estudis, però cal destacar que els professionals van referir que mai no havien contemplat les baranes com a mètode de contenció, ni tampoc els riscos derivats d'aquestes, excepte el ja identificat “baranding”, que fa referència a “la precipitació dels pacients en intentar lliscar per damunt la barana, amb les lesions conseqüents”.

Les dades obtingudes ens permeten analitzar els diferents aspectes que poden influir en els riscos que concorren els pacients en CM. D'una banda, cal tenir en compte el sistema de contenció utilitzat, però aquesta dada adquireix el seu valor real quan es relaciona amb el motiu que determina la indicació de la contenció i la correcta col·locació del sistema escollit (esquema 1). Aquesta relació conforma *el paradigma de les CM* (esquema 2), ja que pot ocórrer que el motiu que indica la utilització de la contenció mecànica es converteixi a la vegada en l'efecte advers provocat per la CM. És per aquest motiu que les CM sempre han de ser l'última alternativa emprada i cal dur a terme una monitorització estricta de la persona que en requereix el seu ús.

Durant la recollida de dades es van detectar alguns casos de familiars que pretenien utilitzar els sistemes de contenció no homologats amb els seus familiars al domicili, ja que es tracta de sistemes més assequibles i econòmics. Sense pretendre-ho, els professionals ens

convertim en models d'actuació per als familiars i podem incrementar els riscos dels pacients també més enllà de l'alta domiciliària.

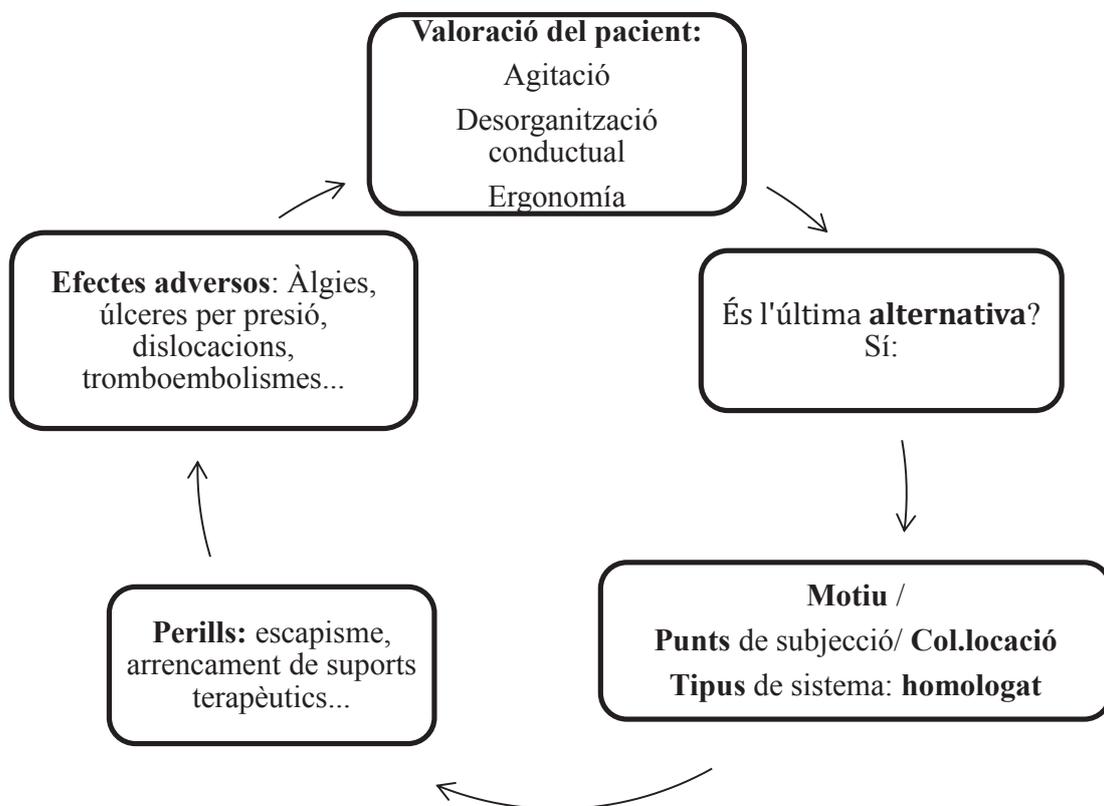
Durant els talls de prevalença es va observar que el fet de realitzar l'estudi va promoure la reflexió dels professionals sobre l'ús d'aquests sistemes, ja sigui per defecte, excés o aplicació incorrecta, instaurant-ne una vigilància estricta i contínua i plantejant-hi alternatives per promoure la seguretat del pacient.

És important recordar que els sistemes de contenció suposen un risc de morbimortalitat important que cal tenir present en el balanç decisonal de la seva utilització.

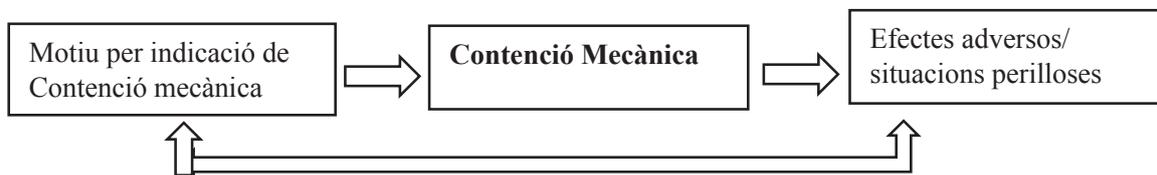
### Referències bibliogràfiques

- 1- Declaración de Profesionales por la Seguridad del Paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.; 2006.
- 2- Organización Mundial de la Salud, Seguridad del Paciente [consultat el 17 de maig del 2020]; disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- 3- M. Teresa Sanz-Osorio, Marisa Jiménez Ordóñez, Mónica Rey Santiso, Antoni Serrano-Blanco, Montserrat Tiñena Amorós, Olga Viñals Muela, Miguel Ángel Escobar-Bravo. Recomendaciones de buenas prácticas en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero. Annals de Medicina [Internet] 2019 octubre/novembre/desembre [consultat el 17 de maig del 2020]; 102:165-169. disponible a: [file:///F:/articulo%20annals%20de%20medicina%20SP%20CM/icps\\_full\\_report\\_es.pdf%20SP%20OMS.pdf](file:///F:/articulo%20annals%20de%20medicina%20SP%20CM/icps_full_report_es.pdf%20SP%20OMS.pdf)
- 4- Quintana S, Font R. Medidas de restricción física en un hospital de agudos y en dos centros de media y larga estancia: estudio de prevalencia y análisis de aspectos éticos relacionados con su indicación y puesta en práctica. Rev Calid Asist. 2003; 18(01):33–8.

**Esquema 1. Utilització de les Contencions mecàniques:**



**Esquema 2. Paradigma de les Contencions mecàniques:**



## **RESULTADO DEL CUARTO OBJETIVO ESPECÍFICO: ARTÍCULO 4**

Como respuesta al cuarto objetivo específico: analizar las experiencias vividas por parte de las personas ingresadas, sobre los episodios de agresividad, durante los ingresos en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, se ha elaborado el artículo «Aggressiveness, Violence and Mechanical Restraints in Acute Psychiatric Hospitalization Units: Perception of the protagonist and witness patient and alternatives».

En el momento del depósito de la presente tesis doctoral, está pendiente de envío.

El listado de autores es:

Sanz-Osorio, M. T., Monistrol, O., González Díez, Lydia, Vallès, Vicenç, Sastre-Rus, M., Escobar-Bravo, M. A.

## **Aggressiveness, Violence and Mechanical Restraints in Acute Psychiatric Hospitalization Units: Protagonist and Witness Patient Perception and Humanization Nursing Care.**

### **ABSTRACT**

People admitted to Acute Mental Health Units sometimes exhibit aggressive behavior or self-harm and may require the use of restrictive measures. To understand the perception and interpretation of the patient and witness in these situations can help to humanizing the nursing care in these units.

A qualitative approach was used to investigate the experiences of aggressiveness, violence and mechanical restraints episodes experienced in mental health patients. Three focus groups were held with 20 participants.

Protagonist and witness patients identified negative feelings during the aggressive episodes. A paradoxical relationship is identified since in the professional's performance used to control the patient's aggressiveness, violence behavior, which elicits the feelings that motivate that behavior. Numerous proposals were made to avoid these situations.

**Key words:** violence, mechanical restraint, mental disorder, patient perception, qualitative research.

### **INTRODUCTION**

People with mental disorders, who need to be admitted to Acute Psychiatric Hospitalization Units (APHU), are highly vulnerable, both due to risks inherent to health care procedures, as well as to those derived from the psychiatric pathology itself or from the other hospitalized patients (Elvira-Peña, 2011). These risks include aggressive/violent behavior, self-harm, suicide (Mullen et al., 2014), and sexual safety issues due to inappropriate sexual behavior or vulnerability to sexual harassment (Scobie et al., 2006).

The World Health Organization (WHO) defines violence as “the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation”. These events are relatively frequent and serious in health and social care (NICE, 2015; Balke, Bini et al., 2020).

A meta-analysis of violence in psychiatric inpatient settings established that 17% of patients committed at least one act of violence during their inpatient stay (Iozzino et al., 2015). Other authors estimate that a third of psychiatric patients admitted to hospitals have aggressive features or have a history of violence. Sometimes, the same patient admitted to the APHU can be the origin of the violent episode and the victim of the violence of other patients (Marhoon et al., 2019).

Aggressiveness can be directed towards third parties or self-directed, causing self-injury. These episodes can result in a great negative impact both for the patient and their families (Smith et al., 2018), as well as for the professionals. They can cause physical and mental health problems, burnout, affectation of the therapeutic relationship, the quality of care provided, and even cause the abandonment of the profession (Organization & geneva, 2004), (A. Fletcher et al., 2021), (Bizzarri et al., 2020) (Ayhan et al., 2021) (Renwick et al., 2019) (Allikmets et al., 2020) (Lanctôt & Guay, 2014) (Forté et al., 2017) (Arnetz et al., 2015) (Marhoon et al., 2019), in addition to an economic cost to the institutions, derived from work incapacity, replacement of absences or compensation (Forté et al., 2017) (Lanctôt & Guay, 2014). Therefore, the development of work procedures and protocols aimed at providing settings of environmental and personal safety for both professionals and patients is a priority, turning APHUs into safety and security places (Marhoon et al., 2019). Among health professionals, nurses are the ones with the highest risk of experiencing physical and verbal violence (organization & geneva, 2004), (Arnetz et al., 2015).

The WHO bases coping with these situations on three prevention strategies, associating aggression with a pathology (Hallett et al., 2014). Primary prevention tries to create a caring environment that decreases the risk of aggressive behavior. The secondary focuses on the first signs of aggressiveness through anticipation (Allikmets et al., 2020) and the detection of triggers of aggressive behavior (NICE, 2015). And the tertiary, through "coercive or restrictive measures" once the conduct appeared (Lantta et al., 2020) (Achir & Daulima, 2018).

Restrictive interventions are those that may infringe a person's human rights and freedom of movement, including observation, seclusion, manual restraint, mechanical restraint, and rapid tranquillization (NICE, 2015). We understand by mechanical

equipment, for example handcuffs or restraining belts, skillfully applied by designated healthcare professionals. Their purpose is to safely immobilize or restrict the movement of part(s) of the user's body (NICE, 2015). Involuntary admissions, authorized by a judge against the will of the person, and the forced administration of medication (Raboch et al., 2010) (Mullen et al., 2014) (Lee et al., 2013) (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017) (Saeed et al., 2019) are also considered restrictive interventions.

But restrictive measures entail great controversy (Voskes et al., 2021) (Sanz-Osorio et al., 2020) due to the high risk to patient safety, suffering, stigma and stereotypes towards people with a mental disorder (Sastre-Rus et al., 2019) (Terkelsen & Larsen, 2014), in addition to the risk they may pose to professionals (Australian College of Mental Health Nursing, 2017) (Hilton et al., 2017). Also, the use of "restrictive measures", can be identified as dehumanizing, such as involuntary admissions, mechanical restraints, or forced administration of medication (Sanz-Osorio 2022).

In this sense, the humanization in mental health care, becomes more complex, due to stigmatization, discrimination and the different health treatment suffered by patients, causing frequent violations of human rights, including lack of care and harmful and degrading therapeutic practices in health centers (WHO, 2004).

For this reason, the APHU attempts to reduce the use of coercive measures through different strategies, such as verbal de-escalation, behavioral support, open-door units, professional training, sensory modulation, and early identification of risk patients (Allikmets 2020).

It is difficult to compare the rates of restrictive practices used between countries due to different definitions, data collection methods and legislation, in addition to the influence of clinical and demographic factors (Barr et al., 2019), and non-clinical factors, such as the staff perception, behavior, environment, relationship and organizational culture (Allikmets et al., 2020) although these practices are identified as frequent (Edlinger et al., 2018).

The action guides agree on the importance of acting based on the individual needs and preferences of patients to decide the treatment and care that should be provided, using a person-centered care model (Nice, 2015).

Although patients are usually satisfied with the care received, this perception may be conditioned by the restrictive treatments to which they have been subjected (Kontio et al., 2012). Patients generally report seclusion as a negative and aggressive experience. The most determining factors that affect this situation are the lack of communication between the professional/patient and violence. In some studies (Allikmets et al., 2020), patients admitted to Psychiatric Intensive Care Unit state that they feel violently treated by professionals, humiliated, tortured and treated like animals. Even they report being punished and feeling abused and frustrated. Many patients were unable to identify a specific reason leading to the use of seclusion.

In the current literature, violence and aggression in psychiatric inpatient units has focused on identifying its prevalence or predictive variables for identifying individual patient risk factors for violence (Fletcher et al., 2019), but the perception of patients about these facts is scarce (Allikmets et al., 2020) and the existing one is focused on patients subjected to restrictions. However, scarce literature has been found on the experience of patients who have witnessed these situations during their admission.

In this context, the aim of this study is to analyze the perceptions and interpretations of the protagonist and witness patient of the aggressiveness, violence and mechanical restraints episodes experienced during the hospital admission in APHU and identify the proposals for improvement described by users in order to humanize the nursing care.

## **METHODOLOGY**

The study was guided by a qualitative descriptive phenomenological approach. This approach (Berenguera et al., 2014) allows for a different perspective by immersing ourselves in the unique world of each participant. We can better understand participants' perceptions and interpretations of the violence episodes they have experienced.

### **Participant's recruitment**

Participants were recruited from the Mental Health Community Rehabilitation Services (MHCRS) in the *Vallès Occidental* Est of Catalonia during January 2021. They were in clinical stabilization and work was being done for the autonomy of the person and their reintegration into society.

To select the participants, we contacted with mental health professionals that assumed the role of “gatekeepers” looking for patients who had been admitted in hospital mental health units during the last two years. A theoretical sampling with maximum variation was used to select the participants according to criteria of age, sex, mental health pathology and different kind of experiences during the hospital admission.

Those who accepted to participate were invited to conduct a focus group at the MHCRS site. Each group was scheduled at a convenient time for the participants. Finally, a purposive sample of 20 patients was included from February to May 2021.

None of the participants had any prior relationship with any of the researchers that conducted the focus groups.

### **Data generation procedure**

Data were generated using the focus group technique. The purpose of focus groups was centred in thematic topics and contrasted different visions from the dialogues between participants.

The study was explained in detail before each focus group began. Each participant has signed the informed consent and permission to have the group conversation audio recorded. The groups began with a presentation and an overarching question: “could you explain your experiences during the hospital stay?” and “how did you feel?” or “how did professionals take care of the patients?”. In the groups the topic of aggressiveness and mechanical restraints arose spontaneously, and then they were asked about the experience. The subsequent questions dealt with issues related to the consequences of mechanical restraints, such as changes in the perception of the care received. Finally, we asked for improvement actions.

All groups lasted approximately one hour and a half, and were audio recorded and literally transcribed by a research assistant. The transcriptions were anonymized to avoid the patients and hospitals identification.

### **Analytic procedure**

For the content analysis, the verbatim transcriptions were read and pre-analysed by three independent researchers. The pre-analyses were performed through several reading of the

primary transcriptions and the first list of topics were created by each researcher. Each researcher used analytical categories to describe and explain the topics, making a provisional analysis. These categories, gradually obtained from the data, were defined, and compared. All relevant data for each category was identified and examined through a constant comparison in which each item was checked or compared with the rest of the data, to establish analytical categories. The content analysis included triangulation of the researchers to increase the rigor of the analyses and to avoid the potential bias caused by the three researchers.

The codification was made using the software ATLAS.ti 22 that facilitates the manage, organization and interpretation of the generated data.

The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) were followed (Tong et al., 2007).

### **Ethical considerations**

The study was approved by the Ethical Committee of the hospital of the study (Protocol number: 02-21-107-007).

Confidentiality was ensured by a coding system that guaranteed the participants' anonymity. All participants were informed about the study objectives and implications. Permission for recording the focus groups was gathered and all the participants enrolled in the study signed informed consents once they received all the needed information about the details of the study.

## **RESULTS**

Three focus groups were held with a total of 20 participants, 7 women (35%) and 13 men (65%), with a mean age of 45.3 years ( $\pm$  33-64). Their diagnoses were schizophrenia (55%), bipolar disorder (20%), adjustment disorder (10%), depression (5%), borderline personality disorder (5%), and schizoaffective disorder (5%). They were admitted in three different hospitals of the region and have positive and negatives experiences during the hospital admission.

When analyzing the transcriptions, 3 major analytical categories were identified: 1) the perception as protagonists of the situation 2) the experience lived as witnesses of these

situations and 3) the proposals for improvement. Several users were witnesses and/or protagonists, depending on admission and the evolution of their pathology (see **figure 1 Identified categories and subcategories**).

### 1) Perception of the protagonist of aggressive behavior.

In this category appeared the user's feelings, the triggers that led patients to manifest aggressive behavior and the perception of the professional interventions in these episodes. 4 subcategories emerged:

- a) **Triggers of aggressive behavior.** The need for self-defense and self-protection of the patient when feeling attacked by professionals was highlighted. This aspect was already identified by other authors (Allikmets et al., 2020), linking the professional's interpretation of dangerous situations with the patient's perception of being attacked by health professionals, and turning the fear of both (patients and professionals) in one of the main triggers (Terkelsen & Larsen, 2014). This issue directly affected the perception of security and feeling safe both for the professional and for the rest of the people involved (Achir & Novy, 2018) (Terkelsen & Larsen, 2014).

*G2, P5: 7 or 8 nurses and doctors approached me and there, they made a ruckus... they came at me very hard, and I gave them a little push and then they tied me to the stretcher... I already apologized, I... I thought you were coming aggressively towards me, and I got confused and so I gave him a push. I felt coerced, brutally coerced.... Then I analyzed it and yes, I pushed, but I apologized and that's it. I'm so sorry, it shouldn't have happened...*

A second triggering element was related to the treatment received by the professionals, whether it was a health professional (doctor, nurse, or psychologist) or not (security personnel). It was related to the perception of being treated unfairly by not complying with the agreements, creating false expectations.

*G2, P1: I was nervous and had the need to smoke a couple of cigarettes, and the security man told me... "I'll ask for a cigarette and I'll give it to you" and he never came to bring it, and, in the end, I took the bed, one of those with straps, and I stood her up, it was heavy, and that's why they tied me up.*

On the other hand, they referred to being subjected to mistreatment stating that professionals showed “preferences”, making some rules more flexible depending on the patient. They perceived a lack of communication or "false communication" between patient and professional, and a feeling of superiority on the part of professionals. They complained of a lack of empathy. These situations caused feelings of confusion, frustration, helplessness, and anger, which lead to aggressive behavior.

*G2 P5: They let you speak, but sometimes not completely, because they tell you what they think or believe, and you have no power to argue with them or change their opinion.*

The last identified trigger was the consumption of toxic substances. The impossibility of being able to smoke in the APHU and smoking abstinence if not properly treated, could favor the desire to request voluntary discharge and aggressive behavior in patients. This element was related to the functioning and rules of the APHU.

*G2 P5: they give you nicotine patches, they have nicotine lozenges and with that the anxiety of wanting is softened, but the most they do is just that, a candy, or a patch or something, but they can't do much else, for example, someone who consume cocaine, they will not give you cocaine.*

*G2 P1: If they had let me go out for a couple of cigarettes, I would have been calm and waited calmly.*

b) **Professionals actions face the patient aggressivity.** The second aspect highlighted by patients who are protagonists of aggressive behavior was the professional's actions of in these situations, identifying aspects related to the vocation, training or the will to professionals as differential elements. They focused on two interventions: mechanical restraint and forced medication.

*G3-P5: There are people who work in the hospital who do it because they have a vocation and there are people who do it because they have nothing else, and you can see a lot when a person has sensitivity and when they don't because of the treatment you receive. There are people who do and there are others who are there to collect their salary.*

Regarding **mechanical restraint**, most patients reported extremely negative feelings such as coercion, annulment of the person and objectification. They complained about the time in restraint after the aggressive situation passed. Feelings of increased anxiety caused by restraint were identified, even though the reason that justified it, on many occasions, was anxiety itself, which in turn caused loss of control and consequently aggressive behavior. The event of suffering an aggressive episode and being subjected to restrictive measures became a difficult experience for patients.

*G2 P5: If you are an aggressive person, they can tie you up for a whole day, to take you down a peg and center yourself...*

*G3, P3: Sometimes you have the feeling that they tie you up, so you don't cause trouble, and if you're very nervous, with the medication you calm down, and then, why do we have to continue tied up? There, tied up like a piece of furniture. You are like a piece of furniture. Hours may pass, hours...*

Regarding **forced medication**, they highlighted the idea of annihilation of the person through chemical products and the patient's perception of a lack of professional empathy that led to null participation in the therapeutic process and greater annihilation of the person. This in turn increased the patient's negative feelings of being treated unfairly, mentioned earlier.

*G3 P1: When one enters a crisis, one must also assess that, apart from restraints, medication is nullifying the person. They don't tell you what you have, they don't tell you what you can do to improve... No... Here it is! "Pills, pills" ... and they end up destroying the person.*

c) **Feelings:** In general, the highlighted feelings were negative such as humiliation, abandonment, dependency, resentment, sadness, despair, fear, guilt, insecurity, feeling of being treated like animals, annulment of the person, reification, loss of autonomy, and the perception of being tied to avoid problems.

However, and in line with other published studies, a minimum of users agreed with the use of mechanical restraints due to the extreme feeling of lack of self-control, expressing acceptance and justification. In our case, of the 20 participants, only one of the protagonists perceived it as necessary.

*G3 P6: I have been in three hospitals... and they have always tied me up. I needed it. That's how they got me in there. I was feeling bad. And I understood that I needed it. Also, I was many days without sleeping... they pricked me, and I don't know how many days I spent sleeping. I'm not happy to have been there, but because of the treatment they gave me... the way I came in, they couldn't treat anything until I calmed down, well, I understand it that way, that I had to be that way. You didn't want to and when you remembered you said, my goodness, what happened! But... I needed it.*

## 2) Perception of the user as a witness of aggressive behavior.

The second category identified was the user's perception as a witness of aggressive behavior. After analyzing the contributions made by users witnessing these situations, three subcategories were identified:

- a) **Isolation:** Face violence episodes, some users ensured their own safety, and chose to **isolate** themselves in their room, **avoiding contact** with other patients, without participating in activities or being in the common room.

*G1 P2: I felt left out of the situation. I tried not to get too close to people, to try to protect myself a little, to have my own space, although it is difficult because we are all there, in the dining room...*

Users identified **negative feelings** in the face of aggressive episodes, among which fear, anger, concern, and impotence stood out, especially when witnessing aggression or patient escape. Some claimed to have suffered physical and/or verbal attacks from other patients and even to have witnessed sexual harassment. When these situations were repeated, they perceived them as "routine" and, although users generally stated that they felt well treated, they referred to a lack of communication and information, since professionals gave more credibility to the family than to them, especially in the phases of greater exacerbation of the pathology. This situation increased negative feelings.

*G1, P4: I remember a girl who was tied up because she continually caused a scandal.... At first, I was surprised, and then it was routine...*

*G3, P3: They talked to my family, but not to me. I didn't know anything, and it made me angry... They took my father or my mother to the office when they came for visits, or when I was leaving, and they explained everything to them, but not to me, I didn't know what was happening to me...*

Likewise, they come to justify the information provided to the families by finding a logical argument, thus avoiding manifesting aggressive behavior.

*G2 P3: Yes, because they see you as better than you, what you do and what you don't do*

*G2 P5: They prefer to talk to a person who has not had ups and downs, who are the relatives and can better explain how it happened, because you can invent it, on the other hand, the family is closer to what has happened.*

- b) **Feelings of friendship:** several participants stated that they had experienced feelings of friendship, and a desire to help and protect patients with more serious pathologies or who felt victimized by the behavior of other patients or the professional, coming to their defense in conflict situations. These feelings made them feel useful, valued, recognized and appreciated by other users, thus enhancing their self-esteem. Friendship experiences maintained over time contributed to their recovery.

*G1 P3: In the room, we were two, and we opened up, and talked about our problems. He never left the room, and we started talking and I managed to get him to leave the room and talk and open up to the others, and me too, in a way I was able to open up to the others.*

- c) **Acceptance and justification:** witness of aggressive behavior also identified feelings of acceptance and justification in the use of mechanical restraint or the forced administration of medication due to lack of safety, being claimed in situations of serious physical aggression, and perceiving them as something necessary to control behavior (Achir & Novy , 2018). According to the participants, the key aspect was the seriousness of the events.

*G2 P5: In an aggressive situation, it is what to do.... Depending on the brutality of the action, you are tied for more or less time.*

- d) During hospital admission, the restriction of toxic consumption was identified as a **trigger for aggressive behavior**. Despite recognizing how difficult it was for users not to be able to consume and the relationship it had with behavioral alterations and leaks, but in this case, they themselves justified the prohibition of consumption in APHU.

Another trigger was the lack of participation in making decisions about the therapeutic process. For example, not asking patients for their opinion regarding pharmacological treatment led to the cancellation of the person and generated feelings of indignation that increased if this situation ended up causing an aggressive episode and the staff used the mechanical restraint on the patient. However, if the patient shows compliance, the aggressive episode is avoided, but not the discomfort and the feeling of cancellation.

*G3 P2: They don't ask your opinion about, for example, medication, treatment... they do it because... they decide it, the nurses, and the doctors, and you must accept it, and that's it.*

### 3) Improvement proposals.

The third and last category encompassed the **improvement proposals**. The participants identified aspects that could improve these situations of aggressiveness during admission to APHU. Five subcategories derived from this analysis:

#### a) **Professional care and communication.**

First, they claimed to be considered as autonomous adults, masters of themselves, avoiding objectification, nullification and infantilization. There was a need to improve communication and the involvement of the health team as also stated by other authors (Achir & Novy , 2018, Allikmets et al., 2020). Likewise, they claimed to be listened to and informed about their health process.

In situations of aggressiveness or behavioral alteration, they requested that a professional stayed with them and found out what was happening to try to calm them down. They also asked that the professionals talked one by one, without overwhelming, the fulfillment of the agreed pacts and to be motivated.

They demanded tranquilizing medication without sedation, avoiding chemical containment, and removing mechanical restraints as soon as the medication was effective.

*G2, P1: If they had let me go out for a smoke, I wouldn't have put the bed up. If they had asked me "what happened to you? Why did you come?"*

*G2 P5: That they didn't overwhelm me, that so many people didn't talk to me all at once, that 6 or 7 nurses and psychiatrists didn't come all at once, I didn't like that.*

*G3, P1: Being treated as a person, not as a crazy stuff and that's it. Being listened to, that, although sometimes we lose our mind, they understand the situation we are in.*

*G3, P1: When a person is very nervous, or out of control, it helps a lot to have a professional by your side, talking to you, and finding out why you are nervous, trying to calm you down. More is achieved that way than not trying, so as not to cause problems.*

*G3-P5: Make nurses and doctors more human, give them training not in technical knowledge but in communication, empathy compassion love, because only if you can connect with the feelings of another person will they be able to treat them as people, for now they are number, and the important thing is that they succeed in curing that terrible symptom.*

**b) Participation in decision-making in the therapeutic process.**

Users claimed to be helped to regain self-control, considering their opinion. They wanted to be empowered, listened to, and claimed to be able to participate in their therapeutic process and decision-making. A key aspect was the vindication of the right to receive information as adult patients and to be present during the information given to families. Regarding the treatment, they requested to be able to give their opinion and agree on the pharmacological regimen with the doctor. They also demanded the development of the Advance Directive document.

*G2, P1: I think I can participate, I would like to, well... that they take me into account. I like to participate and that they take me a little into account..., everything possible....*

*G3, P4: Before admission, you can make a letter of will, before being ill. Before you feel bad, write "I don't want them to do this to me", but during the crisis it is very difficult.*

*G3 P1: When you get in, they ask you what's wrong with you; in the same way as we give information about how we are doing, we also want to receive information about what they are going to do and what can be done.*

**c) Review of the unit's operating standards and the activities carried out.**

Users requested the review of the operating rules and the functioning of the APHU to facilitate admission and the stabilization of their health status. In addition, they mentioned the need to “have something to do”, since they needed to keep busy during hospital admissions. Some even claimed to have tried to escape from APHU out of boredom. For this reason, they insisted on increasing recreational, sports, occupational and therapeutic activities, and advised the hiring of specific professionals. Another suggestion was to go out for a walk.

*G3 P5: We're locked down, we can't leave the area. And... activities, because if we don't do anything, we spend the day wandering. Up and down...*

**d) Increase in perceived security.**

Users valued the importance of having a greater perception of security in the admission unit and demanded more time for the staff, alleging that they spent a lot of time on bureaucratic tasks. They requested more nursing and security personnel. They positively valued the surveillance cameras, although they considered that it was insufficient to feel safe during their admission to the APHU. Regarding the physical structure of the unit, they identified as advantages the closed unit, the individual room, and having the nursing control next to the entrance door, thus improving nursing surveillance and avoiding patient escapes.

*G1, P5: the girl who work there, let her watch a bit, because she gets in there, in the cave, sits there, and those of us who are there do what we want. At least they take turns, every hour, there watching, to see what happens, and the patients to see how they are.*

- e) Lastly, they suggested that we replicated these same **groups with professionals and families**, in order to analyze how to treat patients, their experiences and joint work, avoiding relapses and hospital admissions.

*G2 P5: I think that the mental health personnel have to participate here, you, you have to participate; knowing how to encourage and worry and behave well, and it is also important that the family is there for you and knows how to treat you, it is important all the people who surrounds, it's important, family, workers... psychiatrists and everything, nurses... everything is important for you to go out and not have to go in anymore. That's the important thing, don't come back anymore.*

## **DISCUSSION**

This article demonstrates the importance of the patient's perception of the treatment received. On one hand, the protagonist of aggressive and violent behaviors that have required the use of restrictive measures, and on the other hand, the one who has witnessed aggressive situations or the use of restrictive measures. Both can help to construct the bases for the humanization care in psychiatric units.

Both protagonists describe the triggers of violent behavior, but the protagonist describes situations that lead to loss of control, such as the need for self-defense or "false communication", this feeling of being attacked by professionals has been identified by other authors as one of the key triggers of aggressive behavior (Allikmets et al., 2020, Terkelsen & Larsen, 2014). However, the witness patient perceives the triggers but justifies them when he is in the acute phase of his pathology, such as, for example, not being able to smoke inside the units, or not participating in his health process.

These results cannot be contrasted with other studies because most articles focus on the protagonist of the aggressive behavior and the professional, but not on the witness patient. This is probably because, in other countries, there are specific units for patients with aggressive behavior, such as Psychiatric Intensive Care Unit. However, in our health environment, patients with aggressive behavior coexist with non-aggressive patients.

According to some authors, in this type of unit's seclusion is used more (Bowers et al., 2017).

The negative feelings described in the results as objectification, infantilization and discriminatory treatment, were also identified by other authors, (Goulet & Larue, 2018, Kontio et al., 2012, Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017, Achir & Daulima, 2018, Terkelsen & Larsen, 2014, Syuhaimie Hamid & Novy Helena, 2018). That negative feeling, cause discomfort, generating perception of injustice, frustration, and anger, provoking violent behavior.

Feelings, such as fear, in the protagonist's patients, provoke a violent reaction as a defense method, while the same feeling in witness patients provokes a fear reaction avoidance behavior, such as self-confinement, thus avoiding contact. This situation directly affects the perception of security and feeling safe. (Syuhaimie Hamid & Novy Helena, 2018, Terkelsen & Larsen, 2014)

Our findings support other studies that identified a vicious circle of aggressiveness between these feelings and aggressive behavior (Goulet & Larue, 2018). Furthermore, in the present study, it is observed that the professional's reaction to these situations, such as the use of restrictive measures like a mechanical restraint, increase the negative feelings described above and decrease participation in activities and socialization, causing greater stigma and social impact (Achir & Daulima, 2018, Allikmets et al., 2020) and increasing violent behavior (see **figure 2, vicious circle of aggressive behavior**).

From the present the research It can be extracted, that there are two key aspects in the aggressive behavior episode; the professional's behavior and the interpretation and emotional management of the patient face the professional's interventions. In this situation, the one modifiable aspect is the professional intervention, as the patients admitted in APHU were in the acute phase of her pathology, so their ability to interpret and manage the situation could be compromised. That's why, in the present study, a paradoxical relationship is identified since the professional to control the patient's aggressiveness use a violence behavior, which elicits the feelings that motivated the violent patient behavior.

It is observed that the professional's reaction to this behavior, especially when mechanical restraint is used, increases the negative feelings described above and decreases

participation in activities and socialization, causing greater stigma and social impact and increasing the patient's aggressiveness and violence behavior, for which a paradoxical relationship is identified (See **Figure 3: Paradox of aggressiveness and violence behavior**).

This paradox relationship can then be understood as a reaction behavior of both the patient, that “augments” its aggressive and violent behavior, and the professionals’ reaction, that becomes more restricted as the aggressive behavior increases, since both the professionals and the patients feel threatened by the other’s “participant” in the situation.

Patients also refers that they felt objectified, annulled, and infantilized, making them incapable of participating in their health process. These aspects coincided with other published studies (Goulet & Larue, 2018, Kontio et al., 2012, Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017, Terkelsen & Larsen, 2014). In this sense, the participants ask the professionals to spend more time "being" with them, accompanying, listening, and reassuring, improving communication, increasing safety, and providing greater participation in their therapeutic process. Possibly, the application of these proposals would contribute to break the paradox of aggressive and violence behavior (See **figure 4, paradox broken**).

In this study, the patient improvement proposals focus on aspects related to care humanization like improve the communication patient-nurse or to participate in decision making in the therapeutic process. These proposed improvement measures coincide with published studies, such as improving communication, being heard and informed about their health process, being an active part in decision-making together with the health team and the development of the advance directive document (Achir & Novy, 2018, Allikmets et al., 2020, Goulet & Larue, 2018, Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021, McAllister & McCrae, 2017, Terkelsen & Larsen, 2014, Zaragoza-Martí et al., 2020), but training in healthcare humanization of professionals is added that facilitates their emotional management and the increase in the perception of security as well as the review of the rules and the operation of the APHU.

In this sense, several articles focus on empathy and the therapeutic bond as key strategies for the care of people admitted to APHU (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021,

McAllister & McCrae, 2017, Terkelsen & Larsen, 2014). In addition, the self-knowledge of professionals and the recognition of the stigma towards mental pathology are essential (Terkelsen & Larsen, 2014, Sastre-Rus et al., 2020). Another relevant aspect mentioned in the articles is the information provided by the patients on strategies to deactivate aggressive behavior.

Users identify that the professional's performance is conditioned by aspects such as vocation, understanding, empathy or therapeutic bonding, among others, which condition the professional's emotional management, conditioning the paradox described above.

This provides us with the keys that, according to patients, nursing professionals should have to care for people who manifest violent behavior, since they must be people with communicative, empathic, and vocational skills. In this way, they will feel more understood and safety, thus reducing the need for self-defense, anxiety, frustration, and anger, and with this, they affirm that aggressive behavior will decrease, breaking the paradox of violence.

## **LIMITATIONS**

The principal limitation of this study was related to the patient participation, as due to the post COVID-19 pandemic situation, small focus groups had to be made. Despite this, there were some patients who decided not to participate for fear of contagion.

## **CONCLUSIONS**

The experiences of aggressive situations that occurred in the APHU were negative, both for the people who have been involved in them and for those who have witnessed them, with feelings of fear, frustration, impotence, and lack of security. On many occasions, the witnesses remained locked in their rooms without contacting other patients or participating in the activities, thus hindering their therapeutic process.

Sometimes patients identified the behavior of professionals as threatening and aggression becomes their defense mechanism. Likewise, they identified mechanical restraint as the action of professionals in the face of this type of behavior, expressing feelings of loneliness, helplessness, and frustration despite being aware that they were sometimes justified.

In the present study, it is observed that the patient's negative feelings increase depending on the professional's response to the aggressive or violent behavior manifested. In this sense, the use of mechanical restraint used to control behavior causes a worsening of the behavior that is intended to be controlled, identifying a paradoxical relationship that professionals should try to avoid by limiting the use of mechanical restraint.

Both, the protagonist of aggressive and violent behavior and the witness, made interesting proposals to improve the care provided by nurses and thus enhance the perception of the care received and humanize the nurse care. They could be summed up as spending more time "being" with the patient, accompanying, listening, and reassuring, improving communication, increasing safety, and providing greater participation in their therapeutic process. In this way, the paradox of aggressive and violence behavior would be broken.

A better understanding of the care offered in the Acute Mental Health Units can facilitate the perception of the care of the admitted patient, thus enhancing the therapeutic bond. Patients must be treated with dignity and respect, regardless of the aggressive manifestations caused by their pathology. Professionals must be able to see through the patient's eyes, making them participate in their own care.

## **BIBLIOGRAPHY**

- Achir Yani Syuhaimie Hamid, M., & Novy Helena, C. D. (2018). The experience of restraint-use among patients with violent behaviors in mental health hospital. *Enfermería Clínica*, 28, 295–299. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30173-6](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30173-6)
- Allikmets, S., Marshall, C., Murad, O., & Gupta, K. (2020). Seclusion: A Patient Perspective. *Https://Doi.Org/10.1080/01612840.2019.1710005*, 41(8), 723–735. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1710005>
- Arnetz, J. E., Professor of Public Health Sciences, M. P., Hamblin, L., Research Assistant, B., Student, D., Essenmacher, L., Senior Data Analyst, M., Upfal, M. J., Ager, J., Luborsky, M., of Anthropology, P., & Institutet, K. (2015). Understanding patient-to-worker violence in hospitals: a qualitative analysis of documented incident reports. *Journal Advanced Nursing*, 71(2), 338–348. <https://doi.org/10.1111/jan.12494>
- Australian College of Mental Health Nursing. (2017). *Supporting Mental Health*

*Professionals towards cultural and clinical change: Facilitating ongoing reduction in seclusion and restraint in mental health settings in Australia.*

- Ayhan, D., Mercan, N., Doğan, R., & Yüksel, Ç. (2021). The aggressive patient experiences of healthcare professionals exposed to physical violence in a psychiatric clinic: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/PPC.12918>
- Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 888–898. <https://doi.org/10.1111/INM.12588>
- Bermejo Higuera, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria (D. de Brouwer (ed.)).
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J, Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., Saura, S. (2014). Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol.
- Bizzarri, J. V., Piacentino, D., Kotzalidis, G. D., Moser, S., Cappelletti, S., Weissenberger, G., Pompili, M., & Conca, A. (2020). Aggression and Violence Toward Healthcare Workers in a Psychiatric Service in Italy: A Retrospective Questionnaire-Based Survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(4), 299–305. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001126>
- Bowers, L., Cullen, A. E., Achilla, E., Baker, J., Khondoker, M., Koeser, L., Moylan, L., Pettit, S., Quirk, A., Sethi, F., Stewart, D., McCrone, P., & Tulloch, A. D. (2017). Seclusion and Psychiatric Intensive Care Evaluation Study (SPICES): combined qualitative and quantitative approaches to the uses and outcomes of coercive practices in mental health services. *Health Services and Delivery Research*, 5(21), 1–116. <https://doi.org/10.3310/HSDR05210>
- Consejería Sanidad Castilla-La Mancha. (2017). *Plan dignifica humanizando la asistencia*.
- Edlinger, M., Bader, T., & Hofer, A. (2018). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Aus

- der Steinzeit in eine bessere Zukunft. *Neuropsychiatrie* 2018 32:4, 32(4), 175–181. <https://doi.org/10.1007/S40211-018-0282-1>
- Fletcher, A., Crowe, M., Manuel, J., & Foulds, J. (2021). Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, March*, 1–16. <https://doi.org/10.1111/jpm.12758>
- Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S. A., & Brophy, L. (2019). Safewards impact in inpatient mental health units in Victoria, Australia: Staff perspectives. *Frontiers in Psychiatry, 10*(JULY), 462. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00462/BIBTEX>
- Forté, L., Lanctôt, N., Geoffrion, S., Marchand, A., & Guay, S. (2017). Experiencing violence in a psychiatric setting: Generalized hypervigilance and the influence of caring in the fear experienced. *Work, 57*(1), 55–67. <https://doi.org/10.3233/WOR-172540>
- Goulet, M. H., & Larue, C. (2018). A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clinical Nursing Research, 27*(7), 853–870. <https://doi.org/10.1177/1054773817713177>
- Guideline, N. (2015). *Your responsibility*. <https://www.nice.org.uk/terms-and->
- Hallett, N., Huber, J. W., & Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior, 19*(5), 502–514. <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2014.07.009>
- Hilton, N. Z., Ham, E., & Dretzkat, A. (2017). Psychiatric Hospital Workers' Exposure to Disturbing Patient Behavior and Its Relation to Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms. *The Canadian Journal of Nursing Research = Revue Canadienne de Recherche En Sciences Infirmieres, 49*(3), 118–126. <https://doi.org/10.1177/0844562117719202>
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsens, O., & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One, 10*(6).

<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0128536>

- Khoo, S. B. (2010). Academic mobbing: Hidden health hazard at workplace. *Malaysian Family Physician*, 5(2), 61–67. <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-79956268974&partnerID=40&md5=d33d6b289d298c949614080d47b55c1b>
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Välimäki, M. (2012). Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16–24. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6163.2010.00301.X>
- Lanctôt, N., & Guay, S. (2014). The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 492–501. <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2014.07.010>
- Lantta, T., Varpula, J., Cheung, T., Wong, W. K., Cheng, P. Y. I., Ng, T., Ng, C. F., Yam, C. P., Ip, G., Bressington, D., & Välimäki, M. (2020). Prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1079–1091. <https://doi.org/10.1111/INM.12742>
- Lee, S., Hollander, Y., Scarff, L., Dube, R., Keppich-Arnold, S., & Stafrace, S. (2013). Demonstrating the impact and model of care of a Statewide psychiatric intensive care service. *Australasian Psychiatry*, 21(5), 466–471. <https://doi.org/10.1177/1039856213497525>
- Leopoldo Elvira Peña. (2011). *Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios en Salud Mental* (1st ed.). Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. <https://consaludmental.org/publicaciones/Seguridadpacienteriesgossanitariossaludmental.pdf>
- Marhoon, A., Al-Shagag, A., & Cowman, S. (2019). A Population Study of Safety and Security in Admission Psychiatric Wards in the Kingdom of Bahrain. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1630534>, 40(12), 1019–1025. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1630534>

- McAllister, S., & McCrae, N. (2017). The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service | Semantic Scholar. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 491–502. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-therapeutic-role-of-mental-health-nurses-in-A-McAllister-McCrae/5b8d03c4ab6c3a5c6122fda61e165d7156ee748c>
- Moreno-Poyato, A. R., & Rodríguez-Nogueira, Ó. (2021). The association between empathy and the nurse–patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335–343. <https://doi.org/10.1111/JPM.12675>
- Mullen, A., Drinkwater, V., & Lewin, T. J. (2014). Care zoning in a psychiatric intensive care unit: Strengthening ongoing clinical risk assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 731–743. <https://doi.org/10.1111/jocn.12493>
- NICE guideline. (2021). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>
- Oliveira, L. C., Silva, R. A. R. da, Medeiros, M. N. de, Queiroz, J. C. de, & Guimarães, J. (2015). Humanized care: discovering the possibilities in the practice of nursing in mental health. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 7(1), 1774. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1774-1782>
- Organization, H. W. (n.d.). *Preventing violence against health workers*. Retrieved April 3, 2022, from <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers>
- Organization, w. H., & geneva. (2004). *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVA 2004 WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.
- Pelto-Piri, V., Warg, L. E., & Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: A critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12913-020-05239-W/TABLES/3>

- Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S., & Kallert, T. W. (2010). Use of coercive measures during involuntary hospitalization: Findings from ten European countries. *Psychiatric Services, 61*(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/PS.2010.61.10.1012/ASSET/IMAGES/LARGE/KL14T4.JPEG>
- Renwick, L., Lavelle, M., James, K., Stewart, D., Richardson, M., & Bowers, L. (2019). The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(1), 268–277. <https://doi.org/10.1111/INM.12530>
- Saeed, H., Khan, M. S., Batool, S. M., Ladak, A. A., Karim, N., & Aftab, R. (2019). Need of physical and chemical restraints: Experiences at inpatient psychiatric ward in a Tertiary Care Hospital in Karachi, Pakistan. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan, 29*(5), 486–488. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2019.05.486>
- Salzmann-Erikson, M., & Söderqvist, C. (2017). Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing, 38*(7), 540–548. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1299265>
- Sanz-Osorio, M., Monistrol Ruano, O., Morillo-García, E., Martos-Torres, P., Andres-i-Martin, P., & Escobar-Bravo, M. (2020). Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica. *Annals de Medicina, 103*, 122–126.
- Sanz-Osorio, M., Sastre-Rus, M., Monistrol O, Criado Pérez M., Vallès V., Escobar-Bravo MA. (2022). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units. Scoping Review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30*(2): 162-181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>
- Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M.-T., Tomás-Sábado, J., & Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *Journal of Advanced Nursing, 100*(1), 139–150. <https://doi.org/10.1111/jan.13960>

- Sastre-Rus, M., Tomás-Sábado, J., Juliá-Sanchis, R., Roldán-Merino, J. F., Puig-Llobet, M., & Lluch-Canut, M. T. (2020). Development and psychometric testing of a scale for assessing the associative stigma of mental illness in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15467>
- Scobie, S., Minghella, E., Dale, C., Thomson, R., Lelliott, P., & Kathryn Hill. (2006). *Con la seguridad en mente*: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad\\_en\\_mente.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/seguridad_en_mente.pdf)
- Smith, L. M., Onwumere, J., Craig, T., & Kuipers, E. (2018). Caregiver correlates of patient-initiated violence in early psychosis. *Psychiatry Research*, 270, 412–417. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.09.011>
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2019). *Libro Humanización-SPM*.
- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2014). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*, 23(3), 308–317. <https://doi.org/10.1177/0969733014564104>
- Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Caring for the entire unit: Psychiatric nurses' use of awareness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(9), 17–23. <https://doi.org/10.3928/02793695-20190528-03>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Voskes, Y., Van Melle, A. L., Widdershoven, G. A. M., Mierlo, V., Bovenberg, F. J. M., & Mulder, C. L. (2021). High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Psychiatric Services*, 72(4), 475–477. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800440>
- World Health Organization. (2004). Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programmes World Health Organization Geneva. WHO Library

Cataloguing-in-Publication

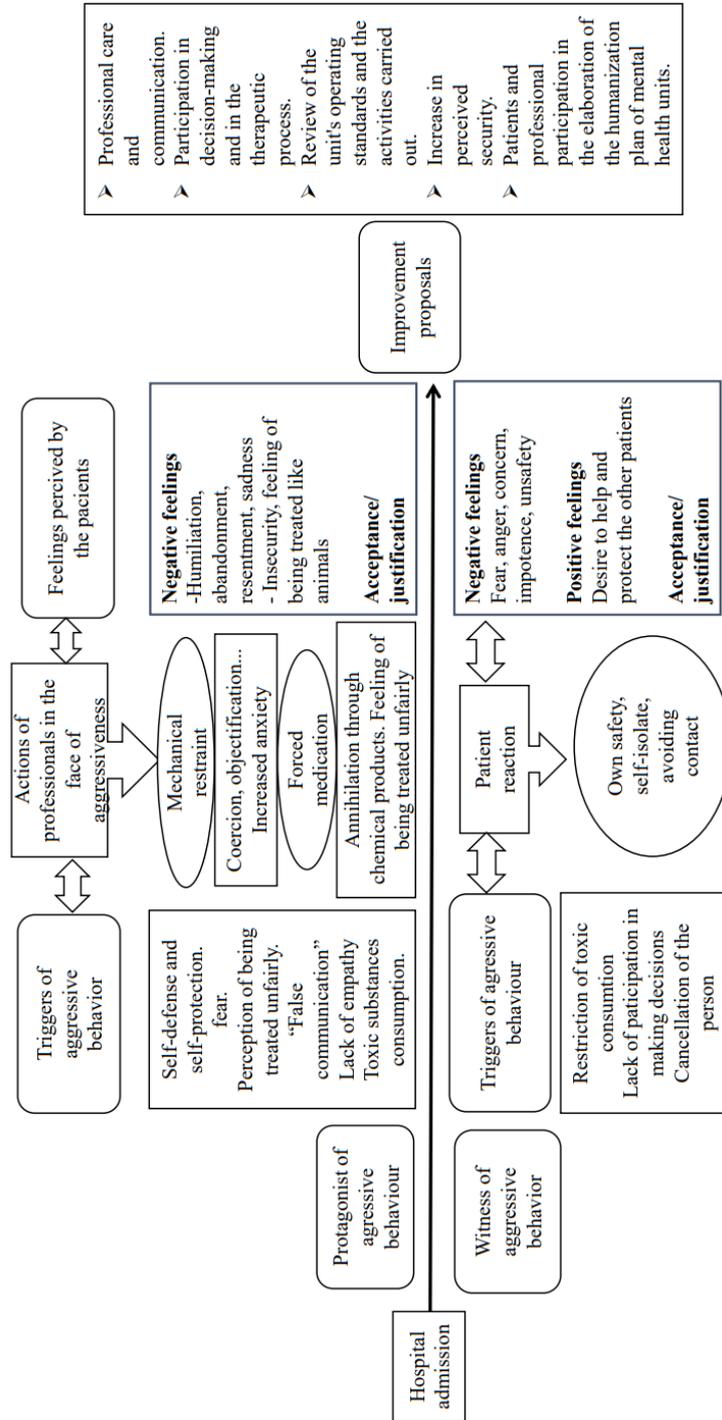
Data.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42856/9241546395.pdf;jsessionid=9DC12620329E9511A10A04903671F743?sequence=1>

Zaragoza-Martí, M., Julià-Sanchis, R., & García-Sanjua, S. (2020). El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Revista Bioética y Derecho*, 49, 25–40. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1886-58872020000200003&lng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1886-58872020000200003&lng=es)

Zarco Rodríguez, J. V. (2018). Humanización de la sanidad: perspectiva médica. In F. Merck (Ed.), *Avances en salud: aspectos científicos, clínicos, bioéticos y legales*. (pp. 207–212).

Figure 1: Identified categories and subcategories



**figure 2: Vicious circle of aggressive behavior**

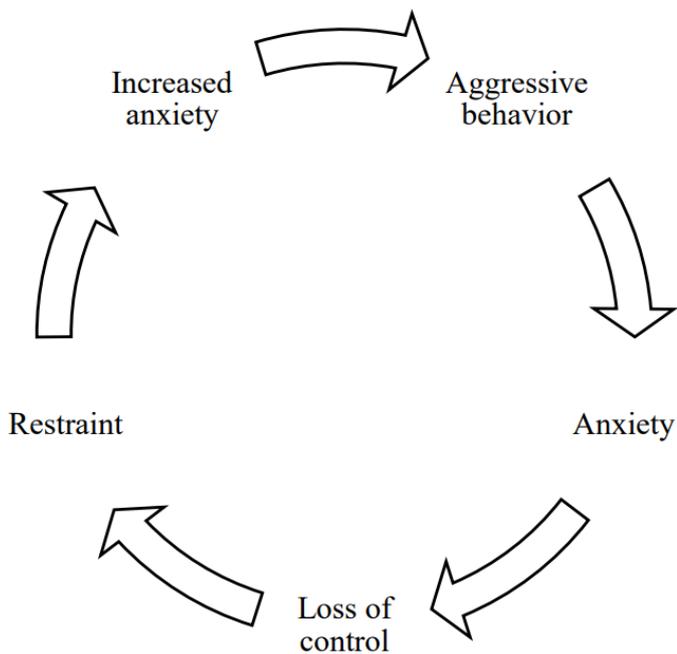
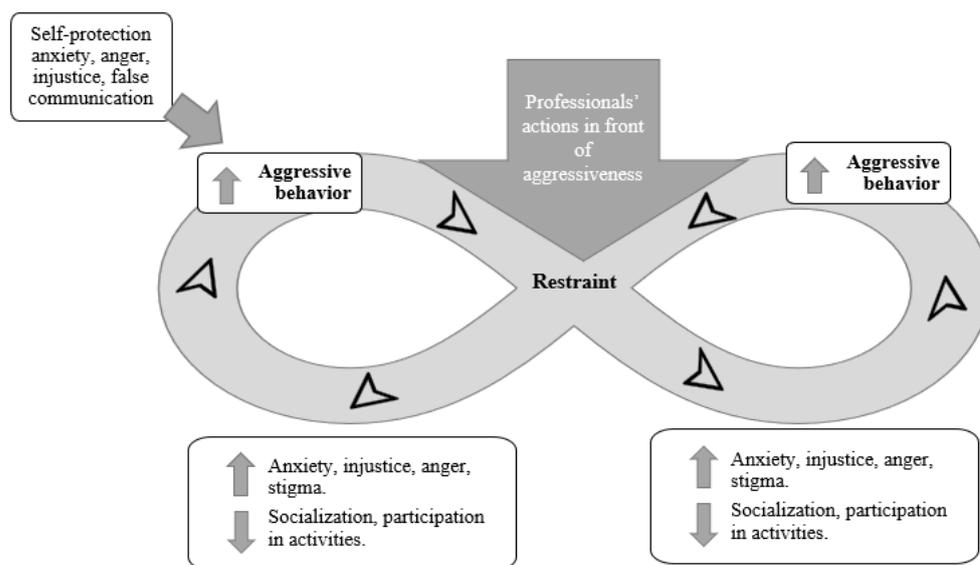


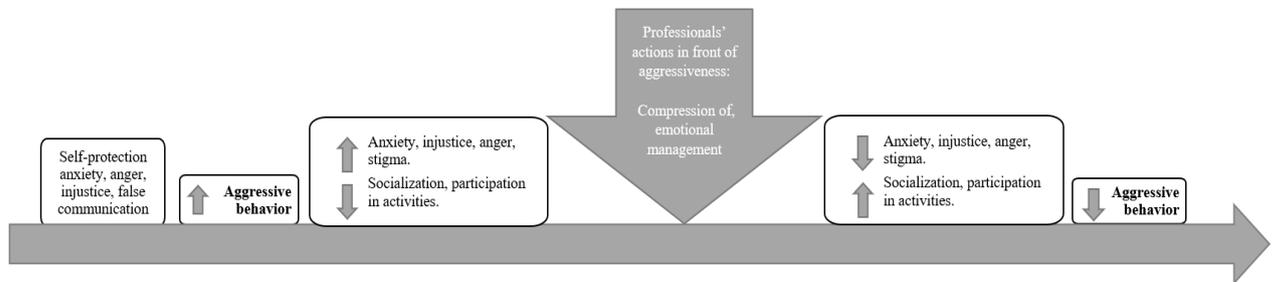
Figure 2. Vicious circle of aggressive behavior

**Figure 3: Paradox of aggressiveness and violence behavior.**

Figure 3. Paradox of aggressive behavior



**Figure 4: Paradox of aggressiveness and violence behavior broken.**



## RESULTADO DEL OBJETIVO GENERAL: ARTÍCULO 5

Como respuesta al objetivo general: explorar, desde la perspectiva de la persona con problemas de salud mental, el cuidador principal o conviviente y los profesionales, los conceptos y valores relacionados con la humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, identificando las líneas estratégicas de intervención para la humanización asistencial de dichas unidades, ha sido aceptado para su publicación en la revista *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, el artículo titulado: «Humanised care in acute psychiatric hospitalization units: Definition, values, and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers, and professionals».

DOI: 10.1111/jpm.12974

Listado de autores: M. Teresa Sanz-Osorio, Olga Monistrol-Ruano, Guadalupe Sánchez Rueda, Vicenç Vallès, Lydia González Díez y Miguel Ángel Escobar-Bravo.

Received: 6 March 2023 | Revised: 4 August 2023 | Accepted: 25 August 2023  
DOI: 10.1111/jpm.12974

ORIGINAL ARTICLE



### Humanised care in acute psychiatric hospitalisation units: Definition, values and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers and professionals

Maria Teresa Sanz-Osorio<sup>1,2</sup> | Lydia González-Díez<sup>3</sup> | Guadalupe Sánchez-Rueda<sup>4</sup> | Vicenç Vallès<sup>3</sup> | Miguel Ángel Escobar-Bravo<sup>5</sup> | Olga Monistrol<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing and Physiotherapy, Mental Health Nurse Specialist, University of Lleida, Lleida, Spain

<sup>2</sup>Research group on Complex Health Diagnoses and Interventions from Occupation and Care (OCCARE), Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, Spain

<sup>3</sup>Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Spain

<sup>4</sup>Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT), Universitat Autònoma de Barcelona, Terrassa, Spain

<sup>5</sup>Department of Nursing and Physiotherapy, University of Lleida, Lleida, Spain

<sup>6</sup>Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Spain

#### Correspondence

Olga Monistrol, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Plaça Dr. Robert 5, Terrassa, Barcelona 08221, Spain.  
Email: omonistrol@mutuaterrassa.cat and olgamonistrol@gmail.com

#### Abstract

**Introduction:** Humanised care refers to the holistic approach to the person, considering their bio-psycho-social and behavioural dimensions. It becomes more complex when the person has mental health problems that may affect his or her will, cognition and relationship to the world. The literature on the humanisation of mental health is scarce and only offers the view of professionals.

**Aim:** To analyse the concept, values and strategic initiatives of humanised care in acute psychiatric units from the perspective of persons with mental health problems, carers and professionals.

**Method:** Qualitative grounded-theory approach. Data were collected through focus groups and in-depth interviews among persons with mental health problems, carers and professionals.

**Results:** Thirteen focus groups and three in-depth staff interviews were performed, with a total of 61 participants. Humanised care is defined as quality care of an individualised, ethical and safe nature, empowering persons/carers to involve them in their health process, helping them resist the stigma of mental illness through a therapeutic relationship, bond and communication. Formal training, teamwork and effective communication are required. Six values and strategic initiatives were identified.

**Discussion:** Each value and strategic initiatives acquires full meaning when connected with the rest. Without this interconnection, humanised care would be impossible.

#### KEYWORDS

grounded theory, humanised care, psychiatric mental health units, strategic initiatives

**Humanised care in acute psychiatric hospitalization units: Definition, values, and strategic initiatives from the perspective of persons with mental health problems, primary carers, and professionals.**

**Humanisation of care in Mental Health**

**ABSTRACT**

Humanised care refers to the holistic approach to the person, considering their bio-psycho-social, and behavioural dimensions. It becomes more complex when the person has mental health problems that may affect his or her will, cognition and relationship to the world. The literature on the humanisation of mental health is scarce and only offers the view of professionals.

**Aim:** To analyse the concept, values, and strategic initiatives of humanised care in acute psychiatric units from the perspective of persons with mental health problems, carers, and professionals.

**Method:** Qualitative grounded-theory approach. Data were collected through focus groups and in-depth interviews among persons with mental health problems, carers, and professionals.

**Results:** Thirteen focus groups and three in-depth staff interviews were performed, with a total of 61 participants.

Humanised care is defined as quality care of an individualised, ethical, and safe nature, empowering persons/carers to involve them in their health process, helping them resist the stigma of mental illness through a therapeutic relationship, bond, and communication. Formal training, teamwork, and effective communication are required. Six values and strategic initiatives were identified.

**Discussion:** Each value and strategic initiatives acquires full meaning when connected with the rest. Without this interconnection, humanised care would be impossible.

**Accessible Summary:**

**What is known on the subject?** Humanised care focuses on providing comprehensive and personalized care, considering the needs, preferences, and values of each individual. In acute psychiatric units is a complex process, as, at times, these individuals may undergo disorders of thought or emotion, which may increase the risk of behavioural disorders. The literature on humanisation care in the acute psychiatric unit is scarce and only offers the professionals' view.

**What the paper adds to existing knowledge?** An analysis of persons with mental health problems experience, their carers, and the professionals in the field of mental health, established a contextualized definition of humanised care, including the values and strategic initiatives of action in acute psychiatric units to humanise care in this health-care context.

**What are the implications for practice?** The results of this study have allowed us to obtain a definition of the concept of humanised care in acute psychiatric inpatient units from the perspective of all the agents involved. For mental health nurses, these findings provide a guide to improve care for people with mental health problems and their carers.

In addition, providing individualised, person-centred and humane care can contribute to improving the health of individuals, carers and promotes satisfaction in mental health nursing.

**Key words:** grounded theory, humanised care, psychiatric mental health units, strategic initiatives

## **INTRODUCTION**

Humanised care (HC) refers to the comprehensive treatment of persons with mental health problems, considering their biological, psychological, social, and behavioural dimensions. Is a complex process that involves all the individual's dimensions. The concept comprises the organizational culture in healthcare, training health professionals, and developing clinical practice guidelines (Bermejo, 2014). HC becomes more complex if the person suffers a mental health problem, causing intangible suffering that can cause disorders of thought, emotion, or behaviour. As a result, the use of coercive measures, such as physical restraints, is sometimes needed, thereby increasing the suffering and stigma of people with mental disorders (Montes JM et al., 2019).

In current literature, concepts related to HC for mental illness emerge, including “person-centred care”, “client-centred care”, “holistic care”, “client-centred rehabilitation”, or “recovery-oriented care”. All of these describe different care models or aspects to transform the mental health. Although there is no clear-cut definition of the latter, and it is identified with a vague concept that encompasses several elements of patient care, its purpose is to care and also to cure (Busch et al., 2019; Sanz-Osorio et al., 2022). Specifically, in mental health the literature is scarce, identifying two documents, in which only the vision of professionals has been assessed (Montes JM et al., 2019; Zarco J. et al., 2020). Based on the concept of humanisation, it is necessary to evaluate the perspective of all the actors involved in care.

Nursing is defined by caring. According to Watson (1997), the core of the Theory of Caring is that “humans cannot be treated as objects and that humans cannot be separated from self, other, nature, and the larger workforce.” This theory is focused on “the centrality of human caring and on the caring-to-caring transpersonal relationship and its healing potential for both the one who is caring and the one who is being cared for” (Watson J, 2008). According to Watson, understanding the human being from the lived experience, considering his history, is a key element in care, an essential aspect in mental health.

This study aims to analyse, from the perspective of persons with mental health problems, carers, and healthcare workers, the concept of humanised care in acute psychiatric unit, and to propose a definition and the strategic initiatives to improve persons and family care.

## **METHODOLOGY**

The study is based on a qualitative grounded theory approach. This constructivist approach attempts to uncover the meanings of social actions, interactions, and experiences of individuals (Corbin & Strauss, 2008). This methodology, is an inductive approach to generating theory (Glaser BG & Strauss AL, 2017)

This study has followed the Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) to guarantee methodological quality.

### **Participant recruitment**

Three participant profiles were identified to understand the construct: persons with mental health problems, main carers, and professionals.

Persons with mental health problems who had been admitted to acute psychiatric unit. A theoretical sampling with maximum variation was used to select the participants according to criteria of age, sex, and diagnostic mental health, including different experiences during hospital admission. Persons with mental health problems were recruited from the Mental Health Rehabilitation Service of the Consorci Sanitari de Terrassa (Catalonia). To select the participants, we contacted mental health professionals who assumed the role of gatekeepers. The researchers contacted the participants by phone and asked them to participate. Those who accepted were invited to attend a focus group at the Mental Health Rehabilitation Service site. Once the initial participants were identified, information was collected to the point of information saturation.

Subsequently, the carers of persons admitted to an acute psychiatric unit were selected. The president of the association for the relatives of persons with mental health problems was contacted, and she assumed the role of gatekeeper. They were asked to participate in focus groups or in-depth interviews.

Lastly, acute psychiatric unit professionals with a minimum work experience of three months were contacted. They were asked to participate in focus groups or in-depth interviews.

### **Data generation procedure**

Data was generated between January and May of 2021 using the focus group technique separately for each population group, and individual in-depth interviews were also offered. The choice to use both focus groups and interviews provides flexibility and adaptability to the research process. While focus groups can help identify themes and build an initial conceptual framework, individual interviews allow you to delve into specific aspects that require further exploration and intimacy.

The focus groups and interviews were centred on thematic topics, and different perspectives from the dialogues between participants were contrasted. The groups began with a presentation and an overarching question: “How would you define HC at the acute psychiatric unit?” Finally, we asked for improvement suggestions. All groups lasted approximately one hour and were audio recorded. Data were collected to the point of information saturation. that is, no new insights emerge from further data collection (Glaser BG & Strauss AL, 2017). Only three professionals requested in-depth interviews.

### **Analytical procedure**

The groups and interviews were audio recorded and transcribed verbatim by a research assistant. To ensure anonymity, pseudonyms were used in the transcriptions.

The transcriptions were analysed by three independent researchers using thematic analysis. In the first stage, each researcher was ‘immersed’ in the raw data by reading and re-reading interview transcripts, cross-referencing, and taking notes of ideas. Afterwards, data was organized into a series of ‘codes’. The codes were combined and contrasted to develop themes or categories that grouped similar codes, thereby generating a network of associations. The themes were then reviewed and compared using a constant comparative method to assess whether they were complete. In the final stage, the themes emerging from the coded data were applied to build a theoretical model of humanised care in mental health (Berenguera et al., 2014; Guest et al., 2014; Moon et al., 2016). This model was contrasted with certain participants to ensure that emergent themes accurately reflected their perceptions and that no theme was omitted or given undue importance.

In the data analysis process, reflexivity and triangulation of the data were required, providing scientific rigor, solidity, and reliability to the investigation (Berenguera et al., 2014; Moon et al., 2016).

The codification was performed using the ATLAS.ti 22 program.

**Ethical considerations:** The study was approved by the ethical committee of the Consorci Sanitari de Terrassa (Catalonia) Code CEIm 02-21-107-007.

Confidentiality was assured by a coding system that guaranteed the participants’ anonymity using fictitious names for each participant. All participants were informed about the study objectives, and written informed consent was obtained from all participants enrolled in the study.

### **RESULTS**

Thirteen focus groups and three in-depth interviews, with a total of 61 participants, took place.

Four focus groups of persons with mental health problems were held with a total of 20 participants, 7 women (35%) and 13 men (65%). The youngest was 33 years old and the eldest was 64, with a mean age of 45.3 years. Their diagnoses were schizophrenia (55%), bipolar disorder (20%), adjustment disorder (10%), depression (5%), borderline personality disorder (5%), and schizoaffective disorder (5%).

Five groups of carers were included, with a total of 20 participants, 16 (80%) women and 4 (20%) men. Among the women, 10 were mothers, 4 daughters and 2 wives. Among the men, 3 were fathers and 1 was a husband.

Four groups of professionals were included with a total of 18 participants. Three participated through in-depth interviews due to inability to participate in the groups, 2 due to schedule problems, and 1 due to distance. Among them, there were 9 nurses, 6 nursing assistant, 4 resident nurses, and 2 social workers. The 89% (16) were women.

Two categories emerged from the analysis of the data generated; the first was the meaning that HC has for the participants, in addition to identifying basic concepts, and the second was the strategic initiatives and proposals to improve mental health care.

### **Defining concepts of HC**

Aspects such as quality individualised care are identified, based on scientific evidence, professional ethics, and legality, looking the individual with a mental health problem and their carers from a holistic perspective, conceiving both as a single being at the centre of care.

The key elements for professionals are empathy, assertiveness, staff adaptation, trust, a therapeutic bond, direct dedication, respect for the person's beliefs, intimacy, and culture.

*Noah, (person with mental health problem): Trusting your psychiatrist. Not taking the medication, the side effects, it all depends on how much you trust the psychiatrist and their closeness. If the doctor actually takes the time or is simply saying, "Go on, one more month and continue taking your medication", just doesn't cut it.*

*Emily, (carer): The professionals are very important in this. More staff is needed to be with the patients, be affectionate, empathetic... How the staff behaves is crucial.*

HC implies providing care that empowers and promotes personal autonomy, providing people with care strategies so that they can become their own self-care managers. Nurses are the professionals who are in direct contact with persons during the admission process at the acute psychiatric unit. They are essential in empowering them through listening, understanding, validation, and identification of needs.

*Rebecca, (professional): Humanising is empowering, among other things. We don't want a resident patient; we want a patient who is inserted in society, and if this is the first flare-up, we don't want them to be admitted again.*

Persons with mental health problems describe a desire to be treated as adults, be able to be a part of their therapeutic process, and to have their opinions valued. To this end, professionals must identify the person's perceived reason for admission, in addition to the clinical manifestations.

Persons with mental health problems need to be informed about their progress, either individually or together with their carers.

*Thomas, (person with mental health problem): Simply being treated as a person and not as someone who's crazy, not as a number.*

*William, (person with mental health problem): Doctors should take the patient more into consideration, including the opinion they have about their medication. If I tell the doctor, "The medication makes me feel sick", it's because it does. It doesn't mean I don't want to take it. Some pills make you ill and others don't. It's not about a pill that makes you sick, but one that makes you feel better.*

*Thomas, (person with mental health problem): It's about everybody getting involved. It doesn't mean they tell you one thing, or the family says things they don't like, but you don't think it's that bad, or you're doing it differently.*

HC is associated with being listened to and with a feeling of peace of mind and reassurance, which they need upon being admitted to the acute psychiatric unit. At this time, they are under extreme anguish and distress, expecting to recover through professional therapeutic intervention.

*George, (person with mental health problem): On the positive, it's peace of mind. It takes you away from the busy and stressful environment the city has, which is positive. It's when you need it most.*

*James, (person with mental health problem): HC is being listened to although sometimes our mind is not altogether there... At least try to understand the situation we're in, being locked up, and unable to leave the ward.*

Carers approach HC as the way the staff treat persons with mental health problems and their professionalism in doing so. They consider the manner and the time given condition the relationship person-professional-family, establishing a dynamic based on trust/mistrust and/or anger that persists over time, affecting not only the evolution of the illness but also the individual's personal growth.

*Sarah, (carer): I think there is dehumanisation and infantilization in the attitude towards patients. They are treated as if they were children, and they're not.*

*Christine, (carer): It may be that professionals don't have time, but those 5 minutes are well invested. There is such a large workload, and cases are so distressing that you become overwhelmed and say, "I don't have time". But if you have two minutes, those two minutes change the person's day. And that's closeness because those two minutes are yours.*

The person's experience during admission to the acute psychiatric unit is perceived as significant during their health process. If the experience was negative, the admission is perceived as punishment, making future hospital admissions more difficult, causing repercussions in their own

management of their mental health problem, in their family situation, and unwilling admissions. This experience could also affect therapeutic compliance upon discharge, conditioning therapeutic adherence.

*Helen. (carer): With mental health, it's more complicated because it's a long process in life. I feel hospitalizations have a powerful effect on a person's life. If a person will end up hospitalized at some point in their life, the admission process is key for how the person will later experience their correlation with the health-care network. If it's an emergency admission, the way the person is treated, their experience in terms of the illness... many times they won't tell you how they feel because they avoid being admitted. It's very difficult, even families experience it as something negative. And sometimes a parallel experience emerges.*

*Diana. (carer): For the person, the hospital reflects on the other systems: family, resources, the network (...). The acute psychiatric unit is the gateway to all the other facilities.*

Professionals consider that they should act as a point of support. Empowering the person and avoiding paternalism during admission encourages self-care at discharge and reduces stigma.

*Alice. (professional): You are someone incidental in their lives. When they leave, they will have to take responsibility, be independent, know how to take care of themselves, and know when to seek help. We are a mere beacon: if you need me, I'm here, that's all.*

HC, for professionals, is not only a physical environment, a structure, or a point of view. It does not mean “to administer pills and control”, nor to focus only on the illness. On the contrary, it is a culture we must look after and convey. It gives sense to a professional’s work. Ultimately, HC is ensuring that the person feels treated as a human being.

*Poppy. (professional): HC is attempting to understand the person and seeing beyond the patient who has come for treatment, a person who needs something from you, and needs support in all aspects, not just medication or sheer observation. In the end, when you see the person from a different perspective, you feel closer to them. I see a person with their highs and lows (...). I see the person, and I view them differently. I appreciate them (...) not just as the user of room X, but as such and such, who has this and is going through this.*

The beneficiaries of HC are in the first place persons with mental health problems and carers, followed by mental health nurses in terms of perceived satisfaction.

Persons' positive feelings about receiving appropriate care and the perception of the professional in providing it is a key aspect for the recognition of their work. Positive feedback is established which strengthens the therapeutic bond and protects professionals from burnout.

*Poppy. (professional): It is very rewarding. I see a great many patients and I take a good feeling from them when I see them in the acute unit or day hospital, and they trust me so much that they say, “I've relapsed”. I thank them for that trust during the consultation (...). I don't know why they*

*tell me everything, but they feel free to do so and they don't feel judged. It's very enriching for me as a person, and I think they feel the same way*

*Poppy, (professional): The first beneficiaries are our nucleus, the end-users. I think we work for the end-users and then, for ourselves. I believe this improves the quality of life of every professional. You feel happy about your work, and don't end your day saying, "It didn't have to end like this". HC helps so much.*

*Linda, (professional): The more humanised our work the more gratifying it is. This career tries to be as humane as possible and, in the end, the feeling you get when you leave work and go home is, "I did well; today I did well".*

Based on this analysis, the following **definition of humanisation** within the scope of acute mental health was determined:

“All those factors that enable a professional to provide quality comprehensive and individualised care, validated by scientific evidence within the framework of professional ethics, provided to person with acute mental health problem and their carers or live-in companions, based on the dignity, respect, and empowerment of the person, to support them in developing their autonomy and taking part in their therapeutic process.

This is performed in a calm, trusted, and safe therapeutic environment, enabling care transversality, therapeutic adherence, social integration, and resisting the stigma of mental health problems, through a therapeutic relationship, bond, and communication, treating the person as a human being” (Source: author’s definition).

To this end, it is essential to focus on the person and carers as the centre of attention, and at the same time on the professional as an agent of change, humanisation being the fulcrum and the strategic initiatives, the lever to achieve change in the framework of identified values.

(See Figure 1)

**The values identified with Humanisation Care are:**

- a) Quality individualised care based on scientific evidence, professional ethics, placing the pairing persons-carers/partner at the centre of attention.
- b) Therapeutic relationship, bond, and attitudinal competence. How professionals deal with persons with mental health problems, their attitude, commitment, and respect for their intimacy, beliefs, and culture are essential
- c) Communicative competence and therapeutic communication based on empathy and assertiveness.

- d) Empowering the person, reinforcing their autonomy, and freedom, thanks to training, and participation in their therapeutic process through validation, support, adaptation, information, and mutual trust.
- e) Teamwork capacity, cohesion, and group coherence are essential factors for perceived trust and reassurance.
- f) Resisting the stigma and discrimination of mental health problems by normalizing care, with the purpose of reinserting the person in society.

**Strategic initiatives of Humanisation Care** Following analysis, several improvement proposals were identified, and grouped into six strategic initiatives: 1) Organizational culture. 2) Care centred on the person and their social environment. 3) Therapeutic strategies and interventions (relationship, bond, and communication). 4) Unit norms, procedures, and activities. 5) Safety of the person - a sense of protection, and 6) Physical resources and materials (see Figure 2).

### 1) Organizational culture and institutional commitment

This concept comprises aspects related to the organization, such as mission, vision, and values, as these condition the management model, the policies that determine financial resources allocated to each assistance facility, and consequently, aspects such as the ratio of professional staff, hired professionals, their formal training, the care plans used...

*Helen, (carer): (...) Train them not only in technical knowledge but also in communication, empathy, compassion, and love, because only if you are able to connect with the feelings of another person will you be able to treat them as human beings. Now they are just a number, and what is important is being successful in curing those terrible symptoms. However, the person is a whole being, and with a smile, you can improve someone's day.*

*Alice, (professional): (...) Taking the time and when there is a crisis, stopping to be with the person. So many long-standing top-notch redirections could be given.*

Interprofessional communication as a basis for teamwork is suggested, establishing consensual and cohesive care and treatment strategies, thereby boosting the trust and assurance of the acute psychiatric unit team with the professionals of community mental health facilities. This guarantees assistance continuity and enables therapeutic adherence, pharmacological compliance, decreased relapse risk, and hospital readmission.

*Oliver, (professional): Communication between groups at the morning shift change is not enough. We need to know what they talk about. We have to get together and talk, and if there's a change of treatment it must be relayed, and if there's a change of activity it must also be relayed.*

*Poppy, (professional): It's very gratifying to see there are different points of view and different ways of approaching the same person (...). Once they leave and you see what's outside, what the person does, you understand so much more because you see where that person comes from.*

Finally, institutional commitment to avoid mental health stigma is identified with “normalisation of care”. Staff advocate for open and less restrictive units that replicate the everyday family environment.

*Rebecca, (professional): Normalizing the health process: when end-users leave our unit, they just continue being the same person with another diagnosis. It doesn't matter if it's diabetes or something mental. Treating them as we would like to be treated, without stigmatizing anybody, and by always validating and supporting the person.*

*Samantha, (professional): It's like saying, “I have a problem, I get professional care, and afterwards I will be able to live my life like anyone else”.*

## **2) Care centred on the person and their social environment**

Individualised care, focused on the person and their carers or partner, based on scientific evidence, professional ethics, and legality, is recommended.

The importance of respecting the person's culture and religion is valued. It is necessary to provide them with the intimacy they require, adapting the aspects that might provide confidence and well-being within the hospital's possibilities and the clinical circumstances of the person.

*Samantha, (professional): We attempt to give them space, intimacy, respect... For instance, there are different cultures and different schedules for meals. I always ask practicing Muslims at what time they would like to eat, or if I see in the cameras that they are praying, the activity can wait or not be done. They're little things they appreciate. I think it helps in humanising care.*

*Linda, (professional): Attempting to make them feel more welcome, more at home during the admission process. It's impossible, but at least make them feel more comfortable, give them some space to do their things, and not let admission overwhelm them.*

Empowering the person with mental health problem and their participation in their therapeutic process is identified. This involves informing the person and their carers, providing non-pharmacological strategies, encouraging healthy lifestyle habits, and self-care.

*Olivia, (person with mental health problem): Nobody likes to have their anxiety medication increased when they're admitted, but that's what they do. You don't feel as well there, and you have a hard time during admission, it's pretty bad (...). I hate the process and don't want to find myself there anymore. That's why I'd like to know what to do instead of taking so many pills for anxiety that just confuse me more.*

*Poppy, (professional): Don't medicate as much... behaviours are medicated. If somebody needs a sleep aid, I'm obviously not going to leave them sleepless all night, but it's also true other ways can be exhausted instead of always ending up in the same place.*

Another key aspect is decreasing the use of physical restraints, which entail suffering for the person, but is a common procedure in the event of aggressiveness.

A ratio of nursing staff that allows direct care for the person with mental health problem and strategies of verbal de-escalation are urgently required.

*Thomas. (person with mental health problem): If a person is extremely anxious or in a state of “I can't control myself”, it's very helpful if a professional sits next to you, talks to you to find out why you're anxious, and attempts to calm you down. More is achieved this way than by restraining someone to avoid problems.*

*Poppy. (professional): Approaching disruptive behaviours from the beginning; the importance of the time allocated by professionals. They must commit a specific amount of time per patient, to them and their families, because part of our work is going beyond what's in front of us.*

### **3) Therapeutic strategies and interventions: relationship, bond, and communication**

This strategic line refers to a therapeutic relationship, bond, and communication, by applying empathy, assertiveness, listening, and sincerity. It means motivating the person and generating the trust required so that they may share their anxieties, fears, or worries; attempting to adapt hospitalization to the person being admitted and their needs, so that admission to an acute psychiatric unit does not become a traumatic event in their lives, focusing care on the person diagnosed with a mental health problem, including their carers and environment.

*Mary. (professional): Two words, empathy and assertiveness... The way you act should be the way you would like others to act for you and your family, empathizing with the patient, listening attentively to identify their needs, and fulfilling them.*

### **4) Unit norms, procedures, and activities**

According to the participants' discourse, the acute psychiatric unit 's norms and procedures need to be revised, adapting them to current times, focusing on individualization and supervised adaptation, avoiding “good teams” and “bad teams” in terms of how strict they are in applying the norms, as this becomes a trigger for conflict.

*Lily. (professional): If you walk in the patient's shoes and have been admitted for more than three weeks to a place from which you can't leave, without your mobile phone or your music, I think any of us would be overwhelmed.*

Mental health nurses propose standardise a programme of activities with therapeutic groups: health education, music therapy, relaxation, play therapy, and physical exercise.

*Grace. (professional): Having anaerobic activities, but it depends on the resources. It should be a guided class with a monitor, and attending together, like Zumba or yoga, to get some exercise. We also talked about cooperative games, board games that require teamwork and you acquire values*

*as you play. It's more than playing parchisi because I'm bored. It's making something more of the game, not just playing (...). Having body language and self-image workshops, seeking things to implement, having thematic weeks, choosing a theme for a week, and working on it during the entire week.*

## **5) Safety and protection**

Person with mental health problems, carers, and professionals acknowledge the importance of feeling safe in their environment.

- a) Admitted persons perception of feeling protected: Some participants felt unsafe when aggressive situations occurred during their acute psychiatric unit admission. Participants consider it is essential to promote a culture of prevention and early intervention in case of risk behaviours.

*William, (person with mental health problem): There could be more security. One time we were smoking in the courtyard with the male nurse who was watching over us, and someone almost stabbed me in the eye with a sharp pencil. Just because he didn't want to, but otherwise he would have stabbed me, he nicked me a bit here (points at eye area). I thought it was violent; I felt unsafe.*

- b) Mental health nurses' perception of safety. The correlation between group cohesion and trust in the team is pointed out as a mechanism to increase the perception of safety and security among professionals is reported.

*Poppy, (professional): What makes you feel safe is knowing that health workers will react quickly if you call out. That's the sense of security I had many times during my shift. Observation and preparation help a great deal, and getting complete information when you begin your shift, knowing the patients, and team cohesion both among the nursing team and the medical staff.*

*Poppy, (professional): Sometimes restraining the patient is necessary because there is no other choice, but many times there is (...). For me, this sense of security is more important than what the patient can do, because the patient will be the same, but the team certainly can make a difference.*

- c) In-house safety: All groups required safe structures for persons, such as special rooms, viewing cameras, closed units, and safe materials.

*Isabella, (professional): A room in which there is no object with which patients can harm themselves, so I can remain in the room until they calm down.*

*Jack, (person with mental health problem): Cameras are fine but it's not enough... It was routine for security personnel to make rounds during the day, and we didn't see it as if they were checking on something specific. It was just one way of seeing more surveillance.*

## 6) Physical resources and materials

Participants mentioned the need to have an adequate physical area to develop suggested activities (lounges, gymnasium, etc.), enabling safe individualised care. Another suggestion is to personalise the areas according to needs, such as placing movable decoration or adjusting the areas according to the symptoms of the person with mental health problems (“comfort room”, time-out rooms, psychiatric intensive care units (PICU)), performing care according to severity areas.

*Jessica. (professional): We need more lounges because, at times, not everybody wants to participate in the activities, and we must accept this. So, if people don't want to participate in relaxation, they can stay in another lounge.*

*Lily. (professional): A time-out room where they can vent, a place where they can let off steam because the ward is like a cage, and humans are like animals; when they're caged, they become more nervous, more aggressive.*

## DISCUSSION

In the literature, there are several definitions and concepts referring to humanised care (Bermejo, 2014; Busch et al., 2019; Sanz-Osorio et al., 2022; Zarco, 2015; Zarco J. et al., 2020; Zarco Rodríguez et al., 2017). Based on the participants’ reflections, this study proposes the first definition of HC focused on the acute psychiatric unit.

Among the specificities of mental health, the experience during the admission process is emphasized in terms of the mental health problems subsequent follow-up and the person’s insertion into society. Both humanised care and how the person is treated can affect the health-illness continuum, impacting the clinical stabilization of person with mental health problems, improving perceived satisfaction of care, thereby optimizing therapeutic and pharmacological adherence, and decreasing the risk of relapse (Goula et al., 2021; Priebe S. & Miglietta E., 2019).

In his theory of humane nursing care, Jean Watson (Watson J, 2008) also emphasises this concept of the continuum of care and the participation of users in their life process, which this study also highlights.

It is the care of the person, encompassing their life moment and experiences. It is the ability of the health system to equip nursing professionals with the necessary tools to provide the person and their carers with "quality care", based on scientific evidence. At the same time, "comfort care", based on humane treatment, regardless of the person's clinical symptomatology.

In this sense, this research shows how humanising care gives meaning to the work of the mental health nurse by promoting emotional management, teamwork, self-confidence and team safety.

The strategic initiatives defined to implement humanising initiatives can be related to results obtained by different authors, who have highlighted them sporadically. However, this study brings these initiatives together through the participants' accounts.

Organizational culture is crucial in the staff-to-person ratio, the profile of hired professionals, their formal training, interprofessional communication, teamwork, group cohesion, continuity of care, and the institutional perspective of stigma. It has been defined by other authors as the organization's working conditions and teamwork (Busch et al., 2019; Knutson et al., 2013; McAllister & McCrae, 2017; Sanz-Osorio et al., 2022). It has also been approached from the concept of individualised care and decreasing the use of physical restraints (Beviá Febrer et al., 2017; O'Nan et al., 2014; Sanz-Osorio et al., 2019; Sashidharan et al., 2019; World Health Organization, 2019).

Individualised care, the therapeutic relationship, bond, and communication are key in providing necessary information to empower the person and caregiver (Moreno-Poyato A.R et al., 2016; Sharma & Gupta, 2022; Tolosa-Merlos et al., 2023), thereby aiding in decreasing the use of physical restraints (Hallett et al., 2014; Knox & Holloman, 2012; Kool et al., 2014).

In terms of reviewing and updating norms, procedures, and activities according to staff coherence and adjusting to current times, the works of authors such as (Goulet & Larue, 2017; Montes JM et al., 2019; Salzman-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014) highlight how differences in opinion among professionals regarding compliance with the norms result, on the one hand, in internal staff conflicts, making teamwork difficult, and on the other, these promote comparisons among person with mental health problems, increasing the perceived risk of unfair treatment and consequently, the risk of aggressiveness.

Mentioned in the verbatim accounts of participants, the sense of safety and protection of persons and staff refers to error prevention, feeling safe in case of aggressive behaviours, and in-house safety. Other authors also identify safety as a significant issue (Beckett et al., 2013; McAllister et al., 2019; McKenna et al., 2014; Terkelsen & Larsen, 2014; Thomson et al., 2019), including the importance of safety and feeling safe (Knutson et al., 2013; Pitkänen et al., 2011).

How a professional's fear of aggressiveness can increase the use of physical restraints is determined (Hilton et al., 2017; Odes et al., 2020; Pelto-Piri et al., 2020; Rosenthal L. et al., 2018; Salzman-Erikson & Söderqvist, 2017; Schroeder, 2013), impacting burnout and staff departures (Haugvaldstad & Husum, 2016; Renwick et al., 2018; Schablon et al., 2018; Stewart et al., 2015).

In this study, we assess that fear is inversely proportional to a professional's trust in the team's response. The better teamwork and communication the more trust and group cohesion. The staff

feels safer and therefore less afraid. This decreases the use of physical restraints, optimizing HC, which in turn results in improved teamwork (see Figure 3).

The availability of a healthy environment with sufficient material resources appears to be essential for HC, requiring care areas in terms of the symptoms (comfort rooms, sensory rooms, PICUs, or care zoning) (Lee et al., 2013; Mullen et al., 2013; Salzmänn-Erikson & Söderqvist, 2017; Smith & Jones, 2013; Voskes et al., 2021).

Unlike other studies published on this subject, which view HC at acute psychiatric units as lineal and structural, this research advocates cohesion of the values and strategic initiatives mentioned, in such a way that all of them are interconnected. Without that interconnection, HC would be non-existent as each line acquires full meaning only if connected to the others.

### **STUDY LIMITATIONS AND STRENGTHS**

The COVID-19 pandemic conditioned participation, as there were people who refused to participate for fear of getting infected. Another limitation is the low acceptance of interviews by participants. Although more professionals, persons and carers were invited to participate, only three accepted. This limitation may be due to various factors, such as time constraints, or availability. Furthermore, it is relevant to mention the limitations inherent to the focus group approach. Although this method was chosen to obtain a broader and enriched understanding of participants' experiences and perspectives, it is important to acknowledge that group dynamics can influence responses and limit individual expression of ideas and opinions.

One of the strengths of this study is the active participation of persons with mental health problems and their carers, their opinion is valued, and they are involved in planning their care. At the same time, collaboration and coordination between different mental health professionals is encouraged, to provide holistic care and address the various dimensions of person well-being.

### **CONCLUSIONS**

HC at the acute psychiatric units refers to individualised, ethical, quality, and safe care, which empowers the person and carers involving them in their health process and enabling them to resist the mental health stigma.

Aspects such as a therapeutic relationship, bond, and communication through empathy, assertiveness, adaptation, and respect for the individual are identified as key elements. Formal training, teamwork, and effective communication are required.

The person's experience in the admission process to the acute psychiatric unit, which will prevail throughout their vital experience, is a determining factor for therapeutical compliance.

Six values and 6 strategic initiatives are identified, all of which are interconnected. Without this interconnection, HC would not be possible.

## FUNDING

This study has not received external fundings.

## REFERENCES

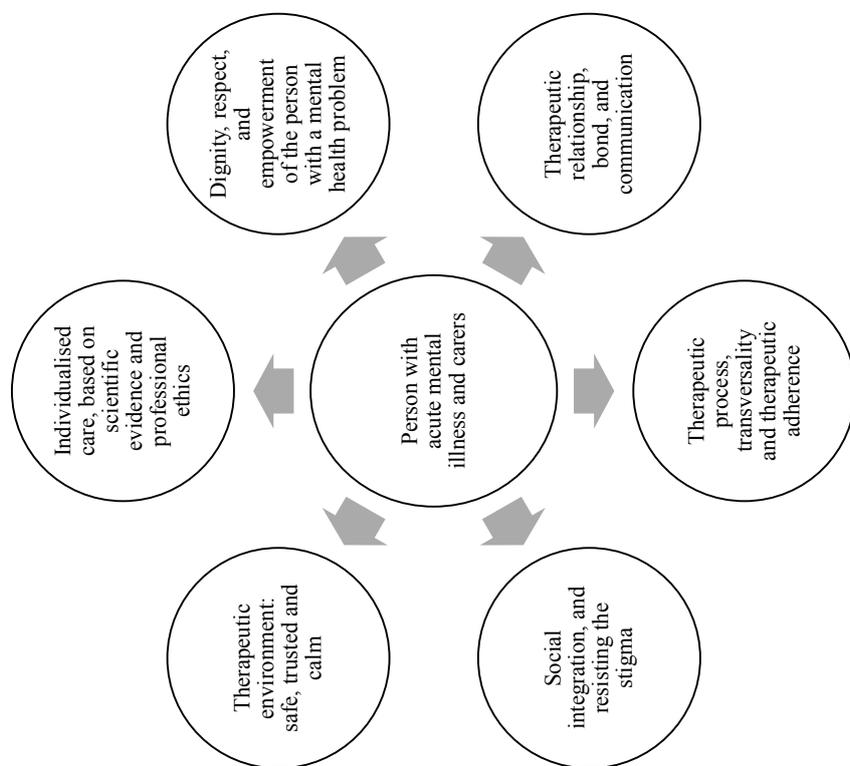
- Beckett, P., Field, J., Molloy, L., Yu, N., Holmes, D., & Pile, E. (2013). Practice what you preach: Developing person-centred culture in inpatient mental health settings through strengths-based, transformational leadership. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(8), 595–601. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.790524>
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. (Generalitat de Catalunya, Ed.). Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol). [www.idiapjgol.org](http://www.idiapjgol.org)
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia Sanitaria* (Desclée De Brouwer, Ed.; 2ª). Beviá Febrer, B., Bono del Trigo, A., Inchauspe Aróstegui, J. A., Valverde Eizaguirre, M., Leal Rubio, J., Santos Urbaneja, F., Roig Salas, A., Díez Fernandez, M. E., Nocete Navarro, L., Carballeira Carrera, L., López Álvarez, I., Cocho Santalla, C., Fernández Liria, A., Velasco Sánchez, R., Ibañez Rojo, V., & Gómez Beneyto, M. (2017). *AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Cuadernos Técnicos*, 20 (No. 20). <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te%CC%81cnico-20-Coercio%CC%81n.pdf>
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. In *Patient* (Vol. 12, pp. 461–474). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research (3rd ed.): Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452230153>
- Glaser BG, & Strauss AL. (2017). *The discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research*. Routledge.
- Goula, A., Margetis, E., Stamouli, M.-A., Latsou, D., & Gkioka, V. (2021). Differences of mentally ill patients' satisfaction degree during their involuntary or voluntary stay in a psychiatric clinic. *Journal of Public Health Research*, 10(2052), 1–9.
- Goulet, M.-H., & Larue, C. (2017). A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clinical Nursing Research*, 1–18. <https://doi.org/10.1177/1054773817713177>
- Guest, G., MacQueen, K., & Namey, E. (2014). Applied Thematic Analysis. In *Applied Thematic Analysis*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483384436>

- Hallett, N., Huber, J. W., & Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior, 19*, 502–514. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.009>
- Haugvaldstad, M. J., & Husum, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry, 49*, 130–137. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>
- Hilton, N. Z., Ham, E., & Dretzkat, A. (2017). Psychiatric Hospital Workers' Exposure to Disturbing Patient Behavior and its Relation to Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms. *Canadian Journal of Nursing Research, 49*(3), 118–126.
- Knox, D. K., & Holloman, G. H. (2012). Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation. Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA seclusion and restraint workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine, 13*(1), 35–40. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>
- Knutson, M. B., Newberry, S., & Schaper, A. (2013). Recovery Education: A tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*(10), 874–881. <https://doi.org/10.1111/jpm.12043>
- Kool, N., van Meijel, B., Koekkoek, B., van der Bijl, J., & Kerkhof, A. (2014). Improving communication and practical skills in working with inpatients who self-harm: A pre-test/post-test study of the effects of a training programme. *BMC Psychiatry, 14*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-64>
- Lee, S., Hollander, Y., Scarff, L., Dube, R., Keppich-Arnold, S., & Stafrace, S. (2013). Demonstrating the impact and model of care of a Statewide psychiatric intensive care service. *Australasian Psychiatry, 21*(5), 466–471. <https://doi.org/10.1177/1039856213497525>
- McAllister, S., & McCrae, N. (2017). The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 24*(7), 491–502. <https://doi.org/10.1111/jpm.12389>
- McAllister, S., Robert, G., Tsianakas, V., & McCrae, N. (2019). Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 93, pp. 106–118). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.013>
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., & Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: An exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(7), 526–532. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.890684>
- Montes JM, Reneses B, Pérez J., del Álamo C, Blanco N, Gómez D, Alberdi I, Carrasco JL, Carretero J, Rivera A., Saiz D., Garcia-Albea J., Correas J., Díaz M., Graell M., Moreno D., & Ruiz S. (2019). *Humanización de la asistencia en las unidades de hospitalización psiquiátrica breve*. Sociedad de Psiquiatría de Madrid. <https://www.aesme.org/wp-content/uploads/2020/01/Humanizaci%C3%B3n-de-la-asistencia-en-las-Unidades-de-Hospitalizaci%C3%B3n-Psiqui%C3%A1trica-breve.pdf>
- Moon, K., Brewer, T. D., Januchowski-Hartley, S. R., Adams, V. M., & Blackman, D. A. (2016). A guideline to improve qualitative social science publishing in ecology and conservation journals. *Ecology and Society, 21*(3). <https://doi.org/10.5751/ES-08663-210317>
- Moreno-Poyato A.R, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P., Suárez-Pérez R., Aceña-Domínguez R., Carreras-Salvador R., Leyva-Moral JM., Lluch-Canut T., & Roldan-Merino JF. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs, 30*(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Mullen, A., Drinkwater, V., & Lewin, T. J. (2013). Care zoning in a psychiatric intensive care unit: Strengthening ongoing clinical risk assessment. *Journal of Clinical Nursing, 23*, 731–743. <https://doi.org/10.1111/jocn.12493>

- Odes, R., Chapman, S., Harrison, R., Ackerman, S., & Hong, O. S. (2020). Frequency of violence towards healthcare workers in the United States' inpatient psychiatric hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(1), 27–46. <https://doi.org/10.1111/inm.12812>
- O'Nan, C. L., Jenkins, K., Morgan, L. A., Adams, T., & Davis, B. A. (2014). Evaluation of Duffy's Quality Caring Model© on Patients' Perceptions of Nurse Caring in a Community Hospital. *International Journal of Human Caring, 18*(1), 27–34. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.18.1.27>
- Pelto-Piri, V., Warg, L. E., & Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: A critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research, 20*(362), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05239-w>
- Pitkänen, A., Hätönen, H., Kollanen, M., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2011). Nurses' Perceptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards. *Perspectives in Psychiatric Care, 47*(4), 167–175. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00284.x>
- Priebe S., & Miglietta E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry, 18*(1), 30–31. <https://doi.org/10.1002/wps.20586>
- Renwick, L., Lavelle, M., James, K., Stewart, D., Richardson, M., & Bowers, L. (2018). The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(1), 268–277. <https://doi.org/10.1111/inm.12530>
- Rosenthal L., Byerly A, Taylor A., & Martinovich Z. (2018). Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers. *Psychosomatics, 59*(3), 584–590. <https://doi.org/10.1016/j.jses.2017.08.002>
- Salzmann-Erikson, M., & Söderqvist, C. (2017). Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing, 38*(7), 540–548. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1299265>
- Sanz-Orsorio, M. T., Jiménez Ordóñez, M., Rey Santiso, M., Serrano-Blanco, A., Tiñena Amorós, M., Viñals Muela, O., & Ángel Escobar-Bravo, M. (2019). Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero. *Annals de Medicina, 102*(4), 163–167. [https://annals.academia.cat/view\\_document.php?tpd=2&i=14130](https://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=14130)
- Sanz-Orsorio, M. T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2022). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 30*(2): 162-181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., & Steinke, S. (2018). Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany—A survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(1274), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>
- Schroeder, R. (2013). The Seriously Mentally Ill Older Adult: Perceptions of the Patient-Provider Relationship. *Perspectives in Psychiatric Care, 49*(1), 30–40. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00338.x>
- Sharma, N., & Gupta, V. (2022). *Therapeutic Communication*. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls. [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22therapeutic+communication%22+and+psychiatry&filter=datasearch.y\\_10](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=%22therapeutic+communication%22+and+psychiatry&filter=datasearch.y_10)
- Smith, S., & Jones, J. (2013). Use of a sensory room on an intensive care unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 52*(5), 23–30. <https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-06>
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S., & Bowers, L. (2015). Thematic analysis

- of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90. <https://doi.org/10.1111/inm.12107>
- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2014). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*, 23(3), 1–10. <https://doi.org/10.1177/0969733014564104>
- Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Caring for the Entire Unit Psychiatric Nurses' Use of Awareness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 57(9), 17–23.
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 253–263. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Voskes, Y., van Melle, A. L., Widdershoven, G. A. M., Mierlo, V., Bovenberg, F. J. M., & Mulder, C. L. (2021). High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Global Mental Health Reforms*, 1–3. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800440>
- Watson J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Rev). University Press of Colorado. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=290774>.
- World Health Organization. (2019). *Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide*. WHO. <http://apps.who.int/bookorders>.
- Zarco, J. (2015). *FUNDACIÓN HUMANS*. Fundación Humans. <https://fundacionhumans.com/> Zarco J., Arango C., Crespo A, de Las Heras E, Mayoral F, Grande I, Romo J., Carretero J, Diaz M, González M.A, Balanza V, & Gasull V. (2020). *Humanización en Salud Mental* (Fundación Humans, Sociedad Española de Psiquiatría, & Lundbeck, Eds.; 1ª). 2020. <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>
- Zarco Rodríguez, J., Ruiz B, Barragán B, Ancochea J, & Franco A. (2017). *Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España*. Fundación Humans. <https://fundacionhumans.com/analisis-de-la-situacion-de-los-aspectos-humanisticos-de-la-atencion-sanitaria-en-espana/>

Figure 1: Definition of humanisation



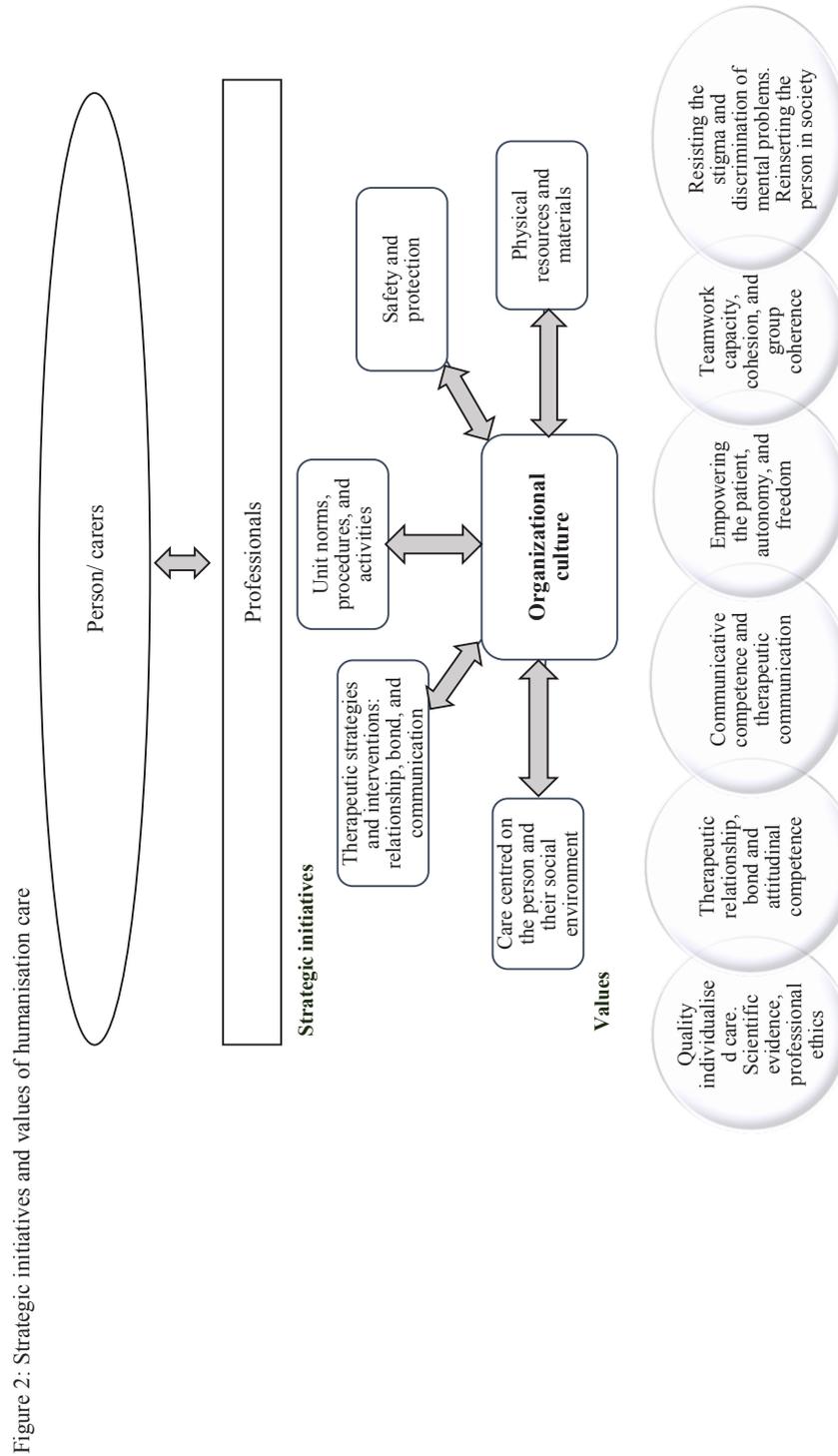
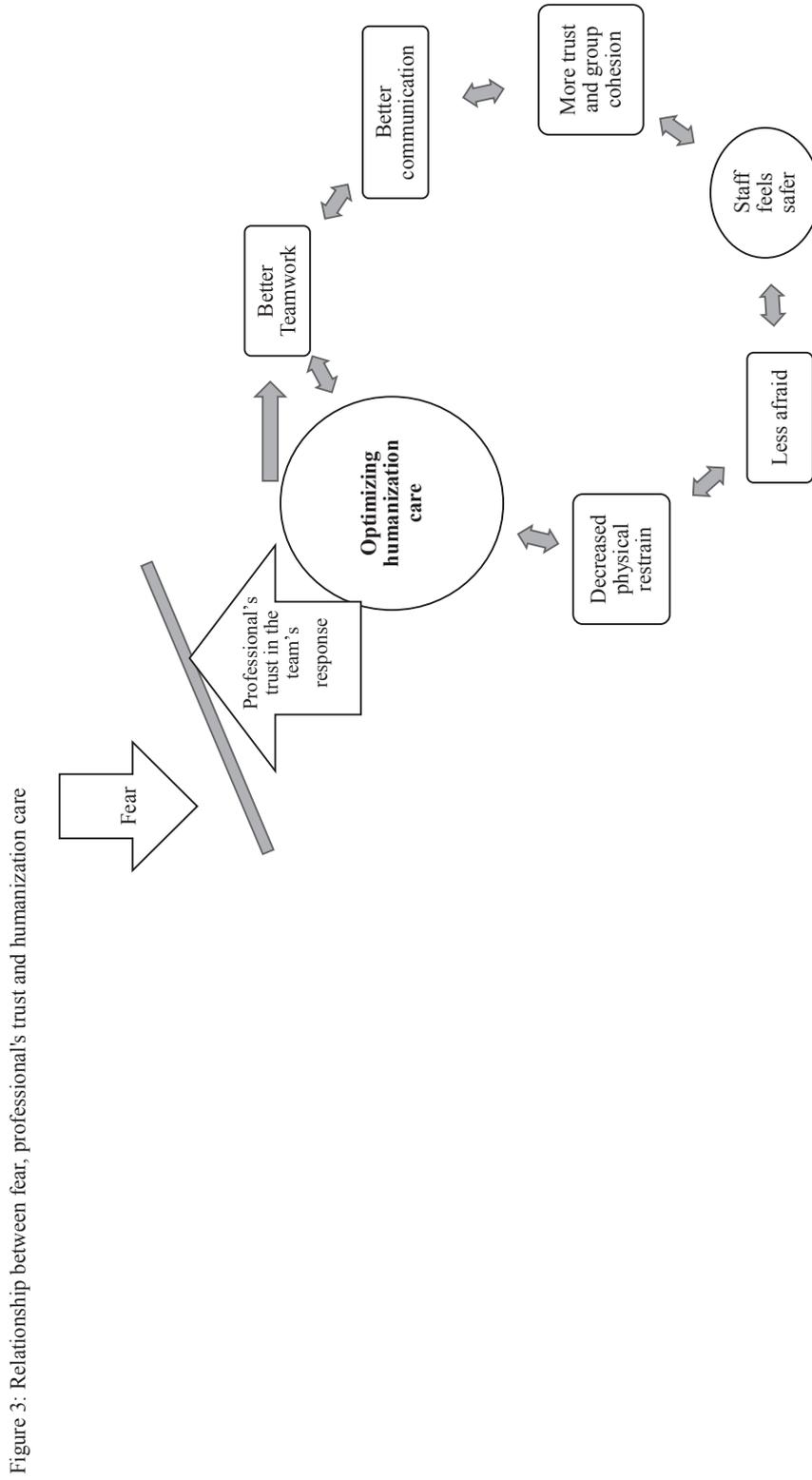


Figure 2: Strategic initiatives and values of humanisation care



## ARTÍCULO 6

Por último, se presenta el sexto artículo, titulado «*Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero*», y publicado en la revista *Annals de Medicina*, como ejemplo de una de las intervenciones indicadas para avanzar en la humanización asistencial de las UHAP, como sería la reducción de la contención mecánica.

El listado de autores es: M. Teresa Sanz-Osorio, Marisa Jiménez Ordóñez, Mónica Rey Santiso, Antoni Serrano-Blanco, Montserrat Tiñena Amorós, Olga Viñals Muela, Miguel Ángel Escobar-Bravo.

Roda contínua de formació i consens. SEGURETAT DEL PACIENT

### Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero

**M. Teresa Sanz-Osorio<sup>1</sup>, Marisa Jiménez Ordóñez<sup>2</sup>, Mónica Rey Santiso<sup>3</sup>, Antoni Serrano-Blanco<sup>4</sup>, Montserrat Tiñena Amorós<sup>5</sup>, Olga Viñals Muela<sup>6</sup>, Miguel Ángel Escobar-Bravo<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>Ambit d'Atenció a la Salut Mental. Consorci Sanitari de Terrassa; <sup>2</sup>Servei de Promoció de la Qualitat i la Bioètica. Departament de Salut de Catalunya; <sup>3</sup>Consorci Sanitari Integral Hospital Dos de Maig; <sup>4</sup>Parc Sanitari Sant Joan de Déu. CIBERESP; <sup>5</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron; <sup>6</sup>Antic Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Centre Sociosanitari (CSDM). <sup>7</sup>Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

#### Introducció

Actualment estem assistint a un canvi en la sensibilització, tant dels professionals com de la societat en general, per promoure estratègies que redueixin al màxim l'ús de les mesures de restricció física i desenvolupar estratègies preventives i/o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero.

Per mesures de restricció física s'entén "qualsevol acció o procediment que impedeix el moviment lliure d'una persona a una posició de la seva elecció i/o l'accés normal al seu cos mitjançant qualsevol mètode adjacent o subjecte al cos de la persona que no pot controlar o retirar-se fàcilment"<sup>1</sup>.

que cal prioritzar la seguretat i la dignitat del pacient en aquest procés de canvi.

Aquestes experiències han demostrat que és un camí viable que millora molts aspectes assistencials clau com l'entorn, l'equipament, els recursos i la cultura de les institucions respecte a l'atenció al pacient, i que disminueix les complicacions i els riscos potencials.

Per aquest motiu, des del Departament de Salut, dins de la línia 8 del Pla de salut de Catalunya 2016-2020: *Gestió de l'excel·lència i la seguretat*<sup>3</sup> s'han desenvolupat accions que contribueixen a millorar la seguretat del pacient. Una d'aquestes accions ha sigut la creació del grup de treball "Contenció Zero" el 2016, constituït per experts sanitaris

### **Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: Avançant cap a la contenció mecànica Zero**

Sanz-Osorio M<sup>a</sup> Teresa<sup>1</sup>; Jiménez Ordoñez Marisa<sup>2</sup>; Rey Santiso Mónica<sup>3</sup>; Serrano-Blanco Antoni<sup>4</sup>; Tiñena Amorós Montserrat<sup>5</sup>; Viñals Muela Olga<sup>6</sup>, Escobar-Bravo Miguel Angel<sup>7</sup>.

1 Àmbit d'atenció a la Salut Mental, Consorci Sanitari de Terrassa. 2 Departament de Salut de Catalunya. Seguretat dels pacients. 3 Consorci Sanitari Integral Hospital del Dos de Maig. 4 Parc Sanitari Sant Joan de Déu; CIBERESP. 5 Hospital Universitari Vall d'Hebron. 6 Antic Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, Centre Sociosanitari (CSdM). 7 Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

**Correspondència:** M<sup>a</sup> Teresa Sanz Osorio, Consorci Sanitari de Terrassa, Carretera Torrebónica S/N. Planta 7<sup>a</sup> Dreta. Àmbit d'Atenció a la Salut Mental. 93-7003600 extensió 7006. [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat)

## Introducció

Actualment estem assistint a un canvi en la sensibilització, tant dels professionals com de la societat en general, per promoure estratègies que redueixen al màxim l'ús de les mesures de restricció física, i desenvolupar estratègies preventives i/o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero, entenent les mesures de restricció física com *qualsevol acció o procediment que impedeix el moviment lliure d'una persona a una posició de la seva elecció i/o l'accés normal al seu cos mitjançant qualsevol mètode adjacent o subjecte al cos de la persona que no pot controlar o retirar-se fàcilment* <sup>(1)</sup>.

Les mesures de restricció, sempre s'han justificat *en pro* de la seguretat del pacient, però la realitat ens demostra que no existeixen proves sòlides sobre la seva eficàcia ni seguretat, ni que evitin els problemes per als quals s'han utilitzat més sovint. De fet, nombrosos estudis continuen associant les contencions mecàniques amb resultats negatius per als pacients i amb un augment de l'ús de serveis i costos <sup>(2)</sup>. A més, és indiscutible que les mesures restrictives en general, i les contencions mecàniques en particular, són una mesura que afecta els drets i principis bàsics de la persona, sigui aquesta conscient o no.

Malgrat tot, la seva utilització segueix essent una pràctica utilitzada en molts àmbits de la sanitat, inclosa l'atenció domiciliaria. No obstant, actualment, hi han iniciatives que comencen a descriure experiències exitoses lliures de contenció mecànica, com exemple, podem citar la “*Fundació Maria Wolff*” i “*Norma Libera-Care*” a l'àmbit de la geriatria o el “*Projecte HU-CI*”, per la humanització de les unitats de cures intensives que promouen la disminució o retirada de contencions sempre tenint en compte que cal prioritzar la seguretat i la dignitat del pacient en aquest procés de canvi.

Aquestes experiències han demostrat que és un camí viable, millorant molts aspectes assistencials claus com l'entorn, l'equipament, els recursos i la cultura de les institucions respecte a l'atenció al pacient que disminueixin les complicacions i els riscos potencials.

Per aquest motiu, des del Departament de Salut, dins de la Línia 8 del *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020: Gestió de la l'excel·lència i la seguretat* <sup>(3)</sup>, s'han desenvolupat accions que contribueixen a millorar la Seguretat del Pacient. Una d'aquestes accions ha sigut la creació del grup de treball “Contenció Zero” al 2016, constituït per experts sanitaris, metges i infermers de diferents àmbits assistencials de diversos centres hospitalaris de Catalunya amb l'objectiu de garantir la màxima qualitat dels serveis sanitaris mitjançant el desenvolupament d'una pràctica assistencial segura avançant cap a la contenció mecànica zero. Aquesta

iniciativa s'alinea amb la resolució 314/XI del 13 d'octubre de 2016 del Parlament de Catalunya<sup>(4)</sup> que insta a *l'elaboració d'un protocol obligatori i comú per a tots els centres sanitaris de Catalunya –públics, privats i concertats– en què es regulin i s'estableixin la justificació, les normes, els materials homologats, el procediment i l'avaluació posterior que cal seguir en els casos de contenció mecànica o immobilització de pacients o interns, als centres geriàtrics, sociosanitaris, centres residencials d'acció educativa (CRAE) i centres sanitaris, i a tots els centres que acullin persones amb discapacitat intel·lectual.*

En aquest article es presenta el treball portat a terme pel Grup Contenció Zero del Departament de Salut de Catalunya.

### **Metodologia**

Es constitueix el grup de treball "Contenció Zero" el juny de 2016, format per 19 membres, experts sanitaris, metges i infermers de diferents àmbits assistencials (geriatria, intensius, salut mental, sociosanitari, etc.) de diversos centres hospitalaris de Catalunya, que es comprometen a treballar amb reunions presencials mensuals i ho combinen amb treball online, fins a finalitzar l'elaboració del document, al desembre de 2018.

Es va revisar la literatura científica mitjançant cerques bibliogràfiques en les principals bases de dades biomèdiques (Medline, SciELO, Cochrane i National Institute for Health and Care Excellence, entre d'altres) en relació a la freqüència d'ús de les mesures restrictives en adults, i les estratègies emprades per evitar la seva utilització. Es van compartir protocols i manuals de procediments tant de les institucions participants com altres disponibles. Posteriorment es va avaluar la informació trobada i es va aportar l'experiència clínica del grup de treball junt amb la d'experts nacionals, fins a arribar al consens. També es va reunir amb integrants d'ActivaMent Catalunya Associació (*Col·lectiu Actiu de Persones amb l'Experiència del Trastorn Mental en primera persona*).

### **Població diana:**

S'adreça a l'atenció d'usuaris majors de 18 anys, que requereixen atenció hospitalària, comunitària o sociosanitària i presentin algunes d'aquestes situacions clíniques:

- Agitació: estat de marcada excitació mental acompanyada d'un augment inadequat de l'activitat motora, en grau variable, des d'una mínima inquietud fins moviments descoordinats sense finalitat determinada <sup>(5)</sup>. L'agitació es pot classificar en *lleu*, definit com un estat d'ansietat amb irritabilitat, *moderada* com a subagitació o agitació

sense violència física, i *greu* com aquella que comporta agressivitat manifesta contra persones o objectes <sup>(5)</sup>.

- Desorganització de la conducta amb potencial risc per la seguretat: conductes estranyes o fora de context que posin en risc la integritat física, la vida, la continuïtat assistencial o les mesures terapèutiques (arrencament de vies, sondes, respiradors...) (1,2)
- Postura física no ergonòmica: incapacitat de mantenir el cos en una postura ergonòmica correcta per evitar el lliscament, la rotació articular o la limitació de la capacitat respiratòria i la relació amb l'entorn. Tot i que hi ha diferents entitats que no contemplen els mecanismes habituals de correcció postural com a contenció mecànica, el fet de que el material emprat sigui similar o, fins i tot, de vegades el mateix, fa que el grup de treball hagi considerat necessari mencionar-les per a tenir en compte les potencials complicacions i riscos per la persona que les requereix.

## Resultats

Elaboració d'un document, basat en l'evidència científica i en les darreres publicacions, així com el consens dels participants del grup i d'altres experts consultats, on es poden trobar un conjunt de recomanacions de caràcter pràctic i que consta dels següents punts: aspectes ètics; objectius; epidemiologia; població diana; definicions i tipus de contencions; mesures de prevenció; actuacions en cas d'agitació; indicació; aplicació de contencions; conseqüències negatives de les contencions; normativa legal i indicadors d'avaluació.

El document dona recomanacions dirigides a reduir al màxim l'ús de les mesures de restricció física i desenvolupar estratègies preventives i/o alternatives que permetin assolir l'objectiu de contenció zero. Són mesures estructurals, funcionals i organitzatives, dissenyades per a evitar l'inici o exacerbació dels episodis d'agitació i/o desorganització conductual, i específiques en funció de les característiques dels pacients atesos (cures intensives, psiquiatria, centres residencials, centres socio-sanitaris, etc.).

A continuació, es destaquen els següents aspectes:

- **Definicions i tipus de contencions:**

El grup va definir la contenció com: *Conjunt de mesures psicològiques, ambientals, farmacològiques, físiques i mecàniques, que s'apliquen sobre un individu en situació de risc per la seguretat amb l'objectiu de modificar la conducta i/o postura, reduint els riscos derivats de l'alteració de la mateixa.*

*Aquestes mesures, poden ser no-restrictives o restrictives (comportant una restricció de moviments i/o llibertat de desplaçament.*

A la taula 1 se especifica quines actuacions corresponen a una o altre mesura. Entre les no-restrictives, destaca la tècnica de la desescalada <sup>(6)</sup> definida com la intervenció verbal que pretén la recuperació de l'autocontrol per part del pacient i la seva màxima col·laboració en la resolució de l'episodi d'agitació (Taula 2), el maneig ambiental i el tractament farmacològic sense intenció sedativa amb l'únic objectiu de tranquil·litzar al pacient (Taula 3).

Entre les mesures restrictives, es defineixen l'ingrés involuntari, l'aïllament, el tractament farmacològic amb intenció sedativa i, per últim les mesures restrictives físiques que limiten els moviments de la persona a fi de controlar les seves activitats físiques: subjecció física, restricció mecànica i contenció mecànica.

- **Mesures de prevenció:**

Per disminuir l'ús de contencions mecàniques, és necessari implementar de forma sistemàtica accions destinades a disminuir la incidència i gravetat dels episodis que provoquin el seu ús. Identifiquem *les mesures de prevenció estàtiques*, relacionades amb l'entorn hospitalari, i les *dinàmiques*, enteses com el conjunt de mesures que pertanyen a pràctiques terapèutiques habituals i que s'activen selectivament en situacions de risc o d'agitació manifesta. Cadascuna d'elles es divideixen en subgrups (Taula 4).

Aquestes mesures estan dissenyades de forma genèrica, amb la finalitat de que cada dispositiu assistencial, en funció de les característiques pròpies dels usuaris atesos, seleccioni les més adients (exemple: unitats de cures intensives, psiquiàtriques, centres residencials, centres sociosanitaris, etc.).

## **Conclusions**

La disminució o retirada de contencions mecàniques és un camí viable, que precisarà d'una evolució i adequació del sistema sanitari, centrant-nos en la prevenció i millorant els aspectes assistencials claus en l'atenció al pacient. A tal efecte es posa a disposició dels professionals sanitaris de Catalunya un document de consens sobre la Contenció Mecànica Zero per disminuir i, en la mesura del possible, evitar la utilització de dispositius de contenció mecànica mitjançant l'aplicació de mesures de prevenció per a evitar l'inici, exacerbació i/o

conseqüències negatives dels episodis d'agitació i/o desorganització conductual prioritzant la dignitat i seguretat dels pacients.

### **Agraïments**

A la resta dels membres del grup de treball de Contenció Zero del Departament de Salut (en ordre alfabètic): Luis Mariano Barrancos Simal, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Núria Bosch Ros, Hospital Santa Caterina-Institut d'Assistència Sanitària; Ester Castan Campanera, Hospital Universitari Arnau de Vilanova i Hospital de Santa Maria; M<sup>a</sup> Alba Comellas Padró, Fundació Althaia de Manresa; Sandra Escobar Jorqueras, Hospital de Viladecans; M<sup>a</sup> del Mar Fernández Adarve, Centre Sociosanitari Bernat Jaume. Edurne Justo Nevado, Consorci Sanitari del Garraf; Clara Llubià Maristany, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol; Alex Marieges Gordo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Lydia Martin Gonzalez, Hospital de Viladecans; David Pérez de Garcia, Hospital Plató; Silvana Piñeiro Bottinelly, Hospital Plató; Gabriel Pulido Moreno, Hospital Benito Menni. Germanes Hospitalàries; Teresa Roige Cortadelles, Consorci Sanitari Integral. Hosp. Dos de Maig; Manuel Sánchez Pérez, Hospital Sagrat Cor- Germanes Hospitalàries; Isabel Terron Huici, Departament de Salut.

### **Referències bibliogràfiques.**

1. Bleijlevens M.H., Wagner L.M, Capezuti E. Hamers J.P, International Physical Restraint Workgroup. Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *J Am Geriatr Soc.* 2016 Nov; 64 (11): 2307-2310. PMID: 27640335
2. Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M, Aznar Lou I, Baladón Higuera L, Gibert K, Gracia Canales A, et al. Inpatient costs of agitation and containment in an urban area. *BMC Psychiatry.* 2017 Jun 6;17(1):212.
3. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020: Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. 2016. Direcció General de Planificació en Salut. [citad el 15 d'octubre de 2018]; Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla\\_salut\\_Catalunya\\_2016\\_2020.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf)
4. XI legislatura tercer període número 242 dilluns 24 d'octubre de 2016. Resolució 314/XI del Parlament de Catalunya, 250-00325/11. Sessió 13 (13.10.2016). [citad el 15 d'octubre de 2018]; Disponible en: <https://www.parlament.cat/document/bopc/179063.pdf>
5. Rubio-Valera M, Huerta-Ramos E, Baladón L, Aznar-Lou I, Ortiz-Moreno JM, Luciano JV, et al. Qualitative study of the agitation states and their characterization, and the interventions used to attend them. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Sep;44(5):166-77.
6. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012; 13(1):17-25

**Taula 1. Tipus de Contencions**

<b>TIPUS DE CONTENCIONS</b>				
	<b>Psicològiques</b>	<b>Ambientals</b>	<b>Farmacològiques</b>	<b>Físiques</b>
<b>No restrictives</b>	Contenció verbal Desescalada	Maneig ambiental: mesures orientades a modificar les condicions ambientals durant l'ingrés.	Medicació sense intenció sedativa.	
<b>Restrictives</b>		<b>Ingrés no voluntari.</b> Té unes consideracions legals al nostre entorn que són d'obligat compliment. <b>Aïllament</b> amb porta oberta o tancada en funció dels requeriments de la persona.	Medicació amb intenció sedativa	<b>Subjecció o reducció física:</b> utilització del cos del personal sanitari per limitar els moviments de l'usuari. <b>Restricció mecànica:</b> mesures físiques que limiten el moviment sense estar lligades al cos: taules, baranes, coixins de falca... <b>Contenció mecànica:</b> mesures físiques homologades lligades al cos de l'usuari.

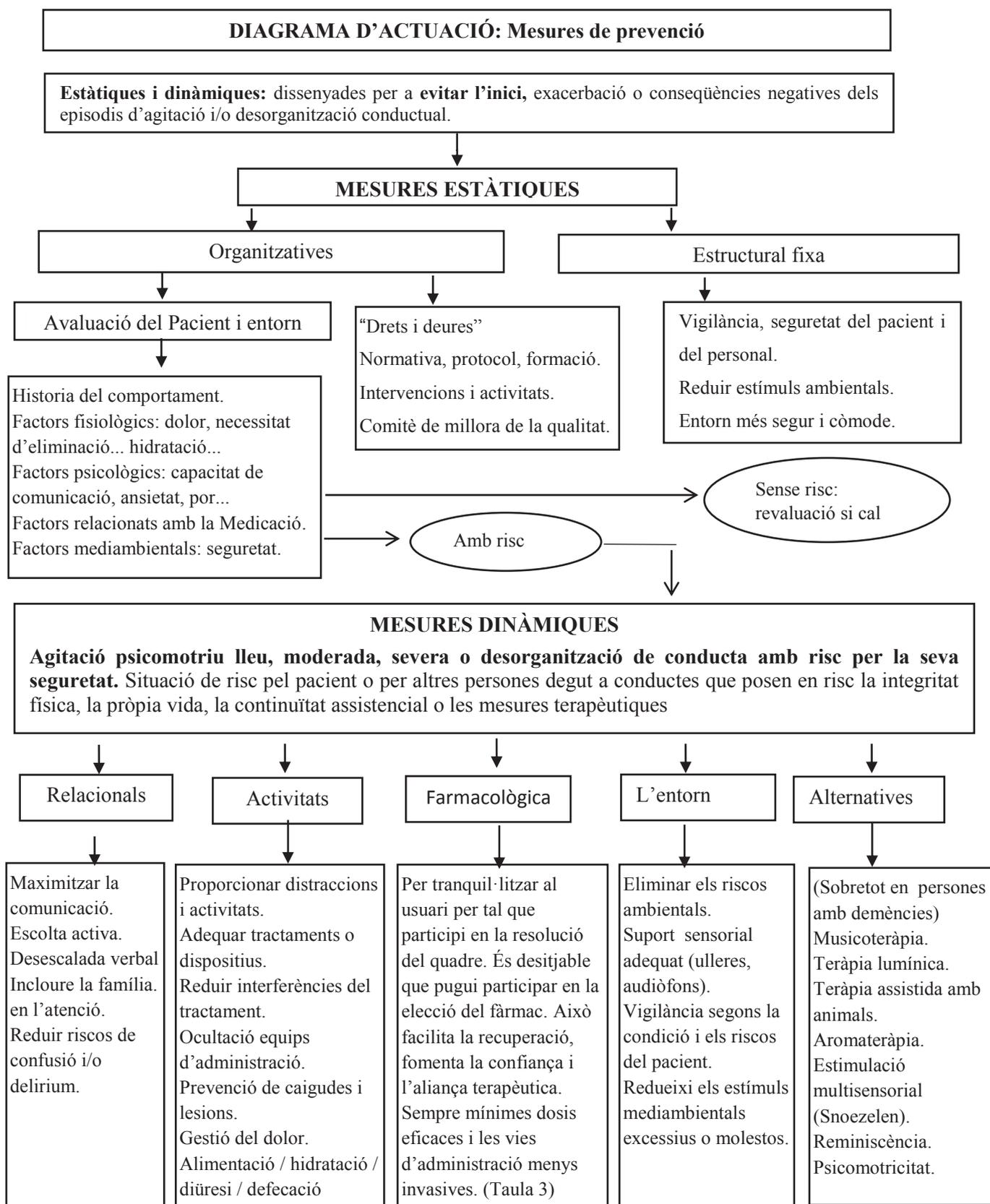
**Taula 2: Tècnica de desescalada**

<b>Tècnica de desescalada</b>	
<b>Actitud empàtica:</b>	La conducta del professional ha de facilitar el vincle terapèutic evitant les conductes que empitjorin l'estat d'agitació. La conducta verbal i no verbal han d'anar en aquesta direcció
<b>Respectar l'espai personal</b>	És recomanable respectar escrupolosament l'espai personal del pacient establint una distància de seguretat adequada a les seves necessitats.
<b>Escoltar</b>	Es important escoltar i comprovar que s'ha entès el que el usuari vol expressar. A través de l'escolta podrem identificar els motius i tenir la serenor per conduir la situació.
<b>Establir contacte verbal</b>	És imprescindible per resoldre la situació d'agitació. És recomanable l'ús de tècniques de maneig verbal com la escolta activa, la validació emocional i la assertivitat. Caldrà Establir un únic comunicador i informar de qui és, recordant en tot moment que l'equip està per mantenir-lo segur i que l'ajudarà a recuperar el control. Oferir una sortida argumental, evitar discussions.
<b>Valorar les dificultats d'atenció</b>	Es possible que la persona pugui presentar dificultats atencionals i de comprensió, per tant el llenguatge utilitzat ha de ser senzill i ens hem d'assegurar la seva comprensió. Aquesta situació s'accentua en funció de possibles malalties subjacents (deterior cognitiu, discapacitat intel·lectual, delirium, etc.).
<b>Identificar les necessitat i emocions del pacient</b>	Identificar els sentiments de por, la ràbia i/o incomprensió i ajudar a interpretar-los pot apaivagar l'angoixa i per tant la font d'agitació. Ens permetrà pensar en alternatives per una solució satisfactòria. Cal ser imaginatiu, evitar ser massa restrictius i validar les decisions quan la persona hagi triat una alternativa pactada.
<b>Arribar a un acord o "acordar un desacord"</b>	Hem de ser capaços d'arribar a un acord amb l'usuari, en cas d'arribar a un punt de desacord inamovible, mostrarem de forma calmada i sense amenaçar que estem d'acord en que no ens poden posar d'acord. Posteriorment plantejarem l'alternativa més adient i l'anunciarem abans de fer-la efectiva, i tot seguit procedirem sense donar més opcions.
<b>Establir límits</b>	Cal establir les normes i límits de forma clara per les quals s'han de regir tots els professionals, recordant els marges de convivència. La fermesa no ha de ser autoritària, s'ha d'expressar de forma comprensiva i comprensible.
<b>Acompanyar a l'interlocutor amb presència de més personal sanitari</b>	Una situació d'agitació pot requerir més personal. Aquests es presentaran amb finalitat dissuasiva. L'equip mantindrà una actitud calmada, en silenci i atents a la situació. L'objectiu de tota actuació és evitar riscos i lesions tant per l'usuari com per l'equip.
<b>Un cop resolta la situació</b>	Quan un episodi d'agitació es resol favorablement és oportú agrair al usuari la seva col·laboració i reforçar el missatge positiu d'una resolució amb èxit. Després de qualsevol intervenció involuntària amb un pacient, correspon a l'equip que va indicar i aplicar dites intervencions la restauració de la relació terapèutica. Exploreu alternatives per gestionar el comportament si tornés a ocórrer. Expliqueu com els medicaments poden ajudar a controlar-se. S'ha de tenir cura de la família del usuari. Finalment, convé parlar amb tots els professionals implicats per comprendre la situació, pensar alternatives i explicitar sentiments per millorar l'abordatge en posteriors ocasions.

**Taula 3. Aspectes relacionats amb la farmacologia**

<b>Aspectes relacionats amb la farmacologia</b>	
<b>Selecció del fàrmac</b>	<p>Valorar les característiques del pacient, així com l'eficàcia i propietats del fàrmac tranquil·litzant, farmacocinètica i seguretat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapidesa en l'inici d'acció.</li> <li>• Una durada d'acció curta.</li> <li>• Absència de metabòlits actius i d'acumulació del fàrmac.</li> <li>• Mínims efectes secundaris.</li> <li>• Escasses interaccions farmacològiques.</li> <li>• Escasses contraindicacions.</li> </ul> <p>És preferible la monoteràpia que l'ús combinat de fàrmacs per minimitzar les interaccions farmacològiques i els efectes adversos</p>
<b>Dosis</b>	<p>S'ha d'utilitzar la dosi mínima eficaç que permeti tranquil·litzar el pacient, de forma suficient per disminuir el risc de lesió, però sense reduir el nivell de consciència.</p>
<b>Durada</b>	<p>No s'han trobat evidències sobre la durada òptima del tractament. Es recomana reduir la dosi o suspendre el fàrmac un cop el pacient s'hagi estabilitzat.</p>
<b>Via d'administració</b>	<p>Sempre que sigui possible la via oral o inhalada serà la primera opció, especialment en els casos menys severes. Quan sigui rebutjada o resulti inapropiada, el fàrmac s'administrarà per via parenteral, concretament per via intramuscular. La via intravenosa només s'utilitzarà de forma excepcional i amb extrema prudència, supervisant i vigilant al pacient, en unitats especials com a una UCI.</p>

**Taula 4. Diagrama d'actuació**



## OTROS RESULTADOS

### Percepción del profesional ante la conducta agresiva de un paciente

En la presente investigación, se identificaron sentimientos de malestar y culpabilidad en algunos profesionales, ante la percepción de no haber cuidado a la persona ingresada que manifestaba conducta agresiva, como ellos hubieran deseado.

Se definieron dos categorías: los factores internos y externos. De cada uno de ellos se extrajeron subcategorías, que condicionaron la percepción de los profesionales, respecto a los episodios de agresividad sucedidos en las UAHP, y la influencia en su propia gestión emocional y, en consecuencia, en las intervenciones realizadas.

#### a. Los factores internos identificados por los profesionales fueron:

- La actitud del profesional ante las personas ingresadas en la UAHP.

Las actitudes negativas, identificadas en algunos profesionales, como la superioridad, la intolerancia, la «poca paciencia», o la falta de empatía, se percibieron como condicionantes que podían afectar negativamente a la resolución de un episodio agresivo, llegando a verse incrementada, la percepción de necesidad de utilización de medidas restrictivas, por parte de los profesionales.

*GS1-P1: Había mucho conflicto, porque recaía sobre la enfermera que estuviera ese día. Es decir, no era por protocolo (...), porque si yo, por X motivos, no quiero salir a la calle, no me apetece bajar o no lo que sea, soy la responsable de que «por mi culpa», ese día los usuarios no bajen. Depende mucho de la actitud del profesional.*

*GS4-P2: Había un chico que era porque se aburría y empezaba a hacer cosas, pero quizás en ese momento, no era el momento justo, y con un profesional que tenía menos tolerancia a ciertas cosas, terminaba contenido. A lo mejor la contención duraba 4 horas, pues 4 horas, pero se terminaba conteniendo.*

*E1: Depende del turno, los profesionales y de cómo esté la unidad. Hay cuidados que son más humanizados y otros que son más estandarizados, o por lo menos yo lo percibía así. Dependiendo de cómo se encontraba la unidad, del profesional que estuviera y de la carga de trabajo, daba más tiempo para entregarte y hacer esos cuidados más humanos o menos, y a veces el ambiente era más cargado, los profesionales peores y tenías que hacer una carga de trabajo que no te daba tiempo a pararte.*

Paralelamente, las actitudes positivas, evidenciadas a través de las habilidades comunicativas, la asertividad, el respeto a la persona, y la dignidad, facilitaron la gestión emocional del profesional, y ante una situación de crisis, podían reconducir los episodios conflictivos utilizando otras estrategias, sin recurrir a la utilización de las medidas restrictivas.

*E1: La humanización de los cuidados, desde un principio, se inicia en la relación que tenemos con el paciente, cuanto antes conoces a una persona, antes conoces cuando su conducta se está saliendo de lo normal, que él se sienta como una persona completa y no como un número es muy importante. Que cuando vuelva, otra vez a pasar por todo el proceso, que por desgracia ocurre, él sienta que es conocido. En cierto modo, se siente más cercano y todo el mundo puede llevarlo mejor. Creo que se complementan y da una visión más integral de esa persona y se puede ver tratado de una manera más humana, más individualizada.*

También se identificó la rigidez del profesional como factor importante a destacar. Ser una persona, con una forma de ser más o menos normativa, se relacionó como un posible factor de generador de conflictos, confusión y descoordinación en el equipo.

Los participantes, identificaron a los «profesionales buenos y profesionales malos». Los «buenos» eran aquellos que mantenían, de forma estricta, el cumplimiento de las normas. Mientras que los «malos», eran los que incumplían la normativa, o alteraban el funcionamiento, cediendo a las demandas de los pacientes, evitando el conflicto en su turno laboral, pero pudiéndose generar en el siguiente, y provocando problemas y discusiones entre el equipo asistencial.

*GS3-P2: Se necesita una norma clara de las cosas básicas de la unidad. Con un horario. Todo lo que es pactar la normativa que haya en algún momento, nos ayudará a la cohesión de equipo y nos ayudará a que al paciente no se le genere eso de equipo bueno y equipo malo y no se verá tanta desorganización*

*GS1-P4: Hay normas de la unidad que a veces recaen sobre el personal que hay, (...) sí que, deberíamos tener claro una serie de normas para ir todos a una. Luego ellos lo utilizan y nos lo echan en cara, (...) aclarar, porque va a ver conflicto.*

Se destacó la falta de consenso en este tema. Incluso el mismo profesional que defendía la necesidad del cumplimiento de la normativa, para evitar

el conflicto, al cabo de unos minutos, podía defender la conveniencia de la flexibilidad con la misma finalidad.

*GS1-P1: En salud mental, si hay algo que nos caracteriza es la flexibilidad que debemos tener, porque la normativa no se puede aplicar como en cualquier otra unidad.*

*GS1-P4: A veces por saltarse un poquito las normas y prestar un poco más de atención te evitas un conflicto o una contención. Si en ese momento lo puedes hacer y puedes evitar que haya conflicto, siempre lo intentamos hacer.*

*GS4-P1: Ir todos a la una. En la misma dirección, si no cada uno hace lo que quiere. El paciente y nosotros mismos no sabemos. Uno dice una cosa, otro dice otra cosa. Debemos tener una normativa y seguirla todos*

- La antigüedad del profesional y su experiencia laboral:

Los profesionales, relacionaron una mayor experiencia profesional, con peor gestión de la conducta agresiva de la persona ingresada. Se relacionaron las vivencias negativas del personal más antiguo, con mayor riesgo de baja tolerancia. Esta situación, se identificó como de riesgo, puesto que pudo condicionar la práctica asistencial de otros profesionales más noveles.

*GS2-P1: No sé, cuando yo empecé aquí, alguien me lo dijo: «siempre se ha hecho así». Y a pesar de que todos nos quejábamos, siempre lo hemos mantenido e incluso, lo hemos transmitido a los nuevos profesionales»*

*E1: Con otros profesionales, tengo sentimientos cruzados, hay profesionales que se nota mucho el desgaste del tiempo y la falta de interés y el trato no es humano. He visto cosas que mejor no haberlas visto, y he visto compañeros que se han volcado, quizás porque eran residentes y estaban menos quemados, quizás por la ilusión que tenían o por su mentalidad diferente.*

- Los sentimientos y emociones percibidas por los profesionales ante situaciones de conflicto:

Se refirieron sentimientos de culpabilidad, y la percepción de proporcionar, en ocasiones, un trato inadecuado. Se identificaron pensamientos rumiativos negativos, que perduraron en el tiempo, causando frustración y malestar.

Este hecho, se relacionó con factores como la falta de recursos humanos, la falta de comunicación, o la percepción de una actuación demasiado rápida y

descoordinada, que provocó, en ocasiones, la utilización de medidas restrictivas, valoradas por algunos profesionales, como evitables y/o inseguras.

*GS2-P2: Estar en una cama, con una contención y sufriendo, para mí esto es no sé... Yo me he ido del trabajo a veces pensando «pobre paciente, que yo me he ido a mi casa, y voy a volver mañana y él va a continuar aquí, y yo volveré pasado mañana y él va a continuar aquí»*

*E3: Una vez, con un paciente, simplemente las cosas se giraron de una manera inesperada durante una contención y a mí me supo muy mal. Realmente sentí que podíamos haberlo hecho mejor. Pero simplemente, fue tan rápida la situación. No fue como se planeó y realmente me supo mal, me sentí culpable. Yo estuve mucho tiempo hablando con el paciente. Él estuvo muy enfadado, y lo acepté. Lo acepté y lo entendí.*

Otro aspecto que resultó clave fue la percepción de miedo e inseguridad ante el paciente agresivo. Cuando el profesional, percibía riesgo, se generaban sentimientos relacionados con el miedo y la incertidumbre, que los llevaba a recurrir a la utilización de medidas restrictivas, dificultando el vínculo terapéutico, tanto con el paciente, como con sus cuidadores y/o convivientes. Se identificaron diferentes motivos de miedo. Por un lado, el miedo por el riesgo de agresión física, afectando a la seguridad de todas las personas del entorno y, por otro, el miedo a las conductas autoagresivas, afectando a la seguridad del propio paciente.

*GS3-P 1: Incluso cuando haces una reconducción, tienes la sensación de que dejas la planta sin vigilancia y piensas: «ostras, como pase algo ahora no me voy a enterar».*

*GS3-P3: Se ha descontentado a una persona para ir al baño y después casi hemos tenido una agresión, y he pensado ¿por qué yo me he de someter, o tener este riesgo cuando yo no lo he visto claro y he dicho que no? Porque si luego hay una agresión y me pegan una torta, a la que le van a hacer daño es a mí. Está claro que trabajamos, hacemos más o menos contenciones, somos conscientes, pero no me gustaría, o me parecería más violento y desagradable tener que correr este riesgo por la mala decisión de un compañero cuando yo no estaba de acuerdo.*

*E1: El miedo tiene doble sentido. Todo el mundo tiene miedo, pero en verdad que con el miedo se justifican muchas cosas, y muchas conductas que no tendrían por qué suceder (...). Los días que, en el turno, éramos*

*3 chicas y había dos pacientes en contención, psicóticos, había miedo a descontener a esa persona... porque, y si pasa algo, ¿Qué?*

- El autoconocimiento del profesional, fue percibido como un aspecto clave en la adquisición y manejo de estrategias y habilidades propias. Su deficiencia o dificultad, se identificó con aumento del miedo y con la limitación terapéutica, al carecer de la capacidad para reconducir las situaciones de riesgo.

*GS3-P1: Yo creo que estamos limitados por espacio, tiempo, personal, farmacología, pero también nos falta formación en la reconducción verbal porque como estamos limitados, en la propia reconducción decimos cosas que tú misma piensas «madre mía, como me dijeran esto a mí, sería como...»*

*E1: Una persona que está mucho tiempo trabajando, debe aprender qué situaciones te van a dar miedo y tienes que estar preparado, y qué situaciones no.*

- Por último, se valoró la pérdida del rol autónomo de la enfermera, así como la necesidad de recordarlo y potenciarlo.

Esta situación, se percibió por la administración de fármacos, como primera opción terapéutica, ante las alteraciones de las necesidades básicas, o la detección temprana de conductas de riesgo, en lugar de utilizar estrategias no farmacológicas, propias del trabajo autónomo de la enfermera.

En este sentido, se observó la priorización de la rapidez en la resolución inmediata del problema de salud identificado, o del control de la alteración conductual, transformando a las enfermeras en suministradoras de pastillas, perdiendo así la esencia propia de la enfermería.

*GS2-P3: Es como si fuera una carrera, que se cure, rápido, lo antes posible, lo mejor posible y que se vaya a su casa, si tiene que volver, ya volverá, pero lo antes posible. Y da igual como.*

*E1: Buscamos la opción más rápida, o por lo menos yo tenía esa sensación, que tirábamos de los «si precisa» más rápido, antes de pensar en si nosotros teníamos en nuestra mano, algo más que hacer. Hay veces que no, que la solución es una medicación, tampoco vamos a cambiar el mundo quitando pastillas, pero es verdad que, si a una persona le puedes ahorrar, aunque sea un triste micralax®, pero a lo mejor a esa persona cambiando a dieta con fibra va al baño bien, no al primer día,*

*pero sí al segundo. Es que es eso, yo hay veces que sentía que perdía esa característica nuestra, y vamos muy rápido al médico, para pedir que nos pautara algo, y hay veces que podemos hacer algo más. Es la percepción que yo tengo.*

**b. Factores externos identificados por los profesionales que condicionaron la percepción de la conducta agresiva de un paciente, entre ellos se destacaron:**

- La organización sanitaria y el modelo de gestión utilizado. Está condicionado por la misión, visión y valores institucionales, marcando las directrices estratégicas, la dotación económica destinada a la asistencia, la ratio y el perfil de profesionales contratados, la conciliación familiar o la sobrecarga laboral.

Según se extrajo de los grupos, ante la falta de profesionales, se limitaron las actividades y la dedicación directa a la persona ingresada, generando sentimientos de frustración y malestar.

Durante los grupos, surgió la importancia de la formación ofertada por la institución, como proveedor de los conocimientos necesarios, que garanticen que sus profesionales, ejerzan su labor basada en las directrices marcadas por la institución.

*GS3-P1: Necesitaríamos más gente en planta para tener tiempo y cuando hay una crisis pararnos a estar con él. Se podrían hacer reconducciones chulas y se quieren hacer de rato y largo, pero es que la planta y si se quieren hacer dejás el resto. Faltaría más personal*

*E2: Hay veces que es porque no podemos, no porque no queramos. Es por el tiempo. A veces tenemos un paciente más complicado y no podemos atender a los otros. En cuestión de personal también. A veces estamos más en el ordenador escribiendo o transmitiendo todo lo que pasa. Que sí, que se tiene que registrar, pero a veces perdemos más tiempo en registrar lo escrito, que estar por el paciente.*

Otro aspecto relacionado con la organización sanitaria fue el concepto de «normalización asistencial», entendiéndolo como atención «normalizada» es decir, similar al resto de unidades de hospitalización.

*GS3-P2: El tema de las normas y las restricciones, sí que tienen que ser un poco más especiales por la planta en la que estamos, pero sí que dentro de estas restricciones creo que habrá que normalizar bastante estas*

*normas con el resto del hospital, o sea ni tanto ni tan poco. Dentro de las normas, deberíamos normalizar un poco más.*

- El segundo factor identificado, fue la falta de comunicación efectiva en el entorno laboral, tanto entre el equipo asistencial, como con la persona y su núcleo de convivencia.

A nivel profesional, se relacionó la dificultad de comunicación con la falta de cohesión grupal y de trabajo en equipo, generando la percepción de gestión inadecuada de algunas situaciones conflictivas, provocando la pérdida de confianza y el incremento de la utilización de medidas restrictivas.

*GS1-P4: En el tema de las contenciones, hay discrepancias entre el personal de enfermería y el personal médico, por si se tiene que hacer una contención o no. A lo mejor ellos indican una contención mecánica que enfermería la puede evitar, es algo complicado. Falta comunicación (...). Hace poco tuvimos a un paciente que se quejaba de que no es que nosotros no trabajamos con profesionalidad, sino que hacíamos poco para que hubiera un buen equipo. Que luchábamos poco para que el equipo fuera más a la una y que se mirara más al paciente como a la persona que necesita más atención. Y ahí sí que le daba la razón, eso de ir todos a una.*

*GS3-P3: Cuando no hay cohesión de equipo, genera muchos conflictos con el paciente, y más con un paciente de los nuestros, que de base, ya son más característicos, y si encima no hay cohesión de equipo, en general hay más problemas de los que ya hay (...). Recuerdo que tuve que hacer una contención verbal de un paciente y acabó bien, pero podía haber acabado mal, cuando el paciente realmente tenía razón por algo que profesionalmente se había hecho mal. En ese momento, como profesional hice lo que tenía que hacer. No deberíamos cometer estos errores porque el paciente se pone agresivo y tiene razón, y cuando él tiene razón es un poco más complicado. Está bien que cada uno tenga su criterio, no todos lo vemos igual, pero falta cohesión de equipo. Considero que todos los que trabajamos, tengamos la categoría que tengamos, somos un equipo y en ocasiones he dicho «vale» y no he estado de acuerdo con mi compañero, y cuando no ha habido cohesión de equipo, se han generado conflictos, porque entonces pasamos de un equipo bueno a malo.*

En contraposición, en las ocasiones en las que se valoró de forma positiva la confianza en el equipo, se relacionó con sentimientos de seguridad laboral y bienestar profesional.

*E1: Lo que te da seguridad es saber que hay sanitarios abajo que van a acudir rápido si llamas. Esa es la seguridad que yo tenía muchas veces en el turno. La observación y la preparación hacen mucho, y cuando tú entras en el turno, que te den una información completa, que conozcas a los pacientes, y una cohesión de equipo, tanto del equipo de enfermería como de los médicos. La seguridad de saber que, si un paciente se empieza a agitar, tu poder ir al médico con tranquilidad y decirle «mira, no se quien se está poniendo nervioso, ¿qué herramientas tenemos?, ¿puedes ir hablar con él, le damos algo? (...) Hay veces que la contención es necesaria porque no hay otra alternativa, pero muchas veces sí la hay.*

Otro aspecto importante identificado, fue la sensación que tenían algunos profesionales, de asumir funciones que no les correspondían, sintiéndose incómodos, ante la situación generada.

*GS2-P1: Falta información. Muchas veces el equipo de enfermería, nos vemos entre la espada y la pared. Me veo que yo, tengo que estar con el paciente 7 horas, y la información que le ha dado el médico es tan escasa, que a mí me pregunta: «¿y yo qué es lo que tengo?, ¿y yo porque tengo que estar aquí?» y yo me veo que quizás es una tarea que no me corresponde, pero claro, yo tengo que estar con ese paciente 7 horas, y tengo que decidir cómo salgo de esa situación. (...) creo que ellos tienen derecho a saber qué están tomando, porque yo me pongo en su piel, y a mí no me gustaría estar ingresada en un sitio y que no me explicasen el tratamiento que tomo.*

*E2: Muchas veces no se les informa bien y somos nosotras las que vamos explicando. Creo que tienen el derecho a ser informados (...). Es como una dejadez de la atención «te ingreso, te pauto la medicación y a ver cómo funciona». Y no. También requieren una atención, y no sólo de medicamentos, sino terapéutica, de grupos, de hablar y de ser escuchados, y que te cuenten los problemas que tienen.*

Paralelamente, se identificó que la falta de comunicación entre los profesionales y la persona ingresada, condicionó la autonomía del paciente, pudiendo actuar como disparador de la conducta agresiva.

*GS3-P1: No hay autonomía ni decisión del paciente. En el hospital XXX cuando un paciente venía a urgencias, el psiquiatra les decía «¿Qué te ha ido bien?» Y era el paciente el que decía, «pues mira, ponme tal». Yo aquí esta sensación no la he tenido. Dejamos una autonomía muy limitada. «Quieres la medicación oral o pinchada», es limitada. Sí pero no. Y creo que esta falta de autonomía hace que termine en escalada y termine en contención. «Yo estoy nervioso, pero no quiero que ahora me des medicación». Y es como «bueno, es que te toca, y si no es pinchado y si no te contenemos».*

*GS3-P2: Sí, tienen autonomía, pero no, porque cuando llega por la puerta ya se le da la medicación y el paciente te dice «es que a mi esa pastilla no me va bien» y nosotras insistimos: «No, que este es el tratamiento».*

El estilo comunicativo utilizado, también se identificó como un factor que afectó a la dificultad de relación con las familias.

*GS2-P4: A nivel familiar, tenemos la sensación de que no se les implica, no se les explica bien la enfermedad, lo que está pasando en el momento, sobre todo en el ingreso, o personas que acaban de ingresar por primera vez (...) y eso repercute en más cosas. Y también nosotros en un momento dado, para determinar qué explicaciones te tocan dar*

- El último factor identificado, fue la importancia y necesidad de disponer de recursos económicos, espacio físico, y materiales necesarios y seguros, para el desarrollo del ejercicio profesional.

Su ausencia, se relacionó con el estado de los pacientes, pudiendo incluso, precipitar una agitación o, por el contrario, colaborando en el autocontrol de la persona ingresada.

*GS1-P4: El hecho de que no tengan un espacio abierto... fumadores o no fumadores, al fumador le ayuda muchísimo el poder salir y que se fumen su cigarrillo, porque evitan bastantes agitaciones, pero, aunque no sean fumadores, el hecho de poder salir, que les dé un poco el sol, o un poco el aire, siempre es algo que a mí me ha funcionado muy bien en los anteriores sitios donde he trabajado.*

*GS2-P1: Si yo pudiera cambiar cosas, cambiaría tantas... Sí que algunos pacientes tienen que estar cerrados porque si no en el minuto 1 se irían, pero para el resto es menos humano el hecho de saber que hay una puerta y que no la puede cruzar porque no le dejan (...) Los pacientes que están un*

*poquito mejor tienen mucha sensación de claustrofobia, pero teniendo claro que hay pacientes que no se puede.*

Los profesionales aseguraron que estos factores mencionados, tanto los internos como los externos, se potenciaban y eran potenciados entre sí, es decir, no actuaban de forma aislada. Además, se identificó el riesgo de que fueran perdurables en el tiempo.

### **Percepción de los cuidadores y/o convivientes sobre el ingreso y las situaciones de agresividad vividas en las UHAP**

Tras el análisis de la información de los grupos de cuidadores y/o convivientes, se identificaron dos categorías:

En primer lugar, las emociones negativas percibidas, como tristeza, impotencia, culpa, incomprensión, incertidumbre, rabia y desconsuelo. Y, en segundo lugar, el impacto que tienen estas emociones, en la experiencia vivida durante el ingreso de su ser querido en la UHAP.

#### **a. Emociones negativas percibidas por los grupos de cuidadores y/o convivientes:**

Se relacionaron con varios factores:

- Se identificó la actitud inadecuada de algunos profesionales. Por ejemplo, demostrando falta de implicación, falta de comunicación y la percepción de ser tratados con actitudes de superioridad.

*GF2-P2: Los psiquiatras se creen la mitad de lo que dicen los pacientes y las familias. No es que sean malas personas, es que no nos escuchan y si escuchan, no nos creen.*

*GF5-P3: Al final es como que el profesional está por encima, pero claro, un diagnóstico de salud mental, en muchas ocasiones te incapacita y pierdes el norte, y eso es la realidad. Es una falta de realidad compartida, y hay momentos en los que se necesita este suport. Entonces está esa posición de «como yo te he ayudado, sé cuándo lo necesitas», y cuando se está en ese momento tan inestable, tienen esta sensación de poder, que a veces tienen algunas personas.*

*GF5-P4: Yo soy madre de una muchacha que tuvo un brote psicótico y estuvo ingresada en XXX. (...) a mi hija le pusieron alguna medicación que la dejó*

*encogida, con la lengua muy grande hacia fuera, la mandíbula sacada (...). Ella se vio en esa situación. Cómo su cuerpo se había transformado con la reacción de un medicamento, y me miraba con unos ojos desorbitados como diciendo «¿qué me está pasando?» pero no podía hablar porque su lengua era enorme (...) y llamé al enfermero y me costó un «poquito de esfuerzo» que me hicieran caso, y vino y llamó a no sé dónde. Vino con una inyección, se la pusieron, y aún no se había dado la vuelta, que ya se le había pasado todo. La conclusión es que los medicamentos tienen un efecto tan potente, y a mi hija le dio tanto miedo ver lo que le podían hacer los medicamentos en el cuerpo, que no se toma ya ni una aspirina*

Estas percepciones, fomentaron la desconfianza en el sistema sanitario, y en la atención proporcionada, dificultando la relación, provocando bloqueo y rechazo de la comunicación, y quejas al sentir que no formaban parte del proceso de salud de su ser querido, afirmando sentirse excluidos, ignorados y sin posibilidad de decisión ante las alternativas terapéuticas.

*GF1-P2: Cuando vas al hospital vas vendido, porque empezaron con los electroshocks, y ya no nos dejaron opinar. No puede ser eso. Tenemos derecho a saber, decidir y opinar.*

*GF1-P4: Son nuestros hijos, y cuando ingresan parece que dejen de serlo. No nos tienen en cuenta (...). La persona que convive con el enfermo está aprendiendo cada día. Es como si también estuviéramos enfermos.*

La conducta del profesional, adquirió mayor relevancia en los casos de personas que manifestaron conductas agresivas, que requirieron un ingreso judicial, ya que, según afirmaron, se condicionó negativamente la convivencia futura de la persona, hacia su cuidador y/o conviviente, estableciendo una dinámica basada en la desconfianza, la ira y el recelo, que perduró en el tiempo, dificultando la evolución de la patología.

*GF5-P5: La mala experiencia fue en XXX, con un ingreso involuntario. Un psiquiatra entró. Mi hijo entró primero y después nos hizo entrar a los padres para hablar con él, y mi hijo enfadado, porque no quería estar allí. «Te voy a denunciar, me cago en todo, estoy aquí» y el psiquiatra, le dijo: «es que yo no te he denunciado, han sido tus padres». Delante del enfermo, con una crisis de caballo, que no podías dominarlo, que te diga el psiquiatra, «yo no te he denunciado, que han sido tus padres» ¡Con él delante!, que ya la convivencia es difícil y desde entonces, él está más rebelde con nosotros.*

*Fue una experiencia horrible. (...) Antes ya estaba enfadado y agresivo, y desde entonces, está cada vez más agresivo.*

Durante los grupos, los integrantes reclamaron la necesidad de recibir información, sobre el estado de su ser querido, refiriéndose, en concreto, a la información sobre las necesidades básicas de la persona y no necesariamente la parte clínica. También reclamaron la participación en el proceso terapéutico de su ser querido, afirmando sentirse excluidos de su cuidado durante el ingreso hospitalario.

*GF1-P3: ¿Sabéis lo importante que es la comunicación con las familias?, ya sabemos que a veces la contención es insalvable, y podemos entenderlo, pero queremos saber qué pasa y más ahora, que no podemos verlos. Sabemos que vosotras (enfermería) hay muchas cosas que no podéis explicar, pero sólo con que nos digáis si comen, si duermen o si están tranquilos. No sabéis lo que esto supone para las familias. Entendemos y respetamos que no nos deis información clínica, pero eso, en esos momentos, es lo que menos nos importa.*

- En segundo lugar, se identificó la percepción negativa del cuidador y/o conviviente acerca de la experiencia del ingreso, y los diferentes aspectos que la condicionaron:

Refirieron miedo al percibir que la seguridad de sus seres queridos, podía estar comprometida ante las conductas disruptivas y/o agresivas del resto de personas ingresadas.

*GF4-P1: Mi hijo lo pasaba mal al compartir habitación con desconocidos. En ocasiones ingresaban pacientes violentos y le daba miedo. Además, también entraban de golpe a pedir tabaco. Mi hijo es tímido, y esas cosas le dan miedo.*

*GF4-P2: En XXX vi pacientes que pedían un cigarro y se cogía el mechero y por la noche le prendían fuego al colchón. Podemos decir que he tenido varios percances. Mi mujer se asustó muchísimo.*

También se identificó la falta de medios económicos, la inadecuación del espacio físico, y la escasez de profesionales, como aspectos que dificultaban tanto el desarrollo de actividades terapéuticas, como la atención directa. Estos factores, se reconocieron necesarios para la reducción de las medidas restrictivas.

*GF2-P1: Falta material, y los espacios no son adecuados, no tienen espacios abiertos. Las unidades de hospitalización deberían estar en plantas bajas, y tendrían que tener la posibilidad de salir a un patio. Además, para disminuir las contenciones, se debe aumentar la atención y eso es más personal.*

*GF2-P4: No están ingresados, están encarcelados. Pero la psiquiatría no interesa, no da dinero.*

*GF3-P5: Es importante el personal. Mi marido se agitaba por la noche y se le ponía en contención, era por falta de personal, no era agresivo. Era agitación nocturna, pero claro, eran sólo 2. Si hubiera más personal, le hubieran podido tranquilizar antes de que se agitara*

*GF4-P1: Están escasos de personal, y si todo está tranquilito, pues aún está bien, pero si hay una emergencia, y tienen que acudir dos o tres, los demás se quedan sin atención.*

Por último, se destacó la percepción de la utilización de la contención mecánica en las UHAP, identificándose, por un lado, aquellos cuidadores y/o convivientes que se manifestaron en contra de la utilización de estos mecanismos de restricción, y por otro, aquellos que, tras presenciar las alteraciones conductuales de su ser querido, llegaron a justificarlas o incluso, manifestarse a favor de su utilización.

*GF1-P4: Es diferente cuando hay una crisis aguda. Mi hijo tuvo una en la que tuvo que intervenir la policía y lo llevaron a un hospital de Barcelona. Allí mi hijo estaba atado, y yo lo veía bien, porque él estaba muy mal.*

*GF2-P5: A mí me gustaría que no se les tuviera que atar. Ya sé que en ocasiones es difícil, pero creo que es necesario que puedan hablar para llegar a un acuerdo, no se puede ser tan drástico, se debe negociar.*

*GF4-P1: Sé lo que son las contenciones mecánicas, porque con lo tranquilito que es (en referencia a su hijo), y tuvo un día que lloraba y hacía gestos raros y eso. Y un día, estando yo allí, se quitó la ropa y salió al pasillo desnudo, entonces lo cogieron, lo pusieron en la cama, y saltó de la misma manera, así que lo ataron para que no se pudiera mover. Supongo que le dieron alguna medicación. Ha sido una tarde. A mí me pareció bien, si lo llevas a la cama y vuelve a saltar de la misma manera, pues bien. No me preocupó. Recuerdo que las enfermeras lo vieron desnudo en el pasillo y dijeron «hay el Xavi» y cogieron una sábana y corriendo lo taparon y lo llevaron a la habitación y bien.*

**b. La segunda categoría identificada es la vivencia percibida por los cuidadores y/o convivientes sobre el ingreso de su ser querido en las UHAP**

Esta vivencia, condiciona el afrontamiento de la patología, influenciando el cumplimiento terapéutico y farmacológico después del alta hospitalaria, perdurando a lo largo de su experiencia vital.

Afirmaron que, cuando se valoró el ingreso de su ser querido como negativo, fue vivió como un castigo, y esto provocó el retraso o incluso la negación al reingreso hospitalario, en caso de descompensación, refiriendo sentirse sin opciones terapéuticas, dificultando el manejo domiciliario y llegando a poner en peligro el vínculo familiar.

*GF1-P4: Cuando vas a urgencias, es porque la situación es inconcebible. El enfermo está enfermo, pero no es tonto, y puede explicar lo que quiera. Por eso, es importante que hablen también con las familias en urgencias.*

Se observó, que el núcleo de convivencia, centraba el discurso en los aspectos desfavorables de las UHAP, estableciéndose una retroalimentación negativa con el paciente, que iba posicionándose, incluso sin que los cuidadores y/o convivientes lo desearan, en contra de recibir atención sanitaria.

Este hecho, conllevó a considerar el ingreso en la UHAP, la última alternativa, y sólo ante situaciones de agresividad y desbordamiento familiar.

*GF5-P1: Esto llega a las familias y se acaba construyendo un discurso basado en el miedo por lo malo que es el ingreso.*

*GF5-P3: La última opción es el ingreso, a lo mejor debería ser visto de otra manera. No aguantar tanto. Se aguanta, se aguanta y no puede ser (...) hay esta idea en las familias. Se va construyendo el discurso sobre lo malo que es el ingreso.*

*GF5-P5: Es muy duro, para ellos es muy duro y para la familia. Lo que transmiten en un ingreso es miedo. Yo lo he vivido varias veces Es duro, y se hace cuando ves que ya no puedes tenerlo en casa. Es porque no puedes estar. Porque son puñetazos, golpes en las ventanas, patadas y ves que está fatal y lo que se está haciendo, y qué me está haciendo. En su delirio tiene sentido. Pues es que no tienes otra, porque cuando tú haces un ingreso.... Mira, vueltas yo he dado, y pasar, y pasar, y venga, a ver si cambia, a ver si pasan unos días, y ves que no. Que al final has de hacer el ingreso, porque no hay más. Y al final es imposible tenerlo en casa. (...). Es que haces el ingreso porque no puedes hacer nada más.*

En definitiva, tras el análisis de los grupos de los cuidadores y/o convivientes, se puede concluir que, la vivencia ante el ingreso de un ser querido en una UHAP, puede condicionar de forma negativa, la adherencia terapéutica, la evolución de la patología, y en consecuencia, el pronóstico de la persona, incluso sin desearlo.

*GF5-P4: El médico insistió muchísimo en que quería seguir medicándola y tuvimos bastante problema en renunciar, y no le hicimos caso. El médico quería seguir viéndola, seguir ingresándola, y nos llamaron que por qué no habíamos ido a las visitas (...) A mí me molestó la presión de los médicos para seguir medicando. Como si lo único que se podía hacer en este caso, era medicar, medicar, medicar.*

## **OTRAS DIVULGACIONES CIENTÍFICAS DE LA TESIS DOCTORAL**

1. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció. Avançant cap a la contenció Zero. XIII Jornada per a la seguretat dels pacients a Catalunya que estem fent... vine i t'ho explicarem. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Marzo del 2018.
2. Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció. Avançant cap a la contenció Zero. XIII Jornada per a la seguretat dels pacients a Catalunya que estem fent... vine i t'ho explicarem. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Abril del 2018.
3. «Intervención Contención Cero» en la atención a usuarios ingresados en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos del Consorci Sanitari de Terrassa que presenten conductas disruptivas. Jornada de Doctorat. Abril del 2019, Universidad de Lleida.
4. Effectiveness on the use of strategies in restriction reduction and seclusion programs. Póster presentado en el 27 International Symposium on Controversies in Psychiatry. Violence and Aggression. Septiembre del 2020
5. Revisión bibliográfica: efectividad en el uso de estrategias para la reducción de la contención mecánica. Póster. 8ª SESIÓN del Seminario Permanente de Jóvenes Investigadores en Cuidados de Salud Mental de la Cátedra Francisco Ventosa AEESME / UAH. Diciembre del 2020.
6. Grupo de trabajo «tabac i salut mental»: materiales para trabajar el tabaquismo en las unidades de agudos de psiquiatría. Póster. 8ª SESIÓN del Seminario

- Permanente de Jóvenes Investigadores en Cuidados de Salud Mental de la Cátedra Francisco Ventosa AEESME / UAH. Diciembre del 2020.
7. «Humanización asistencial en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría desde la perspectiva de enfermería». Comunicación oral. XXXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Mayo del 2021.
  8. «Humanización asistencial en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría desde la perspectiva de enfermería». Capítulo de libro publicado en: Valor de los cuidados enfermeros en Salud Mental en la pandemia del COVID-19. ISBN: 978-84-122417-3-0. XXXVIII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Mayo del 2021.
  9. «Humanización asistencial en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría desde la perspectiva del paciente». Comunicación oral. Primer Congreso Internacional de la Asistencia Sanitaria HUMANS. Junio del 2021.
  10. «Humanización asistencial en unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría». VIII Jornada de Doctorat. Marzo del 2022. Universidad de Lleida.



# CAPÍTULO 6

## DISCUSIÓN

---

*Yo estaba nervioso, porque había tenido una pelea, y me llevaron al hospital y tenía la necesidad de fumarme un par de cigarros.*

*El de seguridad me dijo cuando estaba en el box, «yo pido un cigarro y te lo doy» y no vino nunca a traerlo.*

*Al final cogí la cama, de esas que tienen correas, y la puse de pie. Por eso me ataron.*

*Si me hubieran dejado salir a fumar, no hubiera llegado a poner la cama de pie.*

*Si me hubieran preguntado «¿qué te ha pasado?, ¿por qué has venido?», yo les hubiera dicho «mira, me ha pasado todo esto y estoy nervioso, soy fumador y tengo ganas de fumar, ¿puedes dejarme salir a fumar, por favor, un momento? Y me hubieran dejado salir.*



## DISCUSIÓN

Mediante la presente tesis doctoral, se ha pretendido contextualizar la definición de humanización asistencial en las unidades de agudos de psiquiatría. Para ello, se ha basado, por un lado, en las opiniones de las personas ingresadas en dichas unidades, y sus cuidadores y/o convivientes, siendo considerados como el binomio receptor de la atención sanitaria. Por otro lado, en las percepciones de los profesionales proveedores de la asistencia y, por último, en la bibliografía actual existente.

Cada artículo presentado, consta de un apartado de discusión, pero se hace necesario complementarla, con la finalidad de dar una adecuada respuesta a los objetivos planteados. Por ello, se presenta la discusión de cada uno de los resultados y por último, una breve reflexión de forma global y cohesionada.

### **Identificación del conocimiento publicado sobre modelos de atención vigentes relacionados con la humanización de la atención en las UHAP**

Actualmente, el concepto humanización asistencial, carece de una definición clara, consensuada y universal que se ajuste a todos los ámbitos sanitarios (Busch *et al.*, 2019). Aunque la pregunta sería si realmente, debería existir una definición universal de un concepto, que destaca por la individualización del cuidado de la persona.

Lo que posiblemente sí pudiera ser universal, serían los conceptos claves propuestos por diferentes autores, como por ejemplo, las cualidades indispensables de los profesionales sanitarios: la empatía, la escucha activa, el respeto y la actitud ética (Zarco J. *et al.*, 2020), o incluso, algunas líneas de trabajo: la política, la cultura, la organización sanitaria y la formación de los profesionales (Bermejo, 2014), acompañadas de entornos y medios que faciliten la asistencia y dignifiquen el trato a las personas con alguna enfermedad (Zarco, J. 2015).

Tras la búsqueda bibliográfica sobre la humanización asistencial, realizada en diferentes bases de datos, y específicamente en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, se identificaron conceptos como «*Patient-centered Care*», cuando el foco de la atención es el paciente y sus necesidades individuales o «*Person-Focused Care*», en el caso de que el centro sea el paciente como persona y su historia individual, siendo la humanización del cuidado, la que pone el foco en los aspectos globales que influyen en la atención de la persona y su proceso de cuidado, incluyendo la cultura organizacional y los aspectos estructurales (Busch *et al.*, 2019).

Otros autores identificaron terminologías relacionadas directamente con el tema de estudio, como la comunicación del profesional con el paciente (Givens *et al.*, 2016), y la atención directa (Beckett *et al.*, 2013; Molin *et al.*, 2019; Voskes *et al.*, 2021), además de otras formas de cuidado basadas en la infraestructura del dispositivo asistencial, abogando por la disposición de unos espacios adecuados en cuanto a la seguridad ambiental, el tamaño, la disponibilidad de luz natural, temperaturas confortables, respetando la intimidad personal, disponiendo de zonas comunes habilitadas y de material específico, para la realización de las intervenciones terapéuticas y actividades indicadas (Mullen *et al.*, 2013; Smith & Jones, 2013; Voskes *et al.*, 2021).

Como se puede apreciar, todas ellas describen diferentes elementos que tienen la finalidad de transformar la praxis de salud mental, cuyo propósito no es exclusivamente curar, sino también cuidar (Gutiérrez Fernández *et al.*, 2017), mejorando la experiencia y satisfacción del usuario con la asistencia recibida y contextualizando de esta forma, la humanización asistencial. Aunque cada elemento mencionado, se valora de forma aislada, sin identificar una terminología propia que aglutine el conjunto, proporcionando coherencia a todos los conceptos definitorios de la humanización asistencial.

Este hecho, resulta de gran importancia en la atención de la persona con enfermedad mental aguda, puesto que, todos los aspectos mencionados, son complementarios y no excluyentes.

Además de la búsqueda bibliográfica en bases de datos, se buscó información en los planes de salud de las comunidades autónomas, en fundaciones, congresos e incluso convocatorias de premios o becas. De esta forma se identificó el modelo de Medicina Basada en la Afectividad (MBA) (Jovell A, 1999), y su evolución hacia el Modelo Afectivo-Efectivo (MAE) (Arisa *et al.*, 2017), aunque ninguno de ellos es específico de salud mental.

El modelo MBA, parte de la premisa, de que «los pacientes son conscientes de su situación y muestran interés por su estado de salud» (Jovell A, 1999), esto representa un hecho diferencial en salud mental, ya que en esta especialidad, cabe destacar que no todas las personas son siempre conscientes de su situación, y no siempre muestran interés por su estado de salud, por lo que en ocasiones, los profesionales se ven obligados a tratar personas, que no desean ser tratadas (Poyato Moreno A.R., 2016).

Pero esta circunstancia, no significa que no tengan el mismo derecho de obtener respuestas, o que no tengan la misma necesidad de afecto. Incluso en muchas

ocasiones, esta necesidad puede ser mayor, puesto que la enfermedad mental, es potencialmente estigmatizadora (Frias Trigo V.M, 2020; Muñoz M *et al.*, 2009), causante de rechazo y aislamiento social. Por este motivo, la base que sustenta ambos modelos no siempre es aplicable a la humanización asistencial en salud mental.

Únicamente, se identificaron dos documentos de trabajo relacionados con el tema de estudio. El primero, realizado por la Sociedad de Psiquiatría de Madrid (Montes JM *et al.*, 2019), y el segundo, por julio Zarco, de la Fundación Humans (Zarco J. *et al.*, 2020),.

De ambos documentos, se destaca, a modo de reflexión, el perfil de los autores, ya que son mayoritariamente psiquiatras, con una pobre representación de enfermería, siendo un enfermero en el primer documento y dos en el segundo, a pesar de ser profesionales clave en este tema, asumiendo el cuidado y la atención directa del paciente las 24 horas del día.

Por otro lado, la aportación realizada por dos terapeutas ocupacionales en el documento de Montes (2019), destaca por su reivindicación de incremento de este perfil profesional en las UHAP. Asimismo, es significativo tanto la nula participación del resto de profesionales de las UHAP, como la de la persona con enfermedad mental y el cuidador y/o conviviente (Montes JM *et al.*, 2019, Zarco J. *et al.*, 2020).

Ambos documentos, plantean propuestas sobre las que intervenir, pero se presentan de forma aislada, y en ocasiones, poco precisas, por ejemplo: «es necesaria una adaptación de los cuidados y un especial énfasis en facilitar la comprensión del paciente». Además, carecen de estrategias de evaluación.

Se identificó un tercer documento también publicado por la Sociedad Española de Psiquiatría (García-Portilla *et al.*, 2020), y aunque inicialmente se pensó que podía ser de utilidad para la presente tesis doctoral, puesto que el primer capítulo estaba destinado a la humanización del paciente agitado, tras su análisis, se valoró que su aportación se limitaba a destacar los aspectos relacionados con los cuidados de enfermería habituales, existentes en los protocolos de utilización de la contención mecánica. En este último documento, se repite el mismo perfil profesional mayoritario de autores psiquiatras, coincidiendo los tres documentos en una de las autoras.

Respecto a los planes de salud de las comunidades autónomas publicados, se observa un creciente interés y preocupación por la humanización asistencial, en estos dos últimos años, coincidiendo con la pandemia del SARS-CoV-2.

Tras una revisión actualizada, en la mayoría de ellos, se menciona este tema, aunque tampoco se proporcionan pautas concretas de actuación, ni estrategias evaluativas, y presentan líneas de trabajo aisladas entre sí.

Se realizan afirmaciones del tipo: «se plantean acciones orientadas a combatir la discriminación social que sufren las personas con enfermedad mental en los diferentes contextos de vida; a fomentar su empoderamiento y recuperación» (Consejería de Salud Familia *et al.*, 2021), o «contemplar acciones de humanización de la asistencia y accesibilidad, protocolo de atención en urgencias, protocolos específicos de discapacidad intelectual y trastorno mental, plan de reducción progresiva de intervenciones que van en contra de la voluntad», en el caso de la Rioja (Rioja Salud, 2021).

En resumen, podríamos afirmar que los artículos, documentos, planes de salud, o proyectos identificados en la literatura científica, ofrecen una idea general y escueta sobre la humanización asistencial en las UHAP, y muchas de sus aportaciones, se presentan de forma general e inconexas en cada una de sus líneas de trabajo, siendo planteadas de forma rígida e inflexible.

Llama la atención la mínima participación de las enfermeras, a pesar de ser el personal, que poseen la competencia profesional de proporcionar los cuidados, así como la nula participación del resto de trabajadores de las UHAP, y por supuesto, la del binomio persona receptora del cuidado y sus cuidadores y/o convivientes.

Como aspecto positivo, cabría destacar la creciente preocupación respecto a la salud mental, tanto a nivel político, como social y cultural.

Ante la evidencia científica consultada, se hizo necesario conocer la opinión de las personas ingresadas en la UHAP, respecto a los cuidados recibidos por el personal de enfermería, obteniendo de esta forma el conocimiento de la situación actual en la unidad de estudio. Dando respuesta al segundo objetivo específico:

### **Satisfacción del paciente sobre los cuidados proporcionados por el personal de enfermería**

La satisfacción del cuidado recibido es un componente clave de la humanización asistencial, ya que está relacionado con la experiencia general del paciente durante su estancia en la UHAP.

Las personas ingresadas, puntuaron la satisfacción del cuidado de enfermería recibido durante su ingreso en la UHAP, con un valor de 114 (RIQ 103-125) en la escala CAT-V validada al castellano (Duffy *et al.*, 2007; Fernández-Ayuso *et al.*, 2017), siendo los valores de referencia de 27 a 135, por lo que la satisfacción percibida, se situó en el cuartil superior.

Otros estudios sobre el cuidado recibido en las UHAP, también refieren resultados satisfactorios (Goula *et al.*, 2021; Kassaw *et al.*, 2022; King *et al.*, 2019; Krupchanka *et al.*, 2017; Woldekidan *et al.*, 2019), asociando estos resultados, con la atención directa, la comunicación, la percepción de sentirse seguros y la participación en su proceso de salud.

Sin embargo, algunos autores, afirman que una posible justificación de este hallazgo, podrían ser las bajas expectativas que tienen los pacientes, al ingresar en una unidad de estas características, en el contexto del estigma de la enfermedad mental y la mala imagen de los hospitales psiquiátricos (Jiang *et al.*, 2019).

Es importante recordar que, en ocasiones, las UHAP, son el primer contacto de la persona, con la patología psiquiátrica, y tal como se ha podido observar, la percepción que tengan sobre el cuidado recibido, tanto las personas ingresadas como sus convivientes, será clave tanto en el afrontamiento de la patología, como en la adherencia terapéutica y su evolución posterior.

Por lo tanto, una valoración insatisfactoria percibida durante el ingreso, podría dificultar su propia gestión del cuidado. Por el contrario, varios autores, afirman que, cuando un paciente está satisfecho con la atención recibida, se favorece la adherencia terapéutica (Goula *et al.*, 2021; Priebe S. & Miglietta E., 2019).

Tras el estudio realizado, se identificó el uso de la contención mecánica, como la única variable que demostró ser estadísticamente significativa respecto a peor puntuación de la satisfacción del cuidado recibido. Otros autores ratifican hallazgos similares (Goula *et al.*, 2021; Priebe S. & Miglietta E., 2019).

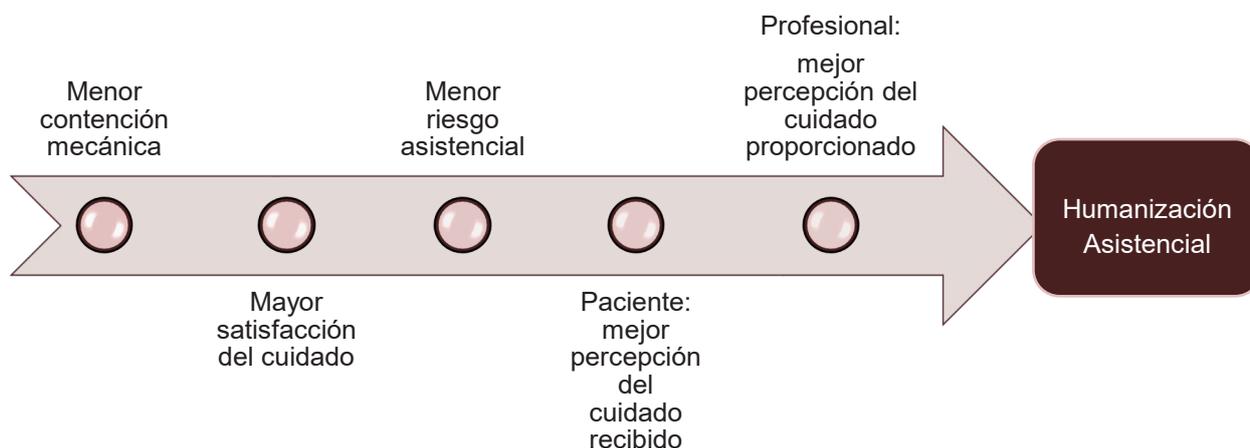
En este aspecto, es importante remarcar el papel de las enfermeras, ya que son los profesionales que están directamente implicados en la prevención de la utilización de la contención mecánica, así como en su instauración, los cuidados posteriores de la persona en los casos que ha resultado inevitable su uso, y la retirada.

Se destaca, que no hubo diferencia estadística, en la satisfacción percibida por los pacientes, según el tipo de ingreso (voluntario o involuntario), ni con el consumo de tóxicos, ni el diagnóstico, o la edad.

Por lo tanto, podemos deducir que la prevalencia del uso de las contenciones mecánicas tiene un impacto directo en el grado de satisfacción y en la percepción del cuidado recibido.

Este hallazgo, es de gran relevancia, puesto que vincula la reducción del uso de la contención mecánica, con la satisfacción del cuidado, a la vez que se disminuyen los riesgos sanitarios derivados de su uso. Todo ello influirá en una mayor percepción de humanización asistencial en la UHAP, tal como queda reflejado en la figura 3.

**Figura 3: Relación entre la utilización de contención mecánica y la humanización asistencial**



Fuente: Elaboración propia.

Resulta curioso destacar, que las personas ingresadas que se relacionaron menos, refirieron mayor satisfacción del cuidado recibido, afirmando que se habían sentido respetados, en su deseo de no participación de las actividades grupales, siendo ellos mismos los que marcaban el ritmo de socialización y participación de dichas actividades.

Debido a la importancia de estos resultados, se valoró como necesario, identificar el número de personas que habían sido sometidas a contención mecánica durante su ingreso en la UHAP, conociendo de esta forma, el alcance del impacto de este hallazgo. Por ello, se desarrolló el siguiente estudio, dando respuesta al tercer objetivo específico.

### Prevalencia del uso de contenciones mecánicas en la UHAP del CST

En la unidad de estudio, se identificó una prevalencia del 14,6% de personas que, durante su ingreso en la UHAP, precisaron la utilización de contención mecánica (Sanz-Osorio M.T. *et al.*, 2020), siendo la media española del 37% y la europea del 36%, según datos de EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice) (Raboch J *et al.*, 2010).

EUNOMIA, se trata del mayor estudio multicéntrico de cohorte prospectivo, a nivel europeo, realizado sobre las medidas coercitivas utilizadas en pacientes con

enfermedad mental. Fue realizado en 11 países europeos e Israel, y fueron evaluados entre uno y cinco hospitales de cada país.

A pesar de haber sido realizado en el año 2010, actualmente sigue siendo un referente en este tema, ya que no se ha vuelto a replicar un estudio de estas características. Estuvo financiado por la Unión Europea, y se analizaron las variaciones nacionales en el tratamiento coercitivo psiquiátrico (Mayoral F. *et al.*, 2005; Raboch J *et al.*, 2010).

Según los datos recogidos en la presente tesis doctoral, la mayor parte de las personas ingresadas que precisaron contención mecánica, fue por presentar conductas agresivas, coincidiendo en este aspecto con los datos publicados por EUNOMIA (Raboch J *et al.*, 2010; Sanz-Osorio M.T. *et al.*, 2020).

Respecto a los efectos adversos identificados, se detectaron algias y lesiones cutáneas. Destaca la identificación del «paradigma de utilización de la contención mecánica», detectado cuando el propio sistema de inmovilización, es el causante del efecto adverso, que se pretendía evitar con su colocación (Sanz-Osorio M.T. *et al.*, 2020).

Por ejemplo, ante una persona con gran riesgo de autolesión, que se pone en contención mecánica, para evitar el riesgo, y termina lesionándose accidentalmente, por el sistema de contención. Por lo que la lesión, aparece de igual modo.

El proyecto EUNOMIA, identificó las dificultades en la realización de este tipo de estudios, incluso dentro de un mismo país, por la falta de un marco legislativo común, la escasez de guías o protocolos consensuados, la ausencia de una definición estandarizada o su utilización confusa como medidas coercitivas, contención mecánica, contención física, sujeción, inmovilización o restricción del movimiento.

Además, se identificó gran dificultad, para consensuar aspectos como definir la forma de medir el tiempo en contención, e incluso, el material considerado de contención, puesto que, en función de la finalidad del uso, algunos materiales como las barandillas, cojines o el mobiliario, podrían ser considerados sistemas de contención.

En lo que sí coinciden los diferentes estudios, es en destacar tres aspectos primordiales:

- Los importantes efectos negativos, que tiene esta medida sobre la salud de las personas, incrementando la complejidad y el coste de su asistencia, puesto que la agitación en psiquiatría se asocia con una mayor duración de los ingresos, mayor tasa de reingresos, mayor consumo de psicofármacos,

incremento de efectos adversos y en consecuencia, mayor gasto sanitario (Fariña-López, 2011; Kersting *et al.*, 2019; Mayoral F. *et al.*, 2005; Raboch J *et al.*, 2010; Rubio Domínguez, 2017; Sanz-Osorio M.T. *et al.*, 2020; Serrano-Blanco *et al.*, 2017).

- Los aspectos más importantes, para el manejo y prevención de conductas agresivas de pacientes en las UHAP, son los programas de formación del personal, y la contención farmacológica (Knox & Holloman, 2012; Sanz-Osorio *et al.*, 2019; World Health Organization, 2019).
- La cultura de la organización, y la comunicación entre el equipo, son aspectos cruciales para la reducción de las contenciones mecánicas (Knox & Holloman, 2012; Raboch J *et al.*, 2010; World Health Organization, 2019).

Los tres aspectos, incrementan la sensibilidad de los profesionales sanitarios, impulsa el desarrollo de sus habilidades y actitudes, para la atención de la persona con comportamiento agresivo, fomentando el cambio a la cultura del «*Sí, se puede*» («*yes, can do culture*»), aumentando entre otros aspectos, la comunicación (Knox & Holloman, 2012; Mayoral F. *et al.*, 2005; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Raboch J *et al.*, 2010; World Health Organization, 2019).

En definitiva, para transformar la UHAP en un hospital humanizado, será necesario reducir la utilización de las contenciones mecánicas, potenciando así la satisfacción del cuidado recibido por la persona ingresada.

Como estrategias de reducción de la contención mecánica, se identifican: mejorar la comunicación, incluir al cuidador en el cuidado, proporcionar distracciones y actividades, administrar el tratamiento farmacológico pautado, a ser posible pactado con la persona y eliminar riesgos ambientales (Sanz-Osorio *et al.*, 2019)

Estos hallazgos, sugirieron la necesidad de profundizar, en la percepción que tenían las personas con experiencia en ingresos en alguna UAHP, acerca de los episodios de agresividad vividos, así como las consecuencias, respecto a la humanización asistencial, por lo que se desarrollaron los siguientes estudios cualitativos.

### **Experiencias vividas por las personas ingresadas en una UHAP ante las situaciones de conflicto y/o agresividad**

Se analizaron las experiencias vividas ante las situaciones de agresividad, que pudieron vivir los pacientes ingresados en alguna UHAP.

Tal como se ha podido observar, el criterio de inclusión de este grupo poblacional, además de la voluntariedad, fue la experiencia personal de ingreso en cualquier UHAP a lo largo de su vida.

Este hecho permitió recibir información de diferentes unidades de hospitalización, pero siempre centradas en el momento de descompensación aguda de enfermedad mental de la persona.

Así mismo, es importante remarcar, que este hallazgo, surgió espontáneamente, en los grupos focales realizados con las personas con experiencia de ingreso, al preguntar por la humanización asistencial, quedando directamente relacionado el concepto de estudio y las vivencias relacionadas con las conductas agresivas en las UAHP.

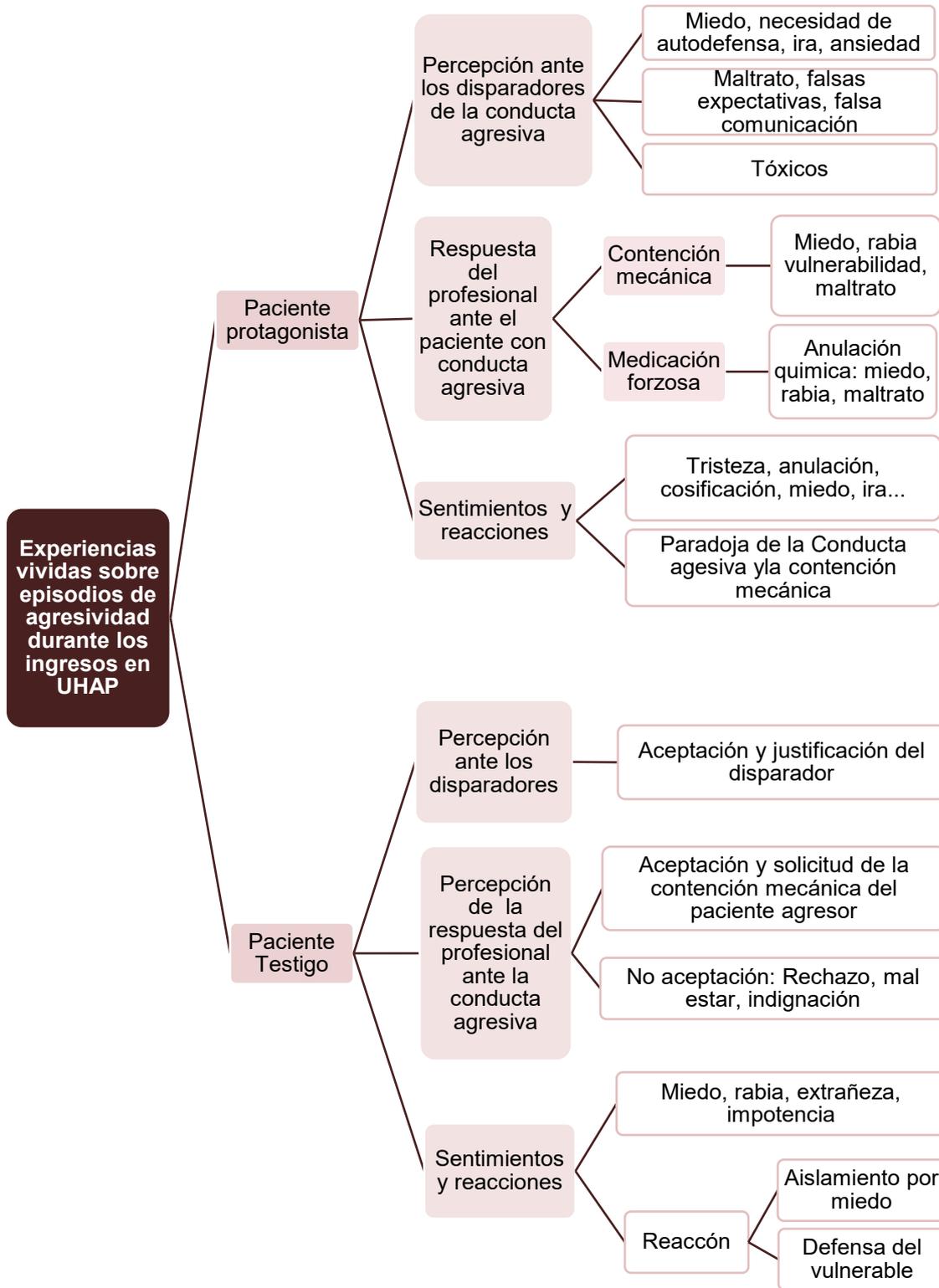
Se identificaron dos figuras:

- Personas protagonistas del episodio agresivo: son los que sufren esta manifestación clínica, como consecuencia del proceso patológico que padecen.
- Personas testigos del episodio agresivo: en referencia a las personas ingresadas en la UHAP, que presencian estos episodios.

En ocasiones, una misma persona pudo ser protagonistas o testigos, en función de aspectos como, la gravedad de la sintomatología, el vínculo terapéutico existente, o los sucesos ocurridos en la UHAP, ya fuera en un mismo ingreso, o en diferentes, en caso de reingreso hospitalario.

En la figura 4 se plantea de forma esquemática estos resultados.

Figura 4: Experiencias de las personas ingresadas ante los episodios de agresividad vividos en las UHAP



Fuente: Elaboración propia.

## Percepción de las personas ingresadas protagonistas de la conducta agresiva

Tras el análisis de los grupos focales realizados con las personas con experiencia de ingreso, se identificaron tres categorías:

- La percepción sobre las circunstancias que provocan la conducta agresiva, denominados «disparadores».
- La percepción sobre la respuesta que tiene el profesional ante el episodio agresivo.
- La percepción sobre las emociones sentidas

### *Percepción de la persona ingresada protagonista, sobre los disparadores de la conducta agresiva*

- El primer disparador identificado en los grupos realizados fue, el miedo de la persona a sentirse atacado por los profesionales, provocando la necesidad de autodefensa y autoprotección, además de emociones negativas, como ira, ansiedad, frustración, pérdida de control y desconfianza entre otras. Hechos similares, han sido identificados por algunos autores (Allikmets *et al.*, 2020; Ayhan *et al.*, 2021; Bell *et al.*, 2022; Buch Gudde *et al.*, 2015; Maldonado-Rengel *et al.*, 2021; Terkelsen & Larsen, 2014).

Estos sentimientos, afectaron directamente a la percepción de sentirse a salvo, por lo que el paciente afirmó, actuar en defensa propia, mediante la manifestación de la conducta agresiva.

El miedo y la agresividad, se regulan en la amígdala cerebral. Son un conjunto de estructuras interconectadas, que cumplen varias funciones básicas, relacionadas con los instintos y la supervivencia de la especie, como el hambre, la sed, el sexo, la memoria y las emociones más primitivas, mediante la detección rápida de la amenaza y la excitación de las respuestas (Bell *et al.*, 2022). Forma parte del sistema límbico (Maldonado-Rengel *et al.*, 2021).

De esta forma, el miedo, estimula el sistema nervioso simpático, advirtiendo de un posible peligro, y disponiendo al cuerpo en actitud de defensa, preparándolo para su máximo rendimiento, ya sea para la lucha, o la huida. Esta emoción, hace que la persona esté alerta y pendiente de todos los detalles (Bell *et al.*, 2022).

Por lo tanto, las situaciones percibidas como «peligro», son generadoras de miedo, estimulando la amígdala y desencadenando la conducta agresiva (Bell *et al.*, 2022; Maldonado-Rengel *et al.*, 2021).

En definitiva, si una persona con enfermedad mental en fase aguda, siente peligro o miedo, tendrá la necesidad de protegerse y defenderse. Además, se verán incrementadas las emociones negativas mencionadas anteriormente, hecho que aumentará el riesgo de conducta agresiva. Estos resultados coinciden con otros estudios publicados (Achir Yani Syuhaimie Hamid & Catharina Daulima, 2018; Allikmets *et al.*, 2020; Bell *et al.*, 2022; Buch Gudde *et al.*, 2015; Goulet & Larue, 2017; Maldonado-Rengel *et al.*, 2021; Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017).

- El segundo disparador, está relacionado con la percepción de ser maltratado, o tratado injustamente. Es identificado, cuando los profesionales no cumplen con los acuerdos pactados, creando falsas expectativas y generando, en la persona, la sensación de que existen «preferencias» por algunos usuarios, flexibilizando las normas, en función del paciente (Buch Gudde *et al.*, 2015; Corbetta *et al.*, 2022).

Cabe destacar, que las personas cuando referían esta situación, no distinguían si las actitudes demostradas, eran por parte de los profesionales sanitarios (enfermeras, psiquiatras, trabajadoras sociales...) o personal del hospital no asistencial (seguridad, personal de limpieza, de mantenimiento...). Por lo tanto, una actitud inapropiada, manifestada por cualquier trabajador del hospital, podía resultar un disparador.

Esta percepción está relacionada con la imagen del «*profesional bueno y el profesional malo*», aunque en este caso, a diferencia de los profesionales, los pacientes definieron al «*profesional bueno*», como aquel que flexibilizaba las normas y el funcionamiento, cediendo a sus demandas, y aceptando sus peticiones. Mientras que, el «*profesional malo*», era el intransigente que cumplía con la normativa impuesta, a pesar, del posible conflicto.

Otros autores, también han identificado la dificultad del mantenimiento de la normativa, como disparador de la conducta agresiva en las UHAP (Corbetta *et al.*, 2022; Montes JM *et al.*, 2019; Quílez Jover, 2016).

Otro elemento disparador, que incrementó la sensación de maltrato, fue el concepto percibido y definido por los usuarios, como «*falsa comunicación*» o «*comunicación vaga*», entre la persona y el profesional. Afirmando que, aunque tuvieran la posibilidad de expresarse, en realidad, las decisiones ya estaban tomadas por los profesionales y, en consecuencia, ellos no tenían posibilidad de decisión en su proceso terapéutico, o que los profesionales eludían la comunicación, evitando dar explicaciones.

Esta percepción, también fue identificada por los profesionales, como elemento disparador. Otros autores también identifican diferentes tipos de barreras comunicativas (Buch Gudde *et al.*, 2015; Hamilton & Manias, 2006).

Por último, algunos pacientes, refirieron sentirse tratados con actitud de superioridad por parte de algunos profesionales, provocando sentimientos de incapacitación, e incrementando la rabia, y la sensación de maltrato. Esta percepción, también fue identificada por algunos profesionales y cuidadores y/o convivientes. Otros autores también identifican, como posible disparador, determinadas actitudes de los profesionales (Goulet & Larue, 2017; Salzmänn-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014).

- El consumo de tóxicos, se identificó como el tercer elemento potencialmente generador de la conducta agresiva. El hecho de no poder consumir durante el ingreso en la UHAP, al tratarse de una unidad cerrada, y sin sala de fumadores, provocó la percepción de estar en un ambiente restrictivo, potenciando los sentimientos de aislamiento y pérdida de libertad. Esta situación favoreció el deseo de solicitar el alta de voluntaria o de fugarse.

Este elemento disparador, está relacionado con el funcionamiento y normas de la UHAP. Otros autores también identifican el consumo de tóxicos y los condicionantes ambientales como desencadenante de la conducta agresiva (Buch Gudde *et al.*, 2015; Quílez Jover, 2016; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016 Salzmänn-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2016).

### *Percepción de la persona ingresada protagonista de la conducta agresiva, sobre la respuesta del profesional ante el episodio agresivo*

La percepción que tenía la persona, sobre la respuesta del profesional, varió en función de las medidas adoptadas, ya que, delante de la manifestación de la conducta agresiva, los profesionales pueden responder de diferentes maneras.

Habitualmente, ante los primeros indicios de agresividad, se recurre a la desescalada verbal y al ofrecimiento de medicación tranquilizante, pero cuando estas medidas no son efectivas, y se desencadena la agresividad, se suele terminar recurriendo a la utilización de la contención mecánica y la administración forzosa de medicación (Achir Yani Syuhaimie Hamid & Catharina Daulima, 2018; Akanni *et al.*, 2019; Barnett *et al.*, 2018; Nelstrop *et al.*, 2006; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Rubio Domínguez, 2017; Sanz-Osorio M.T. *et al.*, 2020; Terkelsen & Larsen, 2014; World Health Organization, 2019).

- Uso de contención mecánica:

Tal como se identificó en el análisis de los grupos realizados, la experiencia de la persona, ante el sometimiento a las medidas restrictivas como la contención mecánica, tras sufrir un episodio agresivo, se identificó como una vivencia muy difícil, y en muchas ocasiones traumática. Afirmaron sentirse tratados como animales, y tener la percepción de que los profesionales les ataban para que «no dieran problemas», aunque a posteriori, pudieran llegar a ser conscientes de que estuvieran justificadas. Otros autores identifican estas mismas percepciones (Allikmets *et al.*, 2020; Ayhan *et al.*, 2021; Salzman-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014).

A pesar de que el motivo que provocó la contención, en muchas ocasiones, fue la conducta agresiva condicionada por el miedo y/o ansiedad, los pacientes refirieron aumento del miedo, rabia, impotencia, angustia y ansiedad provocado por la contención. Este aumento fue debido a la vulnerabilidad sentida por la indefensión al estar limitada su movilidad, y por la incertidumbre respecto a la duración, al desconocer el tiempo que permanecerán en contención.

Estos mismos participantes, se quejaron de que, al estar en contención, no podían participar en las actividades de la UHAP, impidiendo la relación con los otros usuarios, disminuyendo así la socialización, y la realización de actividades terapéuticas y distractoras o las salidas de la unidad.

Todas estas actividades, según afirmaron, eran valoradas como beneficiosas para el control de su sintomatología. Otros autores confirman el beneficio que supone para el paciente, la participación en estas actividades (Buch Gudde *et al.*, 2015; Rodríguez-Romaguera & Stuber, 2018).

Todas estas circunstancias, a su vez, se identificaron como potenciadoras de la conducta agresiva, revirtiendo, en mayor tiempo de contención mecánica.

En la misma línea que otros estudios publicados (Achir Yani Syuhaimie Hamid & Catharina Daulima, 2018), en la presente investigación, se identificó un mínimo de usuarios que se mostró de acuerdo con la utilización de las contenciones mecánicas, ante la sensación extrema de falta de autocontrol, manifestando aceptación y justificación.

- Administración forzosa de medicación:

Durante los episodios agresivos, en los que la persona no acepta de forma voluntaria la medicación, poniendo en riesgo su propia seguridad y/o la de los demás, se suele administrar el tratamiento de forma involuntaria.

Ante estas situaciones, los pacientes afirmaron sufrir «anulación química de su voluntad», haciendo el símil con las drogas de sumisión química, generando sentimientos de rabia e indignación, que se transmitían incluso durante la realización de los grupos.

Además, refirieron falta de empatía por parte del profesional. Afirmando que estas medidas, conllevaban la nula participación en su proceso terapéutico y, en consecuencia, mayor anulación personal.

Esta situación, incrementó los sentimientos de miedo, enfado y sensación de ser tratado injustamente, actuando a su vez como disparadores de la conducta agresiva.

Los pacientes reclamaron la posibilidad, de pactar la medicación, con la finalidad de prevenir y controlar la conducta agresiva, evitando de esta forma, la utilización de la medicación forzosa. Casualmente, esta es una de las líneas planteadas por la guía NICE como método de prevención de la violencia (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

Además, refirieron mayor probabilidad de incumplimiento farmacológico al alta de la UHAP, después de haber sido forzados a tomar el tratamiento, debido a los sentimientos de rabia generados ante esta situación. De esta forma, los beneficios potenciales del cumplimiento farmacológico, se verían mermados, así como la adherencia terapéutica.

En este sentido, no hay consenso sobre la conexión entre la limitación de medicación forzosa y el aumento de utilización de contenciones mecánicas, aunque sí se relaciona con un cambio de política del centro hospitalario (Allikmets *et al.*, 2020; Fernández-Costa *et al.*, 2020; World Health Organization, 2019).

### *Percepción y reacciones de la persona ingresada protagonista sobre sus propios sentimientos y emociones*

Ante estas situaciones, los pacientes refirieron una mezcla de sentimientos negativos que retroalimentaban la propia conducta agresiva.

Afirmaron sentir miedo, ira, indefensión, inseguridad, frustración, coacción, humillación, abandono, dependencia, resentimiento, tristeza, desesperación, culpa, anulación de la persona, cosificación, vulnerabilidad, pérdida de autonomía, infantilización o soledad, entre otros. Sentimientos similares son descritos en diferentes artículos (Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Terkelsen & Larsen, 2014).



### Percepción de las personas ingresadas testigos de la conducta agresiva

En la bibliografía actual, apenas se identifican artículos referentes a la persona ingresada, que es testigo de la conducta agresiva.

Una posible causa podría ser que, en otros países, existen unidades específicas para los pacientes con conductas agresivas, como las PICU. Sin embargo, en nuestro entorno sanitario, todas las personas ingresadas conviven en el mismo espacio, manifiesten o no conductas agresivas. En este tipo de unidades, según afirman algunos autores, se utilizan más las medidas restrictivas (Bowers, 2014).

En los pacientes testigos de la conducta agresiva, se identificaron los siguientes aspectos:

#### *Percepción del paciente testigo ante los disparadores de la conducta agresiva*

- Uno de los disparadores identificados, fue la falta de participación en la toma de decisiones sobre del proceso terapéutico, aunque en este caso, las personas ingresadas, justificaban este hecho, alegando que, en un momento agudo de la patología, las decisiones debían ser tomadas por los profesionales.
- Por otro lado, se identificó la influencia ambiental y estructural, como disparadora de la conducta agresiva. Concretamente, sobre el hecho de tener una UHAP cerrada. Se relacionó con pérdida de libertad y autonomía, pero replicaron la conducta anteriormente citada y justificaron que tuviera que estar cerrada, argumentando que, en determinadas situaciones, podría haber un riesgo para el propio paciente o la sociedad en general, en función de la gravedad de la sintomatología de la persona.

Sin embargo, ante el control cerrado de enfermería, se observó más resignación que justificación, ya que afirmaron que, ante una situación de agresividad, el personal se «encerraba» en el control y en ocasiones, tardaban en intervenir.

- Por último, se reconoció el consumo de tóxicos como elemento disparador, identificando la dificultad que representa no poder consumir, y su relación con las alteraciones conductuales o las fugas, pero el mismo grupo, argumentó y justificó la prohibición del consumo en las UHAP, por lo que terminaron aceptando la normativa, o se manifestó su disconformidad y la conveniencia de acondicionar un espacio para dentro de la UAHP para poder fumar.

En definitiva, tras el análisis de los grupos realizados, se puede extraer que, a pesar de que los pacientes testigos identificaron disparadores, pudieron justificarlos,

aceptarlos o resignarse, llegando a controlar los sentimientos de indignación, rabia e ira que les provocaron, evitando así, que se desencadenara la conducta agresiva.

### *Percepción de las personas ingresadas testigos, sobre la respuesta del profesional, ante la conducta agresiva de otro paciente*

Se identificaron diferentes interpretaciones, que variaban en función de la percepción y justificación que hacía el paciente, condicionadas por dos aspectos: por un lado, la conducta agresiva manifestada y por otro, la respuesta del profesional.

- Los grupos reflejaron que, en los casos de agresividad franca, con insultos, amenazas y/o agresividad física, hacia los profesionales u otras personas ingresadas, preferían y solicitaban la contención mecánica y la administración forzosa de medicación al agresor. Sobre todo, ante situaciones percibidas como generadoras de miedo, priorizando de esta forma, su seguridad. En estas situaciones, se percibió empatía hacia la persona agredida.
- Paralelamente, si se percibía que la alteración de la conducta del paciente agresor, había sido provocada por un trato injusto por parte de los profesionales, se identificó empatía con el paciente, solidarizándose con él, refiriendo manifestaciones de queja ante la actitud del profesional, al percibir injustificada su actuación. Una situación similar, también es identificada por Buch Gudde (2015).

Según refería este grupo poblacional, ante estas situaciones, aumentaba la sensación de malestar, falta y falsa comunicación, frustración y finalmente resignación. Estas sensaciones, se incrementaban cuando preguntaban sobre el paciente agresor, y los profesionales evitaban dar explicaciones aludiendo al secreto profesional.

Según afirmaron en los grupos focales realizados, en ocasiones, algún paciente testigo, terminaba entrando en la habitación del paciente contenido, incumpliendo así la normativa de la unidad y generando mayor discomfort y hostilidad, tanto en el testigo, como en el agresor.

### *Percepción y reacciones de la persona ingresada testigo, sobre sus propios sentimientos y emociones*

- Tras el análisis realizado, la persona ingresada, refirió sentimientos de miedo, rabia, preocupación, impotencia, extrañeza y sorpresa, oros autores como Buch Gudde (2015), también identifican estas emociones. Algunos, afirmaron haber sido víctimas de agresiones físicas y/o verbales, por parte de otros

pacientes, e incluso haber sido testigos o víctimas de acoso sexual, durante su ingreso en alguna UHAP.

Aseguraron que, en ocasiones, estas vivencias se repetían tanto, que llegaban a percibir las como «rutinarias».

- Ante esta situación, se identificaron dos tipos de reacciones:
  - Pacientes que optaron por aislarse en su habitación, evitando de esta forma la relación con el resto de las personas ingresadas, velando por su propia seguridad, e identificando las UHAP como sitios peligrosos. Tampoco participaban en actividades, ni permanecían en la sala común, viéndose, comprometida su propia recuperación, y llegando a rechazar posibles futuros ingresos por miedo. Otros autores identifican conductas similares (Buch Gudde *et al.*, 2015).
  - Otras personas, refirieron sentimientos de ayuda y protección. Defendiendo tanto a pacientes como a profesionales que identificaron como víctimas o vulnerables, sintiéndose útiles, valorados, reconocidos y apreciados por los demás, estableciendo relaciones de compañerismo. Esta conducta, mejoró su autoestima y les reconfortó. Afirmaron que, en ocasiones, estas relaciones, se mantenían a lo largo de los años, transformándose en amistad que perduraba incluso en el momento de la realización de los grupos.

En definitiva, La experiencia vivida ante situaciones de agresividad durante los ingresos hospitalarios en UHAP, resulta impactante para las personas ingresadas, ya sean testigos o protagonistas, generando sentimientos de miedo, ansiedad, impotencia y frustración. Todo ello resulta contradictorio al hablar de humanización asistencial.

Para construir los cimientos de la humanización asistencial en las unidades de agudos de psiquiatría, es necesario comenzar proporcionando seguridad, confianza y bienestar a las personas ingresadas.

Pero, tal como hemos podido observar a lo largo de la investigación, la humanización asistencial, no afecta exclusivamente a la persona con patología, sino que incluye por un lado a su entorno de convivencia y por otro, a lo profesionales de la salud mental. Por este motivo, se hizo necesario, valorar la humanización asistencial desde todas las perspectivas posibles, realizando el siguiente estudio cualitativo.

### **Análisis desde la perspectiva de la persona ingresada, su cuidador y/o conviviente y los profesionales, para construir la definición de humanización asistencial en las UHAP, identificando sus valores y líneas estratégicas de intervención**

Para poder dar un sentido amplio y global a este concepto, es preciso tener en consideración algunos aspectos extraídos de las investigaciones cualitativas realizadas.

En primer lugar, cabe resaltar los factores, internos y externos extraídos del análisis de los grupos de profesionales.

Estos factores identificados, forman parte de la cultura organizacional del centro de trabajo, definida como las prácticas, los valores, las costumbres, los hábitos, la filosofía, los significados compartidos, los lenguajes, los rituales, los códigos, los reglamentos, las manifestaciones, las creencias, los modos de pensar, producir, hacer y actuar o comportarse, de generar información y contenido simbólico, de integrarse o asociarse; las formas de percepción y los sentimientos que generan en el interior de las organizaciones (Mena Méndez, 2019).

Además, coinciden en su organización con las dimensiones del clima laboral, entendido, como el contexto de trabajo, caracterizado por un conjunto de aspectos tangibles e intangibles, que están presentes de forma relativamente estable, en una determinada organización, y que afecta a las actitudes, motivación y comportamiento de sus miembros y, por lo tanto, al desempeño de la organización (Bordas Martínez, 2016).

Otros autores identifican de igual manera, la relación entre los factores organizacionales y ambientales en la presencia de conductas violentas manifestadas en las UHAP (Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016).

Se definen dos escenarios, el estructural-organizativo, y el de recursos humanos. Cada uno de ellos presenta dos dimensiones (Olaz, 2013).

Escenario estructural organizativo:

- Dimensión I, comprende el contexto organizativo: incluye las variables relacionadas con la estructura organizativa, como la misión, visión y valores institucionales.
- Dimensión II, contenido del trabajo: se refiere a las variables que ayudan a modelar la configuración del trabajo en sí mismo, como: el entorno del trabajo, la ratio de profesionales por paciente, el grupo profesional.

Escenario de recursos humanos:

- Dimensión III, se refiere a las variables que determinan el significado y/o el grado de cohesión del equipo, por ejemplo, la comunicación efectiva, o el equipo de trabajo
- Dimensión IV, es la apreciación personal individual: relacionada con las percepciones objetivas y subjetivas, que pueden hacerse extensivas al grupo y/o la organización. Esta dimensión engloba aspectos como: las actitudes personales, las habilidades comunicativas, las sensaciones o emociones negativas ante la percepción de actuaciones mal realizadas, la experiencia personal y la formación realizada.

En esta dimensión quedarían incluidas las actitudes positivas de los profesionales, que permitan entender a la persona ingresada como un ser humano, facilitando la gestión emocional del profesional, y pudiendo reconducir las situaciones de crisis, sin recurrir a la utilización de la contención mecánica u otras medidas restrictivas.

Otros autores, también identifican la relación existente entre la cultura organizacional y la gestión emocional del profesional (Doedens *et al.*, 2020; Haugvaldstad & Husum, 2016; Hilton *et al.*, 2017; Laukkanen *et al.*, 2020; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014)

Por lo tanto, la cultura organizacional, y todo lo que conlleva, condiciona aspectos como el modelo de cuidado proporcionado a la persona ingresada y a sus cuidadores y/o convivientes, la ratio de profesionales, la actitud, el trabajo en equipo y la formación afectando al pronóstico y evolución de la patología.

En segundo lugar, es conveniente reflexionar sobre una emoción común identificada en todos los grupos poblacionales estudiados: El miedo.

Esta emoción se identifica, por un lado, en las personas ingresadas, ya sean protagonistas o testigos, condicionando su autocontrol, la percepción del cuidado y la seguridad. Por otro lado, afecta a la experiencia vivida por los cuidadores y/o convivientes, ante el miedo por la seguridad de su ser querido. Paralelamente, incide directamente en la gestión emocional de los profesionales y en sus intervenciones. En consecuencia, el miedo repercute sobre la humanización asistencial.

El miedo, se define según la RAE (Real Academia Española, 2022) como angustia por un riesgo o daño real o imaginario. Es uno de los causantes de la agresividad, condicionado por la amígdala, tal como se ha detallado con anterioridad (Bell *et al.*, 2022; Maldonado-Rengel *et al.*, 2021).

En los grupos realizados, se extrajo que la conjunción de esta emoción compartida por los tres grupos poblacionales, en un mismo tiempo y espacio, pero con diferentes perspectivas, interpretaciones, causas y posibles consecuencias, se identificó como agente facilitador de la utilización de contención mecánica de la persona que manifestaba la conducta agresiva, convirtiéndolo en uno de los principales disparadores, y afectando directamente a la satisfacción del cuidado recibido y, en consecuencia, a la humanización asistencial.

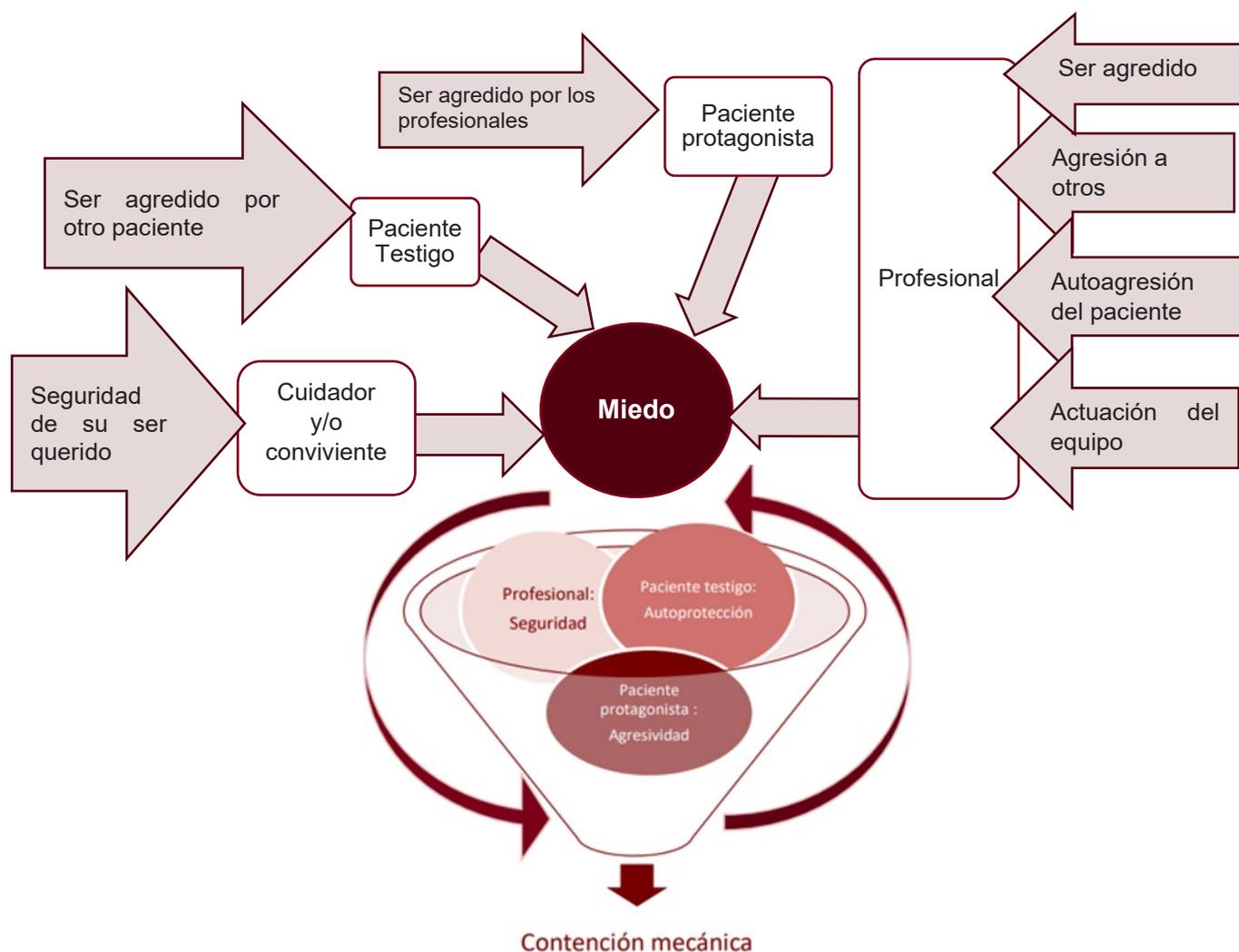
Se han identificado otros estudios, donde se mencionan diferentes aspectos relacionados con el miedo del profesional (Hilton *et al.*, 2017; Odes *et al.*, 2020; Pelto-Piri *et al.*, 2020; Rosenthal L. *et al.*, 2018; Salzmann-Erikson & Söderqvist, 2017; Schlup *et al.*, 2021)

Las diferentes causas de miedo, y las posibles conductas manifestadas, que se identificaron en los grupos focales, dependieron de la población estudiada,

- La persona ingresada testigo, lo centró en la situación de riesgo vivida, referida hacia su propia seguridad. El miedo provocó conductas de autoprotección mediante la reclusión y aislamiento voluntario.
- La persona ingresada protagonista de la situación conflictiva o agresiva, identificó esta emoción, al percibir ser atacado por los profesionales de la salud, identificando un riesgo vital y necesidad de autoprotección, provocando la manifestación de la conducta agresiva como autodefensa.
- El cuidador y/o conviviente, lo centró en el riesgo para la seguridad de su ser querido. Provocando rechazo a nuevos ingresos.
- El profesional, valoró el miedo tanto por el riesgo de la situación peligrosa hacia sí mismo, como para el resto de las personas, ya fueran pacientes testigos o protagonistas que manifestaban conductas auto o hetero agresivas, provocando el aumento de la utilización de medidas restrictivas, como la contención mecánica o la administración de medicación forzosa, afectando a la seguridad del paciente, a la satisfacción y, en definitiva a la humanización asistencial.

En la figura 6, se puede apreciar la diferente visión del miedo, de todos los implicados y su relación con la contención mecánica.

Figura 6: El miedo y su influencia en la utilización de la contención mecánica



Fuente: Elaboración propia.

Específicamente, en los profesionales, se identificó:

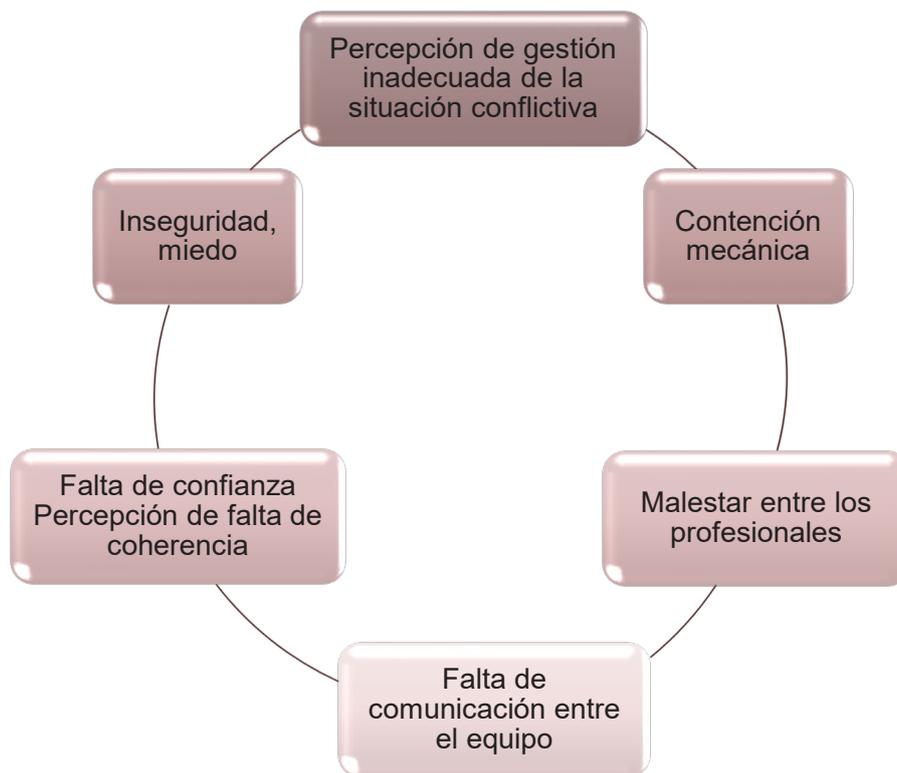
- a. El miedo del profesional, es inversamente proporcional a la confianza que tiene en la respuesta del resto de su equipo. Por lo tanto, a menor confianza, mayor miedo.

Esta pérdida de confianza puede deberse a múltiples factores, por ejemplo, la percepción de la gestión inadecuada de una situación de riesgo, las faltas de respeto entre profesionales o la percepción de falta de implicación de algún profesional.

En consecuencia, la falta de trabajo en equipo, de comunicación, o las dificultades relacionales entre los profesionales, adquieren un papel

protagonista en la respuesta del equipo asistencial, ante la conducta agresiva de un paciente, afectando a la seguridad y protección de todos los implicados. Cabe destacar, que una vez que se rompe la confianza en el equipo, es muy difícil reinstaurarla.

**Figura 7: Círculo vicioso generado ante la percepción del profesional de la gestión inadecuada de una situación conflictiva**



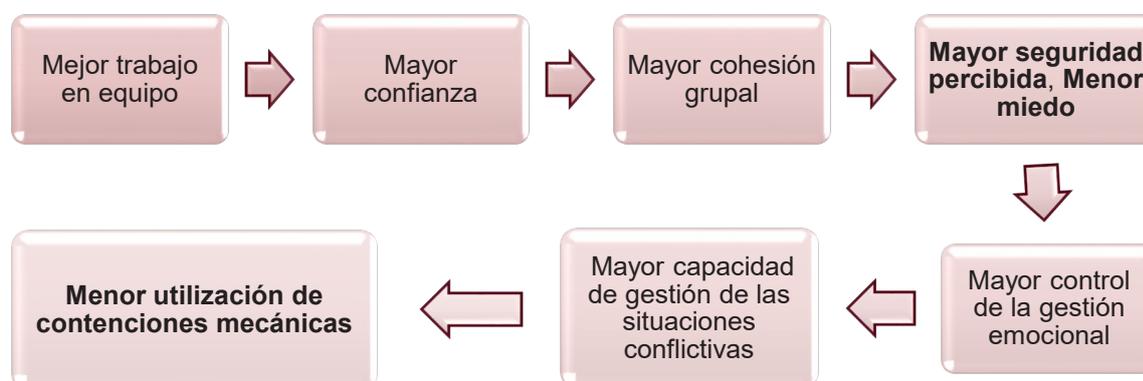
Fuente: Elaboración propia.

Y al contrario, si existe un buen equipo de trabajo, se genera mayor confianza, comunicación y menor miedo.

Cuando un profesional, se siente seguro y apoyado por sus compañeros, refiere mayor capacidad de afrontamiento ante las conductas agresivas manifestadas por los pacientes y, por lo tanto, menor riesgo de utilización de contenciones mecánicas, tal como se puede apreciar en la figura 8.

De esta forma, los factores internos y externos, anteriormente mencionados, también afectan, a la percepción del miedo y, en consecuencia, tal como se ha ido observando, al riesgo de utilización de la contención mecánica, a la satisfacción del cuidado recibido y, en definitiva, a la humanización asistencial.

**Figura 8: Relación entre el trabajo en equipo y la utilización de la contención mecánica**



Fuente: Elaboración propia.

- b. Los profesionales, refieren aumento del miedo, ante la mayor flexibilización de la normativa de la UHAP, generando sobrecarga tanto laboral, como emocional, al tener que incrementar la vigilancia, por la posibilidad de aumento del riesgo de conductas autolesivas o suicidio intrahospitalario.

Por lo tanto, el miedo es directamente proporcional, al aumento de la flexibilidad de la normativa. A mayor flexibilidad, mayor miedo. En este sentido, aspectos como: los horarios de visita, la utilización de teléfonos móviles, radios o auriculares, pueden afectar al equipo generando desacuerdos, discusiones y malestar.

Si ante esta situación de flexibilización, el personal de enfermería se siente inseguro, se podría provocar el endurecimiento de la normativa, generando nuevas situaciones conflictivas con las personas ingresadas, afectando tanto a la relación profesional-profesional, como a la relación profesional-paciente y, en consecuencia, pudiendo verse perjudicada la relación terapéutica.

En la bibliografía, se identifican algunos estudios sobre la sobrecarga emocional de los profesionales, al tener que vigilar a los pacientes con riesgo de alteración conductual o fuga, a la que denominan «vigilancia ansiosa», por la ansiedad subyacente que se percibe en el ambiente de la UHAP (Muir-Cochrane *et al.*, 2012), o con la cultura del miedo y la vigilancia (Clancy *et al.*, 2014; Corbetta *et al.*, 2022; McAllister *et al.*, 2021; McKeown *et al.*, 2020).

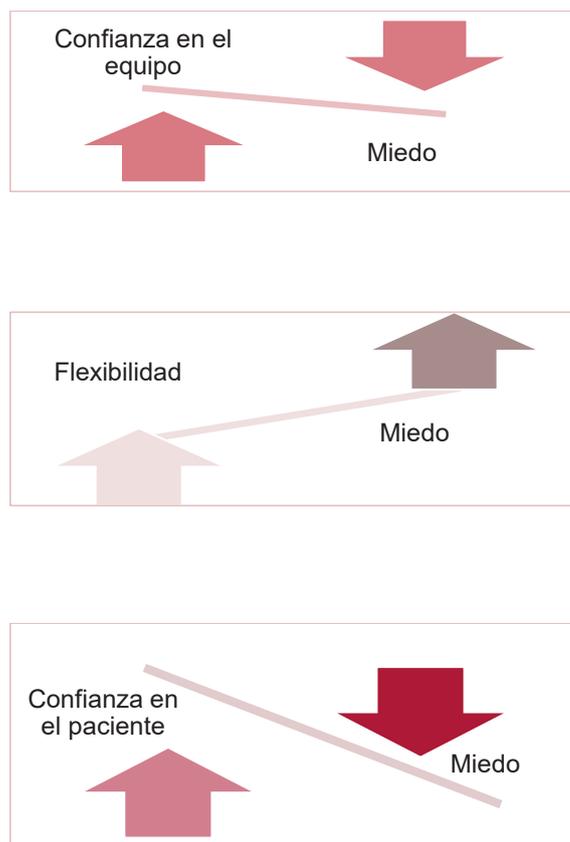
- c. Por último, cabe destacar que, la decisión de retirar la contención mecánica de un paciente agresivo, se verá condicionada por la confianza del profesional

hacia el paciente, puesto que, hasta que los profesionales no tengan plenas garantías de seguridad, no se atreverán a descontener a la persona.

En definitiva, a mayor confianza del profesional en el paciente, menor miedo, menor duración de la contención mecánica, y en consecuencia disminuirá el sentimiento del paciente de incertidumbre, vulnerabilidad, ansiedad y miedo. Esta confianza viene condicionada por la relación y el vínculo terapéutico establecido.

En resumen, podemos identificar diferentes aspectos que afectan de una u otra forma al miedo del profesional, tal como se aprecia en la figura 9, y su relación directa con la utilización de las contenciones mecánicas y, en consecuencia, la satisfacción del cuidado percibido por el paciente y la humanización asistencial, reflejado en la figura 10.

**Figura 9: Aspectos que influyen en el miedo del profesional**



Fuente: Elaboración propia.

**Figura 10: Relación entre el miedo del profesional y la humanización asistencial**

Fuente: Elaboración propia.

Algunas de las consideraciones que se observaron en los grupos, fue la necesidad de incrementar el personal de enfermería en las UAHP, aunque este aspecto genera controversia en la bibliografía, puesto que hay autores que afirman que no existe relación entre mayor ratio de profesionales, y reducción de la utilización de las contenciones mecánicas. Aunque sí hay consenso en la importancia de disponer de una proporción paciente/profesional adecuada, que permita una observación directa y discreta (Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016).

Otro de los factores identificados en los grupos, fue la importancia del trabajo en equipo ante situaciones de agresividad vividas en las UHAP. Este aspecto coincide en su relevancia con otros autores (Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016).

Finalmente, para dar respuesta al objetivo general, se definen tres áreas temáticas:

En primer lugar, se presenta la definición de humanización asistencial en las UHAP. En segundo lugar, se abordan los valores de la humanización asistencial en las UHAP y, por último, se identifican las líneas estratégicas de actuación, constatándose algunas propuestas de mejora, a modo de ejemplo, todo ello en base a las aportaciones de las personas con experiencia en salud mental, sus cuidadores y/o convivientes y los profesionales asistenciales.

### **Definición de humanización asistencial para las UHAP**

Tras el análisis de los grupos focales realizados con los usuarios, cuidadores o convivientes y profesionales, se deduce la conveniencia de disponer de una definición de humanización asistencial, ajustada a los requerimientos de las personas con enfermedad mental en fase aguda, ingresadas en las UAHP, ya que, en esta situación, las personas requieren unos cuidados específicos.

A diferencia de otras especialidades sanitarias, la sintomatología del paciente, puede llegar a comprometer el cuidado proporcionado por el profesional. Por

ejemplo, tal como se ha podido observar, en los casos de manifestación de conducta agresiva (Montes JM *et al.*, 2019; Scobie Sarah *et al.*, 2006; Zarco J. *et al.*, 2020), o en situaciones de riesgo autolesión, ya sea por conducta autolesiva, o por los intentos de suicidios intrahospitalarios. En estas situaciones, el paciente, puede llegar a manipular a los profesionales, con la finalidad de ocultar, por ejemplo, medicación o útiles cortantes, a la vez que disponer de un tiempo y lugar sin vigilancia, permitiendo la realización de la tentativa autolesiva o autolítica, dentro de la UHAP.

Por ello, se propone la siguiente definición de humanización asistencial en la UHAP:

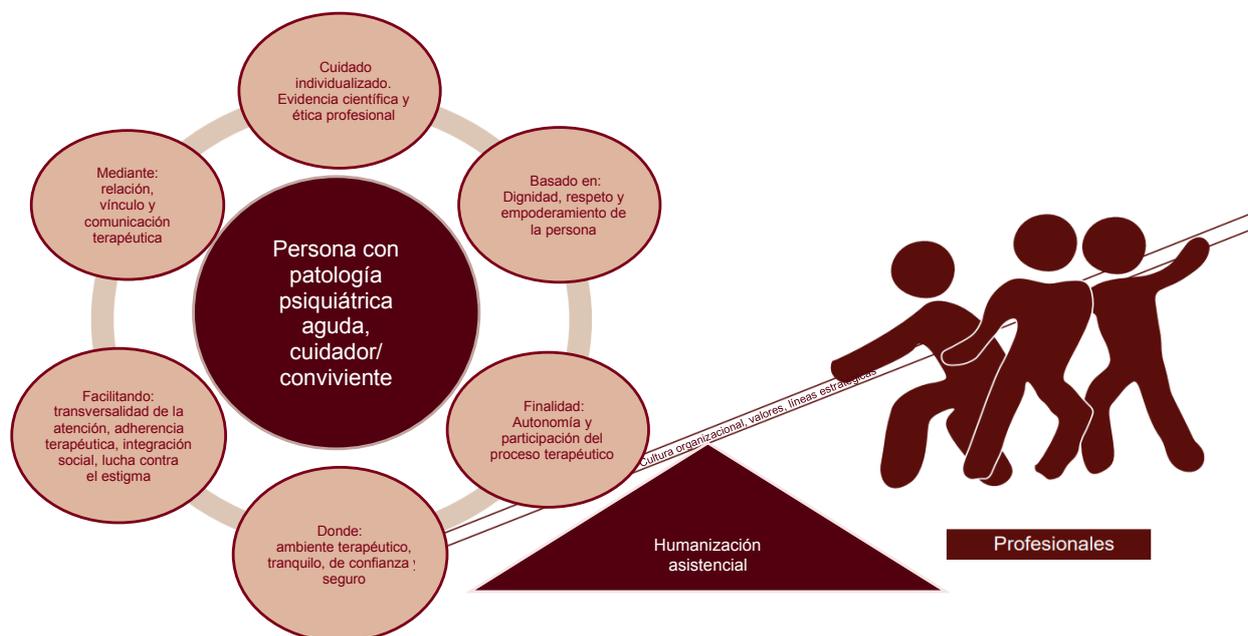
Todos aquellos factores, que permiten al profesional brindar una atención individualizada, integral de calidad. Validada por la evidencia científica, en el marco de la ética profesional, proporcionada a las personas con enfermedad mental en fase aguda y sus cuidadores o convivientes, basada en la dignidad, el respeto y el empoderamiento de la persona, con la finalidad de apoyar y acompañar en el desarrollo de su autonomía y participación en el proceso terapéutico.

Todo ello, en un ambiente tranquilo, de confianza y seguro, que permita y potencie la transversalidad de la atención en salud mental, la adherencia terapéutica, la integración social y la lucha contra el estigma, mediante la relación y el vínculo terapéutico, junto con la comunicación efectiva, tratando a la persona como ser humano.

Para su consecución, es imprescindible centrar la atención en la persona con experiencia en salud mental y su entorno, a la vez que, en el profesional, como agente de cambio necesario. Siendo la humanización el punto de apoyo, utilizando las líneas estratégicas como la palanca necesaria para la acción, en el marco de los valores identificados

En la figura 11, se puede ver una representación gráfica del concepto de humanización asistencial.

Figura 11: Definición de humanización asistencial



Fuente: Elaboración propia.

### Valores de la humanización asistencial en las UHAP

Se identifican seis valores claves en la humanización asistencial de las UHAP.

- El primer valor, se relaciona con la **ética y responsabilidad profesional**, que avale un cuidado individualizado de calidad, basado en la evidencia científica, en función de las necesidades específicas de cada paciente (*Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. Consell de Col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya, 2013*). Para ello, es necesario que los profesionales sean proactivos y responsables en su formación. Este valor sitúa al binomio paciente-cuidador o conviviente, en el centro de la atención.

Esto va en la misma línea argumental de Watson, al afirmar, en sus factores de cuidados, el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008).

- El segundo valor identificado es la **competencia actitudinal del profesional** como base para el establecimiento del vínculo terapéutico. Incluye aspectos como la actitud positiva, el respeto, la honestidad, la proactividad, la resiliencia, la adaptabilidad, las creencias y el cuidado de la cultura de la otra persona.

Resulta además clave para promover un ambiente terapéutico. Por ello, el trato proporcionado por los profesionales, así como su implicación, resultan imprescindibles en la humanización del cuidado (Moreno-Poyato A.R *et al.*, 2016; Tolosa-Merlos *et al.*, 2023).

La actitud, condiciona y está condicionada, por la gestión emocional del profesional y por la satisfacción del trabajo realizado (Poyato Moreno A.R., 2016; Tolosa-Merlos *et al.*, 2023).

Peplau, a través de su teoría de las Relaciones Interpersonales, estableció las bases de este concepto, considerando la relación como un mediador primario para la curación (Peplau, 1988; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

La relación terapéutica, podría definirse como un intercambio humano (Peplau, 1988), basado en la confianza entre ellos, y enfocado al trabajo de ayuda terapéutica, utilizando la comunicación, para favorecer la posibilidad de que una persona, ayude a otra a mejorar su estado de salud, con el objetivo de que, a través de dicha comunicación, la persona pueda desarrollar relaciones interpersonales, y estrategias de resolución de problemas (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021; Moreno-Poyato A.R *et al.*, 2016; Tolosa-Merlos *et al.*, 2023).

Watson, en su modelo, también identifica la importancia del reconocimiento de las propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de la enfermera y las del paciente, así como una mejor comprensión de uno mismo y de los demás (Watson J, 2008). Mientras que Barker menciona la «curiosidad genuina», y la transparencia, para referirse al trato sincero (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011) como aspectos claves, en la gestión emocional del profesional y en su capacidad actitudinal.

- Como tercer valor, se define la **competencia comunicativa**. Toda acción humana, se desarrolla a través de la comunicación, englobando la capacidad de mirar, ver y observar, a la vez que oír y escuchar. Es decir, entender con la razón y el corazón, identificando las necesidades y proporcionando las estrategias para que puedan ser cubiertas.

Abogando por una comunicación terapéutica, abierta, sincera y efectiva, basada en aspectos como la empatía, la veracidad y la tolerancia. En realidad, este valor, podría formar parte del valor anterior, puesto que queda incluido en la relación terapéutica, (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021),

aunque se decidió considerarlo de forma diferenciada, con la finalidad de proporcionarle mayor visibilidad.

Otros autores identifican este aspecto, como central en la atención de la persona con enfermedad mental grave (Papageorgiou *et al.*, 2017; Sharma & Gupta, 2022), siendo destacado por su relevancia, también en el MAE (Arisa *et al.*, 2017).

En este sentido, Watson afirma, que es importante el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente, que fomente y acepte la expresión, tanto de los sentimientos positivos, como de los negativos (Watson J, 2008). Mientras que Barker defiende el respeto por el lenguaje natural de cada persona, valorar la voz y su historia de vida, llegando a ser «aprendiz» de ese individuo (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008).

- Como cuarto valor, se define **la participación de la persona en su proceso terapéutico**, a través del empoderamiento, la capacitación, la validación, el acompañamiento, la adaptación, la información y la confianza mutua, todo ello, con la finalidad de potenciar su libertad.

Conlleva un cambio en la forma de cuidar, pasando de «cuidar a» o «cuidar de» a «cuidar con», siendo las enfermeras, las herramientas facilitadoras de dicho cambio.

Barker, en la teoría de las mareas, hace varias aportaciones en esta línea, como, por ejemplo, la utilización de herramientas disponibles, o revelar la sabiduría personal, para que se pueda utilizar en la recuperación. Así mismo, Watson especifica la promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal, como forma de empoderamiento (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008)

- El quinto valor definido, es la **capacidad de trabajo en equipo**, imprescindible para la cohesión y coherencia grupal, potenciando la confianza y seguridad percibida por el profesional.

Abarcando a todos los profesionales de la red asistencial de salud mental, facilitando de esta forma, la transversalidad de la atención y proporcionando una visión *holística real*, avalando la atención continuada, facilitando el conocimiento de los profesionales, sobre la historia de vida de la persona atendida, y su entorno, así como de su enfermedad. De esta forma, se facilita y potencia, la adherencia terapéutica al alta de la UHAP.

- El sexto valor identificado y diferencial, es la **lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental**, potenciando la normalización de la asistencia, la igualdad y equidad de las personas con patología mental y sus cuidadores y/o convivientes, con la finalidad de la integración y participación en la sociedad, potenciando así la salud mental.

Peplau, Watson y Barker también destacan la importancia del entorno social como aspecto clave dentro del cuidado de enfermería (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Peplau, 1997; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008).

El estigma, fue definido por Goffman en 1963 como «un atributo que es profundamente devaluador y que degrada y rebaja a la persona portadora del mismo» (Goffman E., 1963). Posteriormente, otros autores añadieron a esta definición, matices como, por ejemplo, que el estigma son etiquetas que otros imponen a una persona o a un grupo (Hebl & Dovidio, 2005).

Es un proceso, mediante el que la sociedad, identifica atributos indeseables en ciertas personas, que percibe como diferentes y pertenecientes a una categoría inferior (González Bellés & Dámaso Vega, 2022).

La desinformación, o simplemente, no ser conscientes de la importancia de la salud mental, producen en muchas ocasiones, que la sociedad discrimine, rechace o estigmatice a las personas que padecen una enfermedad mental, aunque se puede afirmar, que nadie está exento de padecer algún tipo de problema de salud mental, a lo largo de su vida, o que lo padezcan las personas de su entorno cercano (*Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Sanidad 2022. Ministerio de Sanidad, 2021*).

Existen diferentes tipos de estigma:

- El estigma público se refiere al de la población general, que posee unos estereotipos y prejuicios que incitan a la discriminación.
- El estigma estructural, se identifica con el de los empleados de instituciones.
- El estigma por asociación, definido como el referido por personas de su entorno cercano (amistades, familiares, profesionales sanitarios...)
- El autoestigma, es la interiorización de los estereotipos por parte de la persona estigmatizada. El 40% de las personas con enfermedad mental, presentan este tipo de estigma (González Bellés & Dámaso Vega, 2022).

Es necesario que, se inicie la lucha contra el estigma hacia la enfermedad mental, desde todos los dispositivos de la red sanitaria de atención a la salud mental, y en concreto, desde las UHAP, ya que, tal como se ha afirmado anteriormente, en muchas ocasiones, el ingreso en la UHAP, es el primer contacto de la persona con esta patología.

Actualmente, la lucha contra el estigma, es una de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (*Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Sanidad 2022. Ministerio de Sanidad, 2021*).

En definitiva, humanizar la asistencia, no sólo es disponer de un espacio físico, una estructura, o un punto de vista. No es «dar pastillas y controlar», ni centrar la atención en la enfermedad.

Es una forma de trabajar, que da sentido a nuestra labor como profesionales.

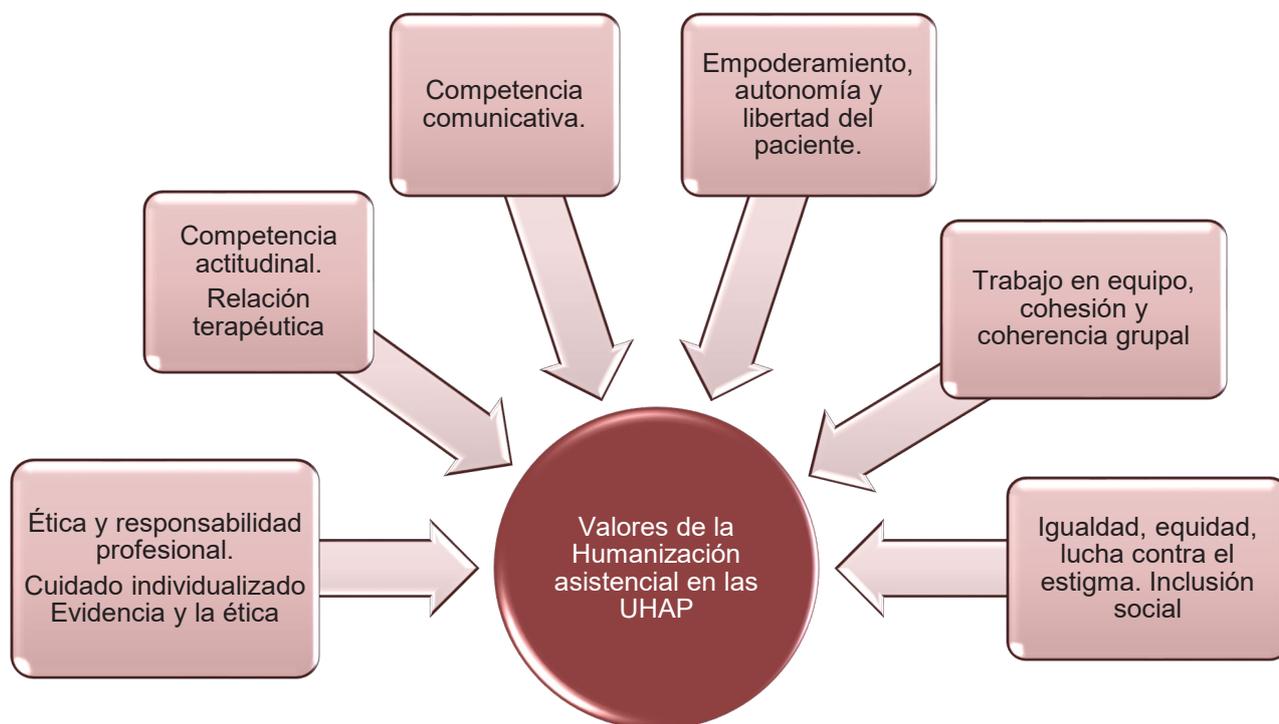
Es el cuidado de la persona, englobando su momento vital y las patologías que se van acumulando a lo largo de la vida.

Es la forma de ser del profesional, que se enseña y transmite, como esencia propia de la labor asistencial y de la institución sanitaria.

Es la capacidad del sistema sanitario, de proveer al profesional de las herramientas necesarias, para llevar a cabo un «cuidado de calidad», basado en la evidencia científica. A la vez que, un «cuidado de calidez», basado en el trato humano, a pesar de la sintomatología que pueda presentar la persona.

A continuación, en la figura 12, se muestran, de forma esquemática, los valores identificados de la humanización asistencial en las UHAP.

**Figura 12: Valores de la humanización asistencial**



Fuente: Elaboración propia.

### Líneas estratégicas de la humanización asistencial

Tras el análisis de la información proporcionada, se han definido seis líneas estratégicas de intervención. Cada una de ellas, aglutina varios conceptos trascendentales de la atención humanizada en las UHAP.

#### 1. Cultura organizacional y clima laboral

Identificada como primera línea estratégica, ya que la misión, visión y valores de la institución, condicionará la política del centro sanitario, los objetivos, prioridades, y en consecuencia la dotación económica destinada a ese dispositivo asistencial en concreto, condicionando aspectos como la ratio, el tiempo de dedicación directa, el perfil de profesionales contratados, la formación ofertada por el centro, la forma de trabajar, la comunicación entre los profesionales y por supuesto, la cultura de prevención del error.

Este aspecto, también ha sido definido por otros autores como condiciones de trabajo del área organizacional o factores organizacionales (Aarons *et al.*, 2012; Busch

*et al.*, 2019; Dauber *et al.*, 2012; Olaz, 2013; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016; Sanz-Osorio *et al.*, 2022; Zenteno-Hidalgo & Durán Silva, 2016).

Los subapartados que la comprenden son:

- Modelo de cuidado establecido y planes de cuidado instaurados: definiendo el estilo de cuidado proporcionado a las personas y convivientes. Valorando aspectos como la seguridad del paciente y la cultura de la organización, en la reducción del uso de contenciones mecánicas.
- El trabajo en equipo, en lugar de «grupos de diferentes profesionales trabajando en un mismo sitio»: para ello, se precisa la transformación de la percepción de los profesionales (Canhizares Evangelista *et al.*, 2016; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016). Comporta la colaboración y la cooperación de un grupo de personas para lograr un objetivo común, se comparten responsabilidades, permite combinar las fortalezas y habilidades individuales de los miembros del equipo, mostrando así resultados más eficientes y efectivos, que si cada persona trabajara de manera individual. Proporcionando mayor seguridad a los profesionales.
- La comunicación interprofesional, como base del trabajo en equipo, la cohesión y confianza grupal. Otros estudios publicados, reafirman la necesidad de la coordinación entre los profesionales, imprescindible para la coherencia asistencial, además del compromiso y la comunicación, como garantía de la continuidad del cuidado (Beckett *et al.*, 2013; Fernandes Moll *et al.*, 2016; Knutson *et al.*, 2013; McAllister & McCrae, 2017; Óladóttir & Pálmadóttir, 2017).
- La transversalidad asistencial, la trazabilidad del cuidado y la continuidad de la atención sanitaria, disminuyendo de esta forma, el riesgo de recaída y por lo tanto, de reingresos hospitalarios. Para ello, es necesaria la vinculación con los profesionales de los dispositivos extrahospitalarios de salud mental.

Con esta finalidad, a modo de ejemplo, se definen actuaciones relacionadas con el alta hospitalaria del paciente, así como los cuidados posteriores:

- Derivación a los dispositivos extrahospitalarios, para su vinculación y seguimiento.
- Comunicación y coordinación con el resto de los equipos de trabajo.
- Proporcionar el informe de alta, facilitando la información a la persona, e incluyendo a sus cuidadores o convivientes, siempre que sea posible.

- Aplicación de protocolos de seguimiento específicos, siguiendo las indicaciones de las guías clínicas existentes.
- Potenciar la adherencia terapéutica. Incluyendo además del cumplimiento farmacológico, todas aquellas recomendaciones acordadas por los profesionales sanitarios, por ejemplo, las visitas de seguimiento o la realización de pruebas diagnósticas.
- En los grupos de profesionales, se valora como positivo, el movimiento de profesionales entre los diferentes dispositivos de la salud mental, proporcionando así un mayor conocimiento y comprensión del trabajo realizado en todos ellos como estrategia de mejora del trabajo en equipo.
- Disponer de la ratio de profesionales adecuada para proporcionar una atención segura, de calidad y directa, valorando, por un lado, el número de pacientes, su gravedad y necesidades. Y por el otro, los perfiles de profesionales contratados, su experiencia, su competencia profesional, la seguridad del paciente y las actividades planificadas, entre otros aspectos (Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016).
- La formación continuada de los profesionales, en todo tipo de técnicas terapéuticas susceptibles de ser utilizadas en la UHAP, por ejemplo, en desescalada verbal, intervenciones lúdicas, rehabilitadoras o de actividad física, entre otras. Otros autores coinciden en la necesidad de formación de los profesionales de enfermería (Montes JM *et al.*, 2019; Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014).
- El posicionamiento institucional, en la lucha contra el estigma que sufre la persona con enfermedad mental. Este aspecto resulta imperativo en la humanización asistencial. Incluso entre los propios profesionales sanitarios. Por ello, debería formar parte de la visión, misión y valores de la organización.
- Como estrategia, se destaca la importancia de que conste de forma expresa, dentro de la cultura del cuidado promovida por la propia institución, para garantizar el cuidado digno y respetuoso que precisan todos los pacientes (Chamorro Coneo *et al.*, 2022; Frias Trigo V.M, 2020; Muñoz M *et al.*, 2009; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016; Zartaloudi *et al.*, 2010), así como el apoyo a las asociaciones de familiares o en primera persona.

## 2. El cuidado centrado en la persona y su entorno social

Este apartado, hace referencia a la forma de cuidado, que se debería proporcionar a la persona y su cuidador o conviviente, iniciándose en el momento del ingreso en la UHAP, y continuando al alta de la unidad, con el seguimiento posterior, proporcionando de esta forma, continuidad, coherencia asistencial y facilitando la adherencia terapéutica.

Se contemplan diferentes conceptos:

- Cuidado basado en la evidencia científica, avalado por las guías clínicas publicadas (Beviá Febrer *et al.*, 2017; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Zarco, J. *et al.*, 2022), para proporcionar cuidados de calidad.
- Actualmente, a raíz de la instrucción publicada por la fiscalía en el 2022 sobre la utilización de las contenciones mecánicas, se podría añadir, en cumplimiento de la legislación vigente (Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad., 2022), aunque este tema, no salió en los grupos realizados, seguramente, porque la instrucción se publicó en una fecha posterior a su realización.
- Cuidados enmarcados en la ética profesional, reconociendo la dignidad de la persona, como valor fundamental inherente a la naturaleza humana, y a la ciencia enfermera (Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2013; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011; Watson J, 2008).
- Incluir al cuidador y/o conviviente dentro del plan de cuidados de la persona ingresada en la UHAP.
- Reducción del uso de las contenciones mecánicas, como forma de cuidado, aplicando las estrategias necesarias, para tal fin (Bowers, 2014; National Association of State Mental Health Program Directors, 2006; Sanz-Osorio *et al.*, 2019; te Pou, 2020), con el objetivo de mejorar la calidad asistencial, disminuir el riesgo para la seguridad del paciente, mejorar la percepción del cuidado recibido, facilitar la adherencia terapéutica y evitar recaídas (Goula *et al.*, 2021; Jiang *et al.*, 2019; Krupchanka *et al.*, 2017; Priebe S. & Miglietta E., 2019; Woldekidan *et al.*, 2019) ya que, tal como se ha podido observar, por un lado, es una estrategia que no disminuye la conducta agresiva y por otro lado, será necesaria para incrementar tanto la satisfacción de cuidado percibido por el paciente, como el proporcionado por los profesionales (Chung *et al.*, 2020; King *et al.*, 2019).

Además, cabe destacar el incremento de programas desarrollados a nivel mundial, para reducir al mínimo el uso de medidas coercitivas durante el tratamiento en UHAP (Mullen *et al.*, 2013; NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; Sanz-Osorio *et al.*, 2019; Smith & Jones, 2013; Voskes *et al.*, 2021; World Health Organization, 2019).

Como ejemplos de intervención, se propone:

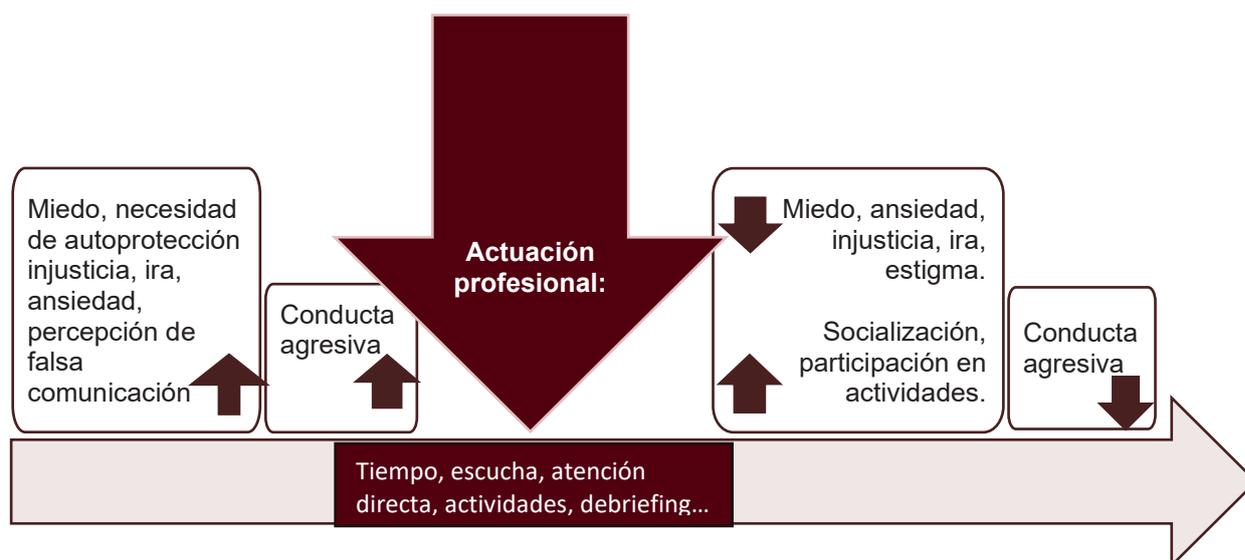
- Disponer de un equipo de profesionales cohesionado, adecuado en número y formación, que puedan destinar mayor tiempo de dedicación directa, utilizando estrategias comunicativas efectivas entre los profesionales (por ejemplo, técnicas del tipo debriefing) y entre las personas con experiencia en salud mental y cuidadores o convivientes, mejorando la información proporcionada.
- Proveer estrategias de seguridad que incrementen la sensación de protección, evitando o reduciendo de este modo, el miedo de las personas ingresadas, sus cuidadores y convivientes y de los profesionales (pulseras de alarma, telefonía móvil, personal de seguridad...).
- Realizar actividades grupales, deportivas, lúdicas o estimular la relajación entre otras.
- La creación de unidades específicas de atención, para las personas que manifiestan conductas agresivas. Estas unidades, se denominan «Unidades de Cuidados Intensivos Psiquiátricos» (PICU), y existe experiencia en otros países, desde 1996, demostrando evidencia científica de su utilidad. Están basadas en el incremento de la observación, aumento de medicación tranquilizante, uso de restricción manual y tiempo de reflexión. Presenta mayor ratio de profesionales, que permite dedicar mayor tiempo de atención directa a las personas que lo necesitan (Evatt *et al.*, 2016; lee *et al.*, 2013; Pettit *et al.*, 2017, Voskes *et al.*, 2021).
- Otros ejemplos que han demostrado evidencia científica, en la reducción de la utilización de contenciones mecánicas, son:
  - El modelo Unidades a Salvo («The safewards model» o Safewards) (Bowers, 2014).
  - Los modelos de cuidado centrados en la comunicación, como el Proyecto de Desescalada Verbal (Knox & Holloman, 2012) o el proyecto Open Dialogue
  - Las estrategias de cuidado «Six Core Strategis» (National Association

of State Mental Health Program Directors, 2006; te Pou, 2020), que identifican seis estrategias básicas: trabajo en equipo hacia un cambio organizacional, experiencias vitales, análisis de datos, empoderamiento y desarrollo, herramientas de reducción de la restricción y técnicas de análisis.

- Las propuestas por la OMS y la Guía NICE (NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2015; World Health Organization, 2019)

Al utilizar otras estrategias de intervención, ante la conducta agresiva de un paciente, en lugar de utilizar la contención mecánica, en muchas ocasiones, podría evitarse la paradoja identificada anteriormente. Este hecho queda reflejado en la figura 13, de la paradoja evitada.

**Figura 13: Paradoja evitada al utilizar otras estrategias de intervención ante la conducta agresiva**



Fuente: Elaboración propia.

- Empoderamiento del paciente, mediante la potenciación de su autonomía, estimulación para la participación en su proceso terapéutico, y la dotación de estrategias propias de afrontamiento de la persona, potenciando de esta forma la libertad de la persona. Barker lo define como «herramientas disponibles» (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

En este sentido, resulta imprescindible proporcionar una información veraz, adaptada a la comprensión del paciente y de su cuidador o conviviente, siempre que sea posible. Capacitándole para asumir el rol de gestor de su propio cuidado.

Tras el análisis de los grupos, se destacó que, sin una información correcta a la persona, no es posible su empoderamiento, y, en consecuencia, tampoco su participación en el proceso terapéutico.

Las personas con experiencia en salud mental, identificaron como ejemplo de intervención, el desarrollo completo del documento de voluntades anticipadas en salud mental.

- Desarrollo de intervenciones no farmacológicas como primera opción de tratamiento, siempre que la sintomatología lo permita, y en la medida de lo posible, centradas en el binomio paciente-cuidador o conviviente, preferiblemente.

A modo de ejemplo, se identifica la necesidad de la potenciación del rol autónomo de enfermería, con la finalidad de poder transmitir estrategias de intervención no farmacológicas al paciente.

En definitiva, a través del cuidado individualizado, se trata de adaptar, en la medida de lo posible, la hospitalización a la persona ingresada, consiguiendo de esta forma, que el hecho de estar ingresado en una unidad de agudos, no se convierta en un acontecimiento traumático en su vida.

### **3. Estrategias e intervenciones terapéuticas: relación, vínculo y comunicación terapéutica**

La tercera línea, hace referencia a las estrategias terapéuticas, con las que los profesionales tratan y cuidan a los pacientes y convivientes.

- Relación terapéutica, centrada en el respeto, dignidad, honestidad, empatía y cercanía (Moreno-Poyato A.R *et al.*, 2016; Tolosa-Merlos *et al.*, 2023). Mediante la potenciación del vínculo terapéutico, como base para el establecimiento de una relación personal.

Para ello, resulta imprescindible la sinceridad o, tal como lo define Bakert «curiosidad genuina» (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011), además del respeto, proporcionando al usuario la confianza necesaria como para compartir sus inquietudes, miedos o preocupaciones, sabiendo que encontrará en el profesional, el apoyo necesario sin ser juzgado (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021).

- Comunicación terapéutica efectiva, definida como un intercambio entre la persona con experiencia en salud mental, su cuidador y/o conviviente, y el

profesional, utilizando métodos verbales y no verbales, con el objetivo de ayudar al paciente en el afrontamiento del malestar, angustia emocional o psicológica (Sharma & Gupta, 2022), basada en la escucha activa y la asertividad.

Otros autores también destacan la importancia de las estrategias comunicativas, así como la actitud de los profesionales hacia los pacientes ingresados en la UHAP, como base del buen cuidado y de la prevención de las conductas agresivas (Barker & Buchanan-Barker, 2010; Duffy *et al.*, 2007; Frias Trigo V.M, 2020; McAllister & McCrae, 2017; Montes JM *et al.*, 2019; Papageorgiou *et al.*, 2017; Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014; Sharma & Gupta, 2022)

- Actitud positiva, proactiva, responsable, respetuosa con la cultura y creencias de los demás.

La presente línea estratégica, está alineada con definición de Zarco, en Fundación Humans, al afirmar que la humanización, incluye todo lo relativo a las cualidades indispensables, que los profesionales sanitarios que interaccionan con pacientes o familiares deberían reunir, como la empatía, la escucha activa, el respeto y la actitud ética (Zarco, J. 2015; Zarco, J. *et al.*, 2017).

#### **4. Normas, funcionamiento interno y actividades de la UHAP**

En cuarto lugar, se identifican las *normas*, definidas en este estudio, como las pautas de comportamiento de obligado cumplimiento, e incuestionables por los profesionales. Suelen ser dictadas por la dirección del centro y en muchas ocasiones, comunes para todas las UHAP. Pueden no estar escritas, y en ese caso, son transmitidas verbalmente por la dirección, o por los propios compañeros. Por ejemplo, la prohibición de que los pacientes puedan disponer de armas durante su ingreso.

En ocasiones, pueden estar reguladas por alguna ley, por ejemplo, la prohibición de fumar en los hospitales (Ley 42/2010, de 30 de diciembre por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco., 2010).

Una normativa que no dependa de una ley, podría llegar a cambiarse, con el consenso de la dirección del centro, implicado, en muchos casos un cambio en la política de la institución. Por ejemplo, el paso de una unidad de hospitalización de puertas cerradas, a una de puertas abiertas.

Son diferentes del *funcionamiento interno*. En este estudio, se refiere a los acuerdos internos pactados y consensuados entre los profesionales de la UHAP. Marcan la forma de trabajo, homogenizan los criterios de actuación, dando coherencia y seguridad al equipo, a las personas ingresadas y a sus cuidadores y/o convivientes.

No tienen porqué coincidir entre diferentes UHAP. Por ejemplo, el horario de visitas, el uso del teléfono móvil o la entrada de alimentos y bebidas en la UHAP.

Por último, las *actividades*, entendidas como aquellas intervenciones terapéuticas, realizadas por los profesionales de la UHAP, con la finalidad de empoderar, capacitar, tranquilizar, mejorar la comunicación, potenciar el vínculo terapéutico, estimular la autoestima, el autocuidado y la autonomía del paciente.

Tras el análisis de todos los grupos realizados, se refleja la necesidad de revisión y adaptación de la normativa y funcionamiento de la UHAP, al momento actual vivido, entendiéndolas como un elemento vivo, que precisa de revisiones y actualizaciones, basadas en el consenso y cohesión del equipo, evitando el fenómeno del «profesional *bueno y el malo*», mencionado anteriormente, identificado cuando unos profesionales, son más flexibles que otros en la aplicación de la normativa o del funcionamiento, generando por un lado, conflictos internos entre profesionales, dificultando la cohesión grupal, y en consecuencia, el trabajo en equipo, llegando a ocasionar malestar entre los profesionales. Y, por otro lado, propiciando las comparaciones establecidas entre las personas ingresadas, incrementando el sentimiento de algunos, de ser tratados injustamente.

Esta línea estratégica, podría ubicarse dentro de la anterior, ya que, las normas vendrán impuestas por la institución, las pautas de funcionamiento, estarán influenciadas por los valores, y las actividades, estarán condicionadas por un lado, con la misión de la institución y por otro, con los profesionales: la ratio, formación, perfiles contratados, así como aspectos diferenciales como la inquietud, la motivación, la ilusión, los conocimientos, la experiencia personal y profesional, además de, por supuesto, su capacidad imaginativa y valentía.

Todo ello, forma parte de los factores externos e internos mencionados anteriormente, como parte integrante de la cultura organizacional. Aunque se decidió mantenerla separada por el gran impacto que supuso este tema en los grupos de personas ingresadas y profesionales, generando intensos debates, sin conseguir llegar al acuerdo, constatando de esta forma, la importancia de este tema.

Como ejemplos de intervención, se proponen reuniones periódicas de consenso, establecimiento de pruebas piloto ante los cambios, o la creación de un programa de

actividades realistas, planificado en tiempo y estructura, con un horario preestablecido y conocido por los usuarios, desde el inicio del ingreso en la unidad, contemplando el respeto por la libre elección en la participación de las actividades de la persona ingresada, aunque los profesionales de enfermería les estimulen de forma proactiva.

Otros autores identifican la importancia de la normativa y las actividades en las UAHP (Montes JM *et al.*, 2019; Quílez Jover J & Icart Isern MT, 2016),

## 5. Seguridad del paciente y el sentimiento de protección

Esta línea estratégica, también podría incluirse como parte de la cultura organizacional, aunque finalmente, se optó por separarla, proporcionándole entidad propia, con la finalidad de darle el protagonismo que merece.

En los grupos realizados, es un tema que emergía con frecuencia, remarcando la importancia que representa para todos los participantes, en el que, a diferencia del anterior, todos confluyen en destacar la necesidad de sentirse seguros.

La seguridad, en la humanización de las UAHP, engloba diferentes conceptos. Mediante la potenciación y cohesión de todos ellos, se podría contribuir a minimizar los efectos adversos derivados de la atención en salud mental, como podrían ser el suicidio intrahospitalario, las autolesiones y la heteroagresión, controlando los riesgos a través de mejoras en la práctica clínica. Otros autores avalan esta propuesta (Clancy *et al.*, 2014; Corbetta *et al.*, 2022).

Estos conceptos son:

- Seguridad del Paciente: entendida como «la ausencia de daños prevenibles a un paciente, durante el proceso de atención sanitaria, o la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de la salud» (Organización Mundial de la Salud, s. f.).
- El sentimiento de «*sentirse protegido*» o «*sentirse a salvo*», de las personas ingresadas, tanto testigos como protagonistas de la conducta agresiva: este aspecto, está relacionado con la percepción del miedo, y en ello radica la importancia de que los pacientes ingresados en la UAHP, se sientan a salvo y protegidos. Respecto a los cuidadores y/o convivientes, también se valoró como algo prioritario.

Esto conlleva la transformación del rol del profesional de enfermería, pasando de ser alguien amenazante, a identificarse como la persona que le proporciona esta ansiada seguridad, convirtiéndose en un punto de apoyo, al que puedan recurrir las personas con experiencia en salud mental, en caso de necesidad.

Algunas de las intervenciones reclamadas por las personas ingresadas, fueron el incremento del tiempo de dedicación directa del personal de enfermería, solicitando el incremento de las «rondas de vigilancia» de enfermería por la UAHP, alegando que pasaba mucho tiempo en tareas burocráticas. Incluso, se solicitó que un profesional de enfermería permaneciera a su lado, durante el tiempo de duración de la crisis agresiva, ansiosa o la contención mecánica (en el caso de no haberse podido evitar), con la finalidad de disminuir el sentimiento de vulnerabilidad e indefensión, aumentando así su percepción de seguridad.

Cabe destacar que, entre el respeto a la intimidad y su seguridad personal, las personas ingresadas, priorizaron sentirse seguros.

A su vez, los cuidadores propusieron cambiar el discurso evitando utilizar la UHAP como algo amenazante. También propusieron hacer visitas a la unidad desde la asociación, con la finalidad de evitar la incertidumbre, facilitando el entendimiento y el conocimiento, como mecanismo de potenciación de la seguridad percibida.

- Sentimiento de protección, o sensación de sentirse a salvo de los profesionales ante las situaciones de conflicto o agresividad; en este sentido, se identifica como aspecto prioritario, el trabajo en equipo, la confianza y la coherencia grupal.

Otra de las consideraciones extraída de los grupos, relacionada con el trabajo en equipo, es la gestión emocional del profesional, su autocontrol y tolerancia ante situaciones de riesgo, capacitándole y proporcionándole las estrategias necesarias, para poder afrontar las situaciones conflictivas, de forma positiva para todos los implicados, siendo agentes proveedores de cuidados y seguridad, condicionando de esta forma, su propia actuación.

Estos dos aspectos, suponen un hecho diferencial en el desarrollo de los acontecimientos, ya que, en función del afrontamiento y respuesta del profesional ante dicha conducta, se puede intensificar la agresividad de la persona, potenciando la percepción de estar siendo atacado, y aumentando, en consecuencia, la probabilidad de nuevos incidentes.

Esta percepción, puede perdurar en el futuro, afectando al establecimiento de la relación terapéutica persona con experiencia en salud mental-profesional,

quedando marcada por la inseguridad y la desconfianza mutua.

Por ello, aspectos como, la comunicación terapéutica efectiva o la formación continuada, adquieren gran relevancia como fuente proveedora de estrategias, y de reflexión constante para los profesionales.

Otros autores coinciden con hallazgos similares (Doedens *et al.*, 2020; Haugvaldstad & Husum, 2016; Quílez Jover & Icart Isern MT, 2014; Whitehead, 2006).

Las intervenciones propuestas por los profesionales se centraron en dinámicas de integración grupal, formación en técnicas comunicativas en el entorno laboral, y en estrategias de desescalada verbal.

- La seguridad ambiental: Tanto las personas con experiencia en salud mental y sus cuidadores o convivientes, como los profesionales, coinciden en destacar la importancia de este aspecto.

Los profesionales lo contemplan como una herramienta facilitadora del control del paciente de riesgo. Paralelamente, los otros grupos poblacionales, lo solicitan con la finalidad de «estar más tranquilos» mejorando así su confort.

Algunas de las intervenciones propuestas por los profesionales, fueron tener habitaciones de alta vigilancia con más cámaras para evitar zonas no visualizadas, anclar al suelo el mobiliario de la sala común, o la colocación de un protector de metacrilato delante de la pantalla de la televisión.

Las personas con enfermedad mental, y cuidadores, a su vez, propusieron la colocación de más cámaras, e incluso que pudieran grabar imágenes. También se mostraron a favor de disponer de habitaciones individuales, y de aspectos como la conveniencia de tener la unidad cerrada, en contra de la tendencia actual de los «hospitales de puertas abiertas».

Otros autores coinciden en la importancia de la seguridad ambiental para la prevención y manejo de la violencia (Alshowkan & Gamal, 2019; Beckett *et al.*, 2013; Hallett *et al.*, 2014; McAllister & McCrae, 2017; Quílez Jover, 2016; Terkelsen & Larsen, 2014; Thomson *et al.*, 2019)

En la figura 14, se puede observar la confluencia de los diferentes tipos de seguridad que forma la presente línea estratégica.

**Figura 14: Seguridad y sentimiento de protección**



Fuente: Elaboración propia.

## 6. Espacio físico y recursos materiales

Esta última línea estratégica, hace referencia, por un lado, a la estructura arquitectónica de la unidad y del hospital en su globalidad, y por otro, a los recursos materiales necesarios, para el desarrollo de las actividades e intervenciones propuestas, con las máximas garantías de seguridad, para todos los implicados.

- En todos los grupos realizados, se insistió en la importancia de disponer de unos espacios acordes a la actividad realizada. En este sentido, se solicitaron espacios amplios, luminosos, ventilados, abiertos y seguros, donde las personas ingresadas, no tuvieran la sensación de estar enjaulados o en prisión. Otros autores reafirman la necesidad de disponer de espacios adecuados (Montes JM *et al.*, 2019).

En este sentido, se solicitó la existencia de salas comunes, proporcionadas en metros cuadrados al número de personas que tuvieran que ocuparla, donde poder realizar las intervenciones grupales, con un gimnasio, una sala de televisión, un comedor común y un patio exterior. Se valora la importancia de disponer de espacios diferenciados, con la finalidad de respetar la voluntad de participación de la persona, evitando la obligatoriedad de las intervenciones o actividades, potenciando la individualidad del cuidado.

Otra propuesta, de los profesionales, sería la Identificación de zonas de atención, en función de la gravedad de la sintomatología, estableciendo unidades específicas para personas con conductas auto o hetero agresivas, adaptando el modelo de Zonificación del Cuidado a nuestro entorno, o mediante la creación de PICU y las «salas de descarga» (Lee *et al.*, 2013; Montes JM *et al.*, 2019; Mullen *et al.*, 2013; Salzman-Erikson & Söderqvist, 2017; Sanz-Osorio *et al.*, 2022; Voskes *et al.*, 2021).

Todos los grupos, proponen la creación de salas «comfort room» o «sensory room» donde el paciente podría relajarse en caso de ansiedad. Otros autores van en la misma línea (Bowers, 2014; Sanz-Osorio *et al.*, 2022; Smith & Jones, 2013), y el mantenimiento de habitaciones individuales, destacando como elemento facilitador del cuidado individualizado e íntimo, a pesar de las cámaras.

Los pacientes y cuidadores proponen como ejemplos de intervenciones, la adaptación del entorno con la finalidad de hacerlo más familiar y similar a su domicilio habitual, a la vez que seguro.

Paralelamente, los profesionales, solicitan que los elementos decorativos, sean móviles, con la finalidad de guardarlos, en caso de que a la persona le provoquen malestar, o potenciaran su sintomatología psiquiátrica, por ejemplo, si relacionara un cuadro decorativo, con las ideas delirantes o las alucinaciones.

- Disponer de material, tanto el fungible como el inventariable, necesario para garantizar la ejecución correcta de las actividades, adecuado por edad y seguridad, evitando la infantilización del paciente.

## **Discusión global de los resultados**

A nivel internacional, se utilizan conceptos relacionados con el cuidado humanizado, aunque cada uno de ellos centra el foco de atención en un aspecto en concreto, en lugar de proporcionar la visión global de la humanización asistencial.

A nivel nacional, existen más referencias sobre la humanización en sanidad, aunque en salud mental y en concreto en las UHAP, es sumamente escasa, a pesar de que, en estos dos últimos años, se detecta un incremento en la preocupación a nivel político e institucional por este tema, hecho que ha provocado que, los planes de salud mental de las comunidades autónomas lo incorporen, aunque sea de manera poco específica y con pautas muy generales.

Los únicos documentos identificados, publicados por Montes et al (2019) y Zarco (2020), abordan las estrategias de la humanización asistencial en salud mental, de forma aislada, rígida, lineal y sin conexiones entre ellas. Sin embargo, en la presente investigación, se aboga por un concepto de humanización, basado en valores y líneas estratégicas armónicas, conectadas y cohesionadas entre sí.

Sin esa conexión, sería imposible la humanización asistencial, puesto que, ya sea de forma directa o indirecta, se identifican nexos de causa-efecto, sumatorios, condicionantes, o adversativos. De esta forma, cada valor identificado, y cada línea estratégica definida, adquieren pleno significado en conexión con las demás.

Por ejemplo, la cultura organizacional, condicionará el modelo de cuidado establecido, y el compromiso institucional, para proporcionar una normativa dentro de la misión, visión y valores institucionales, además de una ratio de profesionales adecuada, en capacidad numérica y formativa, que permita proporcionar la atención directa al paciente, con plena seguridad, mediante un trato empático y sensible, adecuando el funcionamiento, a las necesidades de la persona, y pudiendo desarrollar las actividades terapéuticas diseñadas.

Paralelamente, todos aquellos aspectos relacionados con el trato proporcionado por los profesionales, como el respeto, la dignidad, la honestidad, la sinceridad o el cuidado ético, condicionan el vínculo terapéutico, construyendo el marco imprescindible para alcanzar la humanización asistencial.

En este sentido, la reducción o evitación del uso de las contenciones mecánicas, resulta un elemento clave, en la percepción de la satisfacción del cuidado recibido, de la persona ingresada en la UHAP, además de otros factores influyentes como la comunicación, el trabajo en equipo y la seguridad.

En definitiva, se puede afirmar que todo aquello que proporcione seguridad y confianza a los profesionales, disminuirá el riesgo de tener miedo a la posible conducta agresiva manifestada por las personas ingresadas, por lo que podrá gestionar mejor sus emociones, revirtiendo en una mayor tolerancia, mejor resolución del conflicto facilitando el trabajo en equipo.

Todo ello conllevará menor utilización de contenciones mecánicas, y a su vez, comportará mejor satisfacción tanto con el cuidado proporcionado por el profesional, como el recibido por la persona ingresada y su cuidador, potenciando de esta forma la adherencia terapéutica, el pronóstico de la evolución de la patología, promoviendo la integración social y con ello la salud mental de la población, tal como se puede apreciar en la figura 15.

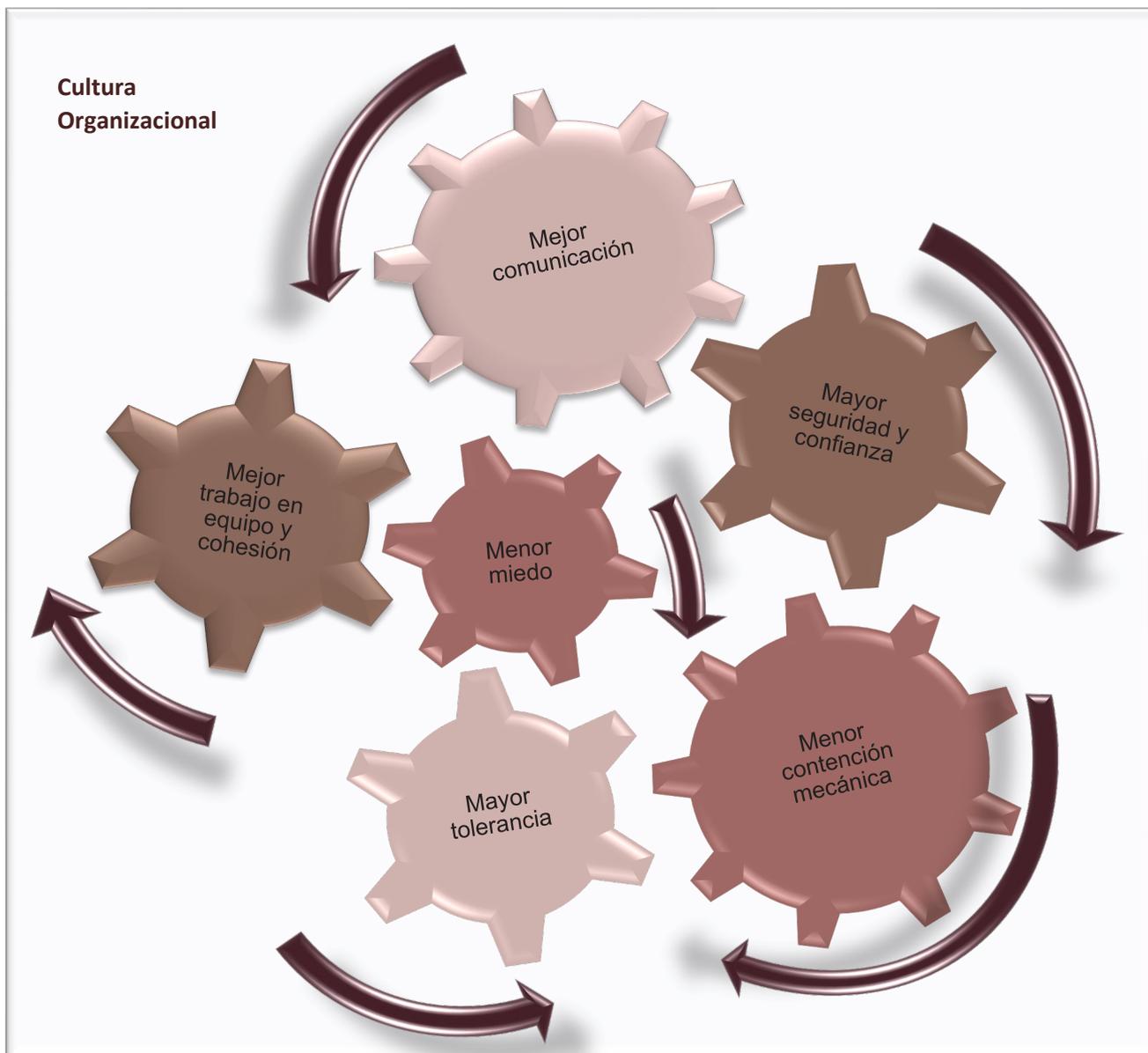
Figura 15: Relación entre la seguridad y la mejoría de la salud mental de las personas



Fuente: Elaboración propia.

Ante esta situación, los factores internos y externos identificados por los profesionales, entre los que destacan la capacidad comunicativa, la cohesión grupal y el trabajo en equipo, constituyen y a su vez, forman parte, del engranaje de la cultura organizacional, tal como se representa en la figura 16.

Figura 16: Engranaje de la cultura organizacional



Fuente: Elaboración propia.

Por todo lo expuesto anteriormente, es importante considerar a la persona con patología psiquiátrica aguda, ingresada en una UHAP que manifiesta conductas agresivas, como un ser humano que sufre una crisis y siente miedo o temor, y no solamente como alguien a quien hay que controlar.

Ante esta visión, la agresividad manifestada por las personas ingresadas, se convierte en una oportunidad de creación de relación terapéutica. Algún autor, también propone una visión positiva de estas situaciones (Clancy *et al.*, 2014).

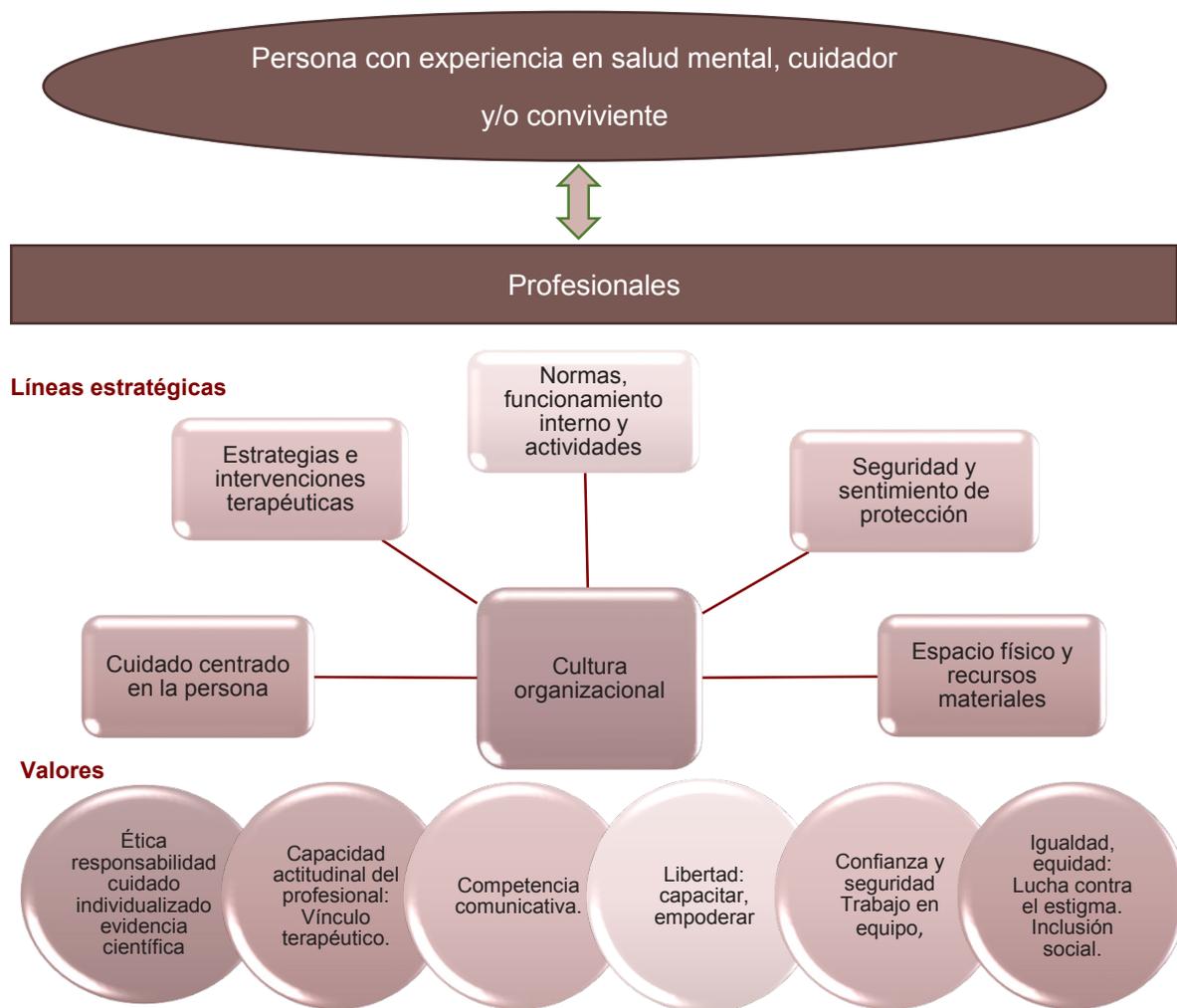
Para el desarrollo de las UHAP humanizadas, es preciso, además, disponer de un espacio físico adecuado, respecto la estructura arquitectónica, es decir, los metros cuadrados necesarios, en función de la capacidad máxima de personas que puedan estar dentro de la unidad, las condiciones salubres del espacio, y la seguridad ambiental. Además de los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades y por supuesto, los profesionales necesarios para su realización, a la vez que se garantice el cuidado y seguridad del resto de pacientes que no puedan, no deseen o no esté indicada, la participación en esa actividad concreta.

Según este concepto, la humanización asistencial sería una forma de cuidado basada en valores y líneas estratégicas cohesionadas y conectadas entre sí, adquiriendo pleno sentido bajo la visión global y holística del todo, entendiendo como tal, a la persona con experiencia en salud mental, al cuidador y/o conviviente, al profesional que cuida a la persona y el sistema sanitario al que pertenece.

De tal manera que se pueda establecer, la trazabilidad del cuidado humanizado de la persona, a lo largo de la asistencia sanitaria, que vaya precisando en su trayectoria vital.

A continuación, se presenta la figura 17, donde se puede apreciar la cohesión entre valores y líneas estratégicas en la humanización asistencial, quedando reflejada la interconectividad de los valores y las líneas estratégicas mencionadas, dando pleno sentido al concepto estudiado.

Figura 17: Cohesión entre valores y líneas estratégicas en la humanización asistencial en las UHAP



Fuente: Elaboración propia.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Esta investigación, ha estado condicionada e influenciada por diferentes limitaciones.

Por un lado, no se puede obviar la situación de pandemia, que se ha vivido desde el año 2020 que ha condicionado aspectos como:

- La realización de los grupos:
  - Respecto al número de participantes, dificultad en la detección y reclutamiento de la muestra para la realización de los grupos, ya que hubo personas que, por miedo al contagio, prefirieron no participar, ni siquiera ofreciendo la posibilidad de realizar entrevistas individuales.
  - El cumplimiento de la normativa del CatSalut para disminuir el riesgo de contagio, manteniendo las ventanas abiertas a pesar del frío, o utilizando las mascarillas, que en ocasiones dificultó la comunicación.
- Algunos de los profesionales asistenciales, evitaron participar debido a varios motivos, entre los que se podrían identificar la sobrecarga laboral, el miedo al contagio o el teletrabajo de algunos grupos profesionales, disminuyendo la presencialidad en las UHAP.
- Los brotes de COVID-19 que se detectaron en la UHAP, y ocasionaron el confinamiento de la unidad en varias ocasiones, obligando a su cierre, impidiendo tanto ingresos como altas de algunos pacientes, además de las visitas de familiares, convivientes o amigos.
- Los contagios de COVID-19 de las personas ingresadas, que fueron trasladados de urgencia al hospital designado por el CatSalut para su atención o a la unidad de atención médica, según las necesidades de la persona.
- También hubo cambios con respecto a las actividades realizadas habitualmente en la UHAP, ya que se tuvieron que anular los grupos educativos de salud, las actividades lúdicas, la actividad física y otras intervenciones terapéuticas.
- Además, provocó numerosas bajas entre los profesionales asistenciales de enfermería, que tuvieron que ser cubiertas, en ocasiones, con profesionales con poca o nula experiencia en psiquiatría.

Otra limitación de la presente investigación fue, que los datos cuantitativos, pertenecen exclusivamente a un único centro hospitalario, por lo que no se pueden

extrapolar los resultados, aunque los grupos focales de personas con experiencia en salud mental, los cuidadores y/o convivientes y profesionales, tuvieron como criterio de inclusión, la experiencia vivida en cualquier UHAP, por lo tanto, los participantes expusieron sus opiniones y conocimientos, basados en las experiencias de diferentes UHAP, puesto que se entendió que cualquier vivencia personal en estos dispositivos asistenciales, sería positiva para la consecución de los objetivos planteados en la presente tesis doctoral. Concretamente, se identificaron cinco UHAP de Catalunya, una de Valencia y dos de Madrid.

Por último, se ha identificado como una gran limitación, la falta de participación de todos los grupos profesionales que trabajan en la UHAP, ya que sólo participaron enfermeras especialistas en salud mental, generalistas, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, residentes de enfermería de salud mental y trabajadoras sociales, a pesar de que la convocatoria era abierta a todos los profesionales.

No se pudo contar con la presencia de psiquiatras, psicólogos, ni de los residentes de ambas especialidades. Los motivos, podrían ser entre otros, el pensar, que la humanización asistencial, recae principalmente sobre el personal de enfermería. O incluso, no estar habituados a colaborar en tesis doctorales de enfermeras puesto que, la investigación enfermera, no está exenta de trabas en nuestro sistema sanitario (Quílez Jover, 2016).

## **IMPLICACIONES DEL ESTUDIO**

Los resultados de la presente tesis doctoral tendrán implicaciones para la práctica asistencial, la docencia e investigación y la gestión.

Implicaciones para la práctica asistencial.

Los resultados de la investigación presentada son de total aplicabilidad en la atención de las personas con enfermedad mental en fase aguda. Concretamente, en el hospital de estudio, ya se ha iniciado su puesta en marcha, puesto que el CST, tiene en su plan estratégico 2021-2024, como primera línea, la humanización asistencial (García, 2021), y gracias a la donación recibida por «Obra Social La Caixa», ya se están implantando algunas de las propuestas definidas en esta tesis doctoral.

Implicaciones para la docencia e investigación:

Actualmente, las enseñanzas de grado de muchas universidades de enfermería, enseñan el modelo asistencial de humanización de Watson, pero

a través de este proyecto, se podrá ofrecer a los alumnos, un ejemplo práctico de humanización en las unidades de agudos de psiquiatría, pudiendo ser utilizado como base para futuros trabajos de fin de grado, de másteres o trabajos de final de residencia de los residentes de enfermería.

Además, se plantea dar continuidad al proyecto, mediante la elaboración un plan de humanización asistencial, consensuado con los profesionales, personas con experiencia en salud mental y cuidadores o convivientes.

Tampoco se puede obviar, en este sentido que, a través de esta investigación, se propone el diseño de una formación continuada en dinámicas de grupo entre el equipo asistencial, estrategias de desescalada e intervenciones terapéuticas, para ser desarrolladas por los profesionales de la UHAP.

#### Implicación en gestión:

Esta investigación aporta estrategias de intervención en las UHPA, y aspectos relacionados con la cultura organizacional que, sin duda, resultarán útiles para gestionar los recursos humanos, económicos, físicos y ambientales, con la finalidad de mejorar la humanización asistencial.

### **LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

Las líneas futuras de investigación, derivadas de la presente tesis doctoral, podrían ir encaminadas hacia:

1. Se realizará y enviará para su publicación, un artículo sobre la percepción del profesional sobre la atención proporcionada a las personas ingresadas en las UHAP.
2. Se realizará y enviará para su publicación, un artículo sobre la percepción del cuidador y/o conviviente, sobre su vivencia ante el ingreso de su ser querido en una UHAP.
3. Se pretende desarrollar un plan de humanización asistencial, que proporcione intervenciones y estrategias para evaluar el grado de humanización actual, estableciendo un cronograma y un sistema evaluativo, que indique los objetivos a conseguir.
4. Se ampliará el campo de estudio, al resto de dispositivos de la salud mental, abarcando desde la comunitaria hasta los dispositivos de media o larga estancia. Tanto en población infantil como en adultos.

5. Se plantea la realización de estudios que evalúen la repercusión coste-efectividad de la humanización asistencial de las personas ingresadas en las UHAP, en relación con el incremento de la satisfacción del cuidado recibido, el cumplimiento terapéutico, la adherencia farmacológica, la prevención de recaídas y de reingresos hospitalarios.
6. Se estudiará la afectación de la aplicación de un modelo de humanización asistencial, en los profesionales asistenciales, y su impacto en el burnout, el estrés y las bajas laborales.
7. Se realizará la adaptación y aplicación del modelo Six Core Strategies y Safewards a nuestro país, enmarcándolo en el contexto de la humanización asistencial.
8. Se valorará el impacto generado, en caso de disminución de la utilización de contenciones mecánicas, y de medicación forzada, tanto a nivel de seguridad del paciente y adherencia terapéutica al alta, como el conflicto ético de los profesionales y el coste de la estancia hospitalaria.
9. Se investigará sobre la creación de nuevos programas de formación, que promuevan la adquisición de conocimientos, sobre el manejo de las conductas agresivas, de forma práctica y vivencial en las UHAP.
10. Se plantearán estudios para demostrar la evidencia de las intervenciones terapéuticas, desarrolladas por enfermería en las UHAP.

## CAPÍTULO 7

# CONCLUSIONES

---

*La humanización asistencial en las unidades de agudos de psiquiatría, en definitiva, se basa en proporcionar un cuidado de calidad basado en la evidencia científica y la ética profesional, a la vez, que un cuidado de calidez, basado en el respeto, la dignidad y el trato humano.*

Maite Sanz Osorio



## CONCLUSIONES

Las conclusiones de la presente tesis doctoral son:

1. Se ha construido una definición de humanización asistencial en las unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría, a partir de esta investigación:

*«Todos aquellos factores, que permiten al profesional brindar una atención individualizada, integral de calidad. Validada por la evidencia científica, en el marco de la ética profesional, proporcionada a las personas con enfermedad mental en fase aguda y sus cuidadores o convivientes, basada en la dignidad, el respeto y el empoderamiento de la persona, con la finalidad de apoyar y acompañar en el desarrollo de su autonomía y participación en el proceso terapéutico.*

*Todo ello, en un ambiente tranquilo, de confianza y seguro, que permita y potencie la transversalidad de la atención en salud mental, la adherencia terapéutica, la integración social y la lucha contra el estigma, mediante la relación y vínculo terapéutico junto con la comunicación efectiva, tratando a la persona como ser humano»*

2. El foco de la humanización asistencial es el binomio receptor del cuidado, es decir, la persona con experiencia en salud mental, y el cuidador y/o conviviente.
3. Los valores de la humanización asistencial identificados son: a) ética y responsabilidad profesional, b) competencia actitudinal del profesional, potenciadora de la relación terapéutica, c) competencia comunicativa, d) empoderamiento, autonomía y libertad del paciente, e) trabajo en equipo, cohesión y coherencia grupal, f) lucha contra el estigma, igualdad, equidad e inclusión social.
4. Se extraen seis líneas estratégicas de la humanización asistencial: a) cultura organizacional, b) cuidado centrado en la persona y su entorno social, c) estrategias e intervenciones terapéuticas centradas en el respeto, dignidad, honestidad, empatía y asertividad, d) normas, funcionamiento y actividades de la unidad, e) seguridad del paciente y sentimiento de protección, f) espacio físico y materiales necesarios.

5. Los valores y líneas estratégicas planteadas adquieren pleno sentido, al ser valoradas en su conjunto, proporcionando una visión holística. Sin esta conexión, sería imposible la humanización asistencial.
6. La utilización de contenciones mecánicas durante el ingreso en las UHAP, es el único factor estadísticamente significativo, que afecta negativamente a la satisfacción del cuidado recibido.
7. En las personas protagonistas de la conducta agresiva, se identifican cuatro disparadores: el miedo al sentirse atacado por los profesionales, la percepción de ser tratado injustamente, la «falsa comunicación» con los profesionales y el consumo de tóxicos.
8. Se identifica la paradoja de la conducta agresiva y la contención mecánica, en la que el uso de la contención, empeora la conducta que se pretendía controlar, provocando un mayor sentimiento de miedo y angustia.
9. El miedo se identifica como la emoción común, en todos los implicados. La conjunción de la misma emoción, en el mismo tiempo y lugar, con diferentes interpretaciones y consecuencias, puede conllevar la contención mecánica de la persona ingresada que manifiesta la conducta agresiva.
10. Según expresan, las enfermeras consideran que el trabajo en equipo genera mayor confianza, comunicación y menor miedo, disminuyendo el uso de contenciones mecánicas.

## CAPÍTULO 8

# BIBLIOGRAFÍA

---

*Cuando una persona está muy nerviosa, o en un estado de decir «no puedo controlarme», ayuda mucho que un profesional esté al lado tuyo, te hable, y que averigüe por qué estás nerviosa e intentar calmarla.*

*Se consigue más así, que atando para no dar problemas*

Grupo de pacientes N°3, Participante 1



## BIBLIOGRAFÍA

- Aarons, G. A., Glisson, C., Green, P. D., Hoagwood, K., Kelleher, K. J., Landsverk, J. A., & The Research Network on Youth Mental Health. (2012). The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implementation Science*, 7(56), 2-15. Doi: 10.1186/1748-5908-7-56
- Achir Yani Syuhaimie Hamid, M., & Catharina Daulima, N. H. (2018). The experience of restraint-use among patients with violent behaviors in mental health hospital. *Enfermeria Clinica*, 28 (Supl 1 Part B), 295-299. Doi: 10.1016/S1130-8621(18)30173-6
- Adarve Panicot, G., Pradillo Caimari, C., & Eiroá Orosa, F. J. (2021). *Contencions 0 Estratègies per a l'erradicació de l'ús de contencions en els serveis i dispositius de salut mental*. Grup de Recerca en Salut Mental en Primera Persona de la Federació Veus.
- Aguado Abad, MJ. (2023). *Códigos electrónicos. Código sanitario. Boletín Oficial del Estado BOE*. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
- Ainsa Erice, I., Diez Espino, J., Domínguez Cuchillos, F., Elizalde Soto, L., Flamarique Chocarro, B., Hermoso de Mendoza Merino, M., Lasanta Sáez, M. J., Martínez Larrea, A., Moreno Sousa, C., Sanz Asín O, & Soria Sarnago, M. (s. f.). *Estrategia de humanización del sistema sanitario público de Navarra. Departamento de Salud* (Dirección General de Salud, Ed.). Recuperado 13 de febrero de 2023
- Akanni, O. O., Osundina, A. F., Olotu, S. O., Agbonile, I. O., Otakpor, A. N., & Fela-Thomas, A. L. (2019). Prevalence, Factors, and Outcome of Physical Violence against Mental Health Professionals at a Nigerian Psychiatric Hospital. *East Asian Archives of Psychiatry: official journal of the Hong Kong College of Psychiatrists = Dong Ya jing shen ke xue zhi : Xianggang jing shen ke yi xue yuan qi kan*, 29(1), 15-19. Doi: 10.12809/eaap1727
- Alexander J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 543-553. Doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00977.x.

- Allikmets, S., Marshall, C., Murad, O., & Gupta, K. (2020). Seclusion: A Patient Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(8), 723-735. Doi: 10.1080/01612840.2019.1710005
- Alshowkan, A., & Gamal, A. (2019). Nurses' perceptions of patient safety in psychiatric wards. *IOSR-JNHS*, 8(1), 1-08. Doi: 10.9790/1959-0801030108
- Arisa, J. R., Arratibel, P., Bengoa, R., Civera, A., Corbella, X., Escarabill, J., Freixes, R., Garrido, J., González, A., Gutierrez, R., Lopez Trencó, A., Navarro, M. D., March J.C., & Zarco, J. (2017). *Modelo afectivo efectivo. Foro Premios Albert Jovell. Construyendo un modelo más afectivo y efectivo.*
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. Doi:10.1080/1364557032000119616
- Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *IATREIA*, 30(2), 216-229. Doi: 10.17533/udea.iatreia.v30n2a11
- Ayhan, D., Mercan, N., Doğan, R., & Yüksel, Ç. (2022). The aggressive patient experiences of healthcare professionals exposed to physical violence in a psychiatric clinic: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(2), 501-508. Doi:10.1111/ppc.12918
- Baby, M., Gale, C., & Swain, N. (2018). A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health and Social Care in the Community*, 27(1), 170-181. Doi:10.1111/hsc.12636
- Barker, P. (2001). The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(3), 233-240. Doi:10.1046/j.1365-2850.2001.00391.x
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2010). The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(3), 171-180. Doi:10.3109/01612840903276696
- Barnett, B. S., Kusunzi, V., Magola, L., Borba, C. P. C., Udedi, M., Kulisewa, K., & Hosseinipour, M. C. (2018). Factors associated with the use of seclusion in an inpatient psychiatric unit in Lilongwe, Malawi. *Malawi Medical Journal: the journal of Medical Association of Malawi*, 30(3), 197-204. Doi:10.4314/mmj.v30i3.12

- Beaton, T., Edeson, I., Szczygielski, A., Alberti, S., Beagley, L., Clarke, B., Farrary, N., Goh, J., Montgomery, E., O'Connor, P., Rodda, G., Saltmarsh, K., canlon, A., Vine, R., & Wilkins, S. (2011). *Departamnent of Health. Framework for recovery-oriented practice of Health*. Mental Health, Drugs and Regions Division, Victorian Government Department of Health, Melbourne, Victoria.
- Beckett, P., Field, J., Molloy, L., Yu, N., Holmes, D., & Pile, E. (2013). Practice what you preach: Developing person-centred culture in inpatient mental health settings through strengths-based, transformational leadership. *Issues in Mental Health Nursing, 34*(8), 595-601. Doi: 10.3109/01612840.2013.790524
- Bell, C., Tesli, N., Gurholt, T. P., Rokicki, J., Hjell, G., Fischer-Vieler, T., Melle, I., Agartz, I., Andreassen, O. A., Rasmussen, K., Johansen, R., Friestad, C., & Haukvik, U. K. (2022). Associations between amygdala nuclei volumes, psychosis, psychopathy, and violent offending. *Psychiatry Research - Neuroimaging, 319*, 111416. Doi: 10.1016/j.psychresns.2021.111416
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., & Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J.Gol)
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia Sanitaria* (Desclée De Brouwer, Ed.; 2ª).
- Beviá Febrer, B., Bono del Trigo, A., Inchauspe Aróstegui, J. A., Valverde Eizaguirre, M., Leal Rubio, J., Santos Urbaneja, F., Roig Salas, A., Díez Fernandez, M. E., Nocete Navarro, L., Carballeira Carrera, L., López Álvarez, I., Cocho Santalla, C., Fernández Liria, A., Velasco Sánchez, R., Ibañez Rojo, V., & Gómez Beneyto, M. (2017). AEN. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental. Cuadernos Técnicos, 20* (N.º 20).
- Bizzarri, J. V., Piacentino, D., Kotzalidis, G. D., Moser, S., Cappelletti, S., Weissenberger, G., Pompili, M., & Conca, A. (2020). Aggression and Violence Toward Healthcare Workers in a Psychiatric Service in Italy: A Retrospective Questionnaire-Based Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 208*(4), 299-305. Doi: 10.1097/NMD.0000000000001126
- Blecua JM, & Álvarez de Miranda P. (2014). *Real Academia de la Lengua Española*. Fundación PRO-RAE ASALE.

- BOJA. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Acuerdo de 13 de abril de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, Pub. L. No. 71, Boletín Oficial de la Junta de Andalucía 43 (2021).
- Bordas Martínez, M. J. (2016). *Gestión estratégica del clima laboral* (UNED, Ed.). uned.es/Publicaciones.
- Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 499-508. Doi: 10.1111/jpm.12129
- Buch Gudde, C., Møller Olsø, T., Whittington, R., & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 449-462. Doi: 10.2147/JMDH.S89486
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. En *Patient*, 12(5), 461-474. Doi: 10.1007/s40271-019-00370-1
- Camilos.es. (s. f.). *Orden Ministros de los Enfermos Religiosos Camilos Provincia Española*. Recuperado 15 de diciembre de 2022.
- Campohermoso Rodríguez, OF., Soliz Soliz, R. E., Campohermoso Rodríguez, O., & Zúñiga Cuno, W. (2016). Galeno de pégamo «príncipe de los médicos». *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 57(2), 84-93.
- Canhizares Evangelista, V., da Silva Domingos, T., Cerântola Siqueira, F. P., & Mara Braga, E. (2016). Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(6), 1099-1107. Doi:10.1590/0034-7167-2016-0221
- Casado V., Giego I., Mitadiel M, Pacheco MC., Pérez M., Garmendia JR., Cisneros MA., Montero AJ, Callejo E., Monsalve R., Callejo L., & Aguilera L. (2021). *Plan persona centrado la asistencia sanitaria en ti. Junta de Castilla y León*. (Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, Ed.; 1ª). Junta de Castilla y León- Consejería de Sanidad.
- Cayuela A. (2013). La condición vulnerable del ser humano: (capítulo 2) Presupuestos para una ética de la fragilidad humana. (Bellver V.) *Bioética y*

- cuidados de enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) Vol. 1, pp. 39-55).
- Chamorro Coneo, A., Aristizabal Diazgranados, E., Hoyos de los Rios, O., & Aguilar Santander, D. (2022). Danger appraisal and pathogen-avoidance mechanisms in stigma towards severe mental illness: the mediating role of affective responses. *BMC Psychiatry*, 22(1), 330. Doi: 10.1186/s12888-022-03951-x
- Chappell, D., & di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3.ª ed.). International Labour Office.
- Chung, H. C., Chen, Y. C., Chang, S. C., Hsu, W. L., & Hsieh, T. C. (2020). Nurses' well-being, health-promoting lifestyle and work environment satisfaction correlation: A Psychometric Study for Development of Nursing Health and Job Satisfaction Model and Scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3528. Doi:10.3390/ijerph17103582
- Clancy, L., Happell, B., & Moxham, L. (2014). The language of risk: Common Understanding or Diverse Perspectives? *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 551-557. Doi: 10.3109/01612840.2014.880139
- Código de Ética de las enfermeras y enfermeros de Cataluña. Consell de Col·legis d'infermeres i infermers de Catalunya (1ª). (2013). Consell de col·legis d'infermeres i Infermers de Catalunya.
- Confederación Salud Mental España. *Un Objetivo: cero contenciones en salud mental*. (2018, diciembre 10). <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/cero-contenciones-salud-mental/>. <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/cero-contenciones-salud-mental/>
- Consejería de Salud Familia, Gómez Martínez, M. E., & Martín Barato, A. I. (2021). *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía* (Consejería salud). Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.
- Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019* (1/2016). Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- Consejería de Sanidad, S. C. de S. (Ed.). (s. f.). *Plan de salud mental de Cantabria 2022-26 Gobierno de Cantabria*. Recuperado 13 de febrero de 2023.
- Corbetta, M., Corso, B., & Camuccio, C. A. (2022). Rules and ward climate in acute psychiatric setting: Comparison of staff and patient perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), 611-624. Doi: 10.1111/inm.12980

- Cortes Generales. Diario de sesiones del congreso de los diputados relativa a la eliminación de las sujeciones mecánicas en el ámbito asistencial. Presentada por el Grupo Parlamentario Ciudadanos. Número de expediente 161/000707, Pub. L. No. 229, 2 (2017)
- Creative Commons Atribución 4.0 Internacional Colectivo LoComún. (s. f.). #0Contenciones. <https://youtu.be/ax8bgBNuzxY>. Recuperado 22 de febrero de 2023.
- Dauber, D., Fink, G., & Yolles, M. (2012). A configuration model of organizational culture. *SAGE Open*, 2(1), 1-16. Doi: 10.1177/2158244012441482
- Dazzi, F., Tarsitani, L., di Nunzio, M., Trincia, V., Scifoni, G., & Ducci, G. (2017). Psychopathological Assessment of Risk of Restraint in Acute Psychiatric Patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(6), 458-465. Doi: 10.1097/NMD.0000000000000672
- De la Cueva, P., Fernández-Lasquetty, B., Alfonso, S., de Argila N., Belinchón I., Borrás, J., Casado, P., Gil, D., Palacios D., Ros, S., Sierra, J., Soto J.F., & Zarco, J. (2019). *Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis* (Fundación HUMANS, Ed.; Vol. 1). 2019.
- De Micheli, A. (2016). De los hospitales u hospicios a los modernos institutos nacionales de salud. [From the medieval hospitals hospices to modern National public Health Institutes]. *Archivos de Cardiología de México*, 86(1), 75-78. Doi: 10.1016/j.acmx.2014.10.007
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. (2008). *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 730, 349-352 Vista de Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (csic.es).
- Declaración de Torrejón para Humanización de los Cuidados Intensivos*. (2015).
- Dimitriou, T. D., Verykoui, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., & Tsolaki, M. (2018). Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. *Functional neurology*, 33(3), 143-147.
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L., Latour, C., & de Haan, L. (2020). Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services—A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 446-459. Doi: 10.1111/jpm.12586

- Donavedian Avedis. (s. f.). *Alerta de seguridad en atención sanitaria. Alerta N°5: Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes* (N.º 5).
- Duffy, J. R., Hoskins, L., & Furst Seifert, R. (2007). Dimensions of Caring: Psychometric Evaluation of the Caring Assessment Tool. *ANS. Advances in Nursing Science*, 30(3), 235-245. Doi: 10.1097/01.ANS.0000286622.84763.a9
- El Informe Belmont. Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos de Investigación. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. (1979). En *Observatori de Bioètica i Dret Parc Científic de Barcelona*. Observatori de Bioètica i Dret. Parc Científic de Barcelona.
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396. Doi: 10.1521/pdps.2012.40.3.377
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. Sanidad 2022. Ministerio de Sanidad*. (2021). [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio\\_Sanidad\\_Estrategia\\_Salud\\_Mental\\_SNS\\_2022\\_2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf)
- Evatt, M., Scanlan, J. N., Benson, H., Pace, C., & Mouawad, A. (2016). Exploring consumer functioning in High Dependency Units and Psychiatric Intensive Care Units: Implications for mental health occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(5), 312-320. Doi: 10.1111/1440-1630.12290
- Fales, F. M. (2010). Chapter 2 Mesopotamia. En Aminoff MJ. (Ed.), *Handbook of Clinical Neutology*, 95, 15-27. Elsevier. Doi: 10.1016/S0072-9752(08)02102-7
- Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores [Safety problems associated with using physical restraint devices on the elderly]. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 36-42. Doi: 10.1016/j.regg.2010.09.005
- Fernandes Moll, M., Cruz Mendes, A., Arena Ventura, A., & Costa Mendes, I. A. (2016). Nursing care and the exercise of human rights: An analysis based on the reality of Portugal. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 20(2):236-242. Doi: 10.5935/1414-8145.20160031
- Fernández-Ayuso, R. M., Morillo-Velázquez, J. M., Fernández-Ayuso, D., & de la Torre-Montero, J. C. (2017). Validation to Spanish of the Caring Assessment Tool (CAT-V). *Revista latino-Americana de enfermagem*, 25, e2965. Doi: 10.1590/1518-8345.0920.2965

- Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B., & García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine, 9*(9): 2791. Doi: 10.3390/jcm9092791
- Frame, L. (2010). *Drilling Away the Sprints: A Worldwide Study of Trepanation*. East Carolina University.
- Frias Trigo V.M. (2020). *Unidades de agudos de psiquiatría: Evaluación de la Autoestima, Estigma Interiorizado, Resistencia al Estigma y la Experiencia del ingreso* [Facultad de Medicina]. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Galvis López, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid.*, 6(2): 1107-1119. Doi: 10.15649/cuidarte.v6i2.172
- García, A. (2021). *Pla Estratègic 2021-2024 CST: Consorci Sanitari de Terrassa*.
- García-Portilla, M. P., Grande i Fullana, I., Artal Simón, J., Díaz Marsá, M., Elizagárate Zabala, E., Franco Fernández, M. D., Franco Martín, M. A., Gallego Riestra, S., Moreno Pardillo, D. M., Morera Pérez, B., Sierra San Miguel, P., Seijo Zazo, E., Sánchez Gómez, P., Muñoz Sánchez, J., & Palao Vidal, D. (2020). *Consenso Español. Buenas prácticas clínicas para la contención de personas con trastorno mental en estado de agitación*.
- Generalitat de Catalunya. (2017). *Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019* (Generalitat de Catalunya, Ed.)
- Givens, S. E., Skully, C., & Bromley, G. (2016). Psychiatric Inpatient Bedside Handoff. Implementation of a Quality Improvement Project and Nurses' Responses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 54*(7), 33-37. Doi: 10.3928/02793695-20160616-06
- Goffman E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity* (1ª). Simon & Schuster Inc.
- González Bellés, R., & Dámaso Vega, B. (2022). El estigma del trastorno mental como problema de salud pública: una revisión integradora. *ÁgoraSalut, 8*(11), 127-140. Doi: 10.6035/AgoraSalut.2022.8.11
- González de Rivera, J. L. (1998). Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis, 19*(5), 183-200.
- González-Casanovas J. (2016). ¿La anti-psiquiatría, movimiento humanitario o peligrosa pseudociencia? *Biopsicología, 1*-3.

- Goula, A., Margetis, E., Stamouli, M.-A., Latsou, D., & Gkioka, V. (2021). Differences of mentally ill patients' satisfaction degree during their involuntary or voluntary stay in a psychiatric clinic. *Journal of Public Health Research*, 10(3), 2052. Doi: 10.4081/jphr.2021.2052
- Goulet, M.-H., & Larue, C. (2018). A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clinical Nursing Research*, 27(7), 853-870. Doi: 10.1177/1054773817713177
- Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. (2019). *Manual de buenas prácticas de Humanización en las Unidades de Cuidados Intensivos (2ª)*. Proyecto HU-CI.
- Grupo de trabajo de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. (2020). *Manual de Buenas prácticas de Humanización en los Servicios de Urgencias Hospitalarias (1ª)*. Proyecto: HU-CI.
- Grupo de trabajo EVEN-HUCI. (2022). *Manual de buenas prácticas de humanización en Lesión Medular (1ª)*. Proyecto HU-CI.
- Grupo de trabajo GESTO-HUCI. (2022). *Manual de buenas prácticas de Humanización de las Consultas de Ostomía. (1ª)*. Proyecto HU-CI.
- Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. E., & de La Cruz-Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima- Callao, 2015. *Rev enferm Herediana*, 9(2), 125-134. Doi: 10.20453/renh.v9i2.3017
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., & Palacio, C. (2014). *El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis*. *Enfermería Global*, 13(33), 318-327.
- Gutiérrez Fernández, R., Castro Ramos, R., Rubio Casado, M., Tejero González, J. M., Aguirre de la Peña, E., Bernabé Jiménez, C., Fernández Martín, J., Fernández Sanchez, J. D., Fernández Valverde, M. B., Fluriache Garcia- Caro, P., Gigante León, A., González López, P., Izquierdo Alcolea, B., León López A.B., Madrid Franco, P., Martínez Lozano, A., Martínez Ojeda, P., Ordúñez del Marzo, M. I., Serrano Selva, M. E., & Tendero Alarcón, A. (2017). *Plan Dignifica. Humanizando la asistencia Castilla-La Mancha Consejería de Sanidad* (Consejería de Sanidad, Ed.; 1ª).
- Gutiérrez Martí, Ricard., Bardaji Álvarez, G., Gómez García, C., Hernández Yáñez, J., Maíz Olazabalaga, E., Mayayo Artal, T., & Ortega Siles, A. (1984). Plan de Humanización de la asistencia Hospitalaria- Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Instituto Nacional de la Salud. En *Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333. Doi: 10.1111/inm.12136
- Hallett, N., Huber, J. W., & Dickens, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 502-514. Doi: 10.1016/j.avb.2014.07.009
- Hamilton, B., & Manias, E. (2006). «She's manipulative and he's right off»: A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 84-92. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00407.x
- Haugvaldstad, M. J., & Husum, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49(Pt A), 130-137. Doi: 10.1016/j.ijlp.2016.09.001
- Hebl, M. R., & Dovidio, J. F. (2005). Promoting the «Social» in the Examination of Social Stigmas. En *Personality and Social Psychology Review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 9(2), 156-182. Doi: 10.1207/s15327957pspr0902\_4
- Hilton, N. Z., Ham, E., & Dretzkat, A. (2017). Psychiatric Hospital Workers' Exposure to Disturbing Patient Behavior and its Relation to Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms. *Canadian journal of nursing research*, 49(3), 118-126. Doi: 10.1177/0844562117719202
- Honorato, J., Arango, C., Sanjuán, J., Ros, S., Vieta, E., Ayuso, J.L., Sánchez Monge, J.M., & Rodríguez, J. (2011, diciembre). Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes. *INESME Instituto de Estudios Médicos Científicos*
- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad., Pub. L. No. Núm. 36, Boletín Oficial del Estado 18260 (2022).
- Jiang, F., Rakofsky, J., Zhou, H., Hu, L., Liu, T., Wu, S., Zhao, P., Liu, H., Liu, Y., & Tang, Y. L. (2019). Satisfaction of psychiatric inpatients in China: Clinical and

- institutional correlates in a national sample. *BMC Psychiatry*, 19(1), 19. Doi: 10.1186/s12888-019-2011-0
- Jovell A. (1999). Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*, 113, 173-175.
- Jovell, A. J. (1999). Enred@dos en el c@os: gestión digital del conocimiento en salud pública. *Gac Sanit*, 13(6), 484-486. Doi: 10.1016/S0213-9111(99)71412-3
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h369. Doi: 10.1136/bmj.h369
- Kassaw, C., Eskeziya, A., & Anbesaw, T. (2022). Magnitude of patient satisfaction and its associated factors at the outpatient psychiatry service of Dilla university referral hospital, Southern Ethiopia, Dilla, 2020. *PLoS one*, 17(8), e0272485. Doi: 10.1371/journal.pone.0272485
- K erouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, & Major F. (2007). *El pensamiento enfermero* (5.ª ed.). Elsevier Doyma, S.L. Masson.
- Kersting, X. A. K., Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Physical Harm and Death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(400). Doi: 10.3389/fpsyt.2019.00400
- King, B. M, Linette, D., Donohue-Smith, M. & Robinson, Z. (2019). Relationship Between Perceived Nurse Caring and Patient Satisfaction in Patients in a Psychiatric Acute Care Setting. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 57(7), 29-38. Doi: 10.3928/02793695-20190225-01
- Knox, D. K., & Holloman, G. H. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *The western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 35-40. Doi: 10.5811/westjem.2011.9.6867
- Knutson, M. B., Newberry, S., & Schaper, A. (2013). Recovery Education: A tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 874-881. Doi: 10.1111/jpm.12043
- Kontio, R., Anttila, M., Lantta, T., Kauppi, K., Joffe, G., & Välimäki, M. (2014). Toward a Safer Working Environment on Psychiatric Wards: Service Users' Delayed Perspectives of Aggression and Violence-Related Situations and Development Ideas. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(4), 271-279. Doi: 10.1111/ppc.12054
- Krupchanka, D., Khalifeh, H., Abdulmalik, J., Ardila-Gómez, S., Armiya' u, A. Y., Banjac, V., Baranov, A., Bezborodovs, N., Brecic, P.,  avajda, Z., de Girolamo,

- G., Denisenko, M., Dickens, H. A., Dujmovic, J., Ergovic Novotny, D., Fedotov, I., Fernández, M. A., Frankova, I., Gasparovic, M., ... Sartorius, N. (2017). Satisfaction with psychiatric in-patient care as rated by patients at discharge from hospitals in 11 countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 989-1003. Doi: 10.1007/s00127-017-1366-0
- Lantta, T., Varpula, J., Cheung, T., Wong, W. K., Cheng, P. Y. I., Ng, T., Ng, C. F., Yam, C. P., Ip, G., Bressington, D., & Välimäki, M. (2020). Prevention and management of aggressive behaviour in patients at psychiatric hospitals: a document analysis of clinical practice guidelines in Hong Kong. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1079-1091. Doi: 10.1111/inm.12742
- Laukkanen, E., Kuosmanen, L., Louheranta, O., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2020). Psychiatric nursing managers' attitudes towards containment methods in psychiatric inpatient care. *Journal of Nursing Management*, 28(3), 699-709. Doi: 10.1111/jonm.12986
- Lee, S., Hollander, Y., Scarff, L., Dube, R., Keppich-Arnold, S., & Stafrace, S. (2013). Demonstrating the impact and model of care of a Statewide psychiatric intensive care service. *Australasian Psychiatry*, 21(5), 466-471. Doi: 10.1177/1039856213497525
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre del 2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias Boletín Oficial del Estado [BOE] (España) (Vol. 280). (2003).
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública., Pub. L. No. Ley 14/1986, Ley Orgánica 3/1986 15211 (1986).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Disposiciones Generales. 16673 del BOE núm. 294 de 2018, Pub. L. No. 16673, 119788 (2018).
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, Pub. L. No. BOE núm.7, de 08 de enero de 2000, Boletín Oficial del Estado 270 (2000).
- Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco., Pub. L. No. BOE núm.318, de diciembre de 2010, 318 Boletín Oficial del Estado 1 (2010)
- López, MT., de Montalvo, F., Alonso, C., Bellver, V., Cadena, F., de los Reyes, M., Fernandez, I; Jouve de la Barreda, N., López, N., Nombela, C., Romero, C., Serrano JM., & Ureña, M. (2016). *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso*

*de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.* Comité de Bioética de España.

- López-Vélez Pérez, R., Zarco Rodríguez, J., Arcas Noguera, C., Benítez Pastor, D., Ángel Calleja Hernández, M., del Castillo Rey, M., Cela De Julián, E., Gullón Peña, B., Morro Fernández, L., Payán Pernía, S., Polo García, J., Manuel Quintero Calcaño, V., Concepción Tenorio Núñez, M., Acevedo Moratilla, I., Arenas García, A., García-Doñoro, P., Martín Muñoz, C., Bruna Sales, G., Fàbregas Verdager, J., & Oleart Martínez, X. (2022). *Humanización de la atención a la persona con drepanocitosis.* Fundación Humans.
- Madoz-Gúrpide, A., Ballesteros Martín, J.C., Leira Sanmartín, M., & García Yagüe, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 201701007.1-11.
- Maldonado-Rengel, R., Vaca-Merino, V., Nicholson, Christopher, & del Sol, M. (2021). El Término Cuerpo Amigdaloides en la Terminología Médica The Term Amygdaloid Body in Medical Terminology. *Int. J. Morphol*, 39(2), 619-622
- Marçal H, Kelso F, & Nogués M. (2011). *Guía para el uso no sexista del lenguaje en la Universitat Autònoma de Barcelona* (Mozart).
- March, J. C. (2017). Humanizar la sanidad para mejorar la calidad de sus servicios. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(5), 245-247. Doi: 10.1016/j.cali.2017.10.001
- Mardones, C. (2011). Bizancio enfermo: panorámica de la medicina en los primeros siglos del imperio. *Revista Electrónica Historias del Orbis Terrarum*, 06, 35-37.
- Mayoral F., Torres F, & EUNOMIA Grupo. (2005). La utilización de medidas coercitivas en psiquiatría. *Actas Esp Psiquiatría*, 33(5), 331-338.
- McAllister, S., & McCrae, N. (2017). The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(7), 491-502. Doi: 10.1111/jpm.12389
- McAllister, S., Simpson, A., Tsianakas, V., & Robert, G. (2021). «What matters to me»: A multi-method qualitative study exploring service users', carers', and clinicians' needs' and experiences of therapeutic engagement on acute mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 703-714. Doi: 10.1111/inm.12835
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., & Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings:

- An exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 526-532. Doi: 10.3109/01612840.2014.890684
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Downe, S., Price, O., Baker, J., Greenwood, P., Whittington, R., & Duxbury, J. (2020). Restraint minimisation in mental health care: legitimate or illegitimate force? An ethnographic study. *Sociology of Health and Illness*, 42(3), 449-464. Doi: 10.1111/1467-9566.13015
- Mena, D. (2019). La cultura organizacional, elementos generales, mediaciones e impacto en el desarrollo integral de las instituciones. *Pensamiento & Gestión*, 46, 11-47. Doi: 10.14482/pege.46.1203
- Metwaly, A. M., Ghoneim, M. M., Eissa, Ibrahim. H., Elsehemy, I. A., Mostafa, A. E., Hegazy, M. M., Afifi, W. M., & Dou, D. (2021). Traditional ancient Egyptian medicine: A review. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 28(10), 5823-5832. Doi: 10.1016/j.sjbs.2021.06.044
- Mínguez Martín L, González Pablos E, García Sánchez FJ, & Herreros Guilarte I. (2009). Concepción de la mente y de la enfermedad mental en la antigüedad clásica. *Informaciones Psiquiátricas*, 198, 2-8.
- Molin, J., Graneheim, U. H., Ringnér, A., & Lindgren, B. M. (2019). Patients' experiences of taking part in Time Together - A nursing intervention in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 551-559. Doi: 10.1111/inm.12560
- Montes JM, Reneses B, Pérez J., del Alamo C, Blanco N, Gómez D, Alberdi I, Carrasco JL, Carretero J, Rivera A., Saiz D., Garcia-Albea J., Correas J., Díaz M., Graell M., Moreno D., & Ruiz S. (2019). *Humanización de la asistencia en las unidades de hospitalización psiquiátrica breve*. Sociedad de Psiquiatría de Madrid.
- Mora J, Arratibel P, & Bengoa R. (2018). *Cómo avanzar con el paciente. Modelo Afectivo Efectivo 2018*. The Institute for Health and Strategy.
- Moreira de Freitas, R. J., Lima de Araujo, J., Abreu de Moura, N., Martins de Oliveira, G. Y., Mara Feitosa, R. M., & Macedo Monteiro, A. R. (2020). Nursing care in mental health based on the TIDAL MODEL: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(2), e20180177. Doi: 10.1590/0034-7167-2018-0177
- Moreno G., Zarco J, Álvaro A, Antela A, Caballero L, Estrada V, Fernandez-Lasquetty B, Folguera C, Fuster MJ, Olivera G, Panadero L, Poveda T, Ramírez M, Rubial F,

- Rubio R, & Saiz P. (2020). *Humanización de la atención sociosanitaria a personas con VIH* (Fundación Humans, Ed.; 1ª). Fundación Humans.
- Moreno-Poyato, A. R., & Rodríguez-Nogueira, Ó., & MiRTCIME.CAT working group (2021). The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 335-343. Doi: 10.1111/jpm.12675
- Moreno-Poyato A.R, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R., Aceña-Domínguez R., Carreras-Salvador R., Leyva-Moral JM., Lluch-Canut T., & Roldan-Merino JF. (2016). The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs*, 30(6), 782-787. Doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.001
- Muir-Cochrane, E., van der Merwe, M., Nijman, H., Haglund, K., Simpson, A., & Bowers, L. (2012). Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 41-49. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00758.x
- Mullen, A., Drinkwater, V., & Lewin, T. J. (2014). Care zoning in a psychiatric intensive care unit: Strengthening ongoing clinical risk assessment. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5-6), 731-743. Doi: 10.1111/jocn.12493
- Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, & Guillén AI. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental* (1ª). Editorial Complutense S.A.
- Murcia Salud. (s. f.). *Humanización de los servicios sanitarios*. Recuperado 22 de febrero 2023.
- National Association of State Mental Health Program Directors. (2006). *NASMHPD Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use*©.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., Bleetman, T., Corr, F., Cronin-Davis, J., Fraher, D.-M., Hardy, P., Jones, S., Gournay, K., Johnston, S., Pereira, S., Pratt, P., Tucker, R., & Tsuchiya, A. (2006). A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18. Doi: 10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *NICE National Institute for Health and Care Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health. Health and community settings. Overview |*

- Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings | Guidance | NICE
- Nugteren, W., van der Zalm, Y., Hafsteinsdóttir, T. B., van der Venne, C., Kool, N., & van Meijel, B. (2016). Experiences of Patients in Acute and Closed Psychiatric Wards: A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(4), 292-300. Doi: 10.1111/ppc.12125
- Nyongesa, V. (2021). The nursing decision making in seclusion episodes in acute psychiatric ward'. *Academia Letters*, 2630, 1-6. Doi: 10.20935/AL2630.
- Odes, R., Chapman, S., Harrison, R., Ackerman, S., & Hong, O. S. (2021). Frequency of violence towards healthcare workers in the United States' inpatient psychiatric hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 27-46. Doi: 10.1111/inm.12812
- OECD Health Ministerial Meeting. (2017). *Ministerial Statement The next generation of health reforms Ministerial Meeting*.
- Óladóttir, S., & Pálmadóttir, G. (2017). The continuum of client-centred practice in an acute psychiatric unit: A mixed method study of clients' perceptions. *British Journal of Occupational Therapy*, 80(1), 49-57. Doi: 10.1177/0308022616664909
- Olaz, A. (2013). El clima laboral en cuestión. Revisión bibliográfico-descriptiva y aproximación a un modelo explicativo multivariable. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, (56), 1-35. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950252002>
- Open dialogue an international community (2012).
- Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero especialista., Pub. L. No. 155, 155 Ministerio de la Presidencia 21627 (1998)
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental, Pub. L. No. Núm.123, Boletín Oficial del Estado 51802 (2011)
- Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Seguridad del Paciente*. Recuperado 22 de febrero de 2023.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. En *Organización Mundial de la Salud*. OMS Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J.,

- Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71. Doi: 10.1136/bmj.n71
- Palomares-Ramos K, & Enriquez-Estrada, V. (2020). Pinel el reformador de la psiquiatría, remover las cadenas a los locos, ¿verdad o mito? Doi: 10.13140/RG.2.2.20716.18560
- Papadimitriou, G. (2017). The «Biopsychosocial Model»: 40 years of application in Psychiatry=*Psychiatriki*, 28(2), 109-110. Doi: 10.22365/jpsych.2017.282.107
- Papageorgiou, A., Loke, Y. K., & Fromage, M. (2017). Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), (Vol. CD010006, Número 6). John Wiley and Sons Ltd. Doi: 10.1002/14651858.CD010006.pub2
- Pelto-Piri, V., Warg, L. E., & Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: A critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20(1), 362. Doi: 10.1186/s12913-020-05239-w
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing* (Peplau H.E., Ed.; 2.<sup>a</sup> ed.). Palgrave Macmillan. Doi: 10.1007/978-1-349-10109-2
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162-167. Doi: 10.1177/089431849701000407
- Pérez Sánchez, J. R., de la Casa Fages, B., Contreras Chicote, A., & Grandas Pérez, F. (2015). Demencia vascular, demencia por cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal y otras demencias. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(72), 4323-4333. Doi: 10.1016/j.med.2015.01.004
- Pettit, S. A., Bowers, L., Tulloch, A., Cullen, A. E., Moylan, L. B., Sethi, F., McCrone, P., Baker, J., Quirk, A., & Stewart, D. (2017). Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *Journal Advanced Nursing*, 73(4), 966-976. Doi: 10.1111/jan.13197
- Pope, S. (2013). Philippe Pinel (1745-1826): More than Liberator of the Insane. *TJHP*, 1(1), 12-13 (PDF) Philippe Pinel (1745-1826): More than Liberator of the Insane (researchgate.net).

- Poyato Moreno A.R. (2016). *Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia: una investigación-acción participativa en unidades de agudos de psiquiatría* [Universitat Rovira i Virgili].
- Preuss, U. W., Wong, J. W. M., & Koller, G. (2016). Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review. *Przegląd metod leczenia behawioralnych i psychologicznych symptomów otępienia (BPSD). Psychiatria polska*, 50(4), 679-715. Doi: 10.12740/PP/64477
- Priebe S., & Miglietta E. (2019). Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry*, 18(1), 30-31. Doi: 10.1002/wps.20586
- Quílez Jover, J. (2016). *Variables predictivas de violencia en pacientes diagnosticados de esquizofrenia ingresados en un hospital psiquiátrico* [Universitat de Barcelona].
- Quílez Jover, J., & Icart Isern MT. (2014). Factores individuales de las enfermeras de salud mental en la presencia de violencia laboral. *Metas de enfermería*, 17(9), 69-73.
- Quílez Jover J, & Icart Isern MT. (2016). Factores organizacionales y ambientales que influyen en la presencia de conductas violentas en unidades de hospitalización psiquiátrica. *Metas Enferm*, 19(1), 50-57.
- Raboch J, Kalisová L., Nawaka A., Kitlerová E., Karastergiou A., Magliano L, Dembinskas A., Kiejna A., Torres-Gonzales F, Jellin L, Priebe S., & Kallert T.W (2010). Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings from Ten European Countries. *Psychiatric Services*, (Washington, D.C.), 61(10), 1012-1017. Doi: 10.1176/ps.2010.61.10.1012
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (Elsevier España, Ed.; 7ª).
- Real Academia Española. (2022). *Diccionario de la lengua española*.
- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista., Pub. L. No. 183, 183 Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaria del Gobierno. 23642 (1987)
- Renwick, L., Lavelle, M., James, K., Stewart, D., Richardson, M., & Bowers, L. (2019). The physical and mental health of acute psychiatric ward staff, and its relationship to experience of physical violence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 268-277. Doi: 10.1111/inm.12530

- Reynolds, E. H., & Kinnier Wilson, J. V. (2014). Neurology and psychiatry in Babylon. *Brain: a journal of neurology*, 137 (Pt 9), 2611-2619. Doi: 10.1093/brain/awu192
- Rioja Salud. (2021). *IV Plan estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025*. La Rioja (Rioja Salud).
- Robles Duro, R., & Prieto Valle, J. M. (2022). *Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027: Palma Servicio de Salud de las Islas Baleares* (Servicio de Salud de las Islas Baleares, E d.; Salud Islas Baleares).
- Rodríguez-Romaguera, J., & Stuber, G. D. (2018). Social Isolation Co-opts Fear and Aggression Circuits. *Cell* 173(5), 1071-1072. Doi: 10.1016/j.cell.2018.04.031
- Rosenthal L., Byerly A, Taylor A.D, & Martinovich Z. (2018). Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers. *Psychosomatics*, 59(6), 584-590. Doi: 10.1016/j.psych.2018.04.007
- Rubio Domínguez, J. (2017). Contención mecánica de pacientes. Situación actual y ayuda para profesionales sanitarios. *Rev Calif Asist*, 32(3), 172-177. Doi: 10.1016/j.cali.2016.09.006
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(1), 143-148.
- Salzmann-Erikson, M., & Söderqvist, C. (2017). Being Subject to Restrictions, Limitations and Disciplining: A Thematic Analysis of Individuals' Experiences in Psychiatric Intensive Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 540-548. Doi: 10.1080/01612840.2017.1299265
- Samuel Noah Kramer. (1981). *La historia empieza en Sumer* (3.ª ed.). ALIANZA EDITORIAL.
- Sánchez-Rueda, G. (2013). *Las emociones en la práctica enfermera* [Universidad Autónoma de Barcelona].
- Sanjurjo Castelao G, & de Paz Ranz S. (2013). Acerca de Pinel, el Hospital de Zaragoza y la Terapia Ocupacional. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 33(117), 81-94. Doi: 10.4321/S0211-57352013000100006
- Sanz-Osorio, M. T., Jiménez Ordóñez, M., Rey Santiso, M., Serrano-Blanco, A., Tiñena Amorós, M., Viñals Muela, O., & Ángel Escobar-Bravo, M. (2019). Recomanacions de bones pràctiques en l'ús de mesures de restricció: avançant cap a la contenció mecànica zero. *Annals de Medicina*, 102(4), 163-167. [https://annals.academia.cat/view\\_document.php?tpd=2&i=14130](https://annals.academia.cat/view_document.php?tpd=2&i=14130)

- Sanz-Osorio, M. T., Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2022). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(2), 162-181. Doi: 10.1111/jpm.12858
- Sanz-Osorio M.T., Monistrol Ruano O., Morillo-Garcia E., Martos-Torres P., Andrés-i-Martín L., & Escobar-Bravo M.A. (2020). Valoració dels aspectes relacionats amb la seguretat del pacient en contenció mecànica. *Annals de Medicina*, 103, 122-126.
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., & Steinke, S. (2018). Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany—A survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1274). Doi: 10.3390/ijerph15061274
- Schlup, N., Gehri, B., & Simon, M. (2021). Prevalence and severity of verbal, physical, and sexual inpatient violence against nurses in Swiss psychiatric hospitals and associated nurse-related characteristics: Cross-sectional multicentre study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(6), 1550-1563. Doi: 10.1111/inm.12905
- Schuster J.P, Hoertel, N., & Limosin, F. (2011). The man behind Philippe Pinel: Jean-Baptiste Pussin (1746-1811). *British Journal of Psychiatry*, 198(3), 241. Doi: 10.1192/bjp.198.3.241a
- Scobie Sarah, Minghella Edana, Dale Colin, Thomson Richard, Lelliott Paul, & Hill Kathryn. (2006). *National Patient Safety Agency. NHS. Con la seguridad en mente: (Agencia Nacional de Seguridad del Paciente, Ed.; 2.ª ed.)*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España.
- Serrano-Blanco, A., Rubio-Valera, M., Aznar-Lou, I., Baladón Higuera, L., Gibert, K., Gracia Canales, A., Kaskens, L., Ortiz, JM., & Salvador-Carulla, L. (2017). Inpatient costs of agitation and containment in a mental health catchment area. *BMC Psychiatry*, 17(1) 212. Doi: 10.1186/s12888-017-1373-4
- Servicio Cántabro de Salud. (2020). *Subdirección de Cuidados. Servicio Cántabro de Salud. Suma Cuidados Excelentes. Buenas prácticas en humanización (Gobierno de Cantabria, Ed.)*.
- Servicio-de-Farmacia. (2020). *Programa de humanización 2020-2023 servicio de farmacia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Fundación Humans*.

- Shannon, T. E., & Griffin, S. L. (2015). Managing aggression in global amnesia following herpes simplex virus encephalitis: The case of E.B. *Brain Injury*, 29(1), 118-124. Doi: 10.3109/02699052.2014.954623
- Sharma, N., & Gupta, V. (2022). *Therapeutic Communication*. [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls.
- Sim, I. O., Ahn, K. M., & Hwang, E. J. (2020). Experiences of psychiatric nurses who care for patients with physical and psychological violence: a phenomenological study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5159. Doi: 10.3390/ijerph17145159
- Sitzman K, & Watson, J. (2019). Introduction: Measuring Caring. Sitzman K & Watson J (Eds.), *Assessing and measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide* (Third Edition, pp. 3-12). Springer Publishing Company.
- Smith, S., & Jones, J. (2014). Use of a sensory room on an intensive care unit. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 52(5), 22-30. Doi: 10.3928/02793695-20131126-06
- Som Salut Mental 360. (2020, julio). *Som Salut Mental 360. Contencions 0. Estratègies per a l'erradicació de l'ús de contencions en els serveis i dispositius de salut mental*. Contenciones 0: Estrategias para la erradicación del uso de contenciones en los servicios y dispositivos de salud mental.
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., Marsh-Picksley, S., Massey, E., O'Sullivan, J., Qureshi, M., Wright, S., & Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82-90. Doi: 10.1111/inm.12107
- Tattoli, L., Bosco, C., Grattagliano, I., & di Vella, G. (2019). The risk of assault against mental health professionals: a fatal case report and literature review. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, 15(2), 276-280. Doi: 10.1007/s12024-019-00105-6
- te Pou. (2020). *Six Core Strategies © service review tool: New Zealand adaptation* (2nd edition). Te Pou.
- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2016). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward: Dialogue and ethics of care as contributions to combating difficult situations. *Nursing Ethics*, 23(3), 308-317. Doi: 10.1177/0969733014564104

- Thomson, A. E., Racher, F., & Clements, K. (2019). Caring for the Entire Unit Psychiatric Nurses' Use of Awareness. *Journal of Psychosocial Nursing* , 57(9), 17-23. Doi: 10.3928/02793695-20190528-03
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., Delgado-Hito, P. & MiRTCIME.CAT Working Group (2023). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(1-2), 253-263. Doi: 10.1111/jocn.16223
- Tropé, H. (2011). Los tratamientos de la locura en la España de los siglos XV al XVII. El caso de Valencia. *FRENIA*, XI-2011(27-46), 27-46.
- Universitat de Lleida. (2012). *Lenguaje y comunicación no sexistas*. Centre Dolors Piera d'Igualtats d'Oportunitats i Promoció de les Dones.
- Valenzuela Anguita, M. (2015). *¿Es posible humanizar los cuidados de enfermería en los servicios de urgencias?* [Universidad de Alicante].
- Valles García, S., Concepción Arboleda I., Armador Prado, M., Braña Marcos, B., de Dios del valle, R., Escudero Augusto, D., Fernández Pedregal, E., Fernández Rodríguez, M.-J., Fernández García, M.-, Franco Vidal, A., González de Cangas B., González López, M., Gutiérrez Fernández, M. J., López Ventoso, M., Martínez Pubil J.A, Peñacoba Maestre, D., Prieto Méndez, M. I., Rozado Gutiérrez, E., Suárez Antuña, Y., & Villanueva, O. M. J. (2021). *Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público del Principado de Asturias. Líneas Generales. Gobierno del Principado de Asturias*. (Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud, & Dirección General de Cuidados Humanización y Atención Sociosanitaria, Eds.).
- Voskes, Y., van Melle, A. L., Widdershoven, G. A. M., van Mierlo, A. F. M. M., Bovenberg, F. J. M., & Mulder, C. L. (2021). High and intensive care in psychiatry: A new model for acute inpatient care. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 72(4), 475-477. Doi: 10.1176/appi.ps.201800440
- Watson J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Rev). University Press of Colorado.
- Weiner, D. B. (1979). The Apprenticeship of Philippe Pinel: A New Document, «Observations of Citizen Pussin on the Insane». *Am J Psychiatry*, 136(9), 1128-1134. Doi: 10.1176/ajp.136.9.1128

- Whitehead, D. (2005). Workplace health promotion: the role and responsibility of health care managers. *Journal of Nursing Management*, 14, 59-68. Doi: 10.1111/j.1365-2934.2005.00599.x
- Woldekidan, N. A., Gebresillassie, B. M., Alem, R. H., Gezu, B. F., Abdela, O. A., & Asrie, A. B. (2019). Patient Satisfaction with Psychiatric Outpatient Care at University of Gondar Specialized Hospital: A Cross-Sectional Survey. *Psychiatry Journal*, 2019, 5076750. Doi: 10.1155/2019/5076750
- Wolverton, C. L., Lasiter, S., Duffy, J. R., Weaver, M. T., & McDaniel, A. M. (2018). Psychometric testing of the caring assessment tool: Administration (CAT-Adm ©). *SAGE Open Medicine*, 6, 1-11. Doi: 10.1177/2050312118760739
- World Health Organization. (2019). *Freedom from coercion, violence and abuse. WHO Quality Rights Core training: mental health and social services. Course guide*. WHO. <http://apps.who.int/bookorders> .
- Zarco, J. (2015). *FUNDACIÓN HUMANS*. Fundación Humans. <https://fundacionhumans.com/>
- Zarco, J., Arango C., Crespo A, de Las Heras E, Mayoral F, Grande I, Romo J., Carretero J, Diaz M, González M.A, Balanza V, & Gasull V. (2020). *Humanización en Salud Mental* (Fundación Humans, Sociedad Española de Psiquiatría, & Lundbeck, Eds.; 1ª). 2020.
- Zarco, J., Fernandez-Lasquetty B, Casado P., & Pérez C. (2021). *La humanización de la atención a la persona con Dolor Crónico* (Fundación Humans, Ed.).
- Zarco, J., & Barragán, B. (2017). *Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias*. Fundación Humans. [https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2018/10/informe-humans-participacion\\_final.pdf](https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2018/10/informe-humans-participacion_final.pdf)
- Zarco, J., Costa-Frossard França, L., Luisa, M., Ginés, M., Marañón, G., Gómez, I. B., Delgado, L. G., Princesa, L., Gil, M. G., Briceño, H. G., Higuera Hernández, Y., Parrondo, R. R., Gallego, P. V., Fàbregas Verdaguer, J., Oleart Martínez, X., & Guisado, M. R. (2022). *Consenso Autonómico. Comunidad de Madrid, para la humanización de la atención a la persona con esclerosis múltiple*. (Fundación Humans & Merck, Eds.).
- Zarco, J., Ruiz B, Barragán B, Ancochea J, & Franco A. (2017). *Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España*. Fundación Humans.

- Zartaloudi, A., Zartaloudi, A., & Madianos, M. (2010). Stigma related to help-seeking from a mental health professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77-83.
- Zenteno-Hidalgo, A. C., & Durán Silva, C. A. (2016). Factores y prácticas de alto desempeño que influyen el clima laboral: análisis de un caso. *Innovar*, 26(59), 119-136. Doi: 10.15446/innovar

# CAPÍTULO 9

## ANEXOS

---

*Que te traten como a una persona no cómo una cosa que está mal de la cabeza y ya está.*

*Que seamos escuchados, que, aunque a veces se nos va la cabeza, que entiendan la situación en la que estamos.*

Grupo de pacientes 3, Participante 1:



# ANEXOS

## Anexo 1: Proyectos de Humanización Asistencial elaborados a raíz de la Declaración de Torrejón

### Proyecto HU-CI: Humanización de los cuidados intensivos

#### Objetivos del Proyecto HU-CI:

1. Humanizar los cuidados intensivos.
2. Servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales.
3. Difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población general, poniendo énfasis en actividades relacionadas con la humanización de los cuidados.
4. Fomentar la formación en habilidades de humanización, comunicación, relación de ayuda, etc.
5. Orientar hacia la prestación de una atención humanizada, mediante el establecimiento de estándares y certificando su cumplimiento, en aquellas unidades que lo soliciten.

Para su consecución, se priorizaron siete líneas estratégicas:

1. UCI de puertas abiertas: flexibilizando los horarios de visita y adecuándolos a las necesidades individuales.
2. Comunicación: mejorando la calidad de la comunicación entre pacientes, familiares y profesionales.
3. Bienestar del paciente: mejorando y garantizando el confort del paciente, tanto en el aspecto físico, como en el psicológico, espiritual y ambiental.
4. Cuidados al profesional: para prevenir y manejar del síndrome de desgaste profesional (burnout), además de la formación en habilidades como la resiliencia, el trabajo en equipo, la relación de ayuda (counselling), la empatía, la escucha activa y la compasión.
5. Prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-cuidados intensivos: evitando las secuelas físicas, psicológicas y sociales.

6. Cuidados al final de la vida: adecuando los cuidados al final de la biografía, limitando el soporte vital, mediante la aplicación de cuidados paliativos en cuidados intensivos y el documento de voluntades anticipadas.
7. Infraestructura humanizada: mediante la mejora arquitectónica y estructural en UCI para facilitar el trato humanizado.

Cada uno de estos programas tiene definidas intervenciones específicas. En total suman 160 prácticas concretas. Cuentan con un programa definido de acreditación, dividido en cuatro fases: solicitud, autoevaluación, evaluación y certificación.

En función del grado de cumplimiento, la puntuación, se certifica con un nivel básico, avanzado o excelente.

Las practicas definidas se dividen en tres tipos:

1. Obligatorias: para alcanzar el nivel básico.
2. Esenciales, aunque no obligatorias: para poder optar al nivel avanzado.
3. Deseables: para conseguir llegar al nivel de la excelencia.

Se presentan en un formato visual y fácil de entender. Es accesible y gratuito en su página web. Permite, iniciar el trámite de la certificación de forma rápida y ágil.

Todas las propuestas de acción están debidamente referenciadas en la bibliografía posterior de cada línea estratégica.

### **Humanización de las Urgencias: Proyecto Hurgencias (HUrge)**

Los Servicios de Urgencias Hospitalarias son unidades muy frecuentadas, con pacientes que presentan patologías muy variables y complejas. Su finalidad es proporcionar una respuesta rápida y eficaz a la patología del paciente, aunque no se suele valorar ni las necesidades psicológicas, emocionales o sociales del paciente, y sus familiares ni las de los profesionales que desarrollan su labor en esta área.

Esto suele llevar al desencuentro y descontento de todas las partes implicadas y con la consecuencia directa de la pérdida de dignidad en la atención.

Con la finalidad de impulsar un cambio en la atención de las urgencias, un equipo interdisciplinar de profesionales de este ámbito desarrolló y publicó en septiembre del 2020, la primera edición del proyecto de Humanización de los Servicios de Urgencias Hospitalarias, llamado «HUrge»,

Se identificaron siete líneas estratégicas y 169 prácticas de aplicación para la humanización en las urgencias hospitalarias y se ha desarrollado un programa

de acreditación, dividido en cuatro fases: solicitud, autoevaluación, evaluación y certificación, igual que el proyecto HU-CI.

En función del grado de cumplimiento, la puntuación, se certificará con un nivel básico, avanzado o excelente. Las prácticas definidas se dividen en tres tipos: obligatorias, para alcanzar el nivel básico. Esenciales, aunque no obligatorias, para poder optar al nivel avanzado y por último deseables para conseguir llegar al nivel de la excelencia.

#### Líneas estratégicas del proyecto HURge

1. Flexibilización en el acompañamiento, presencia y participación de las personas cuidadoras y familiares en los cuidados.
2. Comunicación.
3. Bienestar del paciente
4. Cuidados al profesional
5. Pacientes vulnerables en los servicios de urgencias hospitalarias
6. Cuidados al final de la vida.
7. Infraestructura humanizada.

Todas las propuestas de acción están debidamente referenciadas en la bibliografía posterior de cada línea estratégica.

#### **Manual de Buenas Prácticas en Humanización en Lesión Medular**

Bajo el paraguas del proyecto HU-CI, un grupo de trabajo multidisciplinar Expertos en Vejiga Neurógena (EVEN), referentes en todas las Unidades de Lesión Medular de España, y con varios años de experiencia publicaron, en mayo del 2022, el «Manual de buenas prácticas en la Humanización en Lesión Medular (Grupo de trabajo EVEN-HUCI, 2022).

En él se presentan nueve líneas estratégicas, con un total de 145 prácticas definidas. Aunque se utiliza un formato más sobrio, la dinámica del proyecto es igual que las dos propuestas anteriores, pero hace referencia a un problema de salud específico, en lugar de un dispositivo de actuación, como en los proyectos HU-CI y HURge.

Las prácticas se han categorizado en básicas, avanzadas y deseables para la excelencia.

Líneas estratégicas del manual de buenas prácticas en la humanización en lesión medular

1. Equipo interprofesional.
2. Bienestar del paciente y familiares.
3. Apoyo e integración de la familia al equipo de cuidados.
4. Comunicación.
5. Cuidados del profesional.
6. Síndrome post-UCI y acogida en la Unidad.
7. Planificación del alta y continuidad de cuidados.
8. Cuidados al final de la vida
9. Espacios humanizados

### **Manual de Buenas Prácticas en Humanización en las Consultas de Ostomía**

Realizado por el Grupo de Enfermeras Estomaterapeutas de España (GESTO) bajo el asesoramiento del grupo HU-CI (Grupo de trabajo GESTO-HUCI., 2022).

Se presentan en el mismo formato que el manual de buenas prácticas en la Humanización en Lesión Medular, y coinciden en su aparición, durante el mes de mayo del presente año.

Se definen siete líneas estratégicas para potenciar la humanización de los pacientes portadores de una ostomía con un total de 64 propuestas.

1. Bienestar del paciente
2. Presencia y participación de los familiares/cuidadores en los cuidados de paciente ostomizado.
3. Comunicación
4. Afrontamiento post-ostomía
5. Arquitectura/infraestructura humana
6. Cuidados al profesional
7. Cuidados al final de la vida.

Se valoran mediante el mismo sistema de evaluación que los proyectos anteriores. En este caso, también hace referencia a un problema de salud específico en lugar de un dispositivo asistencial.

## **Anexo 2: Resumen de los documentos elaborados por la fundación Humans**

### **«Análisis de la situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España»**

Documento publicado en el año 2017 llevado a cabo por un conjunto de expertos de la medicina con el objetivo de identificar las oportunidades de mejora que se puedan dar en todas las dimensiones y ámbitos de la atención a las personas enfermas y su entorno afectivo. Se envió una encuesta a pacientes y asociaciones de pacientes, a profesionales sociosanitarios, a universidades, sociedades científicas, directivos, la administración sanitaria y empresas y tras un análisis cualitativo de la información se extrajeron diez conclusiones que sirven como orientación para reflexionar sobre la humanización asistencial en nuestro entorno sanitario (Zarco Rodríguez, 2017).

### **«Participación de los ciudadanos en la toma de decisiones sanitarias»**

Se trata de un documento publicado en octubre del 2018, realizado por un comité de expertos, con la finalidad de contribuir a desarrollar y reforzar la cultura de participación ciudadana en el Sistema Nacional de Salud, sirviendo como documento inicial de referencia para todos los implicados y definiendo unas líneas estratégicas para su desarrollo posterior (Zarco, J. & Barragán, 2017).

### **«Por una atención sanitaria más humanizada de las personas con psoriasis»**

Documento publicado en octubre del 2019, con el objetivo de conocer el estado actual de la atención a las personas con psoriasis en España, identificar las medidas de humanización contempladas en las guías y protocolos de actuación, además de otras acciones de humanización llevadas a cabo en la asistencia sanitaria de las personas con psoriasis y plantear retos y soluciones a sus necesidades y el entorno sanitario para establecer futuras líneas de investigación.

El documento finaliza proporcionando diez conclusiones entre las que se pueden destacar el acceso a información rigurosa y con un lenguaje cercano, el empoderamiento del paciente o el contactar con enfermeras de cuidados dermatológicos para la mejora de la atención integral (de la Cueva et al., 2019).

### **«Humanización de la atención sociosanitaria a personas con VIH»**

Documento publicado en noviembre del 2020, realizado por un grupo de profesionales expertos, con el objetivo de desarrollar líneas estratégicas, ejes de actuación y acciones para humanizar la asistencia sociosanitaria a las personas con VIH y sus familias, crear conciencia de la necesidad de humanizar la atención de estas personas, extender la humanización a todo el sistema de sociosanitario, fomentar la equidad y homogeneidad en la implantación de políticas de humanización, e impulsar la participación de todas las instituciones y agentes implicados.

Se realizó una revisión de los programas publicados en los portales de salud de las comunidades autónomas y posteriormente la identificación de las líneas estratégicas de humanización para las personas con VIH y sus familias (Moreno G. et al., 2020).

### **«Programa de humanización 2020-2023 Servicio de farmacia. Hospital Universitario Gregorio Marañón»**

Publicado en abril del 2021 con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas mediante una prestación farmacéutica efectiva, segura y eficiente en un marco de asistencia integral y humanizada, buscando la excelencia técnica y humana de los profesionales contribuyendo al avance científico a través de la investigación y la innovación (Servicio-de-Farmacia, 2020).

Está basado en cinco pilares:

1. La cultura y gobierno, estando los profesionales del servicio de farmacia comprometidos con el programa de humanización.
2. Tanto la organización como los procesos están enfocados en la atención a la persona.
3. La participación e implicación de los pacientes y la sociedad, siendo agentes activos de la humanización.
4. Bienestar y desarrollo de los Profesionales.
5. Infraestructuras que faciliten la humanización.

En el documento existen acciones propuestas para cada uno de los apartados (Servicio-de-Farmacia, 2020).

**«La humanización de la atención a la persona con dolor crónico»**

Publicado en mayo del 2021 y realizado por un comité de profesionales de diferentes disciplinas expertos en el manejo del dolor crónico, con el objetivo de definir las dimensiones de la humanización más importantes.

Pretende procurar una atención más humanizada a las personas con dolor crónico, conocer las vivencias de pacientes y profesionales respecto al abordaje que se realiza del dolor y definir un decálogo de actuaciones que incluya estrategias y herramientas para mejorar la atención humanizada de las personas con dolor crónico y su entorno. El documento aporta un gran número de iniciativas para promover la humanización de las personas en esta situación (Zarco J. et al., 2021).

**«Consenso autonómico de la comunidad de Madrid, para la humanización de la atención a las personas con esclerosis múltiple»**

Documento elaborado en marzo del 2022 por un grupo multiprofesional con el objetivo de identificar las carencias y necesidades relacionadas con el abordaje y tratamiento de la Esclerosis Múltiple para, posteriormente, realizar propuestas de mejora que pongan en valor las diferentes dimensiones de la humanización, revirtiendo en beneficio de las personas pacientes, sus familias y cuidadores, además de los propios profesionales sanitarios.

Además de las propuestas elaboradas, se valora el impacto que tendrían y la factibilidad de su ejecución (Zarco, J. et al., 2022). **«Humanización de la atención a la persona con drepanocitosis»**

Realizado en el año 2022, por parte de un equipo multidisciplinar de profesionales expertos, con el objetivo de identificar las carencias y necesidades en el abordaje y tratamiento de la drepanocitosis en España, para posteriormente, realizar propuestas de mejora que pongan en valor las diferentes dimensiones de la humanización, revirtiendo en beneficio de las personas afectadas, sus familias y personas cuidadoras, así como de los propios profesionales sanitarios.

En el presente documento, también se valora el impacto y la factibilidad de ejecución de las propuestas elaboradas (López-Vélez Pérez et al., 2022).

## Anexo 3: Información y consentimiento del paciente



### Información al usuario para la solicitud de colaboración en el estudio:

#### Humanización Asistencial en Salud Mental

El Servicio de psiquiatría del Hospital de Terrassa, está realizando un estudio cuyo objetivo es conocer su opinión sobre el cuidado recibido durante su ingreso en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del CST.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del CST y cumple con toda la legislación vigente.

Su participación es voluntaria, por lo que necesitamos su consentimiento por escrito, debe saber que en cualquier momento puede retirar su consentimiento comunicándolo al equipo.

La participación se limita a la recogida de datos mediante la cumplimentación de una encuesta. Tardará entre 3 y 5 minutos. En el caso de que lo desee, se le hará una entrevista individual sobre su experiencia mientras ha estado ingresado en la unidad de agudos de psiquiatría del CST, de unos 30 minutos de duración que será grabada en audio. Debe saber que no hay beneficios específicos relacionados con su participación.

La recogida de datos y su almacenamiento, se realizará en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos. De acuerdo con lo que establece la propia legislación, usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento.

Si durante cualquier momento tiene alguna duda o quiere contactar con la investigadora Maite Sanz, podrá hacerlo llamado al teléfono 937003600 a la extensión 7006 enviando un mensaje a la dirección de correo: [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat).

Si está de acuerdo en participar en este estudio, por favor exprese su consentimiento rellenando el documento disponible a continuación.



**Consentimiento por escrito del usuario**

**Humanización Asistencial en Salud Mental**

Yo, .....

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cuanto desee.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Firma del Investigador Principal

Fecha

### Anexo 4: Escala CAT-V

En este cuestionario le pedimos sus **opiniones** sobre los **cuidados** que ha recibido de las enfermeras/os durante su estancia en este Hospital.

Por favor haga un **círculo** en el número que mejor se adapte a la experiencia que usted ha vivido.

<b>Hombre</b> <input type="checkbox"/>	<b>Mujer</b> <input type="checkbox"/>	<b>Edad:</b> _____
<b>Nivel de estudios:</b> Sin estudios <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/>		
Secundarios <input type="checkbox"/> Universitarios <input type="checkbox"/>		

<b>Servicio:</b> _____
<b>Planta:</b> _____

**ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS PREGUNTAS**

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre
1	Me ayudan a creer en mi mismo	1	2	3	4	5
2	Me hacen sentir lo más cómodo posible	1	2	3	4	5
3	Respetan mis creencias	1	2	3	4	5
4	Me prestan atención cuando hablo	1	2	3	4	5
5	Me ayudan a ver algunos aspectos positivos de mi situación	1	2	3	4	5
6	Me ayudan a sentirme menos preocupado	1	2	3	4	5
7	Se anticipan a mis necesidades	1	2	3	4	5
8	Me permiten escoger el mejor momento para hablar de mis preocupaciones	1	2	3	4	5
9	Les importa mi punto de vista	1	2	3	4	5
10	Parecen interesarse por mi	1	2	3	4	5
11	Me respetan	1	2	3	4	5
12	Responden con sensibilidad a mi familia	1	2	3	4	5
13	Reconocen mis sentimientos	1	2	3	4	5
14	Me ayudan a aclarar lo que pienso sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
15	Me ayudan a buscar diversas maneras de abordar mis problema de salud	1	2	3	4	5
16	Me preguntan lo que sé sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
17	Me ayudan a plantear preguntas que hacer a otros profesionales de la salud	1	2	3	4	5

		Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	A menudo	Siempre
18	Alientan mis esperanzas	1	2	3	4	5
19	Respetan mi necesidad de tener privacidad	1	2	3	4	5
20	Me preguntan mi opinión sobre cómo va mi enfermedad	1	2	3	4	5
21	Manipulan mi cuerpo con cuidado	1	2	3	4	5
22	Me ayudan con mis rutinas para dormir	1	2	3	4	5
23	Estimulan mi capacidad para seguir adelante	1	2	3	4	5
24	Me ayudan a lidiar con mis sentimientos negativos	1	2	3	4	5
25	Saben lo que es importante para mi	1	2	3	4	5
26	Hablan abiertamente con mi familia	1	2	3	4	5
27	Demuestran respeto por aquellas cosas que tienen sentido para mi	1	2	3	4	5
<b>Muchas gracias por su tiempo.</b>						

Pregunta añadida para este estudio:

¿Piensa que el bienestar general y la seguridad de los usuarios es una prioridad para la unidad? Si/no, ¿por qué?

---



---



---

## Anexo 5: Datos para cumplimentar por el personal de enfermería

**CST** CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Nº registro: \_\_\_\_\_

### Humanización de cuidados en Salud Mental: unidad de agudos de Psiquiatría

Fecha de nacimiento	Sexo: 1 hombre 2 mujer 3 No binario	Nacionalidad:
---------------------	--	---------------

✓ ¿Puede dar su impresión general sobre cómo trata el personal a los usuarios en esta unidad?

---

---

---

---

---

✓ ¿Se considera a los usuarios con humanidad, dignidad y respeto?

---

---

---

---

---

✓ ¿Piensa que el bienestar general y la seguridad de los usuarios es una prioridad para la unidad? **Si / no**, ¿por qué?

---

---

---

---

---

**Humanización de cuidados en Salud Mental: unidad de agudos de Psiquiatría**

A rellenar por el profesional:

Datos relacionados con el ingreso del paciente

Fecha de nacimiento	Sexo: 1 hombre 2 mujer 3 No binario	Nacionalidad:
---------------------	--	---------------

<b>Tipo de ingreso:</b> _____	<b>Diagnostico principal:</b> _____	
1 voluntario urgencias 2 programado 3 judicial	1 SCH 2 Tr Bipolar Tipo I 3 Depresión 4 TLP	5... 6....
<b>Consumo de tóxicos:</b> 1 No 2 Sí. <b>Tipo de consumo</b> _____ 1 puntual/ocasional 2 continuo		
<b>Tóxico/ sustancia</b>		
1 tabaco 2 cannabis	3 coca 4 anfetaminas	5 alcohol 6 otros

A lo largo del ingreso....

<p>¿El paciente ha participado de las actividades de la unidad?</p>   <p>¿Se relaciona con otros pacientes?, ¿Se ha observado algún cambio en los hábitos relacionales del paciente?</p>   <p>¿Ha permanecido en zonas comunes?</p>   <p><u>Otras observaciones</u></p>
--

## Anexo 6: Registro general de recogida de datos de los usuarios en contención mecánica del CST



Registro general recogida de datos usuarios en contención mecánica:

REGISTRO GENERAL      Fecha:      Turno:      Realizado por:

Planta	Nº Total Pacientes	Nº Pacientes Inmoviliz.	Nº Pacientes con Barandilla	Nº enfermeras	Enfermeras Formación	Nº TCAI	TCAI Form	Unidad	Especialidad
10D								Cirurgia	Cirurgia
10E								Cirurgia	Cirurgia
9D								Medicina Interna	Medico agudo
9E								Paliativos	Paliativos
8D								Geriatría	Geriatría aguda
8E								Geriatría	Geriatría aguda
7D								Psiqui	Salud Mental
7E								Medicina Interna	Medico agudo
6E								Oncología	Geriatría aguda
5D								Medicina	Medico agudo
5E								Medicina	Medico agudo
3D								Medicina corta estancia	Medico agudo
2E								UCI/SEMI	Medico
<b>Total</b>									



**CST: CONSORCI SANITARI DE TERRASSA**

<p><b>Motivo/s principal/es:</b>                  1-Riesgo interrupción tratamiento o mantenimiento terapéutico (vías, sondas...)                  2-Riesgo de caídas.                  3-alteración conductual sin agresividad                  4-Alteración conductual con auto/hetero agresividad.                  5-Otros:</p>	<p><b>Tipo de Inmovilización:</b>                  1. Cintura                  2. Una Extremidad superior                  3. Dos EESS                  4. Una Extremidad inferior                  5. Dos EEII                  6. Tórax                  7. Peto.                  8. Pélvica                  9. Cintura en X                  10. Total</p>	<p><b>Sistema de inmovilización:</b>                  1. Imán                  2. Velcro                  3. Peto para sillas                  4. Sábanas</p>
<p><b>Actuaciones previas:</b>                  1-Contención Verbal                  2- Contención farmacológica                  3-Contención ambiental                  4- Negociación con la familia</p>	<p><b>Eventos adversos aparecidos</b>                  1. UPP grado                  2. Trombosis                  3. Hematomas.                  4. Algias                  5. Luxación de alguna articulación                  6. Rotura de fémur,                  7. Otros.....</p>	<p><b>Puntuación de severidad:</b> (1 menor, 2 moderado, 3 mayor, 4 catastrófico)</p>
<p><b>Riesgos del paciente:</b>                  1. Valoración de la función respirat                  2. Valoración patrón alim/hidrat                  3. Valoración eliminación                  4. Valoración movilidad                  5. Valoración sueño                  6. Otros</p>	<p><b>Seguridad ambiental:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Se ha efectuado retirada de objetos potencialmente peligrosos para el paciente/profesional/resto de usuarios? Si/No</li> <li>En caso de Si:                      ¿Se ha registrado convenientemente en el gestor clínico?</li> </ul> <p>En caso de NO: ¿Hay algún motivo que lo justifique?</p>	<p><b>Percepción del personal</b>                  A. Sobre carga (del 0 al 5, 0 no hay sobre carga, igual que cualquier otro paciente, 5 máxima sobrecarga) (A+ grado)                  B. Estrés laboral (del 0 al 5, 0 no estrés adicional, 5 máximo estrés) (B+ grado)</p>

## Anexo 8: Información para los profesionales: Seguridad del paciente en contención mecánica



### Información para los profesionales sobre el estudio "la seguridad del paciente sometido a sujeción mecánica en el Hospital de Terrassa durante el 2015"

Debido a la preocupación que nos plantea la seguridad de los pacientes a los que se les ha tenido que aplicar algún tipo de sujeción mecánica como medida terapéutica, ya sea para garantizar el cumplimiento del tratamiento o por algún tipo de alteración conductual que lo justifique, desde la unidad de psiquiatría, nos hemos propuesto realizar un estudio con la única finalidad de la mejora continua de la calidad asistencial de los usuarios de nuestro Hospital.

La Investigadora principal es Maite Sanz y las investigadoras colaboradoras serán Isabel Pastor y Laura Rubio.

Este estudio ha sido autorizado por el CEIC con fecha de febrero del 2015.

Los principales objetivos de dicho estudio son conocer las características epidemiológicas, la frecuencia y el manejo de los pacientes sometidos a sujeción mecánica en las diferentes unidades asistenciales, identificando y determinando la incidencia de efectos adversos reales o potenciales, identificar el cumplimiento del protocolo de contención y conocer el porcentaje de profesionales que han recibido la formación sobre el manejo del paciente inmovilizado.

Durante el mes de marzo, 3 veces a la semana y en los diferentes turnos, se procederá a la recogida de datos mediante una valoración general de la unidad a través del gestor clínico, y en concreto de los pacientes que estén sometidos a sujeción física.

Tal como hemos mencionado anteriormente, la única finalidad es la mejora asistencial.

Por todo esto, solicitamos y agradecemos vuestra colaboración y aportaciones.

Equipo investigador. Maite Sanz, Isabel Pastor, Laura Rubio.

Telf de contacto 7006.

## Anexo 9: Consentimiento informado estudio contenciones mecánicas



**Información al usuario para la solicitud de colaboración en el estudio:**

### Humanización Asistencial en Salud Mental

#### **"LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOMETIDO A SUJECIÓN FÍSICA EN EL CST DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2015"**

Investigador principal: M<sup>a</sup> Teresa Sanz Osorio

En el Hospital de Terrassa, nos preocupa en gran medida la seguridad de sus usuarios, por eso nos hemos planteado realizar un estudio sobre la seguridad de los pacientes a los que se les ha tenido que aplicar algún tipo de sujeción física como medida terapéutica ya sea para garantizar el cumplimiento del tratamiento o por algún tipo de alteración conductual que lo justifique e indique. La finalidad es la mejora continua de la calidad asistencial de los usuarios del Hospital de Terrassa.

Con el presente documento solicitamos su colaboración para utilizar los datos relacionados con el uso de sistemas de sujeción suyos o de su familiar, exclusivamente con finalidades científicas.

Le garantizamos que en todo momento se preservará su intimidad (o la de su familiar si es el caso) y que se mantendrá en el anonimato. Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados únicamente con finalidad científica. Podrá abandonar el estudio en cualquier momento y no interferirá en el tratamiento que está recibiendo.

Yo, ..... acepto colaborar en el Estudio **"LA SEGURIDAD DEL PACIENTE SOMETIDO A SUJECIÓN FÍSICA EN EL HOSPITAL DE TERRASSA DURANTE EL MES DE MARZO DEL 2015"**

Fecha.....

Firma del participante

Firma del Investigador Principal

## Anexo 10: Guion temático del grupo de personas del SRC



### Guion temático grupo de usuarios del SRC

#### Humanización Asistencial en Salud Mental

Información sobre ingresos	¿En qué hospital ha estado ingresado? ¿Cuándo?, ¿recuerda aproximadamente cuantos días?
Según su opinión...	¿Cómo puntuaría la humanización asistencial en la unidad donde estuvo ingresado?  ¿en qué se ha basado para poner esa nota?  ¿Cree que fue tratado con humanidad? ¿cómo definiría la Humanización asistencial?  ¿Puede explicarnos cómo fue su experiencia?, Cómo considera que fue tratado durante su estancia en la unidad?
¿Se le ocurren propuestas de mejora?	¿Qué cambiaría sobre los cuidados recibidos?  ¿Qué cree que es lo más importante para la humanización en las unidades de agudos de psiquiatría?
Observaciones: ¿Desea añadir algo relacionado con sus ingresos hospitalarios?	
Resumen	

## Anexo 11: Información y consentimiento personas del SRC con experiencia vivida en UHAP



**Información al usuario del SRC para la solicitud de colaboración en el estudio:**

### Humanización Asistencial en Salud Mental

El Servicio de psiquiatría del Hospital de Terrassa, está realizando un estudio cuyo objetivo es definir y establecer las líneas estratégicas de la Humanización Asistencial en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría por eso solicitamos tu colaboración en la realización de grupos donde puedas expresar tus experiencias vividas durante tus ingresos en esas unidades.

Tendrán una duración aproximada de una hora, se realizarán en el SRC y serán grabados en audio

Debes saber que no hay beneficios económicos relacionados con tu participación. La información recogida, será anonimizada para su posterior análisis. Tu participación es voluntaria, por lo que necesitamos su consentimiento por escrito. En cualquier momento puedes retirar tu consentimiento comunicándolo al equipo

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del CST y cumple con toda la legislación vigente.

La recogida de datos y su almacenamiento, se realizará en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos. De acuerdo con lo que establece la propia legislación, puedes ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento.

Si tienes alguna duda y quieres hacer alguna pregunta, puedes hacerlo contactando con Maite Sanz, escribiendo un correo electrónico a [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat) o llamando al teléfono: 937003600 extensión 7006, o contacta con la coordinadora del SRC.



Si estás de acuerdo en participar en este estudio, por favor expresa tu consentimiento rellenando el documento disponible a continuación:

-----

Hoja de consentimiento para usuarios del SRC con experiencia vivida en UHAP

**Humanización Asistencial en Salud Mental.**

Yo, .....

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cuanto desee.

Sé que los grupos serán grabados y doy mi consentimiento para ello.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y firma del participante

Firma del Investigador Principal

## Anexo 12: Información a la coordinadora del SRC para solicitud de colaboración en el estudio



### Información para la coordinadora del SRC:

#### Humanización Asistencial en Salud Mental

Apreciada G. Garrido:

La Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría (UHAP) del CST, está realizando el estudio **Humanización Asistencial en Salud Mental** cuyo objetivo es definir y establecer las líneas estratégicas de la Humanización Asistencial en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría y para ello necesitamos conocer la opinión de los pacientes que hayan estado ingresados en dicha unidad o en otras unidades de hospitalización de agudos de psiquiatría.

Por ese motivo nos ponemos en contacto con usted, como coordinadora del SRC solicitando su colaboración en la selección de usuarios que deseen participar y hayan estado ingresados en alguna unidad de agudos de psiquiatría, transmitiéndoles nuestro deseo de realizar grupos donde puedan compartir sus experiencias con la investigadora principal Maite Sanz.

Los grupos tendrían una duración aproximada de 1 hora, y con la finalidad de facilitar la asistencia de los usuarios, nos gustaría poderlos realizar en su centro.

Necesitaríamos su ayuda también para distribuir a los participantes, en cumplimiento de las medidas de seguridad necesarias para disminuir el riesgo de transmisión del CoVid-19.

Es importante que los participantes sepan que el grupo será grabado en audio para que las investigadoras puedan codificar la información y que los datos personales serán anonimizados manteniendo así su intimidad.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del CST y cumple con toda la legislación vigente. La investigadora principal es Maite Sanz.

La recogida de datos y su almacenamiento, se realizará en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la



protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos. De acuerdo con lo que establece la propia legislación, el informante puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento.

Ante cualquier duda o comentario, puede contactar con la investigadora principal llamando al teléfono 937003600 marcando la extensión 7006, o si lo prefiere, puede enviar mensaje a la dirección de correo: [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat)

Agradecemos de antemano su colaboración en el presente estudio de investigación.

Reciba un cordial saludo

Maite Sanz

A handwritten signature in blue ink, consisting of the letters 'msanz' in a cursive, stylized script.

## Anexo 13: Información y consentimiento presidenta de ASFAMMT



**Información y consentimiento presidenta de ASFAMMT para la solicitud de colaboración en el estudio:**

### **Humanización Asistencial en Salud Mental**

Estimada presidenta de ASFAMMT:

La Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del CST, está realizando el estudio **Humanización Asistencial en Salud Mental**, cuyo objetivo es definir y establecer las líneas estratégicas de la humanización Asistencial en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del CST y para ello necesitamos conocer la opinión de los cuidadores principales de las personas diagnosticadas de trastorno mental que hayan precisado algún ingreso en unidades de agudos de psiquiatría.

Es por este motivo que nos ponemos en contacto con usted, como presidenta de la Asociación de Familiars de Malalts Mentals de Terrassa solicitando su colaboración en la selección de cuidadores principales de personas que hayan estado ingresadas en alguna unidad de agudos de psiquiatría, transmitiéndoles nuestro deseo de realizar grupos donde puedan compartir sus experiencias con dos investigadoras del proyecto (Lydia Gonzalez y Maite Sanz).

Los grupos tendrán una duración aproximada de 1 hora. Nos gustaría poderlos realizar en la sede de la asociación. Necesitaremos su ayuda también para distribuir a los participantes, cumpliendo así con las medidas de seguridad necesarias para disminuir el riesgo de transmisión del virus CoVid-19.

Es importante que los participantes sepan que el grupo será grabado en audio para que, posteriormente, las investigadoras puedan codificar la información, pero los datos personales serán anonimizados manteniendo así su intimidad.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del CST y cumple con toda la legislación vigente. La investigadora principal es Maite Sanz.

La recogida de datos y su almacenamiento, se realizará en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la



protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos. De acuerdo con lo que establece la propia legislación, usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento.

Si durante cualquier momento tiene alguna duda o sugerencia, puede contactar con la investigadora Maite Sanz llamado al teléfono 937003600 a la extensión 7006. Si lo prefiere, puede enviar un mensaje al correo: [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat).

Debe saber que no hay beneficios económicos relacionados con su participación. Si está de acuerdo en participar en este estudio,

Por favor exprese su consentimiento rellenando el documento disponible a continuación.

**Consentimiento por escrito de la participación en la investigación:**

**Humanización Asistencial en Salud Mental**

Yo, .....

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cuanto desee.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Firma del Investigador Principal

Fecha

## Anexo 14: Información y consentimiento del cuidador/ conviviente



### Información y consentimiento miembros de ASFAMMT para la solicitud de colaboración en el estudio: **Humanización Asistencial en Salud Mental**

Estimados miembros de la ASFAMMT:

La Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del CST, está realizando el estudio **Humanización Asistencial en Salud Mental**, cuyo objetivo es definir y establecer las líneas estratégicas de la humanización Asistencial en la Unidad de Hospitalización de Agudos de Psiquiatría del CST y para ello necesitamos conocer la opinión de los cuidadores principales y convivientes de las personas diagnosticadas de trastorno mental que hayan precisado algún ingreso en unidades de agudos de psiquiatría.

Es por este motivo que nos ponemos en contacto con ustedes, como miembros de la Asociación de Familiars de Malalts Mentals de Terrassa solicitando su colaboración en participación de grupos de cuidadores o convivientes de personas que hayan estado ingresadas en alguna unidad de agudos de psiquiatría donde puedan compartir sus experiencias con dos investigadoras del proyecto (Lydia Gonzalez y Maite Sanz).

Los grupos tendrán una duración aproximada de 1 hora y serán realizados en la sede de la asociación. En cumplimiento de las medidas de protección del CoVid, les rogamos acudan a la hora acordada con la presidenta de la **ASFAMMT**.

El grupo será grabado en audio, posteriormente, las investigadoras lo codificaremos asegurando su anonimato e intimidad.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del CST y cumple con toda la legislación vigente. La investigadora principal es Maite Sanz.

La recogida de datos y su almacenamiento, se realizará en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos. De acuerdo con lo que establece la propia legislación, usted puede ejercer el derecho de acceso,



rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento.

Si durante cualquier momento tiene alguna duda o sugerencia, puede contactar con la investigadora Maite Sanz llamado al teléfono 937003600 a la extensión 7006. Si lo prefiere, puede enviar un mensaje al correo: [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat).

Debe saber que no hay beneficios económicos relacionados con su participación y si lo desea, puede retirarse en cualquier momento sin dar ningún tipo de explicación a las investigadoras.

Si está de acuerdo en participar en este estudio, por favor exprese su consentimiento rellenando el documento disponible a continuación.

**Consentimiento por escrito de la participación en la investigación:**

**Humanización Asistencial en Salud Mental**

Yo, .....

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cuanto desee.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Firma del Investigador Principal

Fecha

## Anexo 15: Información y consentimiento de participación del profesional



### Información al profesional de la UHAP para la solicitud de colaboración en el estudio:

#### Humanización Asistencial en Salud Mental

En la UHAP en la que trabajas, queremos definir y establecer las líneas estratégicas de la Humanización Asistencial por lo que estamos realizando el estudio y para ello necesitamos conocer tu opinión como profesional.

Por ello te pedimos que participes en los grupos o entrevistas que realizaremos. Tú escoges la modalidad. En ellos tendremos la oportunidad de comentar nuestras experiencias, tanto las positivas como las negativas, con la finalidad de tener un espacio para la reflexión y el aprendizaje conjunto.

Durarán una hora y media y se harán dentro de tu horario laboral, los días.... a las horas.... en el seminario de formación número....

La información que proporciones será grabada en audio. Se tratará con absoluta confidencialidad, siendo utilizada exclusivamente por los investigadores con la finalidad de la investigación.

Te recuerdo que podrás retirarte del proyecto si lo deseas en cualquier momento sin tener que dar ninguna explicación al equipo de investigación y sin que ello suponga ninguna alteración en su relación laboral.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del CST y cumple con toda la legislación vigente.

La recogida de datos y su almacenamiento, se realizará en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos. De acuerdo con lo que establece la propia legislación, usted puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición al tratamiento.

Si tienes alguna duda puedes contactar con Maite Sanz a través del correo electrónico [msanz@cst.cat](mailto:msanz@cst.cat) o llamando al teléfono: 937003600 extensión 7006.



Mediante el presente consentimiento, te solicitamos, además, que mantengas la confidencialidad sobre lo tratado en este estudio.

Debes saber que no hay beneficios económicos ni de otro tipo relacionados con tu participación.

Si estás de acuerdo en participar en este estudio, por favor expresa tu consentimiento rellenando el documento disponible a continuación.

### HOJA DE CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD

#### Humanización Asistencial en Salud Mental.

Yo, .....

He leído la hoja de información al profesional que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que será grabada. Comprendo que me puedo retirar del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi relación laboral.

Me comprometo a mantener la confidencialidad sobre lo tratado en el grupo o entrevista.

Presto libremente mi conformidad para participar en el presente estudio

Firma del participante

Firma del Investigador Principal

Fecha

## Anexo 16: Guion temático del grupo de Cuidador/ conviviente



### Guion temático del grupo de Cuidadores/convivientes:

#### Humanización Asistencial en Salud Mental

Información sobre ingresos	¿Ha tenido algún familiar ingresado en la unidad de agudos de psiquiatría? ¿En qué hospital? ¿Cuándo?
Información sobre su experiencia sobre los ingresos de su familiar	¿Cuál es su experiencia sobre los ingresos de su familiar? ¿Cuál es su impresión sobre como el personal trata a los pacientes en la unidad?
Nos interesa su opinión sobre	¿Cómo definiría la Humanización asistencial? ¿Qué opina respecto a la seguridad en la unidad?, ¿Cómo le gustaría que cuidáramos a su familiar? ¿Cómo se sentiría mejor usted? ¿Qué cree que es lo más importante para la humanización en las unidades de agudos de psiquiatría?
Observaciones:	¿Desea añadir algo relacionado con el ingreso hospitalario de su familiar?
Resumen	

## Anexo 17: Guion temático grupos y entrevistas de profesional



### Guion temático grupo profesionales:

#### Humanización Asistencial en Salud Mental

Información sobre la experiencia en el CST	<p>¿Cómo definirías la Humanización Asistencial?,                  ¿Puedes puntuar el nivel de Humanización actual de la unidad?                  ¿Qué opinas sobre la atención que se proporciona en la UHAP tanto a los pacientes como a los familiares?                  Aspectos positivos, Aspectos negativos                  Propuestas de mejora</p>
Información sobre experiencias en otras UHAP	<p>¿Conoces otras unidades? ¿Sabes cómo trabajan en otros sitios? ¿Hay algo que has visto en otros sitios que crees que se podría implantar en la nuestra?</p>
Opinión sobre	<p>¿Cómo construirías la unidad ideal para el trato de los pacientes de SM?                  ¿Qué crees que es imprescindible para la humanización de la unidad?</p>
Observaciones:	
Resumen	

## Anexo 18: Certificados aprobación del CEIm

**CST** CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

Ctra. Torrebonica, s/n  
08227 Terrassa

t +34 93 731 00 07  
www.cst.cat

### DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DEL CONSORCI SANITARI DE TERRASSA

La Dra. Esther Jovell Fernández, Secretaria Técnica del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Consorci Sanitari de Terrassa

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta, para que se realice el estudio:

TÍTULO: Humanización de cuidados en Salud Mental: Reducción en el uso de las medidas de contención mecánica ante las conductas disruptivas o de riesgo de contagio del SARS-CoV-2 (COVID-19) en los pacientes ingresados en la unidad de agudos de Psiquiatría del Consorci Sanitari de Terrassa.

CÓDIGO CEIm: 02-21-107-007

INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Maite Sanz Osorio

Y acuerda emitir **DICTAMEN FAVORABLE**

Asimismo, considera que:

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho CEIm todo cambio o acontecimiento adverso grave.

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Se cumplen, los preceptos éticos formulados en Real Decreto 957/2020, de 3 de noviembre, por el que se regulan los estudios observacionales con medicamentos de uso humano, así como aquellos exigidos por la normativa aplicable en función de las características del estudio.

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95) y con el Real Decreto 1090/2015 de 4 de diciembre de 2015, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la

## INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Dra. Esther Jovell Fernández, Vicepresidenta del Comité de Ética de Investigación Clínica del Consorci Sanitari de Terrassa

### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado, con fecha 29 de septiembre de 2015, la modificación del título del estudio y modificación del nombre de revisiones de contención del estudio titulado **La seguridad del paciente sometido a contención mecánica en el Hospital de Terrassa durante el año 2015** que está realizando la **Sra. Maite Sanz Osorio** del Àmbit Atenció a la Salut Mental.

Se acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**

Lo que firmo en Terrassa a 29 de septiembre de 2015



Dra. Esther Jovell Fernández

