



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Calidad de las intervenciones enfermeras en torno a la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental en España recogidas en los registros clínicos enfermeros

Alonso Pérez Toribio

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

**Calidad de las intervenciones
enfermeras en torno a la
relación terapéutica en
unidades de agudos de salud
mental en España recogidas en
los registros clínicos
enfermeros**

Alonso Pérez Toribio



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat d'Infermeria

Programa de Doctorado

Enfermeria y Salud

Línea de investigación

Infermeria de salut mental i addiccions: instruments d'anàlisi i mesurament

Calidad de las intervenciones enfermeras en torno a la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental en España recogidas en los registros clínicos enfermeros

Tesis doctoral

Alonso Pérez Toribio

Directores

Dr. Antonio Rafael Moreno Poyato

Dr. Juan Roldán Merino

Tutora

Dra. Teresa Lluch Canut

Barcelona, 2024

A mis padres, gracias por llevarme hasta la consecución de mis estudios, a mi mujer Laura, gracias por iluminarme el camino, a mis hijos Álvaro y Vera, gracias por ser mi inspiración.

Cuida tus pensamientos porque se volverán palabras.
Cuida tus palabras porque se volverán actos.
Cuida tus actos porque se volverán hábitos.
Cuida tus hábitos porque forjarán tu carácter.
Cuida tu carácter porque formará tu destino.
Y tu destino será tu vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido parte fundamental en el largo trayecto que culmina hoy con la finalización de mi tesis doctoral. Este hito no solo marca el cierre de un capítulo académico, sino también el reconocimiento a quienes, con su constante apoyo y aliento a lo largo de los años, han hecho posible este sueño hecho realidad.

En primer lugar, quiero agradecer a mis distinguidos directores de tesis, Antonio Moreno y Juan Roldán, y a mi tutora, Teresa Lluch. Vuestra dedicación, sabiduría y constante guía han sido el faro que iluminó mi camino desde el primer día. Gracias a vuestra confianza en mí y vuestro incansable apoyo, he podido alcanzar metas que jamás creí posibles. Habéis sido más que mentores; habéis sido pilares fundamentales en mi formación académica y personal.

A mis queridos padres y hermana, os debo una deuda de gratitud que no puedo expresar con palabras. Mamá, desde que era niño, fuiste mi inspiración y mi modelo a seguir. Tu dedicación como enfermera y tu amor incondicional han sido mi guía en este camino hacia el éxito. Papá, gracias por enseñarme con tu ejemplo el valor del esfuerzo y la disciplina. Me habéis llevado de la mano hasta esta Universidad para que me buscara un futuro, y es aquí cuando comenzó esta aventura. A ti, Esther, mi hermana querida, has sido mi compañera de aventuras y mi fuente constante de alegría y amor.

A ti, Lu, mi compañera de vida y mi mayor apoyo, quiero expresar mi profunda gratitud. Desde el momento en que llegaste a mi vida, todo cambió para mejor. Tu amor, paciencia y comprensión han sido la fuerza que me ha impulsado a seguir adelante en los momentos más difíciles. Gracias por tu infinita bondad y por ser mi luz en medio de la tormenta.

A mis hijos Álvaro y Vera, habéis nacido y crecido compartiendo conmigo la gestación de esta tesis. Gracias Álvaro por venir a verme a la habitación, darme un beso y decirme “papá está trabajando”, me has llenado de energía con cada beso. Por eso esto también es por vosotros.

A Anna Bastidas, mi amiga, maestra, confidente, mi hermana mayor. No tengo palabras suficientes para expresar mi agradecimiento. Tu apoyo incondicional y tu sabiduría han sido un regalo invaluable en este viaje. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mí mismo.

A todas las personas que han formado parte de mi vida durante este proceso, ya sea de manera directa o indirecta, os doy las gracias de todo corazón. Cada palabra de aliento, cada gesto de apoyo, ha sido un rayo de luz en mi camino hacia la realización de este sueño.

A las personas que atiendo diariamente, sois la fuente de inspiración y motivación para el cambio.

Me siento profundamente agradecido por el amor y la generosidad que han llenado mi vida. Sin vuestro apoyo y compañía, este día no sería posible. ¡Gracias por estar siempre a mi lado y por ser parte de este logro tan especial!

ÍNDICE

RESUMEN	1
1.INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Atención centrada en la persona, humanización y relación terapéutica en los cuidados enfermeros en salud mental	13
1.2. La relación terapéutica como vehículo para implementar las intervenciones enfermeras de salud mental.....	18
1.3. Principales intervenciones enfermeras la atención en unidades de agudos de salud mental	19
1.3.1. Clasificación de intervenciones enfermeras con Standardized Nursing Terminologies	22
1.3.2. Desescalada verbal y contención mecánica como intervenciones enfermeras relevantes en unidades de agudos de salud mental	26
1.4. Registro de las intervenciones en las notas clínicas	32
1.5. Justificación	39
2.OBJETIVOS.....	43
3.METODOLOGÍA	47
4.RESULTADOS.....	61
ARTÍCULO 1: Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study	63
ARTÍCULO 2: Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study	75

ARTÍCULO 3: Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes	85
ARTÍCULO 4: The nurse-patient relationship in nursing documentation: the scope and quality of interactions and prevalent interventions in inpatient mental health units	97
5.DISCUSIÓN	107
5.1.- Limitaciones y fortalezas del estudio	122
5.2.- Implicaciones del estudio	124
5.2.1.- Implicaciones para la práctica	125
5.2.2.- Implicaciones para la gestión	126
5.2.3.- Implicaciones para la docencia	127
5.2.4.- Implicaciones para la investigación	128
6.CONCLUSIONES	131
BIBLIOGRAFÍA	137
FINANCIACIÓN, DIFUSIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	161
ANEXOS	167
Anexo 1. APROBACIÓN DOCTORADO	170
Anexo 2. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HCB/2020/0029	171
Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES	173
Anexo 4. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA	174
Anexo 5. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HCB/2019/0012	175
Anexo 6. HOJA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO RTS_NURSING	177
Anexo 7. APROBACIÓN USO SESPI	180

Anexo 8. FASES ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL SESPI	181
Anexo 9. ESCALA SESPI COMPLETA	182
Anexo 10. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL INFANTA LEONOR 090-21.....	183
Anexo 11. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA PARC DE SALUT MAR 2021/9835	185
Anexo 12. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL GALDAKAO PI2021181.....	187
Anexo 13. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELDA	188

Introducción

La humanización en salud mental prioriza las necesidades clínicas como las emocionales, sociales y psicológicas del paciente. Este enfoque busca centrar a la persona en su proceso de atención, ello implica reconocer la singularidad de cada individuo y proporcionar un tratamiento individualizado basado en sus necesidades, expectativas y deseos. La empatía y el establecimiento de un vínculo terapéutico son considerados estrategias clave en este enfoque, así como las estrategias para desactivar la conducta agresiva. En el ámbito de la enfermería en salud mental, la relación terapéutica (RT) es reconocida como el eje de los cuidados enfermeros y parte fundamental de la atención centrada en la persona. Una buena RT está asociada con mejores resultados de salud para las personas ingresadas, mejora la eficacia de las intervenciones en la atención de salud mental de las personas hospitalizadas y aumenta tanto su bienestar como su experiencia

Estos cuidados enfermeros de calidad requieren un intercambio adecuado de la información entre los profesionales de salud, la cual debe quedar registrada en las notas clínicas enfermeras, para facilitar y favorecer la continuidad de los cuidados, garantizando así su calidad. Estas notas clínicas deben contener información válida, confiable y de calidad ya que son una fuente de evaluación para la toma de decisiones y un documento legal que traduce los actos del equipo de salud. Sin embargo, numerosos estudios demuestran que hay una baja calidad de las notas clínicas en salud mental, son pobres, inexactas, inadecuadas y abusan de terminología médica.

Las intervenciones registradas en las notas clínicas de los cuidados enfermeros de salud mental deberían recoger las intervenciones de carácter relacional que ocurren en las interacciones enfermera-paciente. Entre las intervenciones más controvertidas se encuentra la contención mecánica (CM). El modelo de humanización de los cuidados propone evitar el uso de esta intervención a través de otras alternativas como la desescalada verbal.

Justificación

Dado que la CM afecta a la RT, y la desescalada verbal es la intervención adecuada para reducir su uso, es conveniente profundizar tanto en las experiencias de las enfermeras sobre su aplicación como en el registro de estas intervenciones en las notas clínicas. Además, dado que no existen instrumentos que permitan evaluar la calidad de las notas clínicas relacionadas con las intervenciones de carácter relacional, es necesario adaptar y validar una herramienta que permita evaluar la calidad y el contenido de las notas clínicas recogidas sobre las intervenciones de la enfermera de salud mental.

Objetivos

General

- Explorar las intervenciones enfermeras en el marco de la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental en España, a través del análisis de la calidad, estructura y contenido de las notas clínicas en el contexto de las interacciones enfermera-paciente.

Específicos

- Analizar las experiencias de las enfermeras de salud mental en el uso de la contención mecánica dentro del contexto de las intervenciones enfermera-paciente.

- Examinar la relación entre el uso de la intervención de desescalada verbal y la contención mecánica mediante el análisis de las notas clínicas registradas por las enfermeras de salud mental.
- Adaptar transculturalmente y estudiar las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de la calidad de las notas clínicas Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes en el contexto español.
- Evaluar el nivel de calidad de las notas clínicas sobre las interacciones en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.
- Describir la estructura y contenido de las interacciones registradas en las notas clínicas en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.

Metodología

Esta tesis se ha desarrollado a través de métodos mixtos, incluye un estudio cualitativo descriptivo basado en entrevistas semi-estructuradas que da respuesta al primer objetivo, conocer las experiencias de las enfermeras en el uso de la CM. Posteriormente se realizó un estudio retrospectivo de cohortes a través de la lectura de las notas clínicas enfermeras para examinar la relación entre el uso de la CM y la desescalada verbal. Para poder evaluar la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas en las notas clínicas en nuestro contexto, se realizó la adaptación transcultural de una escala y el estudio de sus propiedades psicométricas. Finalmente se realizó un estudio multimétodo: un diseño cuantitativo transversal para evaluar el alcance y la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas en las notas clínicas, y un diseño cualitativo de análisis de contenido de las notas clínicas para

identificar las intervenciones de enfermería registradas en el contexto de la relación enfermera-paciente.

Resultados

Se completaron 4 estudios. En el primer estudio se obtuvo que las experiencias de los participantes en el uso de la CM son en general negativas y que el "bienestar" moral de las enfermeras pareció resentirse tras el uso de la CM y el aspecto de confianza de la RT también se vio afectado negativamente. El segundo estudio indica que casi la mitad de los pacientes sometidos a CM no se benefician del uso de la desescalada verbal previa. Además, la desescalada verbal no suele utilizarse en aquellos pacientes que finalmente son contenidos y para los que no existen antecedentes conocidos de uso de contención mecánica y que se encuentran en sus primeros días de ingreso. El resultado del tercer estudio es la adaptación de SESPI y el estudio de las propiedades psicométricas demuestran su fiabilidad y confianza para medir las interacciones enfermera-paciente desde la perspectiva de sintonía, incluyendo la cantidad y calidad de las experiencias descritas por los pacientes. El cuarto estudio muestra que, del total de notas clínicas estudiadas, sólo el 12% describía con suficiente calidad la relación y la compenetración entre la enfermera y el paciente en sus interacciones. Además, en las notas clínicas estudiadas se identificaron las intervenciones de enfermería registradas, 30 de las cuales se describen en el NIC. Sin embargo, las intervenciones de carácter relacional, consideradas muy relevantes e importantes en los cuidados de enfermería de salud mental, eran casi inexistentes en la documentación clínica.

Conclusiones

Se destaca la necesidad de mejorar los registros de enfermería, promover prácticas centradas en el paciente y evitar el uso excesivo de la CM para preservar la calidad de

la atención y mitigar el impacto traumático en las enfermeras. Se sugiere la implementación de debriefings posteriores a la contención y la participación de los pacientes en la producción de estrategias para reducir y eliminar el uso de la CM. Con ello, se prevé una mejora en los resultados de calidad de los cuidados y mayor satisfacción laboral.

Palabras clave: Humanización, relación terapéutica, desescalada verbal, contención mecánica, intervenciones enfermeras, notas clínicas, terminología enfermera estandarizada

Introduction

Humanization in mental health prioritizes the clinical as well as emotional, social, and psychological needs of the patient. This approach seeks to focus on the individual in their care process, implying recognition of each person's uniqueness and providing individualized treatment based on their needs, expectations, and desires. Empathy and the establishment of a therapeutic bond are considered key strategies in this approach, as well as strategies to deactivate aggressive behavior. In the field of mental health nursing, the therapeutic relationship (TR) is recognized as the cornerstone of nursing care and a fundamental part of person-centered care. A good TR is associated with better health outcomes for hospitalized individuals, improves the effectiveness of mental health interventions for hospitalized individuals, and enhances both their well-being and experience.

Quality nursing care requires appropriate exchange of information among healthcare professionals, and this information should be documented in nursing clinical notes to facilitate and ensure the continuity of care, promoting quality. These clinical notes must contain valid, reliable, and quality information as they serve as an evaluation source for decision-making and a legal document that translates the actions of the healthcare team. However, numerous studies demonstrate low quality in mental health clinical notes, which are often poor, inaccurate, inadequate, and overuse medical terminology.

Interventions recorded in mental health nursing clinical notes should include relational interventions that occur in nurse-patient interactions. Among the most controversial interventions is mechanical restraint (MR); the humanization care model proposes

avoiding the use of this intervention through alternatives such as verbal de-escalation.

Justification

Given that MR affects the TR and verbal de-escalation is the appropriate intervention to reduce MR use, it is advisable to delve into nurses' experiences regarding its use and the documentation of these interventions in clinical notes. Additionally, since there are no instruments to evaluate the quality of clinical notes related to relational interventions, there is a need to adapt and validate a tool for assessing the quality and content of mental health nurse notes.

Objectives

General

- To explore nursing interventions in the framework of the therapeutic relationship in acute mental health units in Spain through the quality, structure, and content of clinical notes in the context of nurse-patient interactions.

Specific

- To analyze the experiences of mental health nurses regarding the use of mechanical restraint in the context of nurse-patient interventions.

- To examine the relationship between the use of verbal de-escalation intervention and mechanical restraint through clinical notes recorded by mental health nurses.

- To culturally adapt and study the psychometric properties of the SESPI clinical note quality assessment instrument in the Spanish context.

- To evaluate the quality level of clinical notes on interactions in the context of the nurse-patient therapeutic relationship in acute mental health units in Spain.

- To describe the structure and content of interactions recorded in clinical notes in the context of the nurse-patient therapeutic relationship in acute mental health units in

Spain.

Methodology

This thesis was developed using mixed methods, including a descriptive qualitative study based on semi-structured interviews to address the first objective, understanding nurses' experiences with MR use. Subsequently, a retrospective cohort study was conducted by reviewing nursing clinical notes to examine the relationship between MR use and verbal de-escalation. To evaluate the quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes in our context, thus cultural adaptation of a scale and study of its psychometric properties were performed. Finally, a multimethod study was conducted: a cross-sectional quantitative design to assess the scope and quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes, and a qualitative content analysis design of clinical notes to identify nursing interventions recorded in the context of nurse-patient relationships.

Results

Four studies were completed. The first study found that participants' experiences with MR use were generally negative, and nurses' moral "well-being" appeared to suffer after MR use, affecting the trust aspect of the TR negatively. The second study indicates that nearly half of the patients subjected to MR did not benefit from prior verbal de-escalation. Additionally, verbal de-escalation is not usually used for patients who are eventually restrained and for whom there are no known history of MR use, and who are in the early days of admission. The result of the third study is the adaptation of SESPI, and the study of its psychometric properties demonstrated its reliability and validity in measuring nurse-patient interactions from the perspective of rapport, including the quantity and quality of experiences described by patients. The

fourth study shows that of the total clinical notes studied, only 12% adequately described the relationship and rapport between nurse and patient in their interactions. Furthermore, in the clinical notes studied, nursing interventions were identified, 30 of which are described in the NIC. However, relational interventions, considered very relevant and important in mental health nursing care, were almost nonexistent in the clinical documentation.

Conclusions

There is a need to improve nursing records, promote patient-centered practices, and avoid excessive use of MR to preserve quality and mitigate the traumatic impact on nurses. Post-restraint debriefings and patient involvement in developing strategies to reduce and eliminate MR use are suggested. This is expected to improve care quality outcomes and enhance job satisfaction.

Keywords: Humanization, therapeutic relationship, verbal de-escalation, mechanical restraint, nursing interventions, clinical notes, standardized nursing terminologies

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Atención centrada en la persona, humanización y relación terapéutica en los cuidados enfermeros en salud mental

La humanización de la atención en salud es un proceso multidimensional que abarca diversos aspectos culturales, organizativos, formativos y normativos en el ámbito sanitario (Bermejo, 2014), implicando el desarrollo de cualidades esenciales como, escucha activa, respeto y ética por parte de los profesionales de la salud al interactuar con pacientes y sus familiares (Bermejo, 2014). Este enfoque coloca a la persona en el centro del plan terapéutico, considerando sus deseos, valores y preferencias para guiar las decisiones clínicas (Ramos-Ponzón, 2017). En el contexto de los trastornos mentales, la humanización se enfrenta a desafíos adicionales debido a la estigmatización y discriminación, que pueden llevar a violaciones de derechos humanos, como falta de atención adecuada y prácticas terapéuticas degradantes (OMS, 2022). El trastorno mental por sí mismo puede afectar la voluntad y cognición del paciente, es común que el trastorno impida la participación del paciente en su proceso de salud, lo que puede manifestarse en autolesiones o conductas agresivas (Mullen et al., 2014), generando situaciones incomprensibles y temerosas, lo que a menudo resulta en su ingreso en unidades de hospitalización en las unidades de agudos de salud mental (Zarco et al., 2020).

La humanización en salud mental se define como un enfoque integral que considera las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y conductuales de la persona enferma, priorizando tanto las necesidades clínicas como las emocionales, sociales y psicológicas (Sanz-Osorio et al., 2023). Este enfoque busca centrar a la persona en su

proceso de atención, promoviendo su salud física, emocional, social y espiritual de manera armoniosa. Implica reconocer la singularidad de cada individuo y proporcionar un tratamiento individualizado basado en sus necesidades, expectativas y deseos.

La empatía y el establecimiento de un vínculo terapéutico son considerados estrategias clave en este enfoque (McAllister & McCrae, 2017; Moreno-Poyato et al., 2016), priorizando la seguridad y la sensación de seguridad, así como las estrategias para desactivar la conducta agresiva (Lee et al., 2013; McAllister & McCrae, 2017; Mullen et al., 2014; Terkelsen & Larsen, 2014). La legislación sobre salud mental ha tendido históricamente a legitimar y, en ciertos casos, facilitar violaciones de derechos humanos al considerar a las personas con trastornos mentales como "peligrosas", lo que destaca la necesidad de adoptar un nuevo enfoque que se aleje del paradigma biomédico restrictivo y promueva la atención centrada en la persona y basada en la comunidad (OMS, 2022). Este cambio en el campo de la salud mental requiere abordar el estigma, la discriminación y otras violaciones de derechos humanos, promoviendo enfoques que respeten y promuevan la autonomía de las personas. El modelo de atención centrada en la persona se ha erigido como el pilar fundamental para garantizar la calidad de la atención brindada por los servicios de salud desafiando el modelo médico y reorientando la atención hacia el apoyo a las personas en su propio viaje de recuperación (Horgan et al., 2021; Kingston & Greenwood, 2020). Las unidades de hospitalización han sido identificadas como entornos despersonalizantes (Phipps et al., 2019; Wilson et al., 2017), lo que destaca la importancia de las enfermeras en garantizar una atención segura, centrada en la persona y orientada a la recuperación (Roche et al., 2021).

Sentirse seguro es la base de la recuperación (Perkins & Repper, 2016). El ingreso a una unidad de cuidados intensivos puede ir acompañado de sentimientos de vergüenza y humillación (Eldal et al., 2019), y la personalidad de los pacientes puede sentirse amenazada (Hagen et al., 2020). Ser visto como un igual significa que los demás reconozcan la dignidad y el valor de uno (Szmukler, 2019).

En el contexto de la humanización de la atención en salud mental, se enfatiza la importancia de atender a las personas con responsabilidad, compromiso y ética, priorizando el aspecto de "cuidar" sobre el de "curar" (Oliveira et al., 2015; Ramos-Ponzón, 2017). La promoción de una cultura de esperanza, autonomía y autodeterminación hacia una atención personalizada es esencial para este enfoque, involucrando colaboraciones significativas centradas en los puntos fuertes de los paciente, incluyendo familiares y cuidadores, y fomentando la participación comunitaria (McKenna et al., 2014). Este concepto se alinea con el modelo de cuidados de enfermería basado en la teoría de Peplau (1978) sobre la relación interpersonal y terapéutica con los pacientes hospitalizados, destacando la importancia del reconocimiento de la autonomía e individualidad del paciente en la elección del tratamiento.

En el ámbito de la enfermería en salud mental, la relación terapéutica (RT) es reconocida como el eje de los cuidados enfermeros (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021) y parte fundamental de la atención centrada en la persona (Hamovitch et al., 2018). Se caracteriza por la relación interpersonal que se establece entre la enfermera y el paciente, relación basada en la confianza entre ambos, y centrada en el trabajo de ayuda terapéutica (Moreno-Poyato et al., 2016). Mediante la RT la

enfermera ayuda al paciente a desarrollar y trabajar de forma individualizada hacia su bienestar, con ello se consigue empoderar al paciente en su proceso de recuperación (Zugai et al., 2015). El establecimiento de una adecuada RT está asociado con mejores resultados de salud para los pacientes, mejora la eficacia de las intervenciones en la atención de salud mental hospitalaria y mejora el bienestar y la experiencia de los pacientes y también de las enfermeras (McAllister et al., 2019; Moreno-Poyato et al., 2017). Por este motivo es importante concienciar a las enfermeras de la importancia de mantener una relación de calidad con los pacientes (Tolosa-Merlos et al., 2022).

Desde una perspectiva de atención centrada en la persona, la colaboración activa entre el personal de enfermería y los pacientes es necesaria para identificar objetivos de recuperación personalizados y desarrollar estrategias para alcanzarlos (Barker & Buchanan-Barker, 2011). Esta colaboración gira en torno a los principios de sintonía y vínculo, reconocidos como componentes esenciales de la RT (Greenberg, 2014). Para establecer un vínculo terapéutico, es imprescindible una comunicación marcada por la empatía, la atención y la calidez. La empatía, la capacidad de comprender las experiencias del otro sin juzgarlo, desempeña un papel fundamental en este proceso (Halpern, 2003). En la interacción entre el vínculo y la empatía se encuentra el concepto de sintonía empática, en la que los profesionales se comprometen plenamente con la perspectiva interna del paciente, reconociendo y adaptándose a su experiencia y evolución (Greenberg, 2014). Por lo tanto, la empatía y la sintonía son fundamentales en las intervenciones de salud mental (Myklebust & Bjørkly, 2019a). Sintonizar con alguien implica esfuerzos sinceros para captar su mundo interior y transmitir comprensión, una piedra angular de la RT empática, reconocida como una habilidad de enfermería vital para fomentar los vínculos en entornos de unidades de

agudos de salud mental (Delaney et al., 2017). Una relación fundamentada por una sintonía o vínculo sólido permite comprender las necesidades del paciente y ayuda en el proceso de la relación para conseguir un acuerdo en los objetivos y en las intervenciones junto al paciente que se llevarán a cabo en la misma (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021).

No obstante, es importante tener en cuenta que cualquier interacción enfermera-paciente puede ser terapéutica, pero también tiene la capacidad de ser no terapéutica si se lleva a cabo de forma inadecuada (McAllister & McCrae, 2017). En entornos hospitalarios, muchas veces caóticos y complejos, existen ciertas barreras, entre ellas a) falta de tiempo y problemas de comunicación (Harris & Panozzo, 2019), b) tareas administrativas y ratios (Kingston & Greenwood, 2020), c) estructuras físicas de los hospitales o las culturas del cuidado (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021), d) ausencia de liderazgo y apoyo de los supervisores (Bowers et al., 2011). Además, la RT está influenciada por el modelo biomédico (Myklebust et al., 2018) y podemos objetivarlo en el lenguaje utilizado en la enfermería de salud mental, un lenguaje verbal especialmente importante que debe ser de gran utilidad para construir y mantener una RT (Bradley et al., 2021).

Una buena RT está asociada con mejores resultados de salud para las personas ingresadas, mejora la eficacia de las intervenciones en la atención de salud mental de las personas hospitalizadas y mejora tanto el bienestar como la experiencia las mismas (Moreno-Poyato et al., 2017).

1.2. La relación terapéutica como vehículo para implementar las intervenciones enfermeras de salud mental

En el ámbito de la atención en unidades de salud mental, la enfermera desempeña un papel central en la interacción diaria con los pacientes (Bridges et al., 2019). Esta interacción se enmarca en la RT, basada en la confianza y la ayuda terapéutica, ambas esenciales para la enfermería de salud mental (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021), reconociéndose como fundamental en la atención centrada en la persona (Hamovitch et al., 2018) y muy valorada por la enfermera de salud mental (McCluskey et al., 2022).

Las enfermeras en salud mental tienen habilidades únicas para trabajar con pacientes, y la evidencia muestra la necesidad de intervenciones que mejoren la RT (Hartley et al., 2020). Aunque se ha investigado en este ámbito, hay dificultades para implementar el conocimiento en la práctica debido a barreras como la falta de tiempo y recursos (Warren et al., 2016). Los pacientes valoran la RT enfermera y se sienten más empoderados a través de ella (Borille et al., 2013; Wyder et al., 2015), lo que mejora su recuperación (Duxbury et al., 2010; Shattell et al., 2007; Stegink et al., 2015). Establecer objetivos e intervenciones empodera al paciente en su cuidado (Peplau, 1997).

La empatía, respeto y comunicación son fundamentales para la RT (Delaney et al., 2017; Gerace et al., 2018), alineándose con la atención holística y el enfoque de recuperación en enfermería de salud mental (Byrne et al., 2013; Santangelo et al., 2018). Sin embargo, la operativización de la RT está influenciada por políticas organizacionales y el modelo biomédico (McAndrew et al., 2014; McCrae, 2014). Es

esencial crear un ambiente respetuoso en las unidades de salud mental, incluso durante ingresos inevitables, para brindar una atención de calidad de (Modini et al., 2021).

Aunque la RT posee un efecto terapéutico intrínseco y es pertinente independientemente del contexto de aplicación de los tratamientos (Stevenson & Taylor, 2020), desempeña un papel crucial en la atención de enfermería en unidades de salud mental aguda (Hartley et al., 2020; McAndrew et al., 2014; Moreno-Poyato et al., 2016; Thibeault, 2016). Su relevancia es especialmente destacada en entornos hospitalarios, donde la RT añade valor debido a su importancia y repercusión (Moreno-Poyato et al., 2016), dado que los pacientes con trastornos mentales se enfrentan a dificultades en las relaciones interpersonales, percepción de la realidad y comunicación (Moreno-Poyato & Tolosa-Merlos, 2013). Por consiguiente, más allá de ser una herramienta fundamental en la práctica clínica de enfermería, su correcta implementación es esencial para potenciar la efectividad de cualquier intervención enfermera (McAndrew et al., 2014).

1.3. Principales intervenciones enfermeras la atención en unidades de agudos de salud mental

La intervención enfermera es definida por el CIE (2016) como una acción realizada en respuesta a un diagnóstico enfermero, con el fin de lograr un resultado. Las intervenciones enfermeras indican comportamientos, tratamientos, actividades o acciones que ayudan al paciente a lograr los resultados esperados (Gonçalves, Sequeira, & Paiva e Silva, 2019).

El personal de enfermería en los entornos de hospitalización de salud mental muestra una falta de interacción suficiente con los pacientes, lo que se evidencia en su reducido tiempo de presencia en las áreas donde los pacientes se encuentran (Glantz et al., 2023). Para promover una práctica terapéutica y orientada a la recuperación, es necesario aumentar el tiempo dedicado al paciente. Los pacientes necesitan tiempo para hablar de sus problemas, por lo que el tiempo es un requisito previo para la enfermería de salud mental. La construcción de relaciones de confianza requiere una dedicación de tiempo, lo cual es un aspecto fundamental en la atención de calidad en salud mental (Bacha et al., 2020). Esto resalta la necesidad de aumentar el tiempo dedicado a la atención directa del paciente para promover una práctica terapéutica más efectiva (Gabrielsson. et al., 2020).

McMullan et al. (2018) respaldaron la perspectiva de que las enfermeras consideran la RT como el núcleo de cualquier interacción con los usuarios de los servicios, ya que, si estos confían en su enfermera, continuarán buscando su atención, permitiendo así interacciones regulares en una relación percibida como segura. Las enfermeras, como principales proveedoras de atención de primera línea en la mayoría de los centros de salud mental, están disponibles las 24 horas del día en algunos casos y mantienen innumerables interacciones diarias con los usuarios de los servicios (Niu et al., 2019). Establecer una buena relación con los pacientes de los servicios se considera esencial para proporcionar cuidados de enfermería óptimos, y su ausencia puede obstaculizar todas las interacciones subsiguientes (McCluskey & de Vries, 2021).

Sin embargo, la limitación de tiempo y el paradigma médico predominante obstaculiza la evolución hacia una práctica más centrada en la persona (Gabrielsson. et al., 2020;

Glantz et al., 2023). Las enfermeras que trabajan en las unidades de agudos de salud mental resaltan la importancia de disponer de tiempo suficiente para establecer relaciones y estar presentes con los pacientes (Gabrielsson et al., 2016; Salzmann-Erikson et al., 2016). La falta de tiempo se percibe tanto por las enfermeras como por los pacientes como una barrera para establecer relaciones terapéuticas y realizar intervenciones de calidad (Moreno-Poyato et al., 2016). En este contexto, la literatura destaca la necesidad de establecer condiciones óptimas que garanticen espacios seguros para promover interacciones terapéuticas de calidad entre enfermeras y pacientes (Molin et al., 2018; Moreno-Poyato et al., 2018; Muir-Cochrane et al., 2018).

Las enfermeras que trabajan en un contexto de hospitalización de agudos de salud mental parecen trabajar sobre todo con actividades relacionadas con la medicación, la planificación y la elaboración de informes (Abt et al., 2022; Glantz et al., 2019). En el estudio de Glantz et al., (2023), los resultados globales muestran que, por término medio, las enfermeras dedicaron el 22,5% del periodo observado a actividades de cuidados indirectos. La segunda categoría de actividad más importante fueron las tareas de medicación, que representaron el 18,2% del tiempo observado. Las actividades de cuidados directos, que excluyen las actividades de medicación, pero incluyen actividades como la comunicación directa, los procedimientos de enfermería u otras actividades con el paciente presente, ocuparon el tercer lugar con el 17,1% del tiempo observado. Por lo tanto, cabe destacar que las enfermeras dedican mucho tiempo a la medicación y a las actividades de atención indirecta, en las que las oportunidades de interacción enfermera-paciente más allá de la administración de la medicación son mínimas, resultados semejantes a los de Abt et al., (2022). Las actividades a las que se asignó más tiempo durante los turnos fueron el papeleo (120

min), el traspaso de enfermería (95 min) y la asistencia a los pacientes en sus actividades de la vida diaria (AVD) (60 min). A nivel de dominio, los resultados del estudio de Ameel et al. (2020) en el cual analizaron las intervenciones de enfermería documentadas en atención hospitalaria, mostraron que las intervenciones en los dominios Seguridad y Comportamiento fueron las más prevalentes. Tanto las enfermeras como los pacientes consideraron que sus relaciones terapéuticas -el pilar de los cuidados- no recibían la atención adecuada (McAllister & McCrae, 2017). Los estudios han confirmado el escaso tiempo dedicado a los cuidados relacionales (Goulter et al., 2015).

Es fundamental abordar las limitaciones de tiempo y los desafíos inherentes al modelo médico predominante para promover una práctica enfermera más centrada en el paciente y terapéutica en entornos de salud mental. Además, la distribución del tiempo laboral de las enfermeras en unidades de agudos de salud mental refleja una dedicación significativa a actividades como la medicación y tareas de atención indirecta, con pocas oportunidades de interacción enfermera-paciente más allá de la administración de la medicación (Glantz et al., 2023).

1.3.1. Clasificación de intervenciones enfermeras con Standardized

Nursing Terminologies

La documentación de enfermería es una parte importante del trabajo de las enfermeras. El objetivo más importante de la documentación de enfermería es mejorar la atención al paciente garantizando su continuidad (Saranto & Kinnunen, 2009). Las historias clínicas electrónicas (HCE) han sustituido a la documentación en papel en muchos entornos asistenciales. La investigación sobre las HCE está

umentando, pero faltan estudios sobre la documentación de las intervenciones de enfermería en el ámbito de la atención de salud mental.

Como se ha detallado anteriormente, estas intervenciones consisten en muchas actividades de atención indirecta o tareas administrativas, entre ellas la documentación y la coordinación de los servicios (Ameel et al., 2020). Se espera que las enfermeras documenten el proceso de atención enfermera, incluyendo de cuidados enfermeros y las actividades reales de atención al paciente en su HCE. Las HCE permiten recopilar y procesar grandes cantidades de datos relacionados con los pacientes. Los datos pueden utilizarse para desarrollar los cuidados, así como para fines administrativos, describir la intensidad de los cuidados y planificar la dotación de personal, así como la posibilidad de crear vínculos entre las intervenciones enfermeras y los resultados de los pacientes (Hardiker et al., 2019). Para ello es necesario que las enfermeras documenten, al menos en parte, su trabajo de forma estandarizada (Sermeus et al., 2008), con un formato estructurado (Hardiker et al., 2019).

El uso de un lenguaje común para describir los elementos involucrados en el proceso enfermero promueve un enfoque sistemático respecto del cuidado del paciente y permite la descripción de las prácticas enfermeras de manera precisa y rigurosa, lo que contribuye a la producción de indicadores de salud que pueden revelar la contribución del cuidado enfermero a la salud de la población (Gonçalves, Sequeira, & Paiva e Silva, 2019). Saranto et al. (2014) afirman que el valor del lenguaje de enfermería estandarizado está demostrado en virtud de su apoyo al flujo de trabajo diario, la prestación de cuidados de enfermería, la reutilización de datos y el intercambio fluido

de datos en y entre entornos clínicos, lo que facilita la continuidad de la atención y, por lo tanto, contribuye a seguridad del paciente y atención de alta calidad.

Con la finalidad de recoger en las notas de enfermería una información más precisa, la literatura recomienda el uso de “standardized nursing terminologies” (SNT) (De Groot et al., 2019; Tastan et al., 2014; Törnvall et al., 2015). El uso de SNT consigue aportar una mejora en la toma de decisiones, la eficacia de los cuidados y las evaluaciones de los planes de cuidados (Frauenfelder et al., 2018). Los SNT definen los cuidados de enfermería, las intervenciones enfermeras y los resultados de los pacientes, pueden guiar al personal de enfermería a través de las fases del proceso cuidados y pueden mejorar la formulación precisa de las necesidades de atención de los pacientes, la planificación de intervenciones concretas y la comunicación de los cuidados (De Groot et al., 2019; Wang et al., 2011). Los SNT es una forma de describir los procesos de enfermería de forma sistemática y de clarificar el trabajo de las enfermeras haciéndolo visible (Flanagan, 2018). En la actualidad, la Asociación Americana de Enfermería reconoce siete SNT. Tres de ellas; la NANDA-I, que describe el diagnóstico enfermero, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) pueden interrelacionarse entre sí, formando una taxonomía NNN (NANDA, NIC, NOC), que es actualmente la terminología enfermera más utilizada y estudiada (Tastan et al., 2014).

La Asociación Americana de Enfermería ha reconocido la clasificación NIC como la clasificación SNT más difundida y mejor validada, con una buena sostenibilidad en comparación con otras clasificaciones para el registro de las intervenciones enfermeras (De Groot et al., 2019; Tastan et al., 2014). La NIC define una intervención de

enfermería como: "cualquier tratamiento basado en el juicio clínico y el conocimiento que una enfermera realiza para mejorar los resultados del paciente/cliente". Las intervenciones enfermeras constan de siete dominios (Fisiológico: Básico, Fisiológico: Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema de Salud y Comunidad), diseñadas para representar los cuidados prestados en todos los entornos y especialidades, y 565 intervenciones (Tastan et al., 2014). Las intervenciones se definen por sus objetivos y consisten en una lista de acciones, que pueden modificarse en función de las necesidades asistenciales individuales.

Los estudios sobre el uso de SNT en la atención en las unidades de agudos de salud mental han aumentado en los últimos años (Åling et al., 2018; Frauenfelder et al., 2013, 2018). Gran parte de la investigación ha utilizado la documentación del paciente como dato. Sin embargo, como las enfermeras no documentan todas las tareas y actividades, el uso de la documentación de los pacientes podría conducir a una descripción demasiado limitada de las intervenciones enfermeras (Ameel et al., 2020; Fore et al., 2019; Gonçalves, Sequeira, & Paiva e Silva, 2019; Myklebust & Bjørkly, 2019b; Rossi et al., 2023).

Ha quedado claro que en salud mental las intervenciones más importantes están en el contexto de la interacción con el paciente mediante el uso de la RT (Moreno-Poyato et al., 2016). Como se ha mencionado anteriormente, una de las intervenciones más controvertidas es la contención mecánica (CM), que causa problemas al paciente como a la enfermera y daña la RT. Las enfermeras de salud mental disponen de alternativas al uso de la CM para intervenir de forma precoz en la agitación tales, como la

desescalada verbal (Fernández-Costa et al., 2020; Guzman-Parra et al., 2020; Richmond et al., 2012).

1.3.2. Desescalada verbal y contención mecánica como intervenciones enfermeras relevantes en unidades de agudos de salud mental

El uso de la CM compromete la RT y la confianza entre las enfermeras y los pacientes que experimentan estas prácticas restrictivas (McKeown et al., 2020). Sin embargo, las enfermeras disponen de la desescalada verbal como intervención para evitar el uso de la CM. Con ello, tratan de ayudar a los pacientes a manejar el comportamiento violento y a redirigirlos para que se tranquilicen (Berring et al., 2016), sin confrontación ni provocación, lo que favorece una mejor relación entre el personal y el paciente y solidifica la alianza terapéutica (Fernández-Costa et al., 2020; Mavandadi et al., 2016).

Mantener un entorno seguro para los pacientes y el personal ha sido una consideración importante en las unidades de salud mental (Bowers, 2014; Cutler et al., 2020; Duxbury et al., 2019). En un intento por garantizar la seguridad y proteger a los pacientes y al personal de las unidades de salud mental del daño causado por la violencia o la agitación, los profesionales de todo el mundo utilizan medidas coercitivas, como el aislamiento, restricción y medicación obligatoria, también conocidas como prácticas restrictivas o medidas de contención (Cowman et al., 2017; Doedens et al., 2020; Tingleff et al., 2017). El comportamiento agresivo es un constructo conductual amplio que incluye el concepto de violencia y causa problemas de seguridad en la atención sanitaria en el ámbito de la salud mental (Gaynes et al., 2017; Mullen et al., 2022). Las enfermeras de salud mental deben mantener la calma y la confianza durante situaciones desafiantes, requieren un alto nivel de habilidades y

experiencia para establecer y mantener en estas situaciones relaciones terapéuticas (Mabala et al., 2019).

Las intervenciones restrictivas se han definido como: “actos deliberados por parte de otras personas que restringen el movimiento, la libertad y/o la libertad de un individuo para actuar de forma independiente con el fin de tomar el control inmediato de una situación peligrosa en la que existe una posibilidad real de daño a la persona o a otros si no se emprende ninguna acción (Linkhorst et al., 2022). Restringir a los pacientes (es decir, limitar físicamente su movimiento o utilizar dispositivos para restringir su movimiento) es una práctica que se remonta al menos a tres siglos (Sanaz Riahi et al., 2020). Sin embargo, las prácticas restrictivas son problemáticas debido a los importantes impactos adversos en la salud física y mental de los pacientes (Tingleff et al., 2017), y pueden conducir a una mayor angustia, conflicto y trauma del paciente (Bowers et al., 2014; Cutcliffe et al., 2015; Kennedy et al., 2019; Törnvall et al., 2015). Las circunstancias más comunes en las que se utilizan las medidas coercitivas son en respuesta al comportamiento violento/agresivo del paciente, fuga, rechazo de medicamentos, autolesiones y daños a la propiedad (Bowers et al., 2012; Cowman et al., 2017; Duxbury et al., 2019). Como se ha mencionado anteriormente, estas intervenciones incluyen medicación intramuscular forzada, contención física, inmovilización y contención mecánica y solo deben usarse como último recurso (Chapman et al., 2016; Galbert et al., 2023; Garriga et al., 2016; Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Hankin et al., 2011; Kuivalainen et al., 2017; Lau et al., 2020; Mahmoud, 2017; Manzano-Bort et al., 2021; McKenna et al., 2017; Molloy et al., 2024; Pedersen et al., 2024; Power et al., 2020; S. Riahi et al., 2016; Wilson et al., 2017). La intervención restrictiva más controvertida es la CM.

La CM es una medida de restricción común actualmente permitida para su uso en salud mental, utilizada para limitar los movimientos del paciente y así evitar comportamientos destructivos y preservar la seguridad e integridad del paciente y otros (Mahmoud, 2017; Vedana et al., 2018; Wilson et al., 2018). Se ha demostrado que el uso de CM supone una experiencia traumática para los pacientes y para las enfermeras, puede presentar un dilema ético para el personal y favorecer el comportamiento regresivo y la dependencia de las instituciones para los pacientes (Di Lorenzo et al., 2014). Tanto los pacientes como el personal verbalizan sentimientos de angustia, temor, enfado, ansiedad y frustración (Kinner et al., 2017; Wilson et al., 2017). De hecho, se han registrado muchas lesiones físicas directas e indirectas, como enfermedad pulmonar, laceraciones, asfixia, e incluso muerte súbita (Di Lorenzo et al., 2014; Kuivalainen et al., 2017).

Aparte de los riesgos físicos que conlleva el uso de la fuerza, los estudios cualitativos muestran consistentemente que la CM puede ser experimentada por los pacientes como humillante y angustiada (Strout, 2010), y se consideran los riesgos psicológicos del uso de la fuerza (Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012). Los pacientes han descrito experiencias negativas, sentirse castigados e impotentes, falta de información y problemas de comunicación, uso inadecuado de la fuerza, problemas relacionados con la dignidad, resentimiento hacia el personal y problemas con cuidado y actividad relacionada con el aislamiento o la CM (Aguilera-Serrano et al., 2018; Bigwood & Crowe, 2008; Chien et al., 2005; Florin et al., 2005; Guzmán-Parra et al., 2019; Krieger et al., 2018; Manzano-Bort et al., 2021; Strout, 2010; Wilson et al., 2017; Wynn, 2004). Sin embargo, algunos pacientes también han considerado útil la reclusión (Steinert et

al., 2010; Strout, 2010), y personal de enfermería describe aumentar su sensación de seguridad tras el uso de la CM (Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012).

A pesar de que las características más comunes de los pacientes que requieren CM han sido ampliamente estudiadas (Bullock et al., 2014; Bowers et al., 2015; Cusack et al., 2016; Keski-Valkama et al., 2010; Knutzen et al., 2013; McKenna et al., 2017; McLaughlin et al., 2016; Hotzy et al., 2018) y que se conocen alternativas como la desescalada verbal, que son efectivas para el manejo de la agitación (Garriga et al., 2016; Hallett & Dickens, 2017) y así evitar el uso de la CM, son prácticas que se siguen usando en las unidades de agudos de salud mental. La gravedad de la enfermedad mental, la sobrepoblación de pacientes en las unidades de agudos de salud mental, y la disponibilidad de recursos alternativos para el manejo de la agitación o la violencia, se han identificado como asociados con un mayor uso de prácticas restrictivas (Belayneh et al., 2024).

En los últimos años ha habido un cambio de política internacional para reducir las intervenciones restrictivas (Cusack et al., 2018; McKenna, 2016). La reducción para llegar a la eliminación de las contenciones mecánicas es una orientación constante para los servicios de salud mental mundial (Al-Maraira & Hayajneh, 2019; McKeown et al., 2020). De hecho, son numerosos los países de Europa que están alineados igual que EEUU y Australia en el interés por crear un marco legal para tender a reducir hasta eliminar el uso de la CM en las unidades de salud mental (McKeown et al., 2020; Pérez-Revuelta et al., 2021). Sin embargo, a pesar del apoyo para reducir y eliminar la CM, y de la evidencia de que la reducción en el uso de prácticas restrictivas no conduce a un aumento de las agresiones (Kuivalainen et al., 2017; McKenna et al., 2017; Muir-

Cochrane et al., 2018), estas prácticas continúan utilizándose en la atención de la salud mental (Bullock et al., 2014; Muir-Cochrane et al., 2018; Price et al., 2018).

A partir de 2010, el paradigma cambió cada vez más hacia que las medidas coercitivas fueran un “mal necesario”, en lugar de una herramienta terapéutica (Wilson et al., 2017). Las enfermeras consideran la CM no deseadas y dañina, pero necesaria para recuperar la seguridad en el caso de conductas agresivas (El-Abidi et al., 2021; Gerace & Muir-Cochrane, 2019; Happell & Harrow, 2010; Mahmoud, 2017; Muir-Cochrane et al., 2018; Perkins et al., 2012; Terkelsen & Larsen, 2014; Vedana et al., 2018; Wilson et al., 2017). Sin embargo, para hacer la contención más humana, las enfermeras creen que es necesario mejorar la práctica de medidas de contención, por ejemplo haciendo que la sala de reclusión sea más cómoda (Happell & Harrow, 2010; Hvidhjelm et al., 2022)

Con la finalidad de reducir o eliminar el uso de la CM, las enfermeras disponen de intervenciones dirigidas al abordaje del paciente en estado de preagitación o agitación como la contención medioambiental o espacial, la contención farmacológica y la contención o desescalada verbal (Pérez-Revuelta et al., 2021). De ellas, la desescalada verbal es la intervención que genera mayor confianza y la convierte en la primera estrategia de control de agitación psicomotriz (Hallett & Dickens, 2017; Lavelle et al., 2016). La desescalada se centra en la creación de un entorno seguro y tranquilo, y en la reflexión sobre la acción para lograr el aprendizaje para los desafíos futuros (Berring et al., 2016). Son numerosos las investigaciones que demuestran los beneficios del manejo de las situaciones violentas o pacientes en estado de agitación mediante técnicas de desescalada verbal (Berring et al., 2016; Cusack et al., 2016; Fernández-

Costa et al., 2020; Garriga et al., 2016; Hallett & Dickens, 2015, 2017; Jury et al., 2019; Kuivalainen et al., 2017; Lavelle et al., 2016; Mavandadi et al., 2016; McKeown et al., 2019; Price et al., 2015, 2018; Richmond et al., 2012;). Además de la reducción en el tiempo de intervención, se han descrito los siguientes beneficios: a) evitar la violencia y prevenir daños sin tener que recurrir a CM o aislamiento (Kuang et al., 2004), b) Ayuda a las enfermeras a desarrollar mejores relaciones con sus pacientes (Garriga et al., 2016), aumentando la autoestima y la satisfacción laboral (De Berardis et al., 2020), c) requiere menos tiempo que el proceso de CM y medicación involuntaria (Richmond et al., 2012), d) menos riesgo de daños para el paciente y el personal sanitario (Jury et al., 2019), e) los pacientes confían más en sus enfermeras cuando no se realiza CM o están medicados en contra de su voluntad (Price et al., 2018).

La cultura de seguridad y su expresión en la práctica individual de las enfermeras es un factor clave para influir en el equilibrio entre las prácticas restrictivas y terapéuticas dentro de las unidades de hospitalización (Muir-Cochrane et al., 2018; Price et al., 2018), es de suma importancia considerar al equipo de enfermería como facilitador de la cultura de seguridad en el ámbito hospitalario (Alsabri et al., 2022; Berry et al., 2020). Sobre este cambio de paradigma, se ha informado de varios modelos que incluyen programas de reducción del uso de contenciones como Safewards.

El modelo Safewards, centrado en la prevención del conflicto y la contención, ha demostrado ser una estrategia efectiva para reducir prácticas restrictivas y mejorar la seguridad en entornos de salud mental (Fletcher et al., 2017). Reconociendo la importancia de la participación del paciente (Cutcliffe et al., 2015; Olasoji et al., 2018; Sanz-Osorio, González-Diez, et al., 2023) y adoptando enfoques orientados a la

recuperación y centradas en la persona (Lim et al., 2019; McKenna et al., 2014; McLoughlin et al., 2013; Santangelo et al., 2018), se busca transformar la cultura de seguridad en las unidades de hospitalización (Muir-Cochrane et al., 2018; Price et al., 2018).

El discurso ha comenzado a cambiar más allá de la idea de que los pacientes son responsables de crear riesgos, hasta reconocer formas en que el propio sistema de atención de salud puede ser responsable de daños a consumidores (Muir-Cochrane & Duxbury, 2017). La práctica orientada a la recuperación puede reducir el riesgo de agresión y limitar el uso de prácticas restrictivas dentro de las unidades de internación (Lim et al., 2017). La práctica orientada a la recuperación debe ser parte de la solución para prevenir y responder al riesgo de (Lim et al., 2019) abordar el daño asociado con prácticas restrictivas como el aislamiento y la contención que se utilizan para gestionar la agresión (Duxbury et al., 2019). Las intervenciones no farmacológicas, centradas en la prevención y la promoción de un ambiente terapéutico seguro, son fundamentales para reducir el uso de contención mecánica en unidades de agudos de salud mental (Väkiparta et al., 2019).

1.4. Registro de las intervenciones en las notas clínicas

Las interacciones entre la enfermera y el paciente son un tema muy relevante para la investigación actual en contextos de salud mental para pacientes hospitalizados (Bee et al., 2008; Thibeault, 2016; Wiechula et al., 2016). A pesar de un amplio entendimiento común entre las enfermeras y los pacientes sobre la importancia de sus relaciones, no está claro cómo y en qué medida se desarrollan estas interacciones en la práctica clínica (Goulter et al., 2015; Pazargadi et al., 2015; Rose et al., 2015). Cuando

se trata de las situaciones más tensas y exigentes, las interacciones entre la enfermera y el paciente desempeñan un papel central como antecedentes de episodios agresivos y como medidas para prevenir su escalada (Papadopoulos et al., 2012; Renwick et al., 2016), sin embargo, las investigaciones que miden las interacciones entre las enfermeras y el paciente son escasas (Berry et al., 2020; Haugan et al., 2013).

En el contexto de las intervenciones enfermeras, es especialmente importante el registro de lo que ocurre en la relación enfermera-paciente en la documentación de enfermería (Myklebust & Bjørkly, 2019b). Se ha observado que las intervenciones realizadas en el contexto de la RT son efectivas y afectan los resultados de salud (McAndrew et al., 2014), pero muchas de estas intervenciones no se documentan, centrándose más en los problemas y síntomas (Buus & Hamilton, 2016). Aunque la RT es crucial en salud mental, la literatura señala la falta de detalle en la documentación de enfermería, lo que afecta la continuidad y calidad de la atención (De Groot et al., 2020; Stanhope & Matthews, 2019).

La documentación de enfermería es el registro de la atención planificada o brindada a pacientes individuales por enfermeras calificadas u otros cuidadores bajo la dirección de una enfermera calificada (Urquhart et al., 2018). Idealmente, estos informes deberían contener una narrativa continua de la experiencia del paciente, cómo la enfermera entendió la situación y cómo la abordó. En este contexto, dado que en la práctica enfermera de salud mental es de especial importancia la RT entre la enfermera y el paciente (Lessard-Deschênes & Goulet, 2021), es fundamental que la calidad y el alcance de las interacciones entre la enfermera y el paciente que se producen en el contexto de esta relación queden descritas correctamente en la

documentación de enfermería (Myklebust & Bjørkly, 2019a) ya que puede ser una estrategia clave para mejorar la calidad y la coordinación de la atención y la eficiencia (Stanhope & Matthews, 2019). Para ello la documentación de enfermería precisa que las intervenciones enfermeras y la calidad de la relación enfermera-paciente se registren de forma adecuada (Pain et al., 2017). Sin embargo, la literatura señala deficiencias significativas en la documentación, particularmente en unidades de agudos de agudos de salud mental, donde la falta de registros detallados de las intervenciones enfermeras afecta la continuidad y calidad de la atención (De Groot et al., 2020).

En concreto, el registro de las intervenciones enfermeras se recoge en las notas clínicas y es una parte importante del trabajo de las enfermeras. Las notas clínicas de enfermería se definen como el registro de cuidados enfermeros que se planifican y se ofrecen a los pacientes por parte de las enfermeras o por otros cuidadores con la supervisión y aprobación de la enfermera (Urquhart et al., 2018). Las notas clínicas pretenden mostrar lo que sucede en el proceso de enfermería y en qué se basa la toma de decisiones durante el ingreso, intervenciones realizadas, sintonía enfermera-paciente, evaluación del progreso y de los mismos (Wang et al., 2011). Además, las notas clínicas de enfermería se pueden utilizar para otros fines tales como garantía de calidad, fines legales, planificación de salud, asignación de recursos y desarrollo de enfermería y la investigación. Para lograr estos propósitos, las notas clínicas enfermeras deben de estar estructuradas (Hardiker et al., 2019), contener información válida y confiable y cumplir con los estándares establecidos (Idvall & Ehrenberg, 2002). Unas notas clínicas de enfermería claras y concisas ayudan a los profesionales

sanitarios a detectar los cambios en el estado de los pacientes y mejora la calidad de los cuidados (Jefferies et al., 2010).

El objetivo de las notas es mejorar los cuidados garantizando su continuidad (Rangraz Jeedi et al., 2020; Saranto & Kinnunen, 2009; Taher et al., 2020), mejorar la seguridad del paciente (Myklebust et al., 2018), reducir la falta de comunicación y ampliar el acceso a la información clínica esencial a todo el personal que atiende a un paciente (Sittig & Singh, 2012). Sin embargo, las notas clínicas no siempre son una descripción de las intervenciones que realmente se realizan (Törnvall et al., 2015). En estas interacciones se muestra relevante el término de sintonía ya que se describe como la clave para una interacción empática. El proceso de sintonía con alguien implica reconocer de modo afectivo al otro y sincronizarse con la experiencia emocional de esa persona. Se sugiere que la sintonía es uno de los factores que puede marcar una diferencia positiva en las experiencias de los pacientes con los ingresos y el tratamiento involuntarios (Delaney et al., 2017; Seed et al., 2016).

Se debe tener en cuenta que cuando los pacientes son atendidos en los servicios de salud, especialmente si están en el hospital donde se les da unos cuidados continuados por diferentes profesionales, es importante que se registre correctamente la atención que reciben (Rossi et al., 2023). Como se ha explicado anteriormente, este registro, en el caso de la atención enfermera, se realiza a través de las notas clínicas de enfermería, que recoge una amplia variedad de información sobre la atención y el progreso del paciente (Urquhart et al., 2018), pero estas notas clínicas no siempre son una descripción de lo que realmente se hace (Törnvall et al., 2015). Las interacciones verbales han de quedar descritas en la documentación enfermera de la historia clínica

enfermería (Myklebust & Bjørkly, 2019b). Muchas intervenciones enfermeras que se efectúan en el contexto de la RT no suelen quedar registradas en los cursos clínicos, sino que éstos están más centrados en problemas y síntomas (Buus & Hamilton, 2016).

La información recuperada de la HCE representa una de las muchas fuentes de datos importantes utilizadas por los profesionales sanitarios para actualizar continuamente su comprensión perceptual individual y compartida de las situaciones clínicas. Esta capacidad de percibir, comprender y anticipar información sobre un paciente en situaciones clínicas en evolución se considera un factor vital para la seguridad del paciente (Mccomb & Simpson, 2014). Algunos estudios se han centrado en conocer el impacto de la HCE en el trabajo de las enfermeras, se identificaron cinco temas que describían cómo las enfermeras y otros médicos percibían y utilizaban la HCE. Estos fueron: 1) formar y mantener una visión general del paciente, 2) el trabajo cognitivo de navegar por la HCE, 3) el uso de herramientas cognitivas, 4) formar y mantener puntos en común y una comprensión compartida del paciente, y 5) pérdida de información y conocimiento del dominio profesional (Wisner et al., 2019). Además, la mayoría de los hallazgos indicaron que formar y mantener una visión general del paciente tanto a nivel individual como de equipo era difícil cuando se utilizaba la HCE. El trabajo de navegar por los grandes volúmenes de información en la HCE para localizar, contextualizar y sintetizar información clínica relevante fue un desafío y aumentó el trabajo cognitivo de los médicos. La HCE dispersó y fragmentó la información. Otros estudios informaron que el personal de enfermería comentó que las HCE eran demasiado largas, carecían de vínculos entre las diferentes fases del proceso de enfermería y aumentaban su carga de trabajo (Drummond & Simpson, 2017; Müller-Staub et al., 2016)

Goossen et al. (2010) y Kautz et al. (2006) afirman que es necesario un alto nivel de uniformidad en la recopilación de información para permitir su uso posterior, en particular en lo que respecta a la producción de indicadores que puedan revelar los resultados/ganancias en la atención de salud que se ven afectados por los cuidados de enfermería. Thoroddsen et al. (2010) subrayan que el lenguaje de enfermería estandarizado describe las respuestas de los pacientes a los problemas de salud, las intervenciones de enfermería y los resultados de los pacientes, lo que en última instancia permite la representación del conocimiento de enfermería. Farren (2010) también enfatiza la importancia del lenguaje de enfermería estandarizado, argumentando que el vínculo entre su uso y la mejora del pensamiento crítico ha sido respaldado en la literatura especializada. Siguiendo esa línea, Gonçalves et al. (2019) concluyó en su estudio que la estandarización del lenguaje utilizado por las enfermeras de salud mental contribuirá hacia la producción de indicadores de salud que puedan mostrar la contribución y la importancia de los cuidados de enfermería hacia la población.

Existen estudios que señalan que la calidad de la documentación escrita de enfermería de salud mental necesita mejoras para garantizar la continuidad y la seguridad del paciente (Instefjord et al., 2014). Como se ha detallado anteriormente, las intervenciones enfermeras quedan infra registradas, la calidad de las notas clínicas de enfermería en algunos casos es incoherente y, a menudo, incomprensible, pobre, inexacta e inadecuada sobre los cuidados enfermeros (Myklebust et al., 2018). En ocasiones, los efectos de las intervenciones enfermeras no son visibles ni verificables (Ameel et al., 2020). Los registros tienden a usar un lenguaje escueto dominado por palabras técnicas, se recoge una cantidad muy limitada de aspectos de las

interacciones enfermera-paciente y transmiten poca información al lector no experto (Buus & Hamilton, 2016). La evidencia sobre el efecto del uso de terminologías estandarizadas en la calidad de la documentación de enfermería es limitada hasta la fecha, pero varios estudios recientes muestran una asociación positiva entre la precisión de la documentación y el uso de terminologías estandarizadas (Adubi et al., 2018; Åling et al., 2018; Gencbas et al., 2017; Gonçalves, Sequeira, & Paiva e Silva, 2019; Kerr et al., 2019). En este sentido, Gonçalves et al. (2019) analizó la relación con la falta de un lenguaje estandarizado utilizado por las enfermeras en las definiciones de intervención, lo que se traduce en el uso de terminología variada para describir la misma intervención: dispersión semántica sin beneficios clínicos. Estos hallazgos son consistentes con las conclusiones del estudio realizado por Ruíz-Cano et al. (2017) quienes revisaron los diagnósticos e intervenciones de enfermería documentados en las HCE y concluyeron que el uso de lenguaje estandarizado por parte de las enfermeras es cercano a cero. La falta de uso consistente de terminología estandarizada podría afectar negativamente la comunicación entre los profesionales de la salud y la calidad de la atención (Adubi et al., 2018).

A la luz de lo anterior, se evidencia la necesidad de que existan de instrumentos que permitan evaluar la calidad de las notas clínicas enfermeras, sobre todo en el contexto de los registros en los que se recoge información clínica obtenida en las interacciones enfermera-paciente.

Con la finalidad de evaluar la cantidad y calidad de las interacciones entre las enfermeras y los pacientes descritas en las notas clínicas en unidades de salud mental, Myklebust and Bjørkly en 2019 desarrollaron y validaron la Scale for the Evaluation of

Staff Patient Interactions in Progress Notes (SESPI). Esta escala permite evaluar las notas clínicas enfermeras en relación a la calidad de la experiencia de los pacientes, los abordajes realizados por las enfermeras y si este abordaje consigue satisfacer las necesidades emocionales de los pacientes.

Kilbourne et al. (2018) afirman que promover la medición de la calidad de las notas clínicas puede servir como una herramienta para mejorar la calidad de la atención de salud mental y que una de las barreras clave para este esfuerzo es la falta de fuentes de datos estandarizadas basadas en tecnología de la información.

1.5. Justificación

En las líneas anteriores ha quedado documentado que la atención centrada en la persona, la humanización y la RT son aspectos fundamentales en la prestación de cuidados enfermeros en salud mental. Por este motivo, este estudio se propone abordar un conjunto integral de aspectos cruciales en la práctica enfermera en salud mental al estudiar la calidad de las intervenciones enfermeras recogidas en las notas clínicas. Desde la importancia de la atención centrada en la persona y la humanización hasta la exploración de intervenciones específicas como la desescalada verbal y la CM, se busca comprender mejor cómo estas dimensiones influyen en la calidad de la atención proporcionada a los pacientes. Los resultados contribuirán a la base de conocimientos existente sobre cómo estas dimensiones influyen en la práctica enfermera y sus intervenciones y, por ende, en la calidad de la atención proporcionada a los pacientes.

En segundo lugar, es necesario explorar intervenciones clave realizadas por las enfermeras en el contexto de las interacciones con el paciente en unidades de agudos

de salud mental, como la desescalada verbal y la CM. La CM puede tener un impacto significativo en la RT entre el personal de enfermería y los pacientes ya que puede percibirse como una medida coercitiva y traumática por parte de los pacientes, lo que puede afectar negativamente la confianza y la colaboración en la RT. Por lo tanto, es crucial comprender las experiencias y percepciones de las enfermeras sobre el uso de la CM, así como su efecto en la dinámica de la RT. Asimismo, se reconoce que la desescalada verbal es una intervención más adecuada y menos invasiva para reducir el uso de la CM en entornos de salud mental. La desescalada verbal implica el uso de técnicas de comunicación y manejo de conflictos para calmar y tranquilizar a los pacientes en situaciones de crisis, lo que puede ayudar a prevenir la necesidad de recurrir a medidas más coercitivas. Dado que la CM afecta a la RT, y la desescalada verbal es la intervención adecuada para reducir el uso de la CM, es conveniente profundizar tanto en las experiencias de las enfermeras sobre el uso, como en el registro de estas intervenciones en las notas clínicas. Por lo tanto, es esencial investigar y comprender cómo las enfermeras aplican y experimentan estas técnicas de desescalada verbal en su práctica clínica diaria. El registro adecuado de las intervenciones de desescalada verbal en las notas clínicas es fundamental para documentar y evaluar la efectividad de estas estrategias en la gestión de la agitación y la violencia en salud mental. Este enfoque permitirá comprender mejor la efectividad y los desafíos asociados con estas intervenciones, lo que a su vez puede informar la práctica clínica y promover el uso adecuado de estrategias de manejo de crisis. Por lo tanto, es necesario investigar la calidad y el contenido de estas notas clínicas para garantizar que reflejen de manera precisa y detallada las intervenciones de desescalada verbal llevadas a cabo por el personal de enfermería.

En este sentido, es conveniente examinar el registro de las intervenciones enfermeras en las notas clínicas. Las notas clínicas proporcionan un registro permanente de las intervenciones realizadas. Al evaluar la calidad y la precisión de este registro, se pueden identificar áreas de mejora en la documentación clínica, lo que contribuirá a una atención más completa y centrada en el paciente. La necesidad de examinar estos aspectos se basa en la importancia de avanzar en la comprensión de la práctica enfermera en salud mental, mejorar la calidad de la atención proporcionada a los pacientes y promover la práctica basada en evidencia a través de la investigación y la evaluación crítica de las intervenciones y registros clínicos. La investigación sobre el registro de intervenciones en las notas clínicas puede abrir un camino hacia la mejora continua de la documentación clínica y la atención integral de los pacientes. Sin embargo, se reconoce que actualmente no existen instrumentos específicos en español y adaptados a nuestro contexto que permitan evaluar la calidad de las notas clínicas relacionadas con las intervenciones de carácter relacional en salud mental. Por lo tanto, es necesario disponer de una herramienta que permita evaluar de manera sistemática y objetiva la calidad y el contenido de estas notas clínicas. Esta herramienta podría incluir criterios como la claridad, la exhaustividad, la precisión y la relevancia de la información registrada, así como la evidencia de la aplicación efectiva de técnicas en el contexto de la RT.

Esta tesis doctoral contribuirá al avance del conocimiento en enfermería de salud mental y proporcionará directrices prácticas para la mejora de la práctica clínica y la calidad de la atención.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El objetivo general de la tesis es explorar las intervenciones enfermeras en el marco de la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental en España a través del análisis de la calidad, estructura y contenido de las notas clínicas en el contexto de las interacciones enfermera-paciente.

Para ello, se definió un conjunto de **objetivos específicos**:

2.1.1. Analizar las experiencias de las enfermeras de salud mental en el uso de la contención mecánica dentro contexto de las intervenciones enfermera-paciente.

2.1.2. Examinar la relación entre el uso de la intervención de desescalada verbal y la contención mecánica mediante el análisis de las notas clínicas registradas por las enfermeras de salud mental.

2.1.3. Adaptar transculturalmente y estudiar las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de la calidad de las notas clínicas SESPI en el contexto español.

2.1.4. Evaluar el nivel de calidad de las notas clínicas sobre las interacciones en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.

2.1.5. Describir la estructura y contenido de las interacciones registradas en las notas clínicas en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.

3. METODOLOGÍA

A continuación, se presenta un breve resumen de todos los estudios realizados para poder elaborar la presente tesis doctoral y dar respuesta a todos los objetivos previamente planteados.

Esta tesis se presenta en formato de compendio de artículos y, en consecuencia, la metodología utilizada está explicada en cada uno de los artículos publicados.

Ámbito de estudio

La tesis se ha llevado a cabo a través de 2 investigaciones, una primera investigación que se llevó a cabo en el Hospital Clinic de Barcelona, la cual incluye un estudio cualitativo descriptivo basado en entrevistas semi-estructuradas y un estudio retrospectivo de cohortes, los cuales dan respuesta a los objetivos específicos 1 y 2. Y una segunda investigación que forma parte de un proyecto multicéntrico RTS_NURSING, en el cual participaron 5 hospitales de España. En esta investigación se realizó la adaptación transcultural de una escala y el análisis de sus propiedades psicométricas, y un estudio multimétodo: un diseño cuantitativo transversal y un diseño cualitativo de análisis de contenido de datos. Estos estudios dan respuesta a los objetivos específicos 3, 4 y 5.

Estudio cualitativo descriptivo

Este estudio se ideó para dar respuesta al objetivo específico 1. El propósito fue conocer los sentimientos que producen en las enfermeras el uso de prácticas restrictivas en su práctica diaria.

Se realizó un estudio con diseño cualitativo descriptivo que ofrece la oportunidad de recopilar descripciones detalladas sobre un fenómeno del que puede saberse poco, al

tiempo que proporciona un vehículo para las voces de aquellos que experimentan los fenómenos de interés (Bradshaw et al 2017). En la redacción de este estudio se utilizaron las Normas para la presentación de informes de investigación cualitativa (SRQR) (O'Brien et al 2014), una lista de verificación de 21 elementos para la presentación de informes de investigación cualitativa.

Esta investigación se llevó a cabo en la unidad de hospitalización de agudos salud mental en el Hospital Clinic de Barcelona. Se utilizó un método de muestreo intencional, ya que se requería que los participantes tuvieran experiencia directa en el uso de la CM en la práctica, lo que garantizaba que tuvieran conocimientos experienciales sobre el uso de la CM y sus resultados. Para reducir el sesgo de recuerdo, los participantes debían haber utilizado la CM en los tres meses anteriores. El reclutamiento de participantes se llevó a cabo mediante carteles que anunciaban la investigación y que se colocaron en la unidad de hospitalización. Los participantes interesados se autoseleccionaron poniéndose en contacto directamente con el investigador principal para concertar una entrevista. El tamaño de la muestra se decidió cuando se alcanzó un punto de saturación de datos y no se obtuvo nueva información. Sentir que se ha saturado una categoría teórica implica reconocer que los datos recogidos son suficientes para crear el producto previsto (Sandelowski, 1995).

Consideraciones éticas

El permiso para acceder a los servicios fue concedido por la dirección del Hospital. Esta investigación se realizó entre junio y agosto de 2019. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la institución (Reg. HCB/2020/0029) (Anexo 2). Los profesionales que han participado, lo han hecho voluntariamente, se obtuvo el

consentimiento informado por escrito (Anexo 3) que incluía el permiso para grabar en audio las entrevistas. Se ha solicitado la autorización de todos los participantes para publicar los resultados, siempre preservando el anonimato y la confidencialidad, de tal forma que el nombre de los participantes ha sido codificado y numerado. Se ha eliminado cualquier dato o nombre que pudiera permitir el reconocimiento de la identidad de los participantes, y en todo momento, se han podido acoger al derecho a retirarse del estudio.

La recogida de datos se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas (Anexo 4), se realizaron en español y tuvieron lugar en una sala privada del hospital. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica detallada para apoyar la redacción de las preguntas utilizadas en el programa de entrevista. Esta consta de 12 preguntas abiertas.

Estudio retrospectivo de cohortes

Este estudio pretendió examinar la relación que existe entre el uso de la desescalada verbal y el recurso de la contención mecánica a través de las notas clínicas registradas por las enfermeras de salud mental, se realizó este estudio.

Para abordar el objetivo específico 2 de la investigación, se realizó un estudio retrospectivo de cohortes con pacientes que habían requerido sujeción mecánica.

El estudio se llevó a cabo en una unidad de hospitalización de agudos de salud mental del Hospital Clinic de Barcelona. La unidad de salud mental es un centro cerrado para la atención de pacientes en la fase aguda de su enfermedad mental.

Los datos se extrajeron de las historias clínicas informatizadas de la unidad historias clínicas desde el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se extrajeron

las siguientes variables de registros de las historias clínicas de los pacientes: factores sociodemográficos, incluidos edad (años) y sexo (hombre/mujer), factores clínicos incluyendo el número de días desde el ingreso en que la restricción mecánica, el diagnóstico(esquizofrenia/trastorno psicótico, manía, trastorno de la personalidad/trastorno por consumo de sustancias, depresión y otros) según la CIE-10, consumo de sustancias (sí/no), fecha, hora y motivo de la y motivo de la restricción (agresión física contra otros/agitación, desorganización/inquietud, riesgo de riesgo de autolesión y otros), restricción mecánica previa (sí/no) y (sí/no) y contención farmacológica (sí/no). El uso de la desescalada verbal recogida dicotómicamente (sí/no) fue la variable dependiente basada en el registro de casos de admisión, donde las enfermeras anotaron si esta técnica se llevó a cabo en el intento de gestionar los casos de escalada de la agitación.

Para el análisis de los datos se calcularon las medias y frecuencias de todas las variables. Se realizaron análisis bivariados mediante la prueba exacta de Fisher o la prueba t de Student para examinar las diferencias en las variables clínicas y sociodemográficas con el uso de la desescalada verbal. Posteriormente, basándose en la experiencia clínica y los fundamentos teóricos, todas las variables sociodemográficas y clínicas asociadas al uso de la desescalada se introdujeron simultáneamente como covariables en una regresión logística multivariante. Se utilizó un nivel de confianza del 95%. Para realizar el análisis se utilizó el programa SPSS 27 (IBM, Chicago, IL).

Consideraciones éticas

El permiso para acceder a los datos clínicos fue concedido por la dirección del Hospital. El estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la institución (Reg. HCB/2019/0012) (Anexo 5). Todos los datos fueron anonimizados y codificados para el

estudio respetando la confidencialidad de los mismos.

Adaptación transcultural de una escala y el estudio de sus propiedades psicométricas

Se realizó este estudio para dar respuesta al objetivo específico 3. Se realizó en dos fases: 1) Adaptación del instrumento al español siguiendo Standards for Educational and Psychological Testing. 2) Estudio psicométrico en una muestra de enfermeras de salud mental.

La escala SESPI evalúa la calidad de la experiencia del paciente, los enfoques adoptados por las enfermeras y si este enfoque satisface las necesidades emocionales de los pacientes. Esta escala consta de los cuatro pasos siguientes:

1. El paso 1 pretende saber si la experiencia del paciente está descrita en la nota clínica. Se dicotómica (Sí/No) y sólo una respuesta afirmativa permite pasar al paso siguiente.
2. El paso 2 evalúa si la experiencia del paciente en la interacción con la enfermera ha sido positiva o negativa. En función del grado de satisfacción o insatisfacción de la respuesta del paciente, la respuesta es -II, -I, +I, +II.
3. El paso 3 identifica y clasifica la respuesta de la enfermera a la interacción descrita en la nota clínica. Hay cuatro respuestas posibles: a) La respuesta de la enfermera no se describe en la nota clínica; b) Se conoce la respuesta de la enfermera, pero no la reacción del paciente; c) Conocemos la respuesta de la enfermera y la reacción del paciente, pero no los sentimientos del paciente; d) La respuesta de la enfermera, la reacción del paciente y los sentimientos producidos por esta intervención. Sólo esta respuesta permite pasar al siguiente paso en el que se evalúa la nota clínica respecto a la sintonización.

4. En el paso 4, la sintonía se evalúa positiva o negativamente en función de si ha tenido éxito o no. De nuevo, la respuesta es -II, -I, +I, +II en función del éxito o fracaso de la sintonización.

En cuanto a los resultados psicométricos de la escala original, el alfa de Cronbach para todo el instrumento fue de 0,977 y el ICC de 0,770.

Procedimiento de la fase 1

El proceso de adaptación cultural de la versión española de la escala SESPI se llevó a cabo siguiendo los Standards for Educational and Psychological Testing. Antes de comenzar la traducción, se solicitó permiso a los autores para su adaptación al español. La versión inglesa del instrumento fue traducida al español por dos traductores, cuya lengua materna era el español y que dominaban perfectamente el inglés, proporcionando dos versiones del instrumento SESPI (v1 y v2), que fueron sintetizadas a una única versión (v3) por un comité de expertos formado por cuatro enfermeras especializadas en salud mental y una enfermera especializada en psicometría. Esta versión se envió a dos nuevos traductores que no conocían la versión original, cuya lengua materna era el inglés y que dominaban el español, para que realizaran la retrotraducción al inglés. Las dos versiones obtenidas (v4 y v5) fueron comparadas con el SESPI original por el mismo comité de expertos, dando como resultado la versión 6, que fue revisada junto con los autores originales. A continuación, se realizó una prueba previa a una muestra de 19 enfermeras con experiencia en el registro de información en historias clínicas. Para evaluar la comprensión y claridad de los ítems, así como el formato y el tiempo necesario para cumplimentar el instrumento, se facilitaron cuatro notas clínicas. Las notas clínicas

seleccionadas fueron escritas por enfermeras en las que la experiencia del paciente estaba presente en la situación descrita y en las que se narraban episodios en los que las enfermeras y los pacientes tuvieron la oportunidad de interactuar.

Procedimiento de la fase 2

Para las pruebas de fiabilidad de las propiedades psicométricas de la versión española del instrumento SESPI-Sp se seleccionaron 12 notas clínicas de las historias clínicas de pacientes de tres hospitales diferentes, que representaban la totalidad de las posibles respuestas a la escala. Las notas clínicas se recogieron en un único documento codificado y anonimizado (Archivo S1). Las notas clínicas Las notas clínicas seleccionadas intentaron representar la totalidad de las posibles respuestas contenidas en la SESPI, por tanto, se utilizó una se utilizó una muestra heterogénea tratando de cumplir ese propósito.

Para facilitar la recogida de datos, se desarrolló una adaptación electrónica de la escala SESPI utilizando la plataforma Microsoft forms. Así, el equipo investigador envió a cada enfermera participante un correo electrónico con el código del evaluador, el documento con las notas clínicas a evaluar y el y el enlace al formulario con la escala SESPI, que debía cumplimentar tantas veces como notas clínicas notas clínicas a evaluar.

Participantes

Siguiendo las recomendaciones de Bujang y Baharum (2017) para las 12 observaciones (notas clínicas) que debían analizar los evaluadores en nuestro estudio (potencia estadística del 80%, alfa = 0,05 y una diferencia de tamaño del efecto de ICC = 0,20), se

necesitaron 20 enfermeras. Del mismo modo, también se tuvo en cuenta el criterio utilizado en la prueba de fiabilidad original del SESPI, que aceptaba una detección de una diferencia de tamaño del efecto de 0,20 (CCI = 0,70 frente a 0,50) como aceptable para probar el desarrollo del instrumento.

La invitación y selección de las enfermeras evaluadoras se realizó según los siguientes criterios: enfermeras del área de hospitalización de salud mental, con experiencia en recogida y con experiencia en recolección y redacción de información en historias clínicas, con al menos dos años de salud mental. Las enfermeras fueron seleccionadas por muestreo intencional. Finalmente, participaron 29 enfermeras.

Análisis estadístico

En este estudio se utilizó el mismo paradigma de análisis estadístico para comprobar la fiabilidad que se utilizó para el SESPI original. Se utilizaron dos pruebas para analizar la fiabilidad del instrumento. La prueba de Kuder- Richardson se utilizó para la escala dicotómica en el paso 1. Se utilizó la prueba alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de las puntuaciones de la escala SESPI total y de las etapas 2, 3 y 4, 3 y 4. Asimismo, se eligió el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para calcular la fiabilidad de la distribución de las puntuaciones de los 12 extractos en los cuatro pasos de codificación y para los pasos 1, 2, 3 y 4.

y para los pasos 1, 2, 3 y 4 por separado. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 27.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del IRB (2021/9835) y los demás hospitales participantes. Se solicitó la autorización y participación de los autores de la versión original del original del instrumento para su adaptación transcultural. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Para mantener el anonimato de los participantes, el investigador principal asignó previamente un código de evaluador a cada enfermera, enviado por correo electrónico junto con el formulario utilizando la plataforma Microsoft forms en el que introdujeron sus evaluaciones del SESPI-Sp.

Estudio multimétodo

Este estudio se desarrolló en 2 fases para dar respuesta a los objetivos específicos 4 y 5: a) Evaluar el nivel de calidad de las notas clínicas sobre las interacciones en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España y b) Describir la estructura y contenido de las interacciones registradas en las notas clínicas en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.

Se utilizó un diseño cuantitativo transversal para evaluar el alcance y la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas en las notas clínicas. También se utilizó un diseño cualitativo de análisis de contenido de datos secundarios de las notas clínicas para identificar las intervenciones de enfermería registradas en el contexto de la relación enfermera-paciente.

La muestra consistió en notas clínicas de pacientes que estuvieron hospitalizados en unidades de salud mental en España durante los años 2022-2023. Para este estudio se seleccionaron aleatoriamente cinco unidades que formaban parte del proyecto RTS_MHNursing.

Los pacientes incluidos en el estudio se seleccionaron consecutivamente en cada una de las unidades elegidas según los mismos criterios de inclusión que en el proyecto más amplio. Por tanto, pacientes adultos hospitalizados en unidades de hospitalización de salud mental que consintieron en participar en el estudio de forma voluntaria. Los participantes fueron excluidos si en el momento del reclutamiento presentaban una barrera lingüística, sujeción mecánica, contraindicación por el referente clínico, deterioro cognitivo o discapacidad intelectual. No se realizaron otras exclusiones para maximizar la validez externa del estudio. Para el cálculo del tamaño muestral de las notas clínicas necesarias, se tomó como referencia un estudio con el mismo objetivo, diseño e instrumento de evaluación (Myklebust & Bjørkly, 2019a), por lo que la muestra final estuvo compuesta por un total de 1.714 notas clínicas de enfermería de 44 pacientes que habían estado hospitalizados en unidades de salud mental en España durante los años 2022-2023.

Recogida de datos

La investigadora responsable de cada unidad fue la encargada de recoger los datos de la documentación clínica de los pacientes. Se encargó de anonimizar los nombres de los profesionales y los nombres de los pacientes en las notas clínicas de enfermería de cada uno de los pacientes incluidos en el estudio. Los registros de los profesionales que no eran enfermeros se eliminaron de los datos antes de analizarlos. Los datos del estudio se recogieron y gestionaron mediante las herramientas de captura electrónica de datos REDCap (Harris et al., 2019). De acuerdo con los objetivos de la investigación, se excluyeron las notas clínicas en las que la enfermera y el paciente no tuvieron la oportunidad de interactuar. Si una nota clínica contenía más de un episodio de

interacción y se informaba de diferentes experiencias del paciente en relación con estos episodios, la nota se dividió y se contabilizó como notas separadas.

Instrumento de medición

Para evaluar el alcance y la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas, se utilizó la versión española de la Escala para la Evaluación de las Interacciones Personal-Paciente en Notas de Progreso (Pérez-Toribio et al., 2023) y se aplicó a las notas clínicas seleccionadas. La escala SESPI-SP evalúa la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas en las notas a través de la experiencia de los pacientes, las intervenciones realizadas por las enfermeras y si esta intervención consigue satisfacer las necesidades emocionales de los pacientes. Esta escala consta de cuatro pasos que se han detallado en el apartado anterior, Estudio 3.

Análisis de los datos

Para analizar los datos cuantitativos se calcularon estadísticas descriptivas con el programa IBM SPSSv27. Los resultados se presentaron en forma de frecuencia y porcentajes. El procedimiento de análisis de los datos cualitativos se basó en el análisis de contenido (Mayring, 2010), las intervenciones de enfermería se identificaron a partir de registros de enfermería de texto libre en el entorno de la unidad de salud mental de agudos. En primer lugar, se leyó todo el texto para familiarizarse con los datos. Dado que el texto no estaba estandarizado, se diseñó una matriz de extracción de datos para facilitar un seguimiento adecuado. A continuación, se identificaron inductivamente las intervenciones mediante un proceso de mapeo sistemático. A continuación, se categorizaron las descripciones de las acciones de las enfermeras

mediante un enfoque deductivo que reflejaba la definición de las intervenciones de enfermería. Estas descripciones revelaron las intervenciones que las enfermeras realizaron para o con los pacientes en el contexto de las interacciones con los pacientes. Se repitió este proceso de análisis al cabo de un mes y comparó sus identificaciones de las intervenciones NIC volviendo a visitar los textos originales y con el resto del equipo de investigación.

Consideraciones éticas

Este estudio fue aprobado por los comités éticos de los cinco hospitales y se concedió el permiso de investigación. Los datos se analizaron de forma anónima para preservar el anonimato de los pacientes y del personal.

4. Resultados





Los resultados de esta tesis doctoral se recogen a través de los artículos publicados que se presentan a continuación. Estos se presentan en el mismo orden en que están planteados los objetivos específicos de esta tesis doctoral.

Resultados relacionados con el objetivo específico 1

ARTÍCULO 1: Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study

Título	Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study
Autores	Pérez-Toribio A., Moreno-Poyato AR., Roldán-Merino JF., Nash M.
Referencia	Pérez- Toribio, A., Moreno- Poyato, A. R., Roldán- Merino, J. F., & Nash, M. (2022). Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 29, 688–697
Revista	<i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>
Palabras clave	Acute mental health, broken trust, mechanical restraint, moral injury, nurse– patient relationship, restraint, staff perceptions, therapeutic relationships, trauma
Factor de impacto	2.7
Categoría	23 / 125Nursing SCI
Cuartil	Q1
doi	10.1111/jpm.12860

Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study

Alonso Pérez-Toribio¹  | Antonio R. Moreno-Poyato²  | Juan F. Roldán-Merino³  | Michael Nash⁴ 

¹Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet, Servei d'Atenció Primària Delta de Llobregat/Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

²Departament of Public Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain

³Campus Docent Sant Joan de Déu Fundació Privada, School of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain

⁴School of Nursing & Midwifery, Trinity College Dublin, Dublin 2, Ireland

Correspondence

Alonso Pérez-Toribio Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet, Servei d'Atenció Primària Delta de Llobregat/Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Gerència Territorial Metropolitana Sud/ Institut Català de la Salut, C/ Dr. Jaume Ferran i Clua, 6, 2a planta/08903 L'Hospitalet de Llobregat, España.
Email: alonperez11@gmail.com

Accessible Summary

What is known on the subject?:

- Mechanical restraint is a common practice in mental healthcare settings in Spain, despite controversy.
- Mechanical restraint is perceived as a negative experience for nurses and service users.
- Mechanical restraint damages the nurse–patient therapeutic relationship, which is essential in providing quality care and promoting recovery.

What the paper adds to existing knowledge?:

- The negative experiences of service users and mental health nurses arising from use of mechanical restraint affects both parties involved and results in trauma.
- Using mechanical restraint can provoke a moral injury in mental health nurses which can negatively impact on the establishment of trust within the therapeutic nurse–patient relationship.

What are the implications for practice?:

- Nurses must be aware of the negative effects that mechanical restraint use has on both their practice and their day-to-day lives.
- Post-mechanical restraint debriefing is required to repair the damage to the trust aspect of the nurse–patient relationship.
- Involving service users in co-producing a debriefing framework may be a way to rebuild trust through constructive dialogue.

Abstract

Introduction: Mechanical restraint is an intervention that causes harm to service users and nurses, yet continues to be used in many countries, including Spain. However, there is a lack of research exploring Spanish mental health nurses' experiences of using mechanical restraint.

Aim: To describe the experiences of mental health nurses who have used mechanical restraint in practice.

Methods: A qualitative descriptive methodology was used and a purposive sample of 10 Spanish mental health nurses were interviewed about their experiences of using mechanical restraint. Thematic analysis was then employed to analyse interview data.

Results: Participants' experiences of using mechanical restraint were mostly negative. Three main themes arose from the analysis of interview transcripts, (i) symmetrical trauma, (ii) moral injury and (iii) broken trust.

Discussion: The use of restrictive practices, which can be perceived as counter-therapeutic, exposes nurses to risks such as moral injury and service users to broken trust in the therapeutic nurse-patient relationship. Avoiding empathy in order to use mechanical restraint is counterproductive, in the understanding that empathy is key to reducing this intervention.

Implications for practice: Reducing or eliminating use of mechanical restraints should be a policy and practice priority due to the symmetrical harms it causes both nurses and service users. The trust aspect of the therapeutic nurse-patient relationship is a significant casualty when mechanical restraint is used, therefore involving service users in co-production of post-mechanical restraint debriefing can be an avenue for restoring this trust through dialogue.

KEYWORDS

acute mental health, broken trust, mechanical restraint, moral injury, nurse-patient relationship, restraint, staff perceptions, therapeutic relationships, trauma, trauma

1 | INTRODUCTION

The management of violence and aggression has long been a contentious issue for Mental Health Nurses (MHNs) because it often involves the use of counter-recovery measures and coercion. Collectively, these practices are known as Restrictive Interventions (RIs), which have been defined as planned or reactive acts that restrict an individual's movement, liberty and/or freedom to act independently (Department of Health and Social Care, 2019).

Restrictive interventions are often employed when risk of injury to self, or others, cannot be safely managed by alternative means (Nash et al., 2018). Examples include physical restraint, chemical restraint, seclusion, and mechanical restraint (Department of Health and Social Care, 2019), which can be used individually, or in combination, depending on the level of risk. However, RIs are interventions of last resort, meaning they are only used by MHNs when all other options, such as communicating therapeutically with the SU, have failed (Moran et al., 2009).

Aguilera-Serrano et al. (2018) suggest that RIs are intended to protect patients and those around them; however, their use restricts freedom and conflicts with the ethical principle of autonomy. This is because RIs are coercive in nature and are usually employed without the consent of the SU, who may be actively resisting them (Tingleff et al., 2019), and most probably against their expressed wishes. However, not using RIs may put other SUs and staff at risk. Allen et al. (2019) note that sometimes patients in acute psychiatric units lose behavioural control and mechanical restraint (MR) may be necessary to stop harmful behaviour and prevent injury.

Mechanical restraint is an intervention that is legally mandated in many jurisdictions; however, research shows that its use

results in various harms to SUs such as helplessness and fear (Krieger et al., 2018) and negative experiences such as post-traumatic stress (Guzman-Parra et al., 2019). Mental health nurses are the branch of the psychiatric workforce who are most likely to be involved in using MR and are therefore disproportionately exposed to the risk of adverse events. Vedana et al. (2018) suggest that physical harms can arise, such as fractures, abrasions, bites and contact with bodily fluids; however, occupational and emotional harms have also been mentioned such as decreased job satisfaction (Wilson et al., 2017) and distressing emotions, such as anxiety, fear and guilt (Moran et al., 2009). However, Korkeila et al. (2016) describe positive experiences associated with MR use such as nurses perceiving increased feelings of safety at work.

1.1 | Mechanical restraint in Spain

MR is considered to be one of the most intrusive and least acceptable forms of RI (Krieger et al., 2018). In Ireland, MR use is strictly monitored by the Irish Mental Health Commission (MHC Ire) and in 2019, there were 18 episodes of MR, a rate of 0.38 per 100,000 population (Mental Health Commission, 2020). However, in Spain, there is no national mental health commission, which hampers the ability to monitor trends in MR use nationwide.

Spain ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities in 2007; however, it took until 2022 for the Spanish Government to officially recognize that MR and restraint can directly affect the fundamental rights of people and should only be used in exceptional circumstances (Boletín Oficial Del Estado, 2022). In

Spain, MR is usually prescribed by a doctor for use in emergencies or as part of a treatment plan. However, the decision to implement MR rests with nurses. Spanish research indicates that MR along with involuntary medication are commonly used measures for the management of violence in Spanish mental healthcare (Guzman-Parra et al., 2019).

For the purposes of this research, MR is defined as "the use of devices or bodily garments for the purpose of preventing or limiting the free movement of a patient's body" (Mental Health Commission Ireland, 2009). In the acute inpatient setting where the research was conducted, MR involved restraining a person on a bed adapted with a waist belt, anklets and wristlets—a five-point restraint. Depending on the level of agitation, restraint is applied in the least restrictive manner appropriate to the threat, e.g., one-point MR may be belt only, two-point MR is belt and one wristlet etc.

The aim of this study was to explore Spanish mental health nurses' experiences of using MR. Despite its widespread use in Spain, little is known about Spanish MHNs' experiences of using MR. Research covered in the introduction indicates that MHNs' experiences of using MR is mixed; however, little is known about MHNs' experiences in a Spanish context. This research hopes to contribute to the body of knowledge in this area.

2 | METHODS

2.1 | Study design

This study used a qualitative descriptive design which offers the opportunity to gather rich descriptions about a phenomenon of which little may be known, while providing a vehicle for the voices of those experiencing the phenomena of interest (Bradshaw et al., 2017). The Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR) (O'Brien et al., 2014), a 21-item checklist for reporting qualitative research, was used when writing up this study.

2.2 | Participants and recruitment

This research was undertaken at a 24-bed acute psychiatric admission ward. The decision to carry out the study in one hospital site was made because in Spain there is no national legislation regulating the use of MR, and thus, each hospital centre establishes its own protocol for MR use. A purposive sampling method was used, as participants were required to have direct experience of using MR in practice which ensured they had experiential insights regarding the use of MR and its outcome. To reduce recall bias, participants had to have been involved in MR in the preceding 3 months. Participant recruitment was performed via posters advertising the research which were placed in the inpatient unit. Interested participants were self-selected by contacting the first author directly to arrange an interview. The sample size was decided when a point of data saturation was achieved, and no new information was obtained.

Feeling comfortable that a theoretical category has been saturated involves recognition that the data collected is sufficient to create an intended product (Sandelowski, 1995).

2.3 | Research ethics

Permission to access services was granted by the Hospital management. This research was conducted between June and August 2019. The study obtained approval from the Ethics Committee of the institution (Reg. HCB/2020/0029). Written, informed consent was obtained from participants who signed a consent form which included permission to audio-record the interviews. Recalling the use of MR may be traumatizing for participants and they were informed that if they felt distressed the interview would be paused and they would be given a break as needed. If the participant was unable to continue, the interview would be terminated, and the person would be informed of available local support services.

2.4 | Data collection

Semi-structured interviews were conducted in Spanish and took place in a private room at the hospital.

2.5 | Interview schedule

A detailed literature review was conducted to support the drafting of the questions used in the interview schedule, see Table 1. This consisted of 12 open questions and prompts designed to engage participants in conversation.

2.6 | Inclusion criteria

Participants were required to be qualified MHNs who had practical experience of using MR. In Spain, nurse training differs from the UK, as nurses qualify as general nurses and then opt to specialize post-registration, which, for mental health is a 2-year course which grants nurses with the title of: "Nurse Specialist in Mental Health", equivalent to a qualified MHN in the UK and Ireland. Student nurses, other healthcare professionals and healthcare assistants were excluded from the study.

2.7 | Data analysis

Following each interview, audio recordings were transcribed verbatim in Spanish by first Author. Transcripts were then translated into English by Author 4 (who speaks and reads Spanish), assisted by online translation software. The initial stage involved both authors discussing the transcripts to increase the accuracy of the literal translation

TABLE 1 Spanish MHNs' experiences of mechanical restraint interview schedule

Study interview schedule	
Q1	Can you explain to me the circumstances behind your last experience of MR – why was it used?
Q2	On reflection is there anything that you think could have been done better to prevent use of MR?
Q3	Do you think it is possible to work in your area without using MR?
Q4	What do you think needs to happen in order to stop the use of MR?
Q5	How do you feel following the use of MR?
Q6	Is there a policy for MR in the hospital/Are you familiar with the MR policy of the hospital?
Q7	Is there anything you would change in the MR policy?
Q8	What type of support is there for nurses following the use of MR?
Q9	Have you got any ideas of what can be done to support nurses following the use of MR?
Q10	How do you think the patient feels when MR is used?
Q11	How are patients supported following the use of MR?
Q12	In your experience how does the use of MR affect the therapeutic relationship with the patient?

before contextualizing this with interpretation into a mental health context, e.g., "Contención Mecánica" in Spanish translates into English as Mechanical Containment, which was interpreted as Mechanical Restraint. Discussions around translation also involved teasing out meanings, especially of colloquialisms, e.g., *fatal* in Spanish can be translated as deadly, lethal or dire. In English, it means deadly. In the context of this study, we have interpreted it as "dire", to indicate an emotional state. Once the translation was completed, transcripts were reviewed independently by each author which involved reading and re-reading them to get an overall view of participant experiences.

Following translation, both authors analysed the interviews using the thematic analysis framework of Braun and Clarke (2006). This was an iterative process related to Spanish MHNs' experiences of using MR; therefore, recurring keywords and phrases were identified and changed to block capitals. The patterns that emerged were refined into main themes which were discussed at length to ensure coherent translation was agreed. Each theme was supported with appropriate verbatim quotes from participants that were representative across interviews. This ensured our description was grounded in the transcript data (Mullen et al., 2020). Consensus in the analysis was reached through a combination of in-depth discussions facilitated via video conferencing between researchers. This largely involved refining and clarifying themes by translation and the use of a thesaurus to capture more accurate synonyms. For example, one participant stated "...me quedó mal cuerpo..." which translates into English as "I had a bad body", which is interpreted as somatic feelings of guilt and bad conscience at participating in a MR, which contributed to the theme of Moral Injury.

2.8 | Rigour

Lincoln and Guba's (1985) criteria for establishing trustworthiness in qualitative research—credibility, dependability, confirmability and transferability—were employed to enhance rigour in this study. A process of member checking was used to enhance

credibility, where individual transcripts and the final analysis of themes, in Spanish language, was returned to participants for their feedback. This helped to determine agreement with the researchers' interpretation of their experiences and offered an opportunity for additional commentary. This is considered by Lincoln and Guba (1985) to be a crucial aspect of ensuring credibility. An audit trail was established where details of dates, times, location, informed consent and length of interview recording help to enhance confirmability, while the inclusion of direct quotes (although translated) can help enhance dependability. Finally, the detailed outline of methods, sample size and recruitment, data collection and analysis can help enhance the transferability of the findings to situations similar to those in the study.

3 | RESULTS

Ten MHNs with experience of MR were interviewed. Table 2 illustrates the sample profile. The mean length of interview was 72 min. Demographic information such as age, gender, qualification, length of qualified status were also recorded.

Most participants were female ($n = 8$, 80%). Sample age range was between 23 and 41 years, with a mean age of 29.2 years. All participants were MHNs. Most were qualified for 5 years or under ($n = 8$, 80%), with the longest qualified being 20 years. All had been involved in MR in the 3 months prior to the interview.

Three main themes were generated through the process of thematic analysis of interview transcripts, and these were entitled: symmetrical trauma, moral injury and broken trust.

3.1 | Theme 1: Symmetrical trauma

Participants were asked how they felt following their use of MR, and also, how they thought the SU felt undergoing MR. Participating in MR and witnessing the effects of MR was principally a negative

Participant	Gender	Age	Years qualified	Work area	Qualification
1	F	29	2	AMH	MHN
2	F	31	5	AMH	MHN
3	M	32	8	AMH	MHN
4	M	31	2	AMH	MHN
5	F	25	4	AMH	MHN
6	F	41	20	AMH	MHN
7	F	25	4	AMH	MHN
8	F	28	4	AMH	MHN
9	F	23	2	AMH	MHN
10	F	27	2	AMH	MHN

Abbreviation: AMH, acute mental health.

TABLE 2 Sample characteristics

experience for many participants and provoked personal upset and emotional distress,

Dire. I feel very bad...it is one of the things, well I think the most unpleasant thing, in this job... Impotence. I feel frustrated

(P1).

There was also an element of professional reproach charged with negative emotional sentiment,

...I feel bad, bad as a person and as a professional because it is not pleasant

(P5).

When participants spoke about how they thought the SU felt following the use of MR, their responses resonated with their own experiences. Objectively, the participants also perceived that the SU's experience was also negative and distressing.

I think they must feel bad, they are limiting their movement, they cannot defend themselves, they cannot do anything and they would feel powerless and defenceless

(P4).

...during the MR, dire. The feeling of being caught and not being able to move I don't know what it is like, but it can't be pleasant...

(P9).

The theme of symmetrical trauma refers to the similarities noted in participants' own subjective experiences following their participation in MR and their objective perception of witnessing how SUs felt undergoing it. When keywords and phrases making up the theme are compared,

TABLE 3 A scale of prejudicial effects due to MR

How participant felt following MR	Scale	How participants' thought SUs felt following MR
Bad	1	Bad
Impotent	2	Impotent
Helpless	3	Helpless
Dire	4	Dire
Trauma (moral injury)	5	Trauma (emotional, physical)

their symmetry can be illustrated with a scale of prejudicial effects, see Table 3.

Therefore, we suggest that not only does MR use have detrimental consequences for both service users and nurses, but there is also a symmetry to these. Further analysis of the negative experiences of study participants led to the formulation of our second theme entitled "Moral Injury."

3.2 | Moral injury

Being involved in the use of MR coupled with witnessing its effects on SUs during and after the intervention had a profound impact on the way participants viewed themselves following MR use. We characterize our second theme as a Moral Injury (MI) which refers to the professional, ethical, and personal or emotional harm experienced by participants following their involvement in MR. The negative experiences encountered and endured by participants are associated with an intervention that runs against their ethical beliefs as nurses, and moral values as people.

...[MR] is a violent act and you are applying violence in your work when I consider myself a peaceful person, in my life I try to ward off violence as much as I can, this ethical dilemma is in my work every day

(P10).

The effects of the moral injury endured outside of work and is characterized by participants "taking work home" with them.

... when it touches you gradually take cases to your home, in the end you still resent and say I am not physically tired, but I am emotionally, it's making a dent

(P1).

An aspect of moral injury is feelings of guilt that participants held onto.

... it is true that I had a bad body*, also, I do not know, I was like that, bad body, discomfort to see it ...

(P9) (*see data analysis section).

To insulate themselves from moral injury some participants used counter-therapeutic desensitization strategies to avoid empathizing with the SU in order to perform the intervention.

... you do what you have to do and it's over, you desensitize to this kind of thing... I have been desensitizing myself, although there are certain MRs that continue to affect me as much as at the beginning

(P9).

Involvement in MR left participants with residual feelings of doubt.

...at the beginning I felt bad for a few days, wondering whether I had done everything right, if I could have done something else to avoid it

(P10).

For participants, it appears that MR was a safe way for them to act in respect to protecting others. However, the requirement to protect others and the SU themselves came at a cost to participants, as they felt using MR may not have been the moral way for them to act. The experience of Moral Injury stemming from involvement in MR not only remained with participants in a personal sense but also impacted on the caring aspect of their MHN role.

3.3 | Theme 3: Broken trust

Our final theme is broken trust. The therapeutic nurse–patient relationship (TNPR) is a core aspect of mental health nursing and participants felt that MR jeopardized this, especially the trust element.

The patient loses the confidence that he had in you, it is a very aggressive measure, you are taking away a

right that he has, at that moment I think that it [trust] is completely broken

(P3).

Participants also recognized the distinct possibility that using MR can jeopardize the future TNPR.

I think that the alliance that the patient has with you isn't going to be the same... The patient no longer has so much confidence in you, loses confidence, doesn't tell you everything he thinks

(P4).

The therapeutic alliance requires collaboration and partnership which is at odds with the paternalism of MR. The weakening of this alliance due to MR use was also a concern.

... it is negative, it is something that distances the patient from the health personnel...containment [MR] will never strengthen the therapeutic bond,

(P2).

Threats to the TNPR have been identified by other authors, e.g., McKenna et al. (2017). Therefore, it must be recognized within the profession that this threat will likely remain as long as SUs and MHNs are exposed to this particular practice.

4 | DISCUSSION

This study explored Spanish MHNs' experiences of using MR. Our findings show that MR use was a traumatic experience for participants, affecting them both emotionally and professionally. This is a common finding in the literature where Sequeira and Halstead (2004) report that nursing staff experienced a range of emotional responses including anxiety, anger, distress and crying in the use of restraint procedures, while Power et al. (2020) found that MHNs felt distressed and even traumatized following use of RIs. Similarly, in research into physical and mechanical restraint in Brazilian psychiatric units, Vedana et al. (2018) reported that nurses considered restraint to be distressing, finding it unpleasant, challenging, stressful and associated with dilemmas and conflicts such as imposing limits to autonomy.

Despite nurses reporting negative experiences with MR, it continues to have a place in mental health services due to a lack of accessible alternatives, unfavourable physical environment, fear, problematic interpersonal relationships and lack of time to spend with patients (Muir-Cochrane et al., 2018; Price et al., 2018; Wilson et al., 2017). Bigwood and Crowe (2008) found the main source of conflict in physical restraint related to the imperative to maintain control and the professional values of the therapeutic relationship. Apparently RIs, such as MR, have become normalized in

mental health nursing practice for the management of violence and aggression.

Although conducted over 20 years ago, Johnson (1998) found SUs negative experiences of restraint with devices included fear, powerlessness and helplessness. More recently, emotional states ranging from anger, fear, humiliation, powerlessness, distress (Strout, 2010), helplessness (Steinert et al., 2013), rejection and loss of autonomy (Ling et al., 2015) and trauma (Lanthén et al., 2015) have been reported, which resonate with the objective experiences of participants in this study. In a more recent Spanish context, research by Guzman-Parra et al. (2019) noted high levels of stress and coercion in SUs subjected to MR.

Bonner et al. (2002) found subjective experiences of MHNs mirror feelings expressed by patients such as anger, distress and frustration. Jacob et al. (2019) found that the emotional reaction of nurses to MR was similar to that of patients, noting a tension between how nurses feel about the practice and what they must do as professionals. Our findings echo research in this area which has consistently found experiences of MR to be predominantly negative for both MHNs and SUs. While the trauma of SUs can only be expressed by those who have been restrained (Lanthén et al., 2015), participant responses were objective validations of existing research, reflecting the subjective experiences found in research on SUs experiences of MR, such as Wynn (2004), who found that being immobilized made several patients in their study feel helpless and vulnerable, while Chien et al. (2005) also report negative experiences such as powerlessness, helplessness, anxiety and fear.

Therefore, we characterize the symmetry of the trauma recounted by participants in our research as a scale of prejudicial effects because of the perception that MR is detrimental and harmful to both nurses and SUs. While trauma was the apex experience, we have differentiated between what participants experienced as a professional impact (moral injury) and what they witnessed SUs experience (psychological). Nurses are engaged in a moral endeavour, and therefore, confront challenges in making the right decision and taking the right action (Corley, 2002). Codes of practice for nurses are ethical guidelines designed to ensure they work in ways that "do good" and minimize harm. In the context of this study, we found that MR use runs counter to participants' ethical beliefs or moral values. This has resulted in professional and personal conflict which we characterize as a moral injury.

Moral injury (MI) is a "harm" that has been done to a person's sense of personal values or beliefs. It is an existential rather than a religious concept (Yan, 2016) and includes factors such as perpetrating or witnessing acts that transgress deeply held moral beliefs and expectations, which might give rise to long-term emotional or psychological harm (Litz et al., 2009). Although used predominantly in a military context, its use has been integrated into nursing in the concept of Moral Distress—the perception of moral wrong doing because the drive to do good is constrained by institutional obstacles (Jameton, 1984). RIs are often couched in language of "necessary evil" or "last resort" intervention

(Pérez-Toribio et al., 2022; Power et al., 2020; Wilson et al., 2017). Synonyms of evil include wicked, malevolent, and immoral and are not adjectives one would accord to nursing or notions of care. However, they align with the negative experiences that participants felt following MR use.

Nurses participate in ethical decision-making and are frequently required to make moral choices (Chaloner, 2007). Our findings suggest that having to employ an intervention described as a "necessary evil" contributes to conflict between professional nursing and personal beliefs and values causing a moral injury. MR is a mandated intervention and therefore not illegal to use. However, it is harmful, and participants took no succour in its legitimacy. McKeown et al. (2020) suggest that rationalizing restraint as a last resort intervention vindicates staff actions. Yet, participants in this research did not feel vindicated as vindication requires freedom from guilt. Instead, they carried their guilt and it impacted on their personal and professional lives. Overall, participants believed MR was the safe thing to do, yet they did not feel it was right.

The moral agency of MHNs' may be diminished with exposure to MR because they see it as less dignified and less acceptable than other forms of restrictive practice (Gerace & Muir-Cochrane, 2019) which does not align with nursing theories of caring (Allen et al., 2019). Consequently, moral injury compelled participants to use counter-coping strategies such as desensitization in order to participate in MR, which has been noted elsewhere (Moran et al., 2009). Sequeira and Halstead (2004) also report staff feeling "hardened" following restraint and resorted to defences such as inhibiting emotional distress by "switching off" when undertaking restraint. In order to participate in MR, participants may see it as a task-oriented activity to mitigate the harm that it causes to them.

Involvement in MR also impacted on the Therapeutic Nurse Patient Relationship (TNPR), especially the trust element. Moreno-Poyato et al. (2017) suggest that the TNPR is one of the most important tools at a nurses' disposal. Built on trust the TNPR has been found by SUs to be important in providing positive caring environments and this was enhanced with the absence of coercion (Gilbert et al., 2008). Scanlon (2006) found that MHNs place a huge emphasis on the development of trust with SUs; however, participants in this study recognized that MR constituted a threat to the TNPR, especially the trust element.

Trust is a dynamic quality as it can be built, lost, sustained or re-established. In this sense, trust is a relational phenomenon that is vital for an effective nurse-patient relationship (Dinc & Gastmans, 2013) and when restraint is used, trust becomes a common casualty of the TNPR (Wilson et al., 2017; Wynn, 2004). Broken trust echoes findings from other studies (Brophy et al., 2016; Jacob et al., 2019; Ling et al., 2015). Tingleff et al. (2019) found that MR increased mistrust as SUs spoke of avoiding staff and following rules in order to prevent further conflicts. Yet, in a ward environment MHNs need to develop TNPRs with a number of SUs at the same time. This can be difficult to achieve if MR is required to manage a SU who is presenting as a high violence risk to another SU. Something has to give, and

this leaves MHNs in a Catch 22—in order to maintain a TNPR they need to use an intervention that breaks the TNPR.

For participants, the consequences of broken trust include a rupture in the therapeutic alliance and a loss of confidence in nurses where SUs may not confide issues to staff. One way of re-establishing trust would be post-restraint debriefings which Krieger et al. (2021) found relatively easy to implement on acute wards for staff, enabling them to reflect on their own attitudes and emotions. As MR produces shared negative experiences, involving service users in co-producing a post-mechanical restraint debriefing framework would be a way of rebuilding trust and promoting a shared understanding aimed at reducing and eliminating MR use.

5 | WHAT THE STUDY ADDS TO EXISTING EVIDENCE

Negative experiences associated with MR use are often reported in a somewhat dichotomous way, i.e., how it affects nurses (Vedana et al., 2018) or how it affects service users (Lanthén et al., 2015). However, to perceive how someone else may feel requires empathy, which Gerace et al. (2018) suggest is important in resolving nurse/consumer conflict situations. Yet, a perceived lack of empathy and consideration has been reported by service users subjected to MR (Chien et al., 2005). The present study found a symmetry in the subjective negative experiences of nurses who used MR and their objective perceptions of the service users' experience. We synthesized these negative experiences into a scale of negative effects, which illustrates the traumatic consequences for nurses, in the form of moral injury and service users as emotional and physical harm. Such a synthesis has not been undertaken to the best of our knowledge.

While participants demonstrated empathy by being able to recognize how service users felt, their inability to provide an alternative to MR provoked a moral injury, which sets this work apart from similar research. For example, participants in Muir-Cochrane et al.'s (2015) study expressed an overall positive view regarding the use of these measures because they believed they had no better alternatives. Participants in this study gave examples of evading moral injury by avoiding empathy and desensitizing themselves to MR use. These strategies are the antithesis of mental health nursing and require further investigation.

6 | STUDY LIMITATIONS

The authors acknowledge several study limitations. The views of a purposive sample of MHNs may not be representative of the wider population of MHNs from which the sample is drawn. A recall bias cannot be discounted where participants may not accurately recall their experiences. Mechanical restraint is a highly controversial practice, and therefore, a social (or professional) desirability bias must also be considered, where participants may present a

more positive aspect of their attitudes or beliefs, especially as the interviewer worked in the area. Professional translation may have maximized data quality; however, there were no resources available to fund this. Another study limitation is that triangulation only occurred when the transcribed interviews were shown to the nurses to validate the content.

7 | CONCLUSION

Participants' experiences of using MR are overall negative. These research findings indicate that Spanish MHNs' experiences of MR mirror those of similar international research. In this study, participant experiences were symmetrical to those of SUs, in terms of negative feelings identified. Participants' moral "wellbeing" appeared to suffer following the use of MR and the trust aspect of the TNPR was also negatively affected. While participants displayed empathy in considering how SUs might feel when MR is used, this can only ever be an assumption. Therefore, exploring SU (and family/carer) experiences of MR would add to our understanding of this controversial intervention.

8 | IMPLICATIONS FOR PRACTICE

Our findings demonstrate that nurses' experiences of using MR were predominantly negative. Nurses also considered the experiences of service users to be negative, therefore recognizing that this shared experience could be a factor worth noting for exploring avenues for reduction of MR. Perceptions that empathy and trust were damaged by the use of mechanical restraint may be restored through constructive dialogue in post-mechanical restraint debriefing. Involving service users in the co-production of a debriefing framework could be a cathartic factor in promoting a more empathetic approach to managing distress.

9 | RELEVANCE STATEMENT

Mental health nurses use restrictive interventions more than any other mental health professional group and are therefore disproportionately exposed to the negative outcomes of their use. We explored mental health nurses' experiences of using mechanical restraint and found these to be professionally and personally traumatic, resulting in moral injury and damaged trust relationships with the service user. However, some of the traumas resemble those of service users noted in the literature and this shared experience could be a catalyst for creating a shared understanding of how interventions such as mechanical restraint can be reduced and eventually eliminated.

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Alonso Pérez-Toribio contributed to the design of the work, data collection, transcription of data, translation of data, drafting and

commenting on revisions and final approval of version to be published. Antonio R. Moreno-Poyato and Juan F. Roldán-Merino comment on revisions and final approval of version to be published. Michael Nash contributed to the conception and design of the work, analysis and interpretation of data, translation of data and drafting revisions.




FUNDING INFORMATION

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

DATA AVAILABILITY STATEMENT

Data available on request due to privacy/ethical restrictions

ORCID

Alonso Pérez-Toribio  <https://orcid.org/0000-0002-8962-974X>
 Antonio R. Moreno-Poyato  <https://orcid.org/0000-0002-5700-4315>
 Juan F. Roldán-Merino  <https://orcid.org/0000-0002-7895-6083>
 Michael Nash  <https://orcid.org/0000-0002-7623-2997>

REFERENCES

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129–144.
- Allen, D. E., Fetzer, S. J., & Cummings, K. S. (2019). Decreasing duration of mechanical restraint episodes by increasing registered nurse assessment and surveillance in an Acute Psychiatric Hospital. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(3), 245–249.
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). It's part of the job, but it spoils the job: A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215–222.
- Boletín Oficial Del Estado, (2022). 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 (pp. 18260–18279).
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465–473.
- Bradshaw, C., Atkinson, S., & Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global Qualitative Nursing Research*, 4, 1–8.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2016). Consumers and carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 6.
- Chaloner, C. (2007). An introduction to ethics in nursing. *Nursing Standard*, 21(32), 42–46.
- Chien, W. T., Chan, C. W., Lam, L. W., & Kam, C. W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80–86.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nurse Ethics*, 9(6), 636–650.
- Department of Health and Social Care (2019). Reducing the need for restraint and restrictive intervention. Department of Health and Social Care. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/812435/reducing-the-need-for-restraint-and-restrictive-intervention.pdf
- Dinc, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20, 501–516.
- Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 209–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Gerace, A., Oster, C., O'Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 92–105. <https://doi.org/10.1111/inm.12298>
- Gilbert, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8, 92.
- Guzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Garcia-Sanchez, J. A., Garcia-Spinola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 448–456. <https://doi.org/10.1111/inm.12546>
- Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D., Comeau, P., & Macphee, C. (2019). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 26(4), 1009–1026.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice Hall.
- Johnson, M. E. (1998). Being restrained: A study of power and powerlessness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19(3), 191–206.
- Korkkela, H., Koivisto, A. M., Paavilainen, E., & Kylvä, J. (2016). Psychiatric nurses' emotional and ethical experiences regarding seclusion and restraint. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(7), 464–475. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1163626>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149–162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485.
- Lanthen, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric patients' experiences with mechanical restraints: An interview study. *Psychiatry Journal*, 2015, 748392. <https://doi.org/10.1155/2015/748392>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications Inc.
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(9), 386–392.
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war Veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706.
- McKenna, B., McEvedy, S., Maguire, T., Ryan, J., & Furness, T. (2017). Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: A state-wide retrospective cohort study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 491–499.
- McKeown, M., Thomson, G., Scholes, A., Edgar, 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.
- Mental Health Commission. (2020). *The use of restrictive practices in approved centres activities report 2019: Seclusion, mechanical restraint and physical restraint*. Mental Health Commission.
- Mental Health Commission Ireland. (2009). *Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint* (p. 2009). Mental Health Commission Ireland.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulienė, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: A distressing treatment option? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(7), 599–605. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01419.x>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, T., & Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: Study protocol. *BMC Nursing*, 16, 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8>
- Muir-Cochrane, E., O’Kane, D., & O’ster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses’ accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1511–1521. <https://doi.org/10.1111/inm.12451>
- Muir-Cochrane, E. C., Baird, J., & McCann, T. V. (2015). Nurses’ experiences of restraint and seclusion use in short-stay acute old age psychiatry inpatient units: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 109–115. <https://doi.org/10.1111/jpm.12189>
- Mullen, A., Harman, K., Flanagan, K., O’Brien, B., & Isabel, S. (2020). Involving mental health consumers in nursing handover: A qualitative study of nursing views of the practice and its implementation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1157–1167.
- Nash, M., Noone, I., McDonagh, C., Culhane, A., & Higgins, A. (2018). Rapid tranquilisation: An audit of Irish mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), 1449–1458.
- O’Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1245–1251.
- Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses’ use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: A retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), 339–347. <https://doi.org/10.1111/inm.12961>
- Power, T., Baker, A., & Jackson, D. (2020). ‘Only ever as a last resort’: Mental health nurses’ experiences of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 674–684.
- Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L., & Lovell, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 74(3), 614–625. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>
- Sandelowski, M. (1995). Focus on qualitative methods - sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18, 179–183.
- Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses’ perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: A grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–329.
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: ‘When I go home, it’s then that I think about it’. *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1108/14636646200400002>
- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: One-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012–1017.
- Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416–427.
- Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., & Gildberg, F. A. (2019). Forensic psychiatric patients’ perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 468–479.
- Vedana, K. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A., Giacom, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367–372.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a ‘necessary evil’ in mental health care? Mental health inpatients’ and staff members’ experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 500–512. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients’ experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(1), 124–144.
- Yan, G. W. (2016). The invisible wound: Moral injury and its impact on the health of operation enduring freedom/operation Iraqi freedom veterans. *Military Medicine*, 181(5), 451–458.

How to cite this article: Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Roldán-Merino, J. F., & Nash, M. (2022). Spanish mental health nurses’ experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29, 688–697. <https://doi.org/10.1111/jpm.12860>








Resultados relacionados con el objetivo específico 2

ARTÍCULO 2: Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study

Título	Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study
Autores	Pérez-Toribio A., Moreno-Poyato AR., Lluch-Canut T., Molina Martínez L., Bastidas Salvadó A., Puig-Llobet M., Roldán-Merino JF.
Referencia	Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. <i>International journal of mental health nursing</i> , 31(2), 339–347.
Revista	International Journal of Mental Health Nursing
Palabras clave	inpatient, mechanical restraint, mental health, nurse intervention, verbal de-escalation.
Factor de impacto	5.6
Categoría	2 / 125Nursing SCI
Cuartil	Q1
doi	10.1111/inm.12961

ORIGINAL ARTICLE

Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study

Alonso Pérez-Toribio,¹  Antonio R. Moreno-Poyato,²  Teresa Lluch-Canut,² 
Laura Molina-Martínez,³  Anna Bastidas-Salvadó,⁴  Montserrat Puig-Llobet,²  and
Juan F. Roldán-Merino⁵ 

¹Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet, Servei d'Atenció Primària Dada de Llobregat / Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, ²Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, ³Programa Atenció Domiciliaria Intensiva (PADI), Associació d'Higiene Mental Nou Barris, ⁴Coordinador Acute Unit Psychiatry, Hospital Clínic de Barcelona, and ⁵Campus Docent Sant Joan de Déu Fundació Privada, School of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain

ABSTRACT: Although the use of verbal de-escalation in nursing has been shown to be an effective tool for controlling agitation and avoiding mechanical restraint, there is scarce evidence supporting the use of de-escalation by nurses and factors related to the patients who ultimately receive mechanical restraint. This retrospective study sought to examine the relationship between the use of verbal de-escalation by nurses and the clinical profile of patients who had received mechanical restraint at an acute mental health unit. This study analysed the records of patients who had received mechanical restraint between the years 2012 and 2019. A bivariate analysis was initially performed, followed by multiple logistic regression analysis. A total of 493 episodes of restraint were recorded. Of these, in almost 40% of cases, no prior use of verbal de-escalation was noted. The factors associated with the use of verbal de-escalation by nurses were patients with a history of restraint episodes and patients who previously had been administered medication. Furthermore, episodes of mechanical restraint that occurred later during the admission were also associated with the use of de-escalation. These findings confirm the relevance of early nurse interventions. Consequently, it is important to establish an adequate therapeutic relationship from

Correspondence: Antonio R. Moreno-Poyato, Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona Campus Bellvitge, Pavelló de Govern, 3d floor, office 305 C Festa Llargu, s/n. 08907-L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain. Email: amorenopoyato@ub.edu

Authorship statement: APT, ARMP, TLL, MP, and JRM contributed to substantial contributions to the conception or design of the work; or the acquisition, analysis, or interpretation of data for the work. APT, ARMP, and JRM contributed the main part of the data analysis. APT, ARMP, TLL, JRM, MGC, and LMM helped in drafting the work or revising it critically for important intellectual content. APT, ARMP, TLL, MP, and JRM helped contributed to final approval of the version to be published. Agreement to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved by APT. All authors have approved the final manuscript.

Declaration of conflict of interest: None.

The study obtained approval from the Ethics Committee of the institution (Reg. HCB/2019/0012).

Alonso Pérez-Toribio, RN, MSc.
Antonio R. Moreno-Poyato, RN, MSc, MHN, PhD.
Teresa Lluch-Canut, RN, MHN, PhD.
Laura Molina-Martínez, RN, MHN.
Anna Bastidas-Salvadó, RN, MHN.
Montserrat Puig-Llobet, RN, MHN, PhD.
Juan F. Roldán-Merino, RN, MSc, MHN, PhD.

Accepted November 14 2021.

© 2021 The Authors. *International Journal of Mental Health Nursing* published by John Wiley & Sons Australia, Ltd.
This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

the start of hospitalization to facilitate getting to know the patient and to enable the timely use of verbal de-escalation, thus avoiding the use of mechanical restraint.

KEY WORDS: *inpatient, mechanical restraint, mental health, nurse intervention, verbal de-escalation.*

INTRODUCTION

The scientific literature repeatedly points to the need to find alternatives to the use of restraints in mental health hospital settings because of the negative impact on both patients and nurses (Aguilera-Serrano *et al.* 2018; Jury *et al.* 2019; McKeown *et al.* 2019; Thomann *et al.* 2021). Numerous studies report negative experiences related to these practices and provide the scientific community with alternatives to the use of these measures (Fernández-Costa *et al.* 2020; Guzman-Parra *et al.* 2020). Thus, verbal de-escalation has been highlighted as the main strategy for the control of pre-agitation states due to its high patient acceptance and its positive impact on the feelings of health professionals, patients, and health institutions (Kuivalainen *et al.* 2017; Price *et al.* 2018). In addition, risks arising from other interventions that may require the use of force are minimized (Jury *et al.* 2019) which facilitates the establishment of a good therapeutic relationship (Garriga *et al.* 2016).

Background

Mechanical restraint is a common restraint measure currently permitted for use in mental health. It is defined as an intentional limitation of the patient to control their freedom of movement as part of a treatment. It can affect a part of the body or the whole (Mahmoud 2017; Vedana *et al.* 2018). Thus, mechanical restraint is an intervention used to limit a patient's movements to prevent destructive behaviours and preserve the safety and integrity of the patient and others (Mahmoud 2017; Vedana *et al.* 2018; Wilson *et al.* 2018). It is important to distinguish mechanical restraint from physical restraint; the latter is defined as the immobilization of a patient by bodily force by holding the person on the floor or on a bed, with the help of several people (Lepping *et al.* 2016; Steinert & Lepping 2009). Typically in inpatient units, the profile of patients includes those with diagnoses of schizophrenia or psychosis, bipolar disorder, personality disorder, substance abuse, and risk of violence (Garriga *et al.* 2016).

The use of mechanical restraint has been shown to be a traumatic experience for patients and nurses and may present an ethical dilemma for staff, while encouraging regressive behaviour and patient dependence on institutions (Di Lorenzo *et al.* 2014). Both patients and staff verbalize feelings of distress, fear, anger, anxiety, and frustration (Kinner *et al.* 2017; Wilson *et al.* 2017). In fact, many direct and indirect physical injuries, such as lung disease, lacerations, asphyxiation, and even sudden death, have been reported (Di Lorenzo *et al.* 2014; Kuivalainen *et al.* 2017). In addition, the use of mechanical restraint compromises the therapeutic relationship and the establishment of trust between nurses and patients experiencing these restrictive practices (McKeown *et al.* 2020).

In recent years, there has been a shift in international policy to reduce restrictive interventions (Cusack *et al.* 2018; McKenna 2016). Reduction towards the elimination of mechanical restraint is a constant orientation for mental health services (Al-Maraira & Haya-jneh 2019; McKeown *et al.* 2020). In fact, many European countries are aligned with the USA and Australia in the interest of creating a legal framework to tend to reduce or even eliminate the use of mechanical restraint in mental health units (McKeown *et al.* 2020; Pérez-Revuelta *et al.* 2021). Legislative changes and new regulations have started to emerge to prevent its use or restrict it to very extreme situations (Guzman-Parra *et al.* 2016). In Europe, mechanical restraint is not allowed in England, Wales, Scotland, Ireland, Netherlands, and Iceland. The case of Iceland is the most extreme, where no type of restraint measure is allowed for controlling the patient in case of violence or agitation (Steinert & Lepping 2009). In the UK, Australia, and New Zealand, work is underway on seclusion reduction guided by the 'Six core strategies for reducing seclusion and restraint use' (Jury *et al.* 2019). In the USA, various initiatives have been taken in many states to end the use of the most restrictive measures in mental health settings (Steinert *et al.* 2010). Despite support for the reduction and elimination of mechanical restraints, and evidence that a reduction in the use of restrictive practices does not

lead to an increase in assaults (Kuivalainen *et al.* 2017; McKenna *et al.* 2017; Muir-Cochrane *et al.* 2018), these practices continue to be used in mental health care (Bullock *et al.* 2014; Muir-Cochrane *et al.* 2018; Price *et al.* 2018). Restraint rates from four European countries with similar social and health structures are remarkably similar regarding patients affected by restraint. However, large differences exist concerning the type and length of coercive measures used (Leping *et al.* 2016).

In order to reduce or eliminate the use of mechanical restraint, nurses use interventions aimed at addressing the patient in a state of agitation such as environmental or spatial restraint, pharmacological restraint, and verbal restraint or de-escalation (Pérez-Revuelta *et al.* 2021). Of these, verbal de-escalation is the intervention that generates the most confidence, and thus it is considered the first psychomotor agitation control strategy (Hallett & Dickens 2017; Lavelle *et al.* 2016). De-escalation techniques consist of a variety of psychosocial techniques aimed at reducing violent and/or disruptive behaviour. They are intended to reduce/eliminate the risk of violence during the escalation phase, through the use of verbal and non-verbal communication skills (Lavelle *et al.* 2016; Price & Baker 2012). Verbal de-escalation techniques have the potential to decrease agitation and reduce the potential for associated violence, in the emergency setting (Richmond *et al.* 2012). Nurses use verbal de-escalation to help patients manage violent behaviour and redirect them to calm down without confrontation or provocation (Berring *et al.* 2016) and favour a better relationship between the staff and the patient, together with a solidification of the therapeutic alliance (Fernández-Costa *et al.* 2020; Mavandadi *et al.* 2016). Numerous studies have demonstrated the benefits of managing violent situations or agitated patients by means of verbal de-escalation techniques (Berring *et al.* 2016; Cusack *et al.* 2016; Fernández-Costa *et al.* 2020; Garriga *et al.* 2016; Hallett & Dickens 2015, 2017; Jury *et al.* 2019; Kuivalainen *et al.* 2017; Lavelle *et al.* 2016; Mavandadi *et al.* 2016; McKeown *et al.* 2019; Price *et al.* 2015, 2018; Richmond *et al.* 2012). In addition to the reduced intervention time, other authors have described the following benefits: (i) avoiding violence and preventing harm without having to resort to mechanical restraint or isolation (Fernández-Costa *et al.* 2020; Jury *et al.* 2019), (ii) verbal de-escalation helps nurses develop better relationships with their patients (Garriga *et al.* 2016), increasing self-esteem, and job satisfaction (Cowan *et al.* 2004; De Berardis

et al. 2020; Price *et al.* 2018), (iii) verbal de-escalation is less time-consuming than the process of mechanical restraint and involuntary medication (Richmond *et al.* 2012).

Although the most common characteristics of patients who require mechanical restraint have been extensively studied (Bowers *et al.* 2015; Bullock *et al.* 2014; Cusack *et al.* 2016; Hotzy *et al.* 2018; Keski-Valkama *et al.* 2010; Knutzen *et al.* 2013; McKenna *et al.* 2017; McLaughlin *et al.* 2016) and there are known effective alternatives for the management of agitation such as verbal de-escalation (Garriga *et al.* 2016; Hallett & Dickens 2017) to avoid the use of mechanical restraint (Gaynes *et al.* 2017; Hallett & Dickens 2017; Price *et al.* 2015; Richmond *et al.* 2012), no studies have been found that deepen the knowledge on the use of verbal de-escalation and the patients who have required the use of mechanical restraint. Examining this relationship could help deepen our knowledge regarding the factors that condition the use of de-escalation by nurses during clinical practice in mental health inpatient units and thus establish strategies for improvement to reduce or eliminate the use of mechanical restraint. The aim of this study was, therefore, to examine the relationship between the use of verbal de-escalation among nurses and the clinical profile of patients who ultimately receive mechanical restraint at an acute mental health unit.

METHODS

Design

To address the research aim, a retrospective cohort study was performed of patients who had required mechanical restraint.

Study setting and participants

The study was carried out at a mental health unit of a tertiary-level general hospital serving a total population of 540 000 inhabitants in the urban area of the city of Barcelona. The mental health unit is a closed facility for the care of patients in the acute phase of their mental illness. It has 24 beds distributed in 13 ensuite rooms (11 double and two single) and one isolation room. The unit is controlled by a video surveillance system, with exclusive viewing function, to ensure the safety of the users. The patient–nurse ratio for this unit is 8, with 12 in the night shift. The nurses are

accompanied by at least one auxiliary health personnel and one orderly in each work shift.

Data collection

Data were extracted from the unit's computerized medical records from 1 January 2012 to 31 December 2018. The following variables were extracted from patient chart records: sociodemographic factors including age (years) and sex (male/female), clinical factors including the number of days since admission when mechanical restraint took place, the diagnosis (schizophrenia/psychotic disorder, mania, personality disorder/substance use disorder, depression, and other) according to ICD-10, substance use (yes/no), date, time and reason for restraint (physical aggression against others/agitation, disorganization/restlessness, risk of self-injury, and other), previous mechanical restraint (yes/no), and pharmacological restraint (yes/no). The use of verbal de-escalation collected dichotomously (yes/no) was the dependent variable based on the admission case log where nurses noted whether this technique was performed in the attempt to manage cases of escalation of agitation.

Data analysis

The means and frequencies of all variables were calculated. Bivariate analyses were performed using χ^2 , Fisher's exact test, or Student's *t*-test to examine differences in clinical and sociodemographic variables with the use of verbal de-escalation. Subsequently, based on clinical experience and theoretical rationale, all sociodemographic and clinical variables associated with the use of de-escalation were simultaneously entered as covariates in a multivariate logistic regression. A confidence level of 95% was used. To perform the analysis, the SPSS 27 software was used (IBM, Chicago, IL).

ETHICAL CONSIDERATIONS

The study obtained approval from the Ethics Committee of the institution (Reg. HCB/20190012).

RESULTS

In total, 493 episodes of mechanical restraint were recorded, of which 59.8% of the cases were men. The mean age was 40.72 years ($SD = 17.3$), and the mean number of days from hospitalization until the episode occurred was 6.6 ($SD = 10.8$). The most

frequent diagnosis of the restrained subjects was schizophrenia or psychotic disorders, representing over 40% of the cases ($n = 198$). The most reported reason for restraint was physical aggression against others or agitation with 52.1% of the total ($n = 257$). In over 60% of the episodes recorded during the eight years of study ($n = 300$), the patient had required restraint on some other past occasion, and in 42.4% of the cases ($n = 209$), the patient had a history of substance abuse. Almost 80% of the cases ($n = 383$) had received pharmacological treatment prior to the episode for which mechanical immobilization was required (Table 1).

Table 1 shows the differences in the use of verbal de-escalation according to sociodemographic and clinical variables. Verbal de-escalation was not performed in over 40% of all mechanical restraint episodes ($n = 204$). The mean length of stay in the mechanical restraint episodes in which verbal de-escalation was not performed was almost four days shorter than those in which the intervention was performed ($t = 3.75$; $P < 0.0001$). While no differences were observed by age or gender, the diagnosis of patients who did not receive verbal de-escalation was significantly higher in those with schizophrenia or other psychotic disorders ($\chi^2 = 13.83$; $P = 0.007$). No differences in the use of de-escalation were found either in relation to the reason for restraint or to the existence of substance abuse. Conversely, those patients who had been previously restrained in the hospitalization unit studied ($\chi^2 = 18.79$; $P < 0.001$) and those who had been previously administered pharmacological treatment ($\chi^2 = 18.31$; $P < 0.001$) did have a significantly higher use of de-escalation.

To examine whether the use of verbal de-escalation could be explained by clinical and sociodemographic factors, a logistic regression model was constructed that adjusted for age, number of days of admission, sex, administration of premedication, substance abuse, previous restraint episode, four dummy variables for diagnosis, and reason for mechanical restraint with three dummy variables (Table 2).

In this case, the variables associated with the use of verbal de-escalation by nurses in episodes of mechanical restraint were early administration of medication (adjusted OR: 2.55, 95% CI: 1.59–4.06) and the patient having had a previous episode of mechanical restraint (adjusted OR: 2.04, 95% CI: 1.37–3.04). Also, a greater number of days of hospitalization at the time of the episode was associated with the use of de-escalation by the nurses (adjusted OR: 1.03, 95% CI: 1.01–1.06).

TABLE 1 Use of verbal de-escalation and characteristics of episodes that received mechanical restraint

Variable (n = 493)	N = 493 Mean (SD)	Verbal	Verbal	P value
		de-escalation YES n = 289 Mean (SD)	de-escalation NO n = 204 Mean (SD)	
Age	40.72 (17.28)	41.70 (16.6)	39.35 (18.1)	0.138
Number of days of admission	6.62 (10.79)	8.10 (11.2)	4.52 (9.7)	<0.0001
		n (%)	n (%)	P value
Gender				
Male	295 (59.8)	166 (56.3)	129 (43.7)	0.225
Female	198 (40.2)	123 (62.1)	75 (37.9)	
Diagnosis				
Schizophrenia/ psychotic disorder	198 (40.2)	98 (49.5)	100 (50.5)	0.007
Maniac Personality Disorder/ substance use Disorder	159 (32.3)	105 (66.0)	54 (34.0)	
Depressive Others	87 (17.6)	59 (67.8)	28 (32.2)	
Substance abuse				
Yes	17 (3.4)	10 (58.8)	7 (41.2)	
No	32 (6.5)	17 (53.1)	15 (46.9)	
Reason for MR				
Physical aggression against others/agitation	209 (42.4)	123 (58.9)	86 (41.1)	0.929
Disorganization	254 (57.6)	166 (58.6)	118 (41.5)	
Risk of self-harm				
Other	15 (3.7)	9 (50.0)	9 (50.0)	
Previous episode of MR				
Yes	300 (60.9)	199 (66.3)	101 (33.7)	<0.0001
No	192 (38.9)	89 (46.4)	103 (53.6)	
Pre-medication administration				
Yes	383 (77.7)	244 (63.7)	139 (36.3)	<0.0001
No	110 (22.3)	45 (40.9)	65 (59.1)	

Abbreviations: MR, mechanical restraint; SD, standard deviation.

DISCUSSION

This study aimed to examine the relationship between the previous use of verbal de-escalation by nurses and the clinical profile of patients who have received mechanical restraint in a mental health inpatient unit. In this regard, the main finding was that in over 40% of patients who had required the use of mechanical restraint during the study period, no previous verbal de-escalation attempts were used. In contrast, pharmacological restraint had been used as a tool to try to

avoid the use of mechanical restraint in over 80% of the cases. The failure to use verbal de-escalation in our results was very high; this finding could be explained in part by incomplete or inadequate nursing records in the patients' clinical notes, or records based more on the biomedical model than on nurse-patient interactions (Buus & Hamilton 2016; Myklebust *et al.* 2018). It could also be due to factors identified by patients in the teams, such as lack of staff reflection on the culture and practice of de-escalation or the need to assert dominance over patients (Price *et al.* 2018).

As in other studies, the profile of the patient who underwent mechanical restraint was higher in men than in women (Al-Maraira & Hayajneh 2019; Guzman-Parra *et al.* 2020; Knutzen *et al.* 2011; Lantta *et al.* 2016; Lavelle *et al.* 2016; Lykke *et al.* 2020) and the mean age was around 40 years old (Guzman-Parra *et al.* 2020; Jury *et al.* 2019; Lantta *et al.* 2016; Lykke *et al.* 2020). The median number of days from hospitalization to the episode that led to the use of mechanical restraint was around day six (Bullock *et al.* 2014), and physical aggression against others or agitation were the most reported reasons for restraint (Bullock *et al.* 2014; Guzman-Parra *et al.* 2020; Iozzino *et al.* 2015; Lykke *et al.* 2020). Furthermore, the most frequent diagnosis was schizophrenia (Guzman-Parra *et al.* 2020; Iozzino *et al.* 2015; Knutzen *et al.* 2013; McLaughlin *et al.* 2016).

In relation to the use of de-escalation, it should be noted that the results indicate that nurses used verbal de-escalation to a lesser extent in those patients who had not previously undergone mechanical restraint and who were not administered medication to prevent agitation. In fact, these patients were restrained earlier during their hospitalization period. This finding confirms that the risk of restraint is higher during the first days of admission (Pérez-Revuelta *et al.* 2021); consequently, this justifies how important it is to establish a good nurse-patient therapeutic relationship as early as possible and thus be able to perform verbal de-escalation in a timely manner in order to avoid mechanical restraint (Kuivalainen *et al.* 2017).

Likewise, the results indicate that nurses performed verbal de-escalation to a lesser extent in patients with schizophrenia or other psychotic disorders. In fact, it is widely known that patients with these diagnoses have a higher rate of agitation and restraint (Guzman-Parra *et al.* 2020; Knutzen *et al.* 2013; Lykke *et al.* 2020). However, this result is striking since, despite being a known fact, it is apparently not being considered for a closer monitoring of the possible prodromes of these

10.1111/inm.12444

TABLE 2 Unadjusted and adjusted associations (odds ratio) for the use of verbal de-escalation in mechanical restraint episodes (N = 493)

Variable	Use of verbal de-escalation versus non-use			
	Unadjusted OR (95% CI)	P-value	Adjusted OR (95% CI)	P-value
Age	1.01 (0.99–1.02)	0.138	1.02 (0.99–1.01)	0.730
Number of days of admission	1.04 (1.02–1.06)	<0.001	1.03 (1.01–1.06)	0.002
Gender (male)	0.78 (0.54–1.13)	0.196	0.81 (0.53–1.22)	0.308
Pre-medication administration (Yes)	2.53 (1.64–3.91)	<0.001	2.55 (1.59–4.06)	<0.001
Substance abuse (Yes)	0.98 (0.68–1.41)	0.929	1.02 (0.63–1.66)	0.917
Previous restraint episode (Yes)	2.25 (1.56–3.27)	<0.001	2.04 (1.37–3.04)	<0.001
Disorder_dummy (Schizophrenia/psychotic disorder)	0.53 (0.37–0.77)	<0.001	1.19 (0.52–2.70)	0.685
Disorder_dummy (Mania)	1.59 (1.07–2.34)	0.021	2.24 (0.96–5.22)	0.062
Disorder_dummy (Depressive)	1.00 (0.37–2.70)	0.986	1.45 (0.38–5.67)	0.577
Disorder_dummy (Personality Disorder/Substance Use Disorder)	1.61 (0.98–2.63)	0.056	2.54 (0.98–6.58)	0.054
Reason for restraint_dummy (physical aggression against others/agitation)	1.05 (0.73–1.50)	0.806	1.40 (0.51–3.90)	0.510
Reason for restraint_dummy (disorganization)	1.05 (0.73–1.52)	0.786	1.33 (0.46–3.83)	0.598
Reason for restraint_dummy (risk of self-harm)	0.81 (0.37–1.80)	0.612	1.12 (0.30–4.15)	0.870

Abbreviations: CI, confidence interval; OR, odds ratio.

Bold indicates statistically significant values.

patients. This would indicate that further professional and possibly environmental interventions are needed, as nurses may be influenced by aspects such as lack of experience or training, fear, and perceptions of lack of alternative methods for maintaining safety or unsuitable physical environments within the units (Brophy *et al.* 2016; Cusack *et al.* 2016; Muir-Cochrane *et al.* 2018; Wilson *et al.* 2017).

Furthermore, no differences were found in the use of de-escalation by the nurses in relation to the reason for restraint or the existence of substance abuse. However, those patients who had been previously restrained, either in the same admission or in previous ones, and those who had been administered pharmacological treatment when prodromes of verbal agitation were observed, showed a significantly greater use of de-escalation. This suggests that nurses have been able to identify some of the factors that are usually present in agitated patients and, therefore, treat the presenting symptoms with special emphasis to try to avoid the escalation of agitation (Guzman-Parra *et al.* 2020). The fact that these patients ultimately required the use of mechanical restraint affirms that verbal de-escalation is a useful technique in the early treatment of agitation symptoms (Fernández-Costa *et al.* 2020; Hallett & Dickens 2017; Kuivalainen *et al.* 2017; Price *et al.* 2015, 2018); however, this does not make it a surefire technique to deactivate agitation (Kuivalainen *et al.* 2017). This could also be due to the fact that not all nurses are knowledgeable on how and when to perform

verbal de-escalation and should be provided with assistance in developing and maintaining a good therapeutic relationship with the patient admitted to the mental health unit (Hartley *et al.* 2020). Knowledge of the most useful techniques, for example those defined as domains by previous authors (Richmond *et al.* 2012) and knowing when to apply them based on the agitation escalation cycle, will be a determining factor in the success of verbal de-escalation.

Limitations

This retrospective cohort study was conducted based on the analysis of nursing records collected from patients' medical histories; therefore, it is not possible to determine the extent to which the reported data reflect all prolonged use of verbal de-escalation in episodes ultimately requiring mechanical restraint intervention in the adult acute mental health unit of the hospital under study during the given time period. Following the line of all retrospective cohort studies, the research focused on the analysis of the collected variables, with the purpose of monitoring individual and contextual factors surrounding the use of these restrictive interventions. However, two of the main strengths of our study is that we have data from an eight-year period, and we have collected a large number of variables. This allows us to quite accurately describe and understand the context of the use of mechanical restraint in our setting over an extended period.

CONCLUSIONS

This study has identified the main factors associated with the use of verbal de-escalation by nurses in the case of patients who require the use of mechanical restraint in a mental health inpatient unit. The results indicate that almost half of the patients who undergo mechanical restraint do not benefit from the use of prior verbal de-escalation. In addition, verbal de-escalation is not normally used in those patients who are eventually contained and for whom there is no known history of the use of mechanical restraint and who are in their first days of admission.

RELEVANCE FOR CLINICAL PRACTICE

The results of this study can help nurses both identify individuals at risk of being mechanically restrained and facilitate the implementation of strategies to reduce the use of mechanical restraint, such as verbal de-escalation. The findings of this study point to the importance of establishing an adequate therapeutic relationship as early as possible, since knowing the patient and their possible reactions facilitates the nurse's intervention and the use of verbal de-escalation in an effort to avoid the use of restrictive techniques.

Further research is needed to understand the phenomenon of the use of verbal de-escalation by nurses in clinical practice. Thus, to determine whether nurses are effectively trained and what contextual factors condition the use of these methods. Moreover, the content and quality of nursing records should be examined. In this sense, the use of qualitative approaches aimed at the people directly involved, both nurses and patients, would offer new knowledge in this important field for nurses in mental health units.

FUNDING INFORMATION

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

REFERENCES

- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J.A., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63 (2), 139–144.
- Al-Maraia, O.A. & Hayajneh, F.A. (2019). Use of restraint and seclusion in psychiatric settings a literature review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57 (4), 32–39.
- Berring, L.L., Pedersen, L. & Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings: patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30 (5), 499–507.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodson, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (9), 1412–1422.
- Brophy, L.M., Roper, C.E., Hamilton, B.E., Tellez, J.J. & McSherry, B.M. (2016). Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10 (1), 1–10.
- Bullock, R., McKenna, B., Kelly, T., Furness, T. & Tacey, M. (2014). When reduction strategies are put in place and mental health consumers are still secluded: An analysis of clinical and sociodemographic characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23 (6), 506–512.
- Buus, N. & Hamilton, B.E. (2016). Social science and linguistic text analysis of nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23 (1), 64–77.
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M. & Hoot, S. (2004). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12 (1), 64–73.
- Cusack, P., Cusack, F.P., McAndrew, S., McKeown, M. & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (3), 1162–1176.
- Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F. & Warne, T. (2016). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20–26.
- De Berardis, D., Ventriglio, A., Fomaro, M. et al. (2020). Overcoming the use of mechanical restraints in psychiatry: A new challenge in the everyday clinical practice at the time of COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (11), 3774.
- Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V. & Ferri, P. (2014). Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: An 8-year retrospective analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 94–102.
- 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.

- Carriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S. *et al.* (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World Journal of Biological Psychiatry*, *17* (2), 86–128.
- Caynes, B.N., Brown, C.L., Lux, L.J. *et al.* (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. *Psychiatric Services*, *68* (8), 819–831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>.
- Cuzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J.A. *et al.* (2016). Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *22* (3), 233–241.
- Cuzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Huizing, E. *et al.* (2020). A regional multicomponent intervention for mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, January, 1–11.
- 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.
- Hallett, N. & Dickens, G.L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *75*, 10–20.
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K. & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, *102*, 103490.
- Hotzy, F., Moeteli, S., Theodoridou, A. *et al.* (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Medical Weekly*, *148* (April), w14616.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsen, 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), e0128536.
- Jury, A., Lai, J., Tuason, C. *et al.* (2019). People who experience seclusion in adult mental health inpatient services: An examination of health of the nation outcome scales scores. *International Journal of Mental Health Nursing*, *28* (1), 199–208.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J. & Kältiälä-Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *64* (2), 136–144.
- Kinner, S.A., Harvey, C., Hamilton, B. *et al.* (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *26* (5), 535–544.
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G. *et al.* (2013). Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Research*, *209* (1), 91–97.
- Knutzen, M., Mjosund, N.H., Eidhammer, G. *et al.* (2011). Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatric Services*, *62* (5), 492–497.
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26* (5), 513–524.
- Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C.E. & Välimäki, M. (2016). Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: A focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, *10* (1).
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K. *et al.* (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, *25* (15–16), 2180–2188.
- Lepping, P., Masood, B., Flammer, E. & Noorthoorn, E.O. (2016). Comparison of restraint data from four countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51* (9), 1301–1309.
- Lykke, J., Hjorthøj, C., Thomsen, C.T. & Austin, S.F. (2020). Prevalence, predictors, and patterns of mechanical restraint use for inpatients with dual diagnosis. *Perspectives in Psychiatric Care*, *56* (1), 20–27.
- Mahmoud, A.S. (2017). Psychiatric nurses' attitude and practice toward physical restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, *31* (1), 2–7.
- Mavandadi, V., Bieling, P.J. & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *23* (6–7), 357–368.
- McKenna, B. (2016). Reducing restrictive interventions: The need for nursing to drive change. *Journal of Forensic Nursing*, *12* (2), 47–48.
- McKenna, B., McEvedy, S., Maguire, T., Ryan, J.O. & Furness, T. (2017). Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: A statewide retrospective cohort study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *26* (5), 491–499.
- McKeown, M., Thomson, C., Scholes, A. *et al.* (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.
- McKeown, M., Thomson, C., Scholes, A. *et al.* (2020). Restraint minimisation in mental health care: legitimate or illegitimate force? An ethnographic study. *Sociology of Health and Illness*, *42* (3), 449–464.

- McLaughlin, P., Giacco, D. & Priebe, S. (2016). Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS One*, *11* (12), e0168720.
- Muir-Cochrane, E., O'Kane, D. & Oster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses' accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27* (5), 1511–1521.
- Myklebust, K.K., Bjørkdy, S. & Råheim, M. (2018). Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse-patient interactions in progress notes-A focus group study with mental health staff. *Journal of Clinical Nursing*, *27* (3–4), e611–e622.
- Pérez-Revuelta, J.L., Torrecilla-Olaverrieta, R., García-Spínola, E. *et al.* (2021). Factors associated with the use of mechanical restraint in a mental health hospitalization unit: 8-year retrospective analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28* (6), 1052–1064.
- Price, O. & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, *21* (4), 310–319.
- Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *British Journal of Psychiatry*, *206* (6), 447–455.
- Price, O., Baker, J., Bee, P. *et al.* (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, *74* (3), 614–625.
- Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A. *et al.* (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA De-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, *13* (1), 17–25.
- Steinert, T. & Lepping, P. (2009). Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *European Psychiatry*, *24* (2), 135–141.
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, B. *et al.* (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45* (9), 889–897.
- Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S. & Hahn, S. (2021). Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *International Journal of Nursing Studies*, *114*, 103807.
- Vedana, K.C.C., da Silva, D.M., Ventura, C.A.A. *et al.* (2018). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, *32* (3), 367–372.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a "necessary evil" in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 500–512.
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *25* (3), 188–200.

Resultados relacionados con el objetivo específico 3

Artículo 3: Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes

Título	Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes
Autores	Pérez-Toribio A., Moreno-Poyato AR., Lluch-Canut T., Nash M., Cañabate-Ros M., Myklebust KK., Bjørkly, Stål., Puig-Llobet M., Roldán-Merino JF.
Referencia	Pérez-Toribio A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut MT, Nash M, Cañabate-Ros M, Myklebust KK, et al. (2023) Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes. PLoS ONE 18(3): e0281832.
Revista	PLoS ONE
Factor de impacto	3.7
Categoría	26/73 Multidisciplinary Sciences
Cuartil	Q2
doi	10.1371/journal.pone.0281832

RESEARCH ARTICLE

Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes

Alonso Pérez-Toribio¹, Antonio R. Moreno-Poyato^{2*}, María Teresa Lluch-Canut², Michael Nash³, Montserrat Cañabate-Ros^{4,5}, Kjellaug K. Myklebust⁶, Stål Bjørkly^{6,7}, Montserrat Puig-Llobet², Juan F. Roldán-Merino⁸

1 Unitat de Salut Mental de l'Hospitalet, Servei d'Atenció Primària Delta de Llobregat, Direcció d'Atenció Primària Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain, **2** Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Nursing School, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Spain, **3** School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland, **4** TXP Research Groups, Universidad Cardenal Herrera-CEU, Valencia, Spain, **5** Hospital Clínic Universitari, Valencia, Spain, **6** Faculty of Health Sciences and Social Care, Molde University College, Molde, Norway, **7** Centre for Forensic Psychiatry, University Hospital, Oslo, Norway, **8** Campus Docent Sant Joan de Déu Fundació Privada, School of Nursing, University of Barcelona, Barcelona, Spain

* amorenopoyato@ub.edu



OPEN ACCESS

Citation: Pérez-Toribio A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut MT, Nash M, Cañabate-Ros M, Myklebust KK, et al. (2023) Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes. *PLoS ONE* 18(3): e0281832. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281832>

Editor: Santiago Gascón, Universidad de Zaragoza, SPAIN

Received: September 12, 2022

Accepted: February 2, 2023

Published: March 28, 2023

Copyright: © 2023 Pérez-Toribio et al. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its [Supporting Information](#) files.

Funding: ARMP, JRM, TLLC, MPLL: ARMP, MCR, JRM, TLLC, MPLL: P121/00605 Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, Spain Co-funded by the European Union. The funders had no role in study design, data collection and

Abstract

Purpose

To adapt the Scale for the Evaluation of Staff Patient Interactions in Progress Notes to Spanish and to test the psychometric properties.

Design and methods

The study was conducted in two phases: (1) Adaptation of the instrument to Spanish following the Standards for Educational and Psychological Testing. (2) Psychometric study in a sample of mental health nurses.

Findings

The Cronbach's alpha values were 0.97 for the total scale and 0.83 to 0.81 for each dimension. The inter-rater reliability values were between 0.94 and 0.97.

Practice implications

The scale is a reliable tool for assessing nurses' clinical notes in relation to the quality of nurse-patient interactions.

analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Introduction

In mental health nursing practice, the therapeutic relationship between the nurse and the patient is of special importance [1]. Therefore, it is essential that the quality and extent of nurse-patient interactions that occur in the context of the relationship are properly described in the nursing documentation [2].

The therapeutic relationship is known to be the cornerstone of mental health nursing [3, 4]. This is characterized by the interpersonal relationship that is established between the nurse and the patient, a relationship based on trust between the two parties, and focused on therapeutic assistance [5]. Through the therapeutic relationship, the nurse helps the patient to develop and work individually towards their wellbeing, thus empowering the patient in their recovery process [6]. Establishing an appropriate therapeutic relationship is associated with better health outcomes for patients, improving the effectiveness of interventions in inpatient mental health care and enhancing the well-being and experience of patients as well as nurses [7, 8]. For this reason, it is important to make nurses aware of the importance of maintaining a quality relationship with patients [9]. A relationship based on a solid bond that enables understanding of the patient's needs and helps the relationship process to reach an agreement on the objectives and interventions to be carried out with the patient [10].

However, it is important to note that any nurse-patient interaction can be therapeutic, while at the same time it has the potential to be nontherapeutic if conducted incorrectly [11]. The literature identifies the most important barriers to establishing the therapeutic relationship as perceived by nurses: a) excessive administrative tasks that limit the time available for other activities [12], b) the lack of private space [5], c) lack of leadership and support from supervisors [13]. In addition, the biomedical model also constitutes a barrier to the therapeutic relationship [14]. This model conditions the language used in mental health nursing, a particularly important language that should be of great use for building and maintaining a therapeutic relationship [15].

Nurses are the staff members who have the most interactions with patients throughout the day [16]. Indeed, nurses represent the largest number of people working in mental health units [17]. Therefore, what happens in the interactions must be described in the nursing documentation of the clinical history [17]. Evidence suggests that the nursing records can be an effective way to improve nursing practice [18]. However, it has been shown that the quality of written mental health nursing documentation needs improvement to ensure continuity and patient safety [19]. Many nursing interventions that take place in the context of the therapeutic relationship are often not recorded in clinical courses [20], but they are more focused on problems and symptoms [21]. In light of the above, it is evident that there is a need for instruments to evaluate the quality of nurses' clinical notes, especially in the context of records in which clinical information obtained in nurse-patient interactions is collected.

In order to assess the quantity and quality of interactions between nurses and patients described in clinical notes in mental health units, Myklebust and Bjørkly [2] developed and reliability tested the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI). This scale enables the evaluation of nurses' clinical notes in relation to the quality of the patients' experience, the approaches taken by the nurses and whether this approach meets the emotional needs of the patients [2].

Supporting the need and relevance of having an instrument to assess the quality of nursing clinical notes in acute mental health services in Spain, and given the usefulness of this instrument for assessing clinical notes in the original context, and whereas that no other tools have been found that assess the quality of nursing clinical notes and are suitable for a acute mental

health units, the aim of this study was to perform the cross-cultural adaptation of the SESPI scale to Spanish and to study its psychometric properties.

Methods

Design

A psychometric study of cross-cultural adaptation and validation of the SESPI Scale into Spanish was performed. The study was conducted in two phases: in the first phase, the SESPI scale was adapted to Spanish and in the second phase the psychometric properties of the Spanish version were analysed (Fig 1).

Instrument

The SESPI scale assesses the quality of the patient experience, the approaches taken by nurses and whether this approach meets the emotional needs of the patients [2]. This scale consists of the following four steps:

1. Step 1 aims to know whether the patient's experience is described in the clinical note. It is answered dichotomously (Yes/No), and only an affirmative answer enables one to proceed to the next step.
2. Step 2 evaluates whether the patient's experience in the interaction with the nurse has been positive or negative. Depending on the degree of satisfaction or dissatisfaction of the patient's response, the answer is -II, -I, +I, +II.
3. Step 3 identifies and categorizes the nurse's response to the interaction described in the clinical note. There are four possible responses: a) The nurse's response is not described in the clinical note; b) The nurse's response is known, but not the patient's reaction; c) We know the nurse's response and the patient's reaction, but not the patient's feelings; d) The nurse's response, the patient's reaction and the feelings produced by this intervention are noted. Only this response enables one to move on to the next step where the clinical note is evaluated regarding to attunement.
4. In step 4 this attunement is evaluated positively or negatively according to whether it was unsuccessful or successful. Again, the response is -II, -I, +I, +II depending on how unsuccessful or successful the attunement was.

Regarding the psychometric results of the original scale, the Cronbach's alpha for the entire instrument was 0.977 and the ICC was 0.770 [2].

Phase 1 procedure

The process of cultural adaptation of the Spanish version of the SESPI scale was carried out following the Standards for Educational and Psychological Testing [22]. Before beginning the translation, permission was requested from the authors for its adaptation to Spanish. The English version of the instrument was translated into Spanish by two translators, whose mother tongue was Spanish and who were fully fluent in English, providing two versions of the SESPI instrument (v1 and v2), which were synthesized to a single version (v3) by a committee of experts formed by four nurses specialized in mental health and a nurse specialized in psychometrics. This version was sent to two new translators who did not know the original version, whose mother tongue was English and who were fluent in Spanish, so that they could carry out the back-translation into English. The two versions obtained (v4 and v5) were

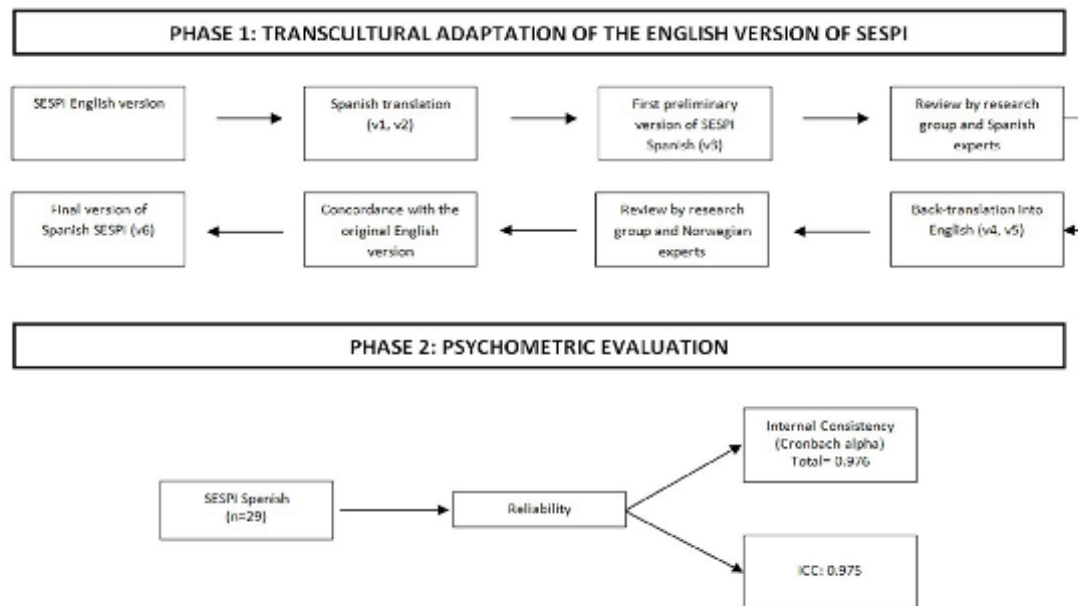


Fig 1. Overview of the two-phase study.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261832.g001>

compared with the original SESPI by the same committee of experts, resulting in version 6, which was revised together with the original authors.

A pre-test was then carried out on a sample of 19 nurses with experience in recording information in clinical records. To assess the comprehension and clarity of the items, as well as the format and time required to complete the instrument, four clinical notes were provided. The clinical notes that were selected were written by nurses in which the patient's experience was present in the situation described and which narrated episodes in which the staff and patients had the opportunity to interact.

Phase 2 procedure

For the reliability testing of the psychometric properties of the Spanish version of the SESPI-Sp instrument, 12 clinical notes were purposively selected from patient records from three different hospitals, representing the totality of possible responses to the scale. The clinical notes were collected in a single coded and anonymized document (S1 File). The selected clinical notes tried to represent the totality of the possible responses contained in SESPI, therefore, a heterogeneous sample was used trying to fulfil that purpose.

To facilitate data collection, an electronic adaptation of the SESPI scale was developed using the Microsoft forms platform. Thus, the research team sent each participating nurse an e-mail with the evaluator code, the document with the clinical notes to be evaluated, and the link to the form containing the SESPI scale, to be completed as many times as there were clinical notes to be evaluated.

Participants

Following the recommendations by Bujang and Baharum [23], for the 12 observations (clinical notes) that had to be analysed by the evaluators in our study (statistical power of 80%, $\alpha = 0.05$ and an effect size difference of $ICC = 0.20$), 20 nurses were required. Similarly, the criterion used in the original SESPI reliability test was also taken into account [2] accepting a detection of an effect size difference of 0.20 ($ICC = 0.70$ vs. 0.50) as being acceptable for testing instrument development.

The invitation and selection of the nurse evaluators were made according to the following criteria: nurses from the mental health hospitalization area, with experience in collecting and writing information in medical records, with at least two years of experience in mental health nursing. The nurses were selected by purposive sampling. Finally, 29 nurses participated.

Statistical analysis

This study used the same statistical analysis paradigm for testing reliability as was used for the original SESPI [2]. Two tests were used to analyse the reliability of the instrument. The Kuder-Richardson 20 test was used for the dichotomous scale in step 1. The Cronbach's alpha test was used to estimate the internal consistency of the scores for the total SESPI scale and for steps 2, 3 and 4. Likewise, the intraclass correlation coefficient (ICC) was chosen to calculate the inter-rater reliability of the distribution of scores for the 12 excerpts across the four steps of coding and for steps 1, 2, 3 and 4 separately. Statistical analyses were conducted using the Statistical Package for Social Science (SPSS) Version 27.

Ethical considerations

The study was approved by the IRB Bioethics Committee (2021/9835) and the other participating hospitals. The authorization and participation of the authors of the original version of the instrument was requested for its cross-cultural adaptation. All participants signed the informed consent form. To maintain the anonymity of participants, the principal investigator previously assigned an evaluator code to each nurse, sent via e-mail along with the form using the Microsoft forms platform in which they entered their evaluations of the SESPI-Sp.

Results

Phase 1: Adaptation of the SESPI scale

The translation process was carried out systematically and involved discussions of semantic, idiomatic, and conceptual equivalence at each stage. Regarding the content of the instrument, most of the steps, categories and examples were simple and therefore easy to translate. Only a few words required adaptation to bring the meaning closer to the Spanish context in which SESPI was to be used. The translations of these words in "v.1 and v.2" were easily agreed upon by the expert committee. However, the most complex adaptation had to do with the term "excerpts" since it has several accepted translations in Spanish, but in the context of acute hospitalization units in Spain, "nota del curso clínico" or "registro" is normally used to define an "extract" of a clinical note.

Before finalizing the Spanish version of SESPI, a pilot test was performed in which 19 nurses participated and evaluated four clinical notes. The nurses who participated in the pre-test of the SESPI-Sp required an estimated average time to evaluate the four notes that ranged from 5 to 10 minutes and confirmed that it was easy to complete. After completing the SESPI-Sp, participants were asked to report any items with an unclear meaning. All such reported comprehension problems were discussed by three authors (APT, AMP, JRM) and

used to inform the modifications of the SESPI-Sp. One of the most common comments was that the format and wording did not help to understand the steps. In this sense, the format of the tool was partially modified in an attempt to clarify how to correctly complete and use the resources made available, keeping the content and structure intact so as not to detract from the semantic essence. Thus, on the 1st and 2nd pages of the SESPI-Sp, instructions on how to respond to each of the four steps and how to categorize the responses were incorporated. Another slight modification to the format was to unify each of the categories belonging to the four SESPI steps in a single table. The purpose of this modification was to achieve a more intuitive view of the steps and categories and thus reduce the confusion generated in the pre-test. In the table for each category, a brief explanation of the interpretation of this step was included, which in the original SESPI is included before the examples of situations. For each of the steps, the original SESPI presents examples that help the user of the tool to identify the corresponding category according to what is written in the clinical note. These examples are written after the brief explanation of each of the step categories. The cross-culturally adapted version places these examples at the end of the tool to have them available for consultation in case of doubt, yet separate from the categorization section, to avoid distracting the user. These modifications to the format do not change the meaning or usefulness of the tool. The original authors were aware of these modifications and gave their approval. The suggestions and proposals for improvement that they provided in their feedback were considered and were included in the final version, which was named SESPI-Sp (S2 File). Fig 2 shows the structure of SESPI and SESPI-Sp.

Phase 2: Psychometric properties of the SESPI-Sp

Participant characteristics. Table 1 shows the characteristics of the 29 participating nurses who served as evaluators in the study. The age of the nurses ranged from 26 to 59 years, with a mean age of 35.6 years (SD = 8.7). Almost 60% of the nurses were female. Their experience in mental health was a mean of 10.9 years (SD = 9.1). More than half had the official title of mental health nurse specialist and had a doctoral or master's degree. Their experience writing clinical notes ranged from 3 to 38 years, with a mean of 10.6 years (SD = 8.5).

Inter-rater and internal consistency reliability of SESPI estimated for the entire instrument. The Cronbach's alpha for the total instrument was 0.976. As in the original version, this value indicates that the raters' scores had a very high consistency for the four steps of the SESPI.

Inter-rater and internal consistency reliability for each step of the SESPI. Step 1 was completed using a dichotomous yes or no scale. The reliability analyzed using the Kuder-Richardson-20 coefficient was 0.949. The ICC for step 1 was 0.942 (95% CI: 0.082–0.995).

Steps 2 to 4 were evaluated using a four-point ordinal scale. Table 2 shows the values of Cronbach's alpha and the intraclass correlation coefficient for steps 2, 3 and 4. Values above 0.941 were obtained for Cronbach's alpha and the ICC for the total and for each of the steps analysed.

Discussion

This study aimed to carry out a cross-cultural adaptation and test the reliability of the Spanish version of the SESPI instrument. The purpose of this instrument is to evaluate the quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes in mental health hospitalization services.

Regarding the adaptation process, it should be noted that it was carried out swiftly and here were hardly any discrepancies among the participants during both the translation and back-translation processes; only some terms required adaptation to the Spanish context. This fact

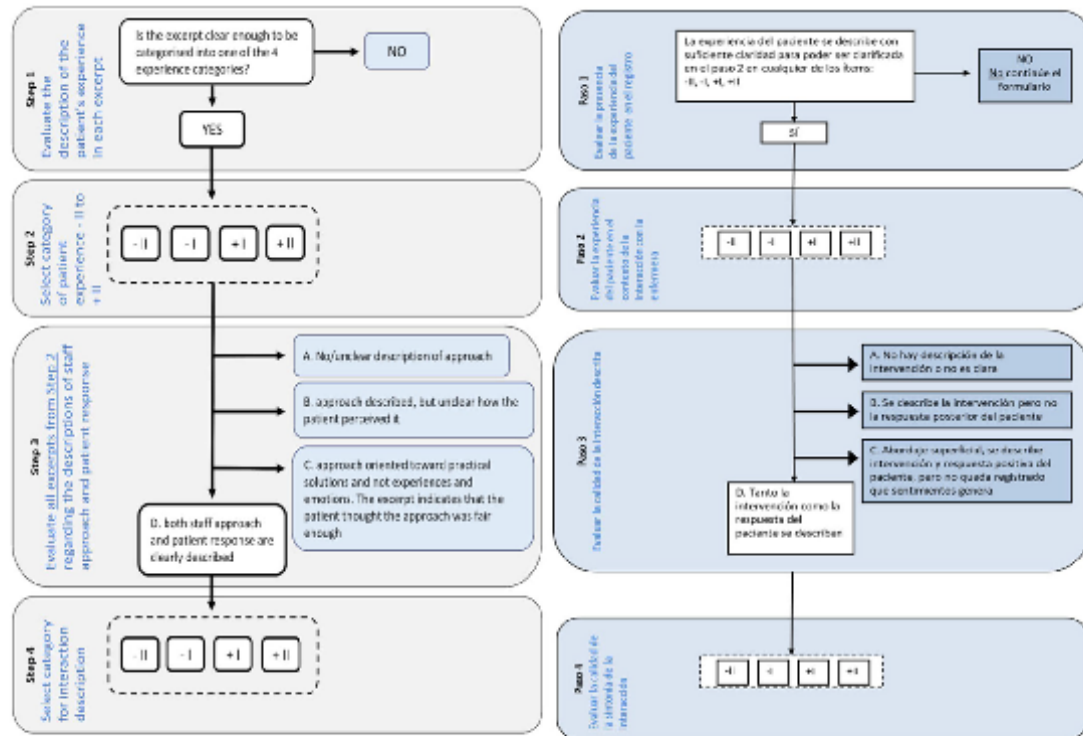


Fig 2. Structure of the original SESPI scale (Scale for the Evaluation of Staff Patient Interactions in Progress Notes) & SESPI-Sp.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281832.g002>

Table 1. Participants' socio-demographic and professional characteristics (n = 29).

Variable	n (%)
Mean age, years ± SD	35.6 ± 8.7
Gender	
Male	12 (41.4%)
Female	17 (58.6%)
MH nursing specialty	
Yes	15 (51.7%)
No	14 (48.3%)
Highest education	
Bachelor's degree	13 (44.8%)
PhD or master's degree	16 (55.2%)
Mean MH experience, years ± SD	10.9 ± 9.1
Mean experience writing clinical notes, years ± SD	10.6 ± 8.5

Data are presented as number (percentage) or means ± standard deviation (SD).

MH, mental health.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281832.t001>

Table 2. Internal consistency and ICC for the last three steps and total of the SESPI-Sp.

SESPI-Sp Steps	Cronbach's alpha	ICC	95%CI
Step 2 n = 29	0.944	0.941	0.881–0.980
Step 3 n = 29	0.986	0.986	0.971–0.995
Step 4 n = 29	0.944	0.948	0.895–0.982
SESPI-Sp total	0.976	0.975	0.962–0.985

SESPI-Sp:SESPI Spanish version, ICC: the intraclass correlation coefficient, CI: confidence interval.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281832.t002>

confirms the equivalence in meaning and the reliability of the semantic content of the Spanish version of the instrument [24]. Another important aspect that should be emphasized is that during the adaptation process the structure of the tool required a slight modification in terms of where the indications and examples were provided, although this did not lead to changes in the sense and meaning of the content of the instrument. The fact that this was the result of the recommendations of the participating clinical nurses, that the expert committee evaluated it positively and, moreover, that it received the approval of the original authors, guarantees the level of reliability of the adapted version of the instrument [24, 25].

In relation to the psychometric results, it should be noted that the reliability of the Spanish version of the SESPI showed excellent results regarding internal consistency and interobserver reliability. In the case of the total Cronbach's alpha test it was 0.976, a very similar result to that of the original study testing the SESPI's reliability [2]. In the case of the ICC, the result for the total scale was 0.975, indicating very good interobserver reliability [26]. In fact, for some authors, above 0.81 is considered almost perfect [27]. This result was substantially higher than that obtained in the original SESPI version [2], this finding could be due to a larger number of observations and observers in this study. For an in-depth study of the results of the different stages that could be answered with the instrument, 12 clinical notes were selected that included the different options that could be presented and were evaluated by 29 nurses with different profiles of clinical experience in mental health. In this sense, the results obtained for each stage of the instrument were also very acceptable, obtaining Cronbach's alpha values above 0.94 for all the steps, along the same lines as the original version [2].

Strengths and limitations

Regarding the strengths of the study, in the first place, standardized translation and cross-cultural adaptation procedures were used [22]. SESPI has the great advantage of being a short questionnaire that requires only a short time for evaluation. This study reviewed numerous clinical notes from acute mental health units in several hospitals in Spain. However, for the psychometric study, 12 clinical notes were selected, in order to represent the different possible responses to the SESPI and to study the consistency of the responses in detail. The lack of scales for evaluating the quality of the clinical notes translated and validated in Spanish did not prevent us from reproducing the process of evaluating the psychometric properties so that it would be similar to that of the original study. The participants were recruited from a group of nurses in the mental health field and the selection process considered that the profiles of the nurses were representative of the group. However, the nurses who acted as evaluators showed a high education level and motivation to collaborate in this study. This fact could have conditioned the results. The findings may not be directly generalisable to nurses and staff with different educational backgrounds. A scale's reliability is not a fixed quality, but depends on the specific group of raters and their training in the use of the scale [28]. Clearly, when the SESPI is used in research projects, new reliability tests are required for each project. This does not

mean that our reliability testing of the SESPI is superfluous. Any development of a new test or instrument requires reliability and validity testing. This is the first study measuring clinical nursing notes using the Spanish version of the SESPI-Sp instrument, new studies are required, with larger samples, to validate our findings.

Implications for practice

The process of translation, cross-cultural adaptation, and evaluation of psychometric properties indicated that SESPI-Sp is an instrument capable of providing valid and reliable measures to assess the quality of clinical notes in acute mental health inpatient services in the Spanish context. Therefore, this study has special relevance for management, clinical practice, teaching and research. With this tool, a critical examination of nursing documentation and the identification of gaps in nursing writing is achieved. Firstly, its use allows managers to be aware of the quality of the records. In addition, it is relevant for clinical practice, as being able to properly record interventions following specific steps, nurses will be more aware of the steps they need to follow to correctly record patients' progress notes. In this sense, it can be an important tool for nurses' decision-making processes, especially for planning goals and interventions in the context of patient interactions. In addition, knowing how to critically evaluate records can generate further knowledge related to the quality of the nursing record in the patient's clinical notes. The availability of this instrument may be useful for designing training programs for nurses oriented towards the problem areas described by nurses and confirmed by patients' expectations. Finally, new lines of research are opened that may generate further knowledge related to the quantity and quality of the nursing record in the patient's clinical notes.

Conclusions

This study has enabled a Spanish adaptation of an instrument to assess the quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes, and to study its psychometric properties. The SESPI-Sp is a simple, easy to administer and reliable tool for assessing aspects of the quality of mental health care. The results of the reliability tests performed with the SESPI-Sp confirm its usefulness for quantitative research as was the case with the original tool. The SESPI can be used to measure the quantity and quality of nurse-patient interactions described in nurses' clinical notes. The SESPI-Sp measures patient interactions from the perspective of attunement, including the quantity and quality of patient experiences described, staff approaches, and whether the approaches succeeded in meeting patients' needs. The SESPI-Sp can provide data to evaluate nursing documentation qualitatively in relation to nursing interventions delivered in the context of interactions with patients in mental health units. Thus, contributing to the improvement of the quality of nursing care in mental health.

Supporting information

S1 File. Progress notes analysed.
(DOCX)

S2 File. Scale for the Evaluation of Staff Patient Interactions in Progress Notes.
(PDF)

S3 File. Study data.
(XLSX)

Author Contributions

Conceptualization: Alonso Pérez-Toribio, Juan F. Roldán-Merino.

Formal analysis: Juan F. Roldán-Merino.

Funding acquisition: Antonio R. Moreno-Poyato.

Investigation: Alonso Pérez-Toribio, Antonio R. Moreno-Poyato, Juan F. Roldán-Merino.

Methodology: María Teresa Lluch-Canut, Montserrat Puig-Llobet, Juan F. Roldán-Merino.

Resources: Kjellaug K. Myklebust, Stål Bjørkly.

Supervision: Antonio R. Moreno-Poyato.

Validation: Michael Nash, Montserrat Cañabate-Ros, Kjellaug K. Myklebust, Montserrat Puig-Llobet.

Visualization: Alonso Pérez-Toribio.

Writing – original draft: Alonso Pérez-Toribio, Antonio R. Moreno-Poyato.

Writing – review & editing: Antonio R. Moreno-Poyato, María Teresa Lluch-Canut, Kjellaug K. Myklebust, Stål Bjørkly, Montserrat Puig-Llobet, Juan F. Roldán-Merino.

References

1. Lessard-Deschênes C, Goulet MH. The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021; (September): 1–10.
2. Myklebust KK, Bjørkly S. Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nurs Open*. 2019; 6(3):790–8. <https://doi.org/10.1002/nop2.254> PMID: 31367401
3. McAndrew S, Chambers M, Nolan F, Thomas B, Watts P. Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of the specific engagement in acute mental health inpatient wards. *Int J Ment Health Nurs*. 2014 Jun 17; 23(3):212–20. <https://doi.org/10.1111/inm.12044> PMID: 24103061
4. Wright KM. Exploring the therapeutic relationship in nursing theory and practice. *Ment Heal Pract*. 2021 Jul 27.
5. Moreno-Poyato AR, Montes-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, et al. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Dec; 30(6):782–7. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001> PMID: 27888975
6. Zugai JS, Stein-Parbury J, Roche M. Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary conceptual analysis. *Issues Ment Health Nurs*. 2015; 36(4):249–57. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795> PMID: 25988275
7. McAllister S, Robert G, Tsianikas V, McCrae N. Conceptualising nurse-patient therapeutic engagement on acute mental health wards: An integrative review. *Int J Nurs Stud [Internet]*. 2019; 93:106–18. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.inurstu.2019.02.013> PMID: 30908958
8. Moreno-Poyato AR, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Leyva-Mora JM, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, et al. Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: study protocol. *BMC Nurs [Internet]*. 2017 Dec 11; 16(1):1. Available from: <http://biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0197-8> PMID: 28096737
9. Tolosa-Merlós D, Moreno-Poyato AR, González-Palau F, Pérez-Toribio A, Casanova-Garfóls G, Delgado-Hito P. Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2023 Jan 24; 32(1–2):253–63. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223> PMID: 35075705
10. Moreno-Poyato AR, Rodríguez-Nogueira Ó. The association between empathy and the nurse-patient therapeutic relationship in mental health units: a cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021 Jun 3; 28(3):335–43. <https://doi.org/10.1111/jpm.12675> PMID: 32657511

11. McAllister S, McCrae N. The therapeutic role of mental health nurses in psychiatric intensive care: A mixed-methods investigation in an inner-city mental health service. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017; 24(7):491–502. <https://doi.org/10.1111/jpm.12389> PMID: 28407389
12. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012 Dec; 12(1):87. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87> PMID: 22828119
13. Bowers L, Nijman H, Simpson A, Jones J. The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011 Feb 16; 46(2):143–8. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0180-8> PMID: 20082084
14. Myklebust KK, Bjørkly S, Rønneim M. Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse-patient interactions in progress notes—A focus group study with mental health staff. *J Clin Nurs [Internet]*. 2018 Feb 4; 27(3–4):e611–22. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.14108> PMID: 29048775
15. Bradley P, Lowell A, Daiyi C, Macklin K, Nagel T, Dunn S. It's a little bit like prison, but not that much: Aboriginal women's experiences of an acute mental health inpatient unit. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Aug; 30(4):917–30. <https://doi.org/10.1111/inm.12843> PMID: 33630404
16. Bridges J, Griffiths P, Oliver E, Pickering RM. Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study. *BMJ Qual Saf [Internet]*. 2019 Sep; 28(9):706–13. Available from: <https://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2018-008948> PMID: 30918050
17. Myklebust KK, Bjørkly S. The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 14; 19(1):251. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2236-y> PMID: 31412803
18. Urquhart C, Currell R, Gant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane database Syst Rev*. 2018 May 15; 5(5):CD002099.
19. Instefjord HH, Aasekjær K, Espehaug B, Gravelholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation—a clinical audit. *BMC Nurs*. 2014; 13(1):1–7.
20. Pérez-Tortío A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut T, Molins-Martínez L, Bastidas-Salvadó A, Puig-Llobet M, et al. Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *Int J Ment Health Nurs*. 2022 Apr 26; 31(2):339–47. <https://doi.org/10.1111/inm.12961> PMID: 34837275
21. Bus N, Hamilton BE. Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique. *Nurs Inq*. 2016 Mar; 23(1):64–77. <https://doi.org/10.1111/inq.12108> PMID: 26109278
22. Frey BB. Standards for Educational and Psychological Testing. In: Frey BB, editor. *The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation [Internet]*. 2455 Teller Road, Thousand Oaks, California 91320: SAGE Publications, Inc.; 2018. Available from: <https://methods.sagepub.com/reference/the-sage-encyclopedia-of-educational-research-measurement-and-evaluation/19872.xml>
23. Bujang MA, Baharum N. A simplified guide to determination of sample size requirements for estimating the value of intraclass correlation coefficient: A review. *Arch Orofac Sci*. 2017; 12(1):1–11.
24. Hernández A, Hidalgo MD, Hambleton RK, Gómez-Benito J. International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*. 2020; 32(3):390–8. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.308> PMID: 32711675
25. Mufiz J, Elosua P, Hambleton RK, International Test Commission. [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. *Psicothema*. 2013; 25(2):151–7.
26. Koo TK, Li MY. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *J Chiropr Med*. 2016; 15(2):155–63. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012> PMID: 27330520
27. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977 Mar; 33(1):159. PMID: 843571
28. Streiner DL, Kottler J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs*. 2014 Sep; 70(9):1970–9. <https://doi.org/10.1111/jan.12402> PMID: 24684713

Resultados relacionados con los objetivos específicos 4 y 5

Artículo 4: The nurse-patient relationship in nursing documentation: the scope and quality of interactions and prevalent interventions in inpatient mental health units

Título	The nurse-patient relationship in nursing documentation: the scope and quality of interactions and prevalent interventions in inpatient mental health units
Autores	Pérez-Toribio A., Moreno-Poyato AR., Lluch-Canut T.,El-Abidi K., Rubia-Ruiz G., Rodríguez-López AM., Pérez-Moreno JJ., Pastor-Bernabeu M., Sánchez-Balcells S., Ventosa-Ruiz A., Puig-Llobet M., Roldán-Merino JF.
Referencia	Pérez-Toribio A., Moreno-Poyato AR., Lluch-Canut T.,El-Abidi K., Rubia-Ruiz G., Rodríguez-López AM., Pérez-Moreno JJ., Pastor-Bernabeu M., Sánchez-Balcells S., Ventosa-Ruiz A., Puig-Llobet M., Roldán-Merino JF (2024). The nurse-patient relationship in nursing documentation: the scope and quality of interactions and prevalent interventions in inpatient mental health units. Journal of Nursing Management. Vol 2024, Article ID 7392388, 1-8
Revista	Journal of Nursing Management
Factor de impacto	5.5
Categoría	3/125 Nursing SCI
Cuartil	Q1
doi	10.1155/2024/7392388

Research Article

The Nurse-Patient Relationship in Nursing Documentation: The Scope and Quality of Interactions and Prevalent Interventions in Inpatient Mental Health Units

Alonso Pérez-Toribio,¹ Antonio R. Moreno-Poyato², María Teresa Lluch-Canut²,
Khadlja El-Abidi³, Gema Rubla-Rulz,³ Ana María Rodríguez-López,⁴
Juan J. Pérez-Moreno,⁵ Marcelino Vicente Pastor-Bernaben,⁶ Sara Sánchez-Balcells²,
Ana Ventosa-Rulz,² Montserrat Pulg-Llobet² and Juan F. Roldán-Merino⁷

¹Mental Health Unit, Primary Care Service Delta de Llobregat/Primary Care Department, Costa de Ponent, Institut Català de la Salut, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

²Department of Public Health, Mental Health and Maternal and Child Health Nursing, Faculty of Nursing, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, Spain

³Hospital Infanta Leonor, Madrid, Spain

⁴University Hospital Center de Santiago, Santiago de Compostela, Spain

⁵Psychiatry Service, Galdakao-Usansolo Hospital, Osakidetza-Basque Health Service, Galdakao-Usansolo, Spain

⁶Department of Nursing at the Faculty of Health Sciences of the University of Alicante,

Department of Health Alicante-Sant Joan D'Alacant, San Vicente del Raspeig, Spain

⁷Campus Docent Sant Joan de Déu Fundació Privada, University of Barcelona, Barcelona, Spain

Correspondence should be addressed to Antonio R. Moreno-Poyato; amorenopoyato@ub.edu

Received 2 April 2024; Revised 23 April 2024; Accepted 10 May 2024; Published 28 May 2024

Academic Editor: César Leal-Costa

Copyright © 2024 Alonso Pérez-Toribio et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Aims. (i) To evaluate the scope and quality of nurse-patient interactions recorded in the clinical notes of inpatient mental health units and (ii) to identify nursing interventions recorded in the context of the nurse-patient relationship in the clinical notes of inpatient mental health units. **Design.** A multimethod approach was used. **Methods.** Employing a quantitative cross-sectional design for the first aim, and a qualitative content analysis design of secondary data for the second aim. In total, 1,714 clinical notes were examined from 44 randomly selected patients who were hospitalized in five mental health units over the years 2022-2023. **Results.** The patient's experience of the interaction was present in 69.9% ($n = 1,198$) of the notes. However, only 12.0% ($n = 205$) of the notes reached a sufficient standard of quality in terms of describing the nurse-patient interactions. Specifically, more than half of the notes did not reflect any type of nursing intervention ($n = 723$; 60.4%). Thirty interventions compatible with the nursing intervention classification were identified, of which more than 70% corresponded to domains in the physiological area. **Conclusion.** This study shows that the quantity and scope of patients' clinical notes in mental health units do not sufficiently reflect the interventions performed by nurses, nor the quality or impact of these interventions in the context of the nurse-patient therapeutic relationship. **Implications for the Profession and/or Patient Care.** Improving the quality of clinical notes by integrating interventions and their impact can increase the quality of nursing care. **Impact.** The use of standardized nursing terminologies would contribute to the understanding of the extent and quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes. Thus, standardized documentation would also help to improve these interactions and their recording, which will facilitate decision-making. **Reporting Method.** Findings were reported using COREQ and STROBE guidelines. **Patient or Public Contributions.** There were no patient or public contributions.

1. Introduction

In the context of person-centered mental health care, proper recording of nursing documentation can be a key strategy for improving the quality and coordination of care and efficiency [1]. To this end, the patient's clinical documentation requires that nursing interventions and the quality of the nurse-patient relationship be properly recorded [2]. However, the literature points to significant deficiencies in documentation, particularly in acute mental health units, where the lack of detailed records affects the continuity and quality of care [3]. There is hardly any empirical evidence available on this issue at the international level, affecting clinical nursing practice in the field of mental health.

When patients are cared for in health services, especially within the hospital setting where they receive continuous care by different professionals, it is important that the care they receive is correctly recorded [4]. In nursing care, care interventions are recorded through nursing clinical notes, which collect a wide variety of information about the patient's care and progress [5]. Nursing clinical notes are defined as the record of nursing care that is planned and provided to patients by nurses or other caregivers with the nurse's supervision and approval [5]. Clinical notes are intended to show what happens in the nursing process and on what basis decisions are made during admission, together with interventions performed, nurse-patient rapport, progress assessments, and assessments by the patients themselves [6]. In addition, nursing clinical notes can be used for other purposes such as quality assurance, legal purposes, health planning, resource allocation, and nursing development and research. To achieve these purposes, nursing clinical notes should be structured [7], contain valid and reliable information, and comply with established standards [8]. Clear and concise nursing clinical notes help health care professionals to detect changes in patients' condition and improve the quality of care [9].

In particular, the recording of nursing interventions in clinical notes is an important part of nurses' work. The aim of these notes is to improve care by ensuring continuity of care [10, 11], enhancing patient safety, reducing miscommunication, and extending access to essential clinical information to all staff caring for a patient [12]. However, clinical notes are not always a description of what is actually done [13]. The quality of nursing clinical notes in some cases is inconsistent and often incomprehensible, poor, inaccurate, and inadequate regarding nursing care [14]. Sometimes, the effects of nursing interventions are neither visible nor verifiable [15]. The records tend to use terse language that is dominated by technical words, capture very limited aspects of nursing practice, and convey very little information to the lay reader [16].

In order to collect more accurate information from nursing notes, the literature recommends the use of standardized nursing terminologies (SNT) [13, 17, 18]. The use of SNTs can lead to improved decision-making, care effectiveness, and care plan evaluations [19], as well as creating links between nursing interventions and patient outcomes [7]. SNTs define nursing care, nursing interventions, and

patient outcomes. SNTs can guide nurses through phases of the nursing process and can enhance the accurate formulation of patient care needs, planning of specific interventions, and communication of care [17]. SNTs have the potential to reduce variability in how nurses define their practice and document its impact on patient care [4]. The American Nurses' Association has recognized the nursing intervention classification (NIC) as the most widely used and best validated SNT classification, with good sustainability compared to other classifications for recording nursing interventions [17, 18]. It describes nursing interventions and consists of seven domains (physiological: basic, complex, behavioral, safety, family, health system, and community), designed to represent care provided in all settings and specialties [18]. In mental health, the most frequently addressed domains are safety and behavioral [19].

In the context of care in mental health units, nurses are by far professionals who interact the most with patients throughout the day [20]. Nursing interventions are placed within the framework of interaction with the patient through the therapeutic relationship [21]. From a person-centered care perspective, active collaboration between nursing staff and patients is necessary to identify personalized recovery goals and develop strategies to achieve those [22]. This collaboration hinges on the principles of attunement and bond, recognized as essential components of the therapeutic relationship [23]. To establish a therapeutic bond, communication marked by empathy, care, and warmth is imperative [24]. In the interplay between bonding and empathy lies the concept of empathic attunement, where practitioners fully engage with the client's internal perspective, acknowledging and adapting to their evolving experience [23]. Therefore, empathy and attunement are fundamental in nursing mental health interventions [25]. Attuning to someone involves sincere efforts to grasp their inner world and convey understanding, a cornerstone of the empathetic therapeutic relationship, recognized as a vital nursing skill for fostering bonds in mental health inpatient care [24, 26].

In this context, it is especially important to use the clinical notes for nurses to record what happens in the nurse-patient relationship [27]. Although interventions delivered in the context of the therapeutic relationship are known to be more effective and have an impact on patients' health outcomes [28], many interventions are not recorded in the course of clinical care [27, 29, 30], rather the records focus more on the problems and symptoms presented by patients [16]. Although previous research has demonstrated that the quality of mental health nursing documentation needed to be improved to ensure continuity and quality of patient care [31], the lack of quality indicators poses a challenge for the search for high quality nursing documentation [17]. Along these lines, a study conducted by Myklebust and Bjørkly, 2019 in Norway, concluded that only 7.6% of the excerpts from the progress notes sufficiently described the interactions in terms of the rapport process in the nurse-patient relationship [27].

Despite the importance of the nurse-patient therapeutic relationship in mental health care, the literature highlights the inconsistency and lack of detail of nursing interventions

reflected in clinical notes. These deficiencies compromise the continuity and quality of care, affecting clinical decision-making and, ultimately, patient health outcomes [1, 3]. It seems necessary to fill the existing gap in empirical evidence on the quality and extent of nursing documentation in mental health by providing concrete data on the quality of records and the nature of interventions.

The present study was designed with a dual purpose: (i) to evaluate the scope and quality of nurse-patient interactions recorded in the clinical notes of inpatient mental health units and (ii) to identify nursing interventions recorded in the context of the nurse-patient relationship in the clinical notes of inpatient mental health units.

2. Materials and Methods

2.1. Study Design. A multimethod approach was used for the present study. A quantitative cross-sectional design was used to assess the extent and quality of the nurse-patient interactions recorded in the clinical notes. Also, a qualitative content analysis design of secondary data in clinical notes was used to identify the nursing interventions recorded in the context of the nurse-patient relationship.

2.2. Sample and Setting. The sample consisted of clinical notes from patients who were hospitalized in mental health units in Spain during the years 2022-2023. Five units were randomly selected for this study which was part of a multicenter project of 12 hospitals of the national health system in Spain called RTS_MHNursing. In this project, all the units were closed units for the care of adults with acute mental health problems. They represented the different geographic areas of the Spanish territory.

The patients included in the study were selected consecutively in each of the units chosen according to the same inclusion criteria as in the larger project. Therefore, adult patients, who consented to participate in the study on a voluntary basis, hospitalized in mental health inpatient units. Participants were excluded if at the time of recruitment they presented a language barrier, mechanical restraint, contraindication by the clinical referent, cognitive impairment, or intellectual disability. No other exclusions were made to maximize the external validity of the study. For the calculation of the sample size of clinical notes required, a study with the same objective, design, and evaluation instrument was used as a reference [25]; thus, the final sample consisted of a total of 1,714 nursing clinical notes from 44 patients who had been hospitalized in 5 mental health units in Spain during the years 2022-2023.

2.3. Data Collection. The researcher responsible for each unit was in charge of collecting the data from the patients' clinical documentation. She was responsible for anonymizing the names of the professionals and names of the patients in the nursing clinical notes of each of the patients included in the study. Records of professionals other than nurses were removed from the data before they were analyzed. The study data were collected and managed using

REDCap electronic data capture tools [32]. In accordance with the research objectives, clinical notes in which the nurse and patient did not have an opportunity to interact were excluded. If a clinical note contained more than one episode of interaction and different patient experiences were reported in relation to these episodes, the note was divided and counted as a separate note.

2.4. Measurement Instrument. To evaluate the extent and quality of nurse-patient interactions recorded, we used the Spanish version of the scale for the evaluation of staff-patient interactions in progress notes [6] and applied it to the selected clinical notes. The SESPI-SP scale assesses the quality of nurse-patient interactions recorded in the notes through patients' experience and the interventions made by the nurses and whether this intervention succeeds in meeting the emotional needs of the patients. This scale consists of four steps detailed as follows:

- (1) Step 1 aims to know if the patient's experience is described in the clinical note, "how is the patient when interacting with the nurse." This is answered dichotomously (Yes/No), and only an affirmative answer enables one to move to the next step.
- (2) Step 2 evaluates whether the patient's experience within the interaction with the nurse was positive or negative. Depending on the degree of satisfaction or dissatisfaction with the patient's response, a response of -II, -I, +I, or +II is given.
- (3) In step 3, one must identify and categorize the nurse's response to the interaction described in the clinical note. Four possible responses are found: (a) the nurse's response is not described in the clinical note; (b) the nurse's response is known, but not the patient's reaction; (c) the nurse's response and the patient's reaction is known, but not the patient's feelings; (d) the nurse's response, the patient's reaction, and the feelings produced by this intervention are recorded, and this feeling with the nurse is called attunement. Only this response enables one to move on to the next step.
- (4) In step 4, this attunement is evaluated positively or negatively depending on whether it has failed or succeeded. Again, the answer is -II, -I, +I, or +II.

3. Data Analysis

To analyze the quantitative data, descriptive statistics were calculated using the IBM SPSSv27 program. The results were presented in the form of frequency and percentages. The qualitative data analysis procedure was based on content analysis [33] and nurse interventions were identified from free-text nursing records in the acute mental health unit setting. First, the first author read the entire text to become familiar with the data. Because the text was not standardized, a data extraction matrix was designed to aid with a proper follow-up. Interventions were then inductively identified through a systematic mapping process. Descriptions of

nurses' actions were then categorized using a deductive approach that reflected the NIC definition of nursing interventions. These descriptions revealed the interventions that nurses performed for or with patients in the context of patient interactions. The first author repeated this analysis process after one month and compared their identifications of NIC interventions by revisiting the original texts and with the rest of the research team.

3.1. Ethical Considerations. This study was approved by the Ethical Committees of five hospitals, and research permission was granted. The data were analyzed anonymously to preserve the anonymity of patients and staff.

4. Results

4.1. Scope and Quality of Interactions in Clinical Notes. A total of 1,714 clinical notes were analyzed. Figure 1 provides an overview of the distribution of clinical notes according to four stages of classification as the quality of records increases. The most remarkable result was that only 12.0% ($n=205$) of notes described the interactions in a sufficient detail to be fully analyzed in terms of recording attunement.

4.2. Description of Patient Experiences in Clinical Notes. Although the description of the patient experience was present in 69.9% ($n=1,198$), almost one-third of the clinical notes did not include any patient-related experience. In most cases, nurses recorded positive and negative patient experiences in the middle range; only 8.3% of notes reflected an extreme positive or negative patient experience.

4.3. Description of Nurse-Patient Interactions in Clinical Notes. Of the notes in which the patient's experience of the interaction had been described, in more than half, no nurse intervention of any kind was recorded ($n=723$; 60.4%). In only 17.1% ($n=205$) of the cases, both nurse interventions and patient responses to that intervention were described. Only 205 of the 1,714 notes (12%) could be evaluated in relation to the quality of the interaction. In 7.8% of the cases, there was a connection in the failed interaction (-II), 0.5% were in the + II or successful connection category, and the majority of interactions were classified as partially failed (11.2%) and partially successful (80.5%).

4.4. Nursing Interventions Identified in Clinical Notes. Of the 1,714 notes analyzed, almost two thirds ($n=1250$; 72.9%) were found to contain an intervention compatible with the NIC taxonomy. From the data analysis, 30 NIC interventions were identified. Nearly 2/3 of the interventions recorded by nurses in the clinical notes were classified as "2304-medication administration: oral" (62.6%), followed by "5360-entertainment therapy" (10.4%). Other prevalent interventions were "4920-active listening" present in 6.1% of the occasions and "5270-emotional support," present in 4.3% of clinical notes (Table 1). It should be noted that more

than 70% of interventions recorded corresponded to domains in the physiological area. The total number of interventions identified and their distribution can be found in Supplementary File 1.

5. Discussion

The present study had a dual purpose; first, to assess the extent and quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes, and second, to identify nursing interventions recorded in the context of the nurse-patient relationship in clinical notes. Regarding the first purpose, the results show that only one out of 10 notes written by nurses sufficiently described interactions to enable a full analysis in terms of the quality of the recording of the nurse-patient interaction process. The most noteworthy result of the second purpose was that most of the nursing interventions recorded in the notes in the context of the nurse-patient relationship respond to interventions of the physiological domain, rather than interventions of a more relational nature, as could be expected in the context of nursing care in acute mental health units.

Nursing clinical notes should reflect how staff understand their patients, how they interact and what nursing care they receive [9]. Deacon and Fairhurst [34] described nursing care in psychiatric hospitalization as a set of activities that are hardly visible and difficult to conceptualize, characterized by individual attention, as well as by routine and continuous work.

Our study, a finding which is compatible with the study by Myklebust et al., showed that 1/3 of total nursing clinical notes studied contained no description of patient experiences [14]. However, the most notable finding was that only 12% ($n=205$) of extracts described nurse-patient interactions to an extent that enabled them to be analyzed in terms of quality. This means that up to 88% of extracts were impossible to evaluate according to attunement, which is a fundamental characteristic of the therapeutic relationship. Therefore, in most of the notes, the quality of the bond, an essential characteristic in the nurse-patient therapeutic relationship, could not be assessed [24]. These results are in line with previous research that has found that traditionally, nurses underestimate the value of their documentation and the extent to which their diagnostic accuracy leads to better patient outcomes [4].

In most cases, in clinical notes, nurses recorded descriptions of patients' experiences in terms of positive and negative attunement distributed in a medium range; thus, only 8.3% of notes reflected an extreme positive or negative experience of the patients. This result is in complete agreement with the findings by Myklebust and Bjørkly [25].

In over half of clinical notes, no intervention of any kind was recorded by the nurse towards the patient once there had been an interaction. Myklebust et al. [14] concluded that while writing clinical notes, nurses position themselves as observers, and although the relationship between staff and patients is essential, nurses do not consider the relevance of documenting these interactions. This may be one reason why

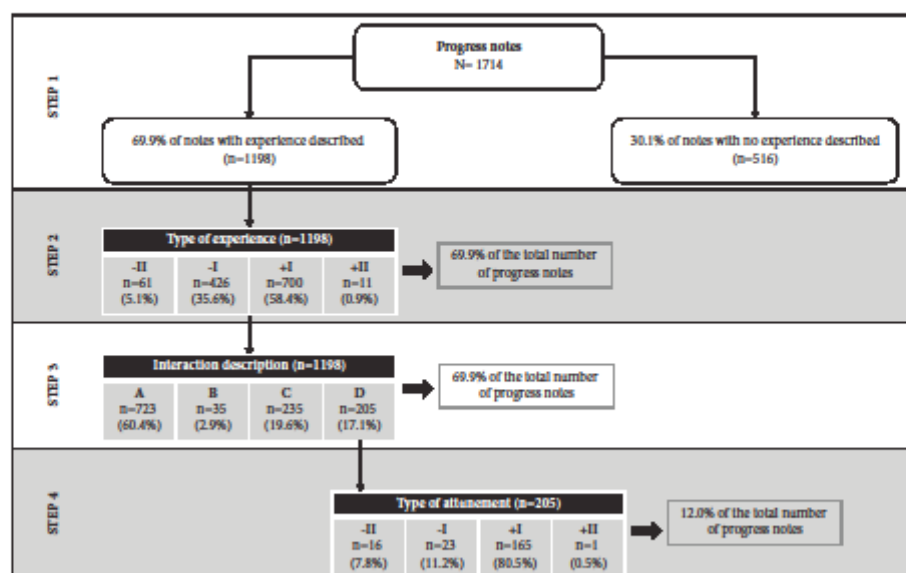


FIGURE 1: Distribution of the scope and quality of interactions in clinical notes.

TABLE 1: Distribution of identified nursing interventions' classification and related domains.

Nursing interventions' classification	n (%)	Domains
2304-medication administration: oral	783 (62.6)	Physiological: complex
5360-recreation therapy	130 (10.4)	Behavioral
4920-active listening	76 (6.1)	Behavioral
5270-emotional support	54 (4.3)	Behavioral
2313-medication administration: intramuscular (IM)	30 (2.4)	Physiological: complex
4380-limit setting	25 (2)	Behavioral
6580-physical restraint	18 (1.4)	Physiological: basic
1800-self-care assistance	16 (1.3)	Physiological: basic
3660-wound care	16 (1.3)	Physiological: complex
4360-behavior modification	16 (1.3)	Behavioral
5820-anxiety reduction	14 (1.1)	Behavioral
5020-conflict mediation	12 (1)	Behavioral
4640-anger control assistance	10 (0.8)	Behavioral
Others	50 (4)	

n= 1250.

the clinical notes included very little information about what the nurses had done to help the patient, other than observing and coordinating care.

Only one in five of clinical notes that did record the patient-related experience described both the nurses' interventions and the patients' responses. As in other studies, our findings indicate that nursing documentation does not accurately describe actual nursing care [27, 29, 30].

Inpatients positively value the ability of health care personnel to understand and comprehend their experiences and feelings [24]. This may explain why clinical notes

recording the interventions and the nurse-patient attunement in the interactions between them are mostly partially satisfactory (80.5%).

The second objective of our study was to identify and describe nursing interventions on nurse-patient interactions in clinical notes of acute mental health units using the NIC domains as a framework for assessing the outcomes of nursing clinical notes. In our study, almost two thirds of the nursing notes studied showed some intervention compatible with the NIC taxonomy. Frauenfelder et al. demonstrated that the NIC covers the essential nursing care interventions,

since 89.4% of all the intervention descriptions in their study fully coincided with the NIC [19]. However, our study is close to the one conducted by De Groot et al. [3] which concluded that only half of the respondents used SNT in their clinical notes. Ameal et al. [15] concluded that interventions such as presence or listening may not be recorded, as they are not perceived as interventions because they are an obvious part of nursing care.

In our study, the "active listening" intervention hardly appears; this finding may be because the nurses consider this intervention to be routine and for this reason, they do not consider it necessary in recording this intervention.

Another study conducted by Frauenfelder et al. [19] showed that the NIC intervention "surveillance" was essential as they concluded that the need for surveillance is one of the reasons for admitting patients to acute inpatient facilities for nurses to assess patients through interactions and observation of symptoms. However, in our study this intervention is not collected, only 30 NIC interventions were identified, a result far removed from the one performed by Ameal et al. [15]; who identified 71 different nursing interventions, 64 of which are described in the NIC. This lack of collection and recording of the interventions performed by the nurses in our study can be understood according to the findings by Ameal et al. [15] and Fore et al. [29] who explain that this occurs when nurses have integrated interventions as part of their work and do not record them.

In our study most of the interventions recorded corresponded to domains in the physiological area, represented by the administration of both oral and intramuscular medication and wound care. If we compare the results of our study with others conducted in a similar setting, hospital care. Ameal et al. [15] and Frauenfelder et al. [19] most prevalent interventions were in the safety and behavioral domains. The safety domain is not represented among the most prevalent NICs in our study, even though vigilance is one of the tasks most frequently performed in acute mental health units. This result can be explained by the delegation of competencies in the interdisciplinary team. However, the behavioral domain appears to be represented in several interventions such as (limit setting 4380; recreation therapy 5360; active listening 4920; emotional support 5270; behavior modification 4360; anxiety reduction 5820; conflict mediation 5020; anger control assistance 4640). Another study conducted by Thomé et al. [35] analyzed the documentation of patients in an outpatient center in Brazil, and their most prevalent interventions were assistance in self-care, socialization, and promotion of exercise. In this case, these interventions have not been collected in our study of clinical notes. This difference may be explained by the different health care context.

Nurses have a deep-rooted biomedical model of care [28], which influences the therapeutic relationship [14]. Therefore, these findings could in part explain the incomplete or inadequate nursing records in patients' clinical notes, or records based more on the biomedical model than on nurse-patient interactions [30].

6. Strengths and Limitations

The nursing clinical notes from the selected facilities did not use SNT, which means that results are based on the analysis of free-text notes, which included very few direct descriptions of nursing interventions. With free-text note analysis, there is a possibility of using too much interpretation during the process of analyzing the notes.

Due to the large number of randomized extracts and the fact that around 100 people wrote in the selection period, the risk of author bias was low in the dataset.

One of the strengths of the present study was the considerable number of randomized evolution notes collected from five different acute mental health units. The five mental health units chosen for this research represented a wide range of patient illness stages, diagnoses, and degrees of coercive or voluntary treatment.

7. Implications for Nursing Management

To our knowledge, there are few international quantitative studies measuring the quantity and quality of staff-patient interactions in nursing documentation in mental health settings. Consequently, the present study appears to represent an important step in the effort to explore the extent and quality of documented staff-patient interactions and the quality of documented nurse-patient interactions.

Improving the quality of clinical notes by integrating interventions and their impact, also considering the degree of nurse-patient harmony, can contribute to an increase in the quality of nursing care. This could increase patient satisfaction with the admission and their experience. It would be interesting to try to raise awareness of the importance of a systematized record of nursing clinical courses that include SNT and patient experiences related to the interventions, which would reinforce the training curriculum of mental health nurses.

The SESPI-Sp can provide data to qualitatively assess nursing documentation in relation to nursing interventions performed in the context of interactions with patients in mental health units. In this manner, it contributes to the improvement of the quality of mental health nursing care.

The SNT could play an important role in the development of nursing documentation, thereby becoming a better source for the evaluation and development of staff-patient interactions in clinical practice.

A more standardized use would contribute to the understanding of the extent and quality of nurse-patient interactions recorded in clinical notes. In this manner, standardized documentation would also help to improve these interactions and their recording, which will facilitate decision-making and help to provide solutions to problems that may arise during patient care.

Reading the clinical notes log explored in this study suggests that nurses record very little of the time they spend interacting with patients in the context of the therapeutic relationship. These insights highlight the need for

interventions to establish and develop the nurse-patient relationship. Consequently, it could be of interest to managers when planning the structure and staffing needs in inpatient mental health care.

8. Conclusions

The results of this study provide insight into the quality and quantity of nursing clinical notes related to patient experiences and nurse-patient interactions. Of the total number of clinical notes studied, only 12% described the relationship and rapport between nurse and patient in their interactions with sufficient quality. This means that the patients' feelings and experiences revealed in the context of the nurse-patient relationship are not adequately recorded in the documentation.

The clinical notes studied identified the recorded nursing interventions, 30 of which are described in the NIC. However, interventions of a relational nature, which are considered highly relevant and important in mental health nursing care, were almost nonexistent in the clinical documentation.

Consequently, nursing clinical notes did not fully and adequately record the interventions that nurses perform, as well as the impact of the interventions.

Data Availability

The data that support the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Ethical Approval

This study was approved by the Ethical Committees of five hospitals, and research permission was granted.

Conflicts of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors thank Dr. Kjellaug K. Myklebust and Dr. Stål Bjørkly for their expertise. The authors are grateful for the support from the Department of Research and Universities of the Generalitat of Catalonia in the framework of the call for SGR-Cat 2021 grants, group 2021 SGR 1083.

Supplementary Materials

Supplementary File 1: Total number of interventions identified in the clinical notes studied and their distribution by frequency and percentage. (*Supplementary Materials*)

References

- [1] V. Stanhope and E. B. Matthews, "Delivering person-centered care with an electronic health record," *BMC Medical Informatics and Decision Making*, vol. 19, no. 1, pp. 1–9, 2019.
- [2] T. Pain, G. Kingston, J. Askern, R. Smith, S. Phillips, and L. Bell, "How are allied health notes used for inpatient care and clinical decision-making? A qualitative exploration of the views of doctors, nurses and allied health professionals," *Health Information Management Journal*, vol. 46, no. 1, pp. 23–31, 2017.
- [3] K. De Groot, A. J. E. De Veer, W. Paans, and A. L. Francke, "Use of electronic health records and standardized terminologies: a nationwide survey of nursing staff experiences," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 104, Article ID 103523, 2020.
- [4] L. Rossi, S. Butler, A. Coakley, and J. Flanagan, "Nursing knowledge captured in electronic health records," *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 34, no. 1, pp. 72–84, 2023.
- [5] C. Urquhart, R. Currell, M. J. Grant, and N. R. Hardiker, "Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 2018, no. 5, p. CD002099, 2018.
- [6] A. Pérez-Toribio, A. R. Moreno-Poyato, M. T. Lluch-Canut et al., "Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the scale for the evaluation of staff-patient interactions in progress notes," *PLoS One*, vol. 18, no. 3, 2023.
- [7] N. R. Hardiker, D. Dowling, P. C. Dykes, and W. Sermeus, "Reinterpreting the nursing record for an electronic context," *International Journal of Medical Informatics*, vol. 127, pp. 120–126, 2019.
- [8] E. Idvall and A. Ehrenberg, "Nursing documentation of postoperative pain management," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 11, no. 6, pp. 734–742, 2002.
- [9] D. Jefferies, M. Johnson, and R. Griffiths, "A meta-study of the essentials of quality nursing documentation," *International Journal of Nursing Practice*, vol. 16, no. 2, pp. 112–124, 2010.
- [10] F. Rangraz Jeddi, E. Nabovati, R. Bigham, and R. Khajouei, "Usability evaluation of a comprehensive national health information system: relationship of quality components to users' characteristics," *International Journal of Medical Informatics*, vol. 133, no. 2018, Article ID 104026, 2020.
- [11] A. Taher, E. Bunker, L. B. Chartier et al., "Application of the Informatics Stack framework to describe a population-level emergency department return visit continuous quality improvement program," *International Journal of Medical Informatics*, vol. 133, Article ID 103937, 2020.
- [12] D. F. Sittig and H. Singh, "Electronic health records and national patient-safety goals," *New England Journal of Medicine*, vol. 367, no. 19, pp. 1854–1860, 2012.
- [13] E. Törnvall, I. Jansson, and R. Supervisor, "Preliminary evidence for the usefulness of standardized nursing terminologies in different fields of application: a literature review," *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 28, no. 2, pp. 109–119, 2015.
- [14] K. K. Myklebust, S. Bjørkly, and M. Råheim, "Nursing documentation in inpatient psychiatry: the relevance of nurse-patient interactions in progress notes—a focus group study with mental health staff," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 27, no. 3–4, pp. e611–e622, 2018.
- [15] M. Ameal, H. Leino, R. Kontio, T. van Achterberg, and K. Junntila, "Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting," *Journal of Clinical Nursing*, vol. 29, no. 17–18, pp. 3435–3444, 2020.
- [16] N. Buus and B. E. Hamilton, "Social science and linguistic text analysis of nurses' records: a systematic review and critique," *Nursing Inquiry*, vol. 23, no. 1, pp. 64–77, 2016.

- [17] K. De Groot, M. Triemstra, W. Paans, and A. L. Francke, "Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: a systematic review of systematic reviews," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 75, no. 7, pp. 1379–1393, 2019.
- [18] S. Tastan, G. C. F. Linch, G. M. Keenan et al., "Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: a systematic review," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51, no. 8, pp. 1160–1170, 2014.
- [19] F. Frauenfelder, T. van Achterberg, and M. Müller-Staub, "Documented nursing interventions in inpatient psychiatry," *International Journal of Nursing Knowledge*, vol. 29, no. 1, pp. 18–28, 2018.
- [20] J. Bridges, P. Griffiths, E. Oliver, and R. M. Pickering, "Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study," *BMJ Quality and Safety*, vol. 28, no. 9, pp. 706–713, 2019.
- [21] A. R. Moreno-Poyato, P. Montesó-Curto, P. Delgado-Hito et al., "The therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: a narrative review of the perspective of nurses and patients," *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 30, no. 6, pp. 782–787, 2016.
- [22] P. Barker and P. Buchanan-Barker, "Myth of mental health nursing and the challenge of recovery," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 20, no. 5, pp. 337–344, 2011.
- [23] L. Greenberg, "The therapeutic relationship in emotion-focused therapy," *Psychotherapy*, vol. 51, no. 3, pp. 350–357, 2014.
- [24] A. R. Moreno-Poyato and Ó. Rodríguez-Nogueira, "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*, vol. 28, no. 3, pp. 335–343, 2021.
- [25] K. K. Myklebust and S. Bjørkly, "Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPIN): an assessment instrument of mental health nursing documentation," *Nursing Open*, vol. 6, no. 3, pp. 790–798, 2019.
- [26] K. R. Delaney, M. Shattell, and M. E. Johnson, "Capturing the interpersonal process of psychiatric nurses: a model for engagement," *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 31, no. 6, pp. 634–640, 2017.
- [27] K. K. Myklebust and S. Bjørkly, "The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards," *BMC Psychiatry*, vol. 19, no. 1, p. 251, 2019.
- [28] S. McAndrew, M. Chambers, F. Nolan, B. Thomas, and P. Watts, "Measuring the evidence: reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 23, no. 3, pp. 212–220, 2014.
- [29] A. Fore, F. Islim, and L. Shever, "Data collected by the electronic health record is insufficient for estimating nursing costs: an observational study on acute care inpatient nursing units," *International Journal of Nursing Studies*, vol. 91, pp. 101–107, 2019.
- [30] A. Pérez Toribio, A. R. Moreno Poyato, T. Llach Canut et al., "Relationship between nurses' use of verbal de escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study," *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 31, no. 2, pp. 339–347, 2022.
- [31] M. H. Insteffjord, K. Aasekjær, B. Espehaug, and B. Graverholt, "Assessment of quality in psychiatric nursing documentation—a clinical audit," *BMC Nursing*, vol. 13, no. 1, pp. 32–37, 2014.
- [32] P. A. Harris, R. Taylor, B. L. Minor et al., "The REDCap consortium: building an international community of software platform partners," *Journal of Biomedical Informatics*, vol. 95, Article ID 103208, 2019.
- [33] P. Mayring, *Qualitative Inhaltsanalyse—Grundlagen und Techniken*, Sage, Newcastle Upon Tyne, UK, 2010.
- [34] M. Deacon and E. Fairhurst, "The real-life practice of acute inpatient mental health nurses: An analysis of 'eight interrelated bundles of activity': Feature," *Nursing Inquiry*, vol. 15, no. 4, pp. 330–340, 2008.
- [35] S. Thomé, R. C. Centena, S. Behenck, M. Marini, and E. Heldt, "Interventions Classification Taxonomies to Mental Health Nursing Practice Search terms," *Descritores: Author contact*, vol. 25, no. 3, 2014.

5. Discusión

En este apartado se discuten los aspectos claves de los resultados de todos los estudios que forman parte de esta tesis doctoral. Asimismo, se abordan las principales limitaciones de las investigaciones, sus principales fortalezas y futuras líneas de investigación. Los resultados han sido discutidos en cada uno de los artículos publicados, por lo que a continuación se presenta una discusión global de los principales hallazgos obtenidos.

El objetivo principal de esta tesis doctoral ha sido explorar las intervenciones enfermeras en el marco de la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental en España a través de la calidad, estructura y contenido de las notas clínicas en el contexto de las interacciones enfermera-paciente. La consecución de cada uno de los objetivos específicos de forma secuencial ha facilitado su realización. Para responder a los objetivos se han llevado a cabo 4 estudios, cuyos hallazgos se discuten a continuación.

Los hallazgos de esta tesis resaltan la necesidad de un enfoque más integral y centrado en el paciente en la práctica enfermera en salud mental. Es imperativo mejorar la calidad de los registros clínicos para reflejar adecuadamente las dimensiones relacionales de la atención enfermera y promover estrategias de manejo de crisis que prioricen la desescalada verbal sobre las intervenciones coercitivas. Además, se debe abordar el impacto emocional y ético del uso de la contención mecánica (CM) en el personal de enfermería y en la relación terapéutica (RT) con los pacientes, mediante intervenciones de apoyo y reflexión que promuevan una práctica clínica más ética, humana y efectiva.

Los hallazgos encontrados en el primer estudio muestran que el uso de la CM fue una experiencia traumática para los participantes, afectándolos tanto emocional como profesionalmente.

Este es un hallazgo común en la literatura, donde Sequeira y Halstead (2004) informan que el personal de enfermería experimentó una variedad de respuestas emocionales, incluyendo ansiedad, enojo, angustia y llanto en el uso de procedimientos de contención, mientras que Power et al. (2020) encontraron que las enfermeras de salud mental se sintieron angustiadas e incluso traumatizadas después de usar las contenciones. De manera similar, en una investigación sobre la contención física y mecánica en unidades psiquiátricas brasileñas, Vedana et al. (2018) informaron que las enfermeras consideraban que la contención era angustiante, encontrándola desagradable, desafiante, estresante y asociada con dilemas y conflictos, como imponer límites a la autonomía.

A pesar de que las enfermeras informaron experiencias negativas con la CM, esta sigue teniendo un lugar en los servicios de salud mental debido a la falta de alternativas accesibles, un entorno físico desfavorable, miedo, relaciones interpersonales problemáticas y falta de tiempo para pasar con los pacientes (Muir-Cochrane et al., 2018; Price et al., 2018; Wilson et al., 2017).

Este estudio reporta estados emocionales que van desde la ira, el miedo, la humillación, la impotencia, la angustia (Strout, 2010), la desesperación (Steinert et al., 2013), el rechazo y la pérdida de autonomía (Ling et al., 2015) y el trauma (Lanthén et al., 2015), que resuenan con las experiencias objetivas de los participantes en este estudio. En un contexto más reciente en España, la investigación de Guzmán-Parra et al. (2019) señaló niveles elevados de estrés y coerción en los pacientes sometidos a

CM. Jacob et al. (2019) encontraron que la reacción emocional de las enfermeras ante la CM era similar a la de los pacientes, señalando una tensión entre lo que las enfermeras sienten acerca de la práctica y lo que deben hacer como profesionales. Nuestros hallazgos hacen eco de investigaciones en esta área que han encontrado que las experiencias de la CM son predominantemente negativas tanto para las enfermeras de salud mental como para los pacientes.

Por lo tanto, caracterizamos la simetría del trauma narrado por los participantes en nuestra investigación como una escala de efectos perjudiciales debido a la percepción de que la CM es perjudicial tanto para las enfermeras como para los pacientes. Las contenciones a menudo se presentan como un "mal necesario" o una intervención de "último recurso" (Power et al., 2020; Wilson et al., 2017).

Nuestros hallazgos sugieren que tener que emplear una intervención descrita como un "mal necesario" contribuye al conflicto entre la enfermería profesional y las creencias y valores personales causando una lesión moral. La CM es una intervención obligatoria y, por lo tanto, no es ilegal usarla. McKeown et al. (2020) sugieren que racionalizar la contención como una intervención de último recurso justifica las acciones del personal. Sin embargo, los participantes en esta investigación no se sintieron justificados, ya que la justificación requiere libertad de culpa. En cambio, llevaron su culpa y esto afectó sus vidas personales y profesionales. En general, los participantes creían que la CM era una intervención segura que debían llevar a cabo, pero no sentían que fuera moralmente correcta.

La participación en la CM también afectó a la RT enfermera-paciente, especialmente al elemento de confianza. Moreno-Poyato et al. (2017) sugieren que la RT es una de las herramientas más importantes a disposición de las enfermeras. Basada en la

confianza, la RT ha sido encontrada por los pacientes como importante para proporcionar entornos de cuidado positivos, y esto se veía reforzado con la ausencia de coerción (Gilburt et al., 2008). Scalon (2006) encontró que las enfermeras de salud mental ponen un gran énfasis en el desarrollo de la confianza con los pacientes; sin embargo, los participantes en este estudio reconocieron que la CM constituía una amenaza para la RT, especialmente el elemento de confianza.

La confianza es una cualidad dinámica ya que puede construirse, perderse, mantenerse o restablecerse. En este sentido, la confianza es un fenómeno relacional que es vital para una relación efectiva enfermera-paciente (Dinç & Gastmans, 2013) y cuando se usa la contención, la confianza se convierte en una víctima común de la RT (Wilson et al., 2017; Wynn, 2004). La confianza quebrada refleja hallazgos de otros estudios (Brophy et al., 2016; Jacob et al., 2019; Ling et al., 2015). Tingleff et al. (2019) encontraron que la CM aumentó la desconfianza ya que los pacientes hablaban de evitar al personal y seguir reglas para evitar conflictos adicionales.

Una forma de restablecer la confianza sería a través de debriefings posteriores a la restricción, lo cual Krieger et al. (2021) encontraron relativamente fácil de implementar en unidades agudas para el personal, permitiéndoles reflexionar sobre sus propias actitudes y emociones. Dado que la CM produce experiencias negativas compartidas, involucrar a los usuarios del servicio en la co-producción de un marco de debriefing posterior al uso de esta intervención sería una forma de reconstruir la confianza y promover una comprensión compartida dirigida a reducir y eliminar el uso de la CM.

Se ha identificado que las experiencias de las enfermeras en el uso de la CM fueron predominantemente negativas, además las enfermeras también consideraron

negativas las experiencias de los pacientes. La percepción de que la empatía, la confianza y la RT se vieron dañadas por el uso de la CM, podría ser un catalizador para comprender el daño provocado con el uso de estas intervenciones y tratar de reducir su uso a favor de intervenciones que se reconocen como alternativas, tales como la desescalada verbal.

Respecto a los resultados obtenidos para conocer la relación entre el uso de la desescalada verbal y el uso de la contención mecánica, el principal hallazgo fue que en más del 40% de los pacientes que habían requerido el uso de contención mecánica durante el periodo de estudio, no se utilizó ningún intento previo de desescalada verbal. Por el contrario, la contención farmacológica se había utilizado como herramienta para intentar evitar el uso de la contención mecánica en más del 80% de los casos. La falta de uso de la desescalada verbal como intervención para tratar de evitar el uso de la CM en nuestros resultados fue elevada. Este hallazgo podría explicarse en parte por registros de enfermería incompletos o inadecuados en las notas clínicas de los pacientes, o registros basados más en el modelo biomédico que en las interacciones enfermera-paciente (Buus & Hamilton, 2016; Myklebust et al., 2018). También podría deberse a factores identificados por los pacientes en los equipos, como la falta de reflexión del personal sobre la cultura y la práctica de la desescalada o la necesidad de ejercer dominio sobre los pacientes (Price et al., 2018).

Los resultados también indican que las enfermeras utilizaron en menor medida la desescalada verbal en aquellos pacientes que no habían sido sometidos previamente a contención mecánica y a los que no se les administró medicación para prevenir la agitación. De hecho, estos pacientes fueron inmovilizados antes durante su período de

hospitalización. Este hallazgo confirma que el riesgo de sujeción es mayor durante los primeros días de ingreso (Pérez-Revuelta et al., 2021); en consecuencia, esto justifica la importancia de establecer una buena relación terapéutica enfermera-paciente lo antes posible y así poder realizar una desescalada verbal de manera oportuna para evitar la contención mecánica (Kuivalainen et al., 2017).

Aquellos pacientes que habían sido previamente inmovilizados, ya sea en el mismo ingreso o en anteriores, y aquellos a los que se les había administrado tratamiento farmacológico cuando se observaron pródromos de agitación verbal, mostraron un uso significativamente mayor de la desescalada. Esto sugiere que las enfermeras han podido identificar algunos de los factores que suelen estar presentes en los pacientes agitados y, por tanto, tratar los síntomas que se presentan con especial énfasis para intentar evitar la escalada de la agitación (Guzman-Parra et al., 2020). El hecho de que estos pacientes finalmente requirieran el uso de sujeción mecánica afirma que la desescalada verbal es una técnica útil en el tratamiento temprano de los síntomas de agitación (Fernández-Costa et al., 2020; Hallett & Dickens, 2017; Kuivalainen et al., 2017; Price et al., 2015, 2018) sin embargo, esto no la convierte en una técnica infalible para desactivar la agitación (Kuivalainen et al., 2017). Esto también podría deberse al hecho de que no todas las enfermeras saben cómo y cuándo realizar la desescalada verbal y se les debe proporcionar asistencia para desarrollar y mantener una buena relación terapéutica con el paciente ingresado en el hospital psiquiátrico unidad de salud (Hartley et al., 2020). El conocimiento de las técnicas más útiles, por ejemplo las definidas como dominios por autores anteriores (Richmond et al., 2012) y saber cuándo aplicarlas en función del ciclo de escalada de la agitación, será un factor determinante en el éxito de la desescalada verbal.

Se reconoce la importancia de establecer una RT adecuada lo antes posible, ya que conocer al paciente y sus posibles reacciones facilita la intervención de la enfermera y el uso de la desescalada verbal en un esfuerzo por evitar el uso de la CM. Sin embargo, los registros de enfermería podrían ser incompletos basándose en modelos biomédicos y perdiendo el registro de las interacciones enfermera-paciente. Por lo tanto, es necesario examinar el contenido y la calidad de los registros de enfermería a través de un instrumento creado para este propósito. Al no existir ninguno en español se realizó la adaptación transcultural de uno existente.

En relación a la adaptación transcultural de SESPI cabe destacar que se realizó de forma ágil y apenas hubo discrepancias entre los participantes durante los procesos de traducción y retrotraducción. Este hecho confirma la equivalencia de significado y la fiabilidad del contenido semántico de la versión española del instrumento (Hernández et al., 2020). Otro aspecto importante que cabe destacar es que durante el proceso de adaptación la estructura del instrumento requirió una ligera modificación en cuanto a la ubicación de las indicaciones y ejemplos, sin que ello supusiera cambios en el sentido y significado del contenido del instrumento. El hecho de que esto fuera el resultado de las recomendaciones de las enfermeras clínicas participantes, que el comité de expertos lo evaluara y, además, que contara con la aprobación de los autores originales, garantiza el nivel de fiabilidad de la versión adaptada del instrumento y el nivel de fiabilidad de la versión adaptada del instrumento (Hernández et al., 2020; Muñiz et al., 2013).

En relación con los resultados psicométricos, cabe destacar que la fiabilidad de la versión española del SESPI-SP mostró excelentes resultados en cuanto a consistencia

interna e interobservador. En el caso de la prueba alfa de Cronbach total fue de 0,976, un resultado muy similar al del estudio original que probaba la fiabilidad del SESPI (Myklebust & Bjørkly, 2019a). En el caso del CCI, el resultado para el total de la escala fue de 0,975, lo que indica una fiabilidad interobservador muy buena (Koo & Li, 2016). De hecho, para algunos autores, por encima de 0,81 se considera casi perfecto (Landis y Koch., 1977). Este resultado fue sustancialmente superior que el obtenido en la versión original del SESPI (Myklebust & Bjørkly, 2019a); este hallazgo podría deberse a un mayor número de observaciones y observadores en este estudio. En este sentido, los resultados obtenidos para cada etapa del instrumento fueron también muy aceptables, obteniéndose valores de alfa de Cronbach superiores a 0,94 para todas las etapas, en la misma línea que la versión original (Myklebust & Bjørkly, 2019a).

El proceso de traducción, adaptación transcultural y evaluación de las propiedades psicométricas indicó que el SESPI-Sp es un instrumento capaz de proporcionar medidas válidas y fiables para evaluar la calidad de las notas clínicas. Por lo tanto, puede ser una herramienta importante para los procesos de toma de decisiones de las enfermeras, especialmente para la planificación de objetivos e intervenciones en el contexto de las interacciones con los pacientes. Además, saber cómo evaluar críticamente los registros puede generar más conocimientos relacionados con la calidad del registro de enfermería en las notas clínicas del paciente.

La evaluación del alcance y la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas en las notas clínicas muestra que sólo 1 de cada 10 notas escritas por las enfermeras describía suficientemente las interacciones para permitir un análisis

completo en términos de la calidad del registro del proceso de interacción enfermera-paciente.

Al identificar las intervenciones de enfermería registradas en el contexto de la relación enfermera-paciente en las notas clínicas, el resultado más destacable fue que la mayoría de las intervenciones de enfermería registradas en las notas en el contexto de la relación enfermera-paciente responden a intervenciones del dominio fisiológico, más que a intervenciones de carácter más relacional, como podría esperarse en el contexto de la atención de enfermería en unidades de agudos de salud mental.

Las notas clínicas de enfermería deben reflejar cómo el personal entiende a sus pacientes, cómo interactúan y qué cuidados de enfermería reciben (Jefferies et al., 2010). Deacon y Fairhurst, (2008) describieron los cuidados de enfermería en la hospitalización psiquiátrica como un conjunto de actividades poco visibles y difíciles de conceptualizar, caracterizadas por la atención individual, así como por el trabajo rutinario y continuo.

El estudio mostró que 1/3 del total de notas clínicas de enfermería estudiadas no contenían descripción de las experiencias de los pacientes, hallazgo que es compatible con el estudio de Myklebust y Bjørkly. (2019). Sin embargo, el hallazgo más notable fue que sólo el 12% (n=205) de los extractos describían las interacciones enfermera-paciente en un grado que permitiera analizarlas en términos de calidad. Esto significa que hasta el 88% de los extractos fueron imposibles de evaluar según la sintonía, que es una característica fundamental de la relación terapéutica. Por tanto, en la mayoría de las notas no se pudo valorar la calidad del vínculo, característica esencial en la relación terapéutica enfermera-paciente (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021). Estos resultados están en línea con investigaciones anteriores que han

encontrado que tradicionalmente, las enfermeras subestiman el valor de su documentación y el grado en que su precisión diagnóstica conduce a mejores resultados para los pacientes (Rossi et al., 2023).

En la mayoría de los casos, en las notas clínicas, los enfermeros registraron descripciones de las experiencias de los pacientes en términos de sintonía positiva y negativa distribuidas en un rango medio, así, sólo el 8,3% de las notas reflejaron una experiencia extrema positiva o negativa de los pacientes. Este resultado está completamente de acuerdo con los hallazgos de Myklebust y Bjørkly. (2019).

En más de la mitad de las historias clínicas no se registró ninguna intervención de ningún tipo por parte de la enfermera hacia el paciente una vez que hubo interacción Myklebust et al. (2018) concluyeron que al escribir notas clínicas, las enfermeras se posicionan como observadoras, y aunque la relación entre el personal y los pacientes es fundamental, las enfermeras no consideran la relevancia de documentar estas interacciones. Esta puede ser una de las razones por las que las notas clínicas incluían muy poca información sobre lo que las enfermeras habían hecho para ayudar al paciente, aparte de observar y coordinar la atención.

Sólo una de cada cinco de las notas clínicas que registraron la experiencia relacionada con el paciente describía tanto las intervenciones de las enfermeras como las respuestas de los pacientes. Como en otros estudios, nuestros hallazgos indican que la documentación de enfermería no describe con precisión los cuidados de enfermería reales (Fore et al., 2019; Myklebust & Bjørkly, 2019b).

Los pacientes hospitalizados valoran positivamente la capacidad del personal sanitario para comprender y comprender sus experiencias y sentimientos (Moreno-Poyato & Rodríguez-Nogueira, 2021). Esto puede explicar por qué las notas clínicas que registran

las intervenciones y la sintonía enfermera-paciente en las interacciones entre ellas son mayoritariamente parcialmente satisfactorias (80,5%).

El segundo objetivo de nuestro estudio fue identificar y describir las intervenciones de enfermería sobre las interacciones enfermera-paciente en las notas clínicas de las unidades de salud mental aguda utilizando los dominios NIC como marco para evaluar los resultados de las notas clínicas de enfermería. En nuestro estudio, casi dos tercios de las notas de enfermería estudiadas mostraron alguna intervención compatible con la taxonomía NIC. Frauenfelder et al. (2018) demostraron que la NIC cubre las intervenciones esenciales de cuidados de enfermería, ya que el 89,4% de todas las descripciones de intervenciones en su estudio coincidieron plenamente con la NIC. Sin embargo, nuestro estudio se acerca al realizado por De Groot et al. (2020), que concluyó que solo la mitad de los encuestados utilizaban SNT en sus notas clínicas. Ameel et al. (2020), concluyeron que intervenciones como “Presencia o Escucha activa” no pueden registrarse, ya que no se perciben como intervenciones porque son una parte obvia del cuidado de enfermería.

En nuestro estudio apenas aparece la intervención de “escucha activa”; este hallazgo puede deberse a que los enfermeros consideran esta intervención como rutinaria y por esta razón no consideran necesario registrar esta intervención.

Otro estudio realizado por Frauenfelder et al. (2018) demostraron que la intervención "Vigilancia" de la NIC era esencial ya que concluyeron que la necesidad de vigilancia es una de las razones para admitir pacientes en centros de internación aguda para que las enfermeras evalúen a los pacientes a través de interacciones y observación de síntomas. Sin embargo, en nuestro estudio no se recoge esta intervención, sólo se identificaron 30 intervenciones NIC, resultado muy alejado del realizado por Ameel et

al. (2020), quienes identificaron 71 intervenciones de enfermería diferentes, 64 de las cuales están descritas en la NIC. Esta falta de recopilación y registro de las intervenciones realizadas por las enfermeras en nuestro estudio puede entenderse según los hallazgos de Ameel et al. (2019) y Fore et al. (2019) quienes explican que esto ocurre cuando las enfermeras tienen intervenciones integradas como parte de su trabajo y no las registran.

En nuestro estudio la mayoría de las intervenciones registradas correspondieron a dominios del área fisiológica, representada por la administración de medicación tanto oral como intramuscular y el cuidado de heridas. Si comparamos los resultados de nuestro estudio con otros realizados en un ámbito similar, la atención hospitalaria, Ameel et al. (2020) y Frauenfelder et al. (2018), las intervenciones más frecuentes se realizaron en los ámbitos de seguridad y comportamiento. El dominio de seguridad no está representado entre los NIC más prevalentes en nuestro estudio, a pesar de que la vigilancia es una de las tareas más frecuentemente realizadas en las unidades de salud mental aguda. Este resultado puede explicarse por la delegación de competencias al equipo interdisciplinario. Sin embargo, el dominio conductual parece estar representado en varias intervenciones como (Establecimiento de límites 4380; Terapia recreativa 5360; Escucha activa 4920; Apoyo emocional 5270; Modificación de conducta 4360; Reducción de la ansiedad 5820; Mediación de conflictos 5020; Asistencia para el control de la ira 4640). Otro estudio realizado por Thomé et al. (2014) analizaron la documentación de pacientes en un centro ambulatorio en Brasil, y sus intervenciones más prevalentes fueron la asistencia en el autocuidado, la socialización y la promoción del ejercicio. En este caso, estas intervenciones no han

sido recogidas en nuestro estudio de notas clínicas. Esta diferencia puede explicarse por el diferente contexto de atención de salud.

Las enfermeras tienen un modelo biomédico de atención muy arraigado (McAndrew et al., 2014), que influye en la relación terapéutica (Myklebust et al., 2018). Por tanto, estos hallazgos podrían explicar en parte los registros de enfermería incompletos o inadecuados en las historias clínicas de los pacientes, o registros basados más en el modelo biomédico que en las interacciones enfermera-paciente (Buus & Hamilton, 2016; Myklebust et al., 2018).

5.1.- Limitaciones y fortalezas del estudio

Las limitaciones de los resultados de los estudios de esta tesis doctoral se pueden detallar de la siguiente manera:

La selección de una muestra intencional de enfermeras de salud mental para las entrevistas sobre el uso de la contención mecánica plantea interrogantes sobre la representatividad de las opiniones recopiladas. Es posible que las experiencias y perspectivas de este grupo no reflejen completamente la diversidad de opiniones en la población más amplia de enfermeras de salud mental. Además, el riesgo de sesgo de recuerdo se suma a esta preocupación, ya que los participantes pueden no recordar con precisión sus experiencias pasadas, lo que podría influir en la validez de los datos recopilados.

La contención mecánica es una práctica altamente controvertida en el ámbito de la salud mental, lo que podría introducir un sesgo de deseabilidad social o profesional en las respuestas de los participantes. Es plausible que los entrevistados presenten un aspecto más positivo de sus actitudes o creencias, especialmente si están conscientes de que el entrevistador trabaja en el mismo campo y podría tener opiniones preconcebidas sobre el tema. Este sesgo puede distorsionar la precisión de los datos recopilados y afectar la interpretación de los resultados.

Limitaciones del estudio de cohorte retrospectivo: El análisis retrospectivo de las notas clínicas para investigar la relación entre la desescalada verbal y la contención mecánica presenta varias limitaciones inherentes. Dado que los datos se recopilaron de registros de enfermería de historias clínicas de pacientes, es difícil establecer la secuencia temporal precisa de las intervenciones y determinar la causalidad entre la desescalada verbal y el uso posterior de la contención mecánica. Además, este enfoque puede

limitar la capacidad de capturar la totalidad de las interacciones verbales y las circunstancias que condujeron a la contención mecánica, lo que podría afectar la interpretación de los resultados.

Limitaciones en la adaptación transcultural del SESPI: Aunque se siguieron procedimientos estandarizados de traducción y adaptación transcultural del instrumento SESPI, la falta de escalas de evaluación de la calidad de las notas clínicas validadas en español puede haber afectado la calidad de los datos recopilados. Además, la selección de enfermeras evaluadoras con un alto nivel educativo y motivación para colaborar en el estudio podría haber introducido sesgos en los resultados, ya que es posible que sus opiniones no sean representativas de la población más amplia de enfermeras de salud mental en España.

El análisis se basó en notas de texto libre, lo que implica que las descripciones de las intervenciones de enfermería pueden ser inconsistentes o incompletas. Esta falta de estandarización en la terminología utilizada en las notas clínicas puede afectar la precisión y la objetividad del análisis, ya que existe la posibilidad de que se realicen interpretaciones subjetivas durante el proceso de análisis de las notas.

Respecto a las fortalezas encontramos las siguientes:

A pesar de las limitaciones mencionadas, la tesis doctoral se basa en una gran cantidad de datos recopilados durante un período de ocho años, lo que proporciona una visión detallada y amplia del uso de la restricción mecánica en el entorno de salud mental en España. Esta extensa base de datos permite una exploración exhaustiva de las prácticas y tendencias en el uso de la contención mecánica, lo que contribuye significativamente al cuerpo de conocimientos en este campo.

Se siguieron procedimientos estandarizados y rigurosos en la traducción y adaptación transcultural del instrumento SESPI, así como en la recopilación y análisis de datos de las notas clínicas. Estos enfoques metodológicos sólidos aumentan la fiabilidad y la validez de los resultados obtenidos, lo que fortalece la credibilidad del estudio en su conjunto.

La investigación se llevó a cabo en varias unidades de salud mental en España, lo que proporciona una perspectiva más amplia y representativa de las prácticas y contextos clínicos en el país. Esta diversidad en las ubicaciones de estudio aumenta la generalizabilidad de los hallazgos y permite una comprensión más completa de las prácticas y desafíos en el uso de la contención mecánica en diferentes entornos de atención médica mental.

Se recopilaron un gran número de notas clínicas de diferentes unidades de salud mental, lo que aumenta la robustez y la generalizabilidad de los hallazgos. Además, se recopilaron datos sobre una amplia gama de variables relacionadas con el uso de la restricción mecánica, lo que permite un análisis detallado de los factores individuales y contextuales que influyen en esta práctica.

5.2.- Implicaciones del estudio

A pesar de las limitaciones, esta tesis doctoral contribuye significativamente al cuerpo de conocimientos existente sobre el conocimiento de las intervenciones enfermeras en el marco de la RT estudiadas a través de las notas clínicas enfermeras. También contribuye en el conocimiento de la calidad, estructura y contenido de las estas notas clínicas enfermeras, aportando un instrumento que permite medir estos registros. Los datos recopilados y los análisis realizados proporcionan información valiosa que puede

informar y mejorar las prácticas clínicas y las políticas de atención médica mental en España y más allá.

5.2.1.- Implicaciones para la práctica

Las implicaciones para la práctica de esta tesis doctoral incluyen mejoras en la documentación y registro de las interacciones enfermera-paciente. Esto puede conducir a una práctica clínica más centrada en el paciente, donde las intervenciones de enfermería se registren de manera más detallada y se preste una mayor atención a los aspectos relacionales de la atención. Los hallazgos relacionados con el uso de la contención mecánica y la desescalada verbal pueden informar el desarrollo de políticas y protocolos en las instituciones de salud mental. Esto podría incluir la implementación de estrategias para promover el uso protocolizado de la desescalada verbal como una alternativa a la contención mecánica, así como la revisión de prácticas existentes para garantizar que se alineen con las mejores prácticas y estándares éticos. El uso de las contenciones mecánicas, dadas sus implicaciones, debe ser reconocido como un fracaso en la prestación de cuidados y una práctica que debe ser eliminada. Nuestra investigación señala posibles vías para navegar la complejidad que rodea este fenómeno con miras a su erradicación.

La investigación podría identificar áreas de mejora en las intervenciones enfermeras relacionadas con la construcción y mantenimiento de la relación terapéutica en entornos de atención aguda en salud mental. Esto permitiría a los profesionales de enfermería enfocarse en fortalecer estas habilidades y mejorar la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes y ser la base para el desarrollo de guías y protocolos específicos que orienten a los profesionales de enfermería en la mejora de la relación terapéutica con los pacientes en unidades de agudos de salud mental. Estas guías

podrían ayudar a estandarizar las prácticas y garantizar una atención de calidad y centrada en el paciente.

5.2.2.- Implicaciones para la gestión

Los resultados de esta tesis pueden tener implicaciones significativas para la gestión en el ámbito. La dirección de enfermería y los responsables de políticas deben reconocer la importancia de proporcionar un entorno seguro y de apoyo para el personal de enfermería de salud mental. Esto implica la provisión de recursos adecuados, capacitación y dispositivos de asistencia para reducir lesiones físicas y mitigar las consecuencias psicológicas del trabajo en entornos de salud mental. Además, los hallazgos de la tesis pueden informar sobre cambios necesarios en los procesos de atención, incluida la documentación de interacciones enfermera-paciente, el uso de técnicas de desescalada verbal y la reducción de la contención mecánica. La gestión puede utilizar esta información para mejorar la calidad de la atención en unidades de agudos de salud mental diseñando unas líneas estratégicas alineadas con una misión, visión y valores relacionados con la humanización de los cuidados en salud mental.

Comprender las prácticas actuales y las necesidades de capacitación del personal puede ayudar a la gestión a asignar recursos de manera más efectiva. Se pueden implementar programas de formación específicos para abordar áreas identificadas como deficientes, como las habilidades de desescalada verbal.

Finalmente, los resultados de la tesis pueden guiar el desarrollo de estrategias para reducir el uso innecesario de la contención mecánica. Esto no solo puede mitigar riesgos para pacientes y personal, sino también reducir costos asociados con estas prácticas. Por lo tanto, los hallazgos pueden servir como base para el desarrollo de políticas y directrices institucionales relacionadas con la atención en unidades de salud

mental. Esto puede incluir la implementación de protocolos para la documentación de intervenciones enfermeras, la promoción de prácticas de desescalada verbal y la revisión de políticas existentes sobre el uso de contención mecánica.

5.2.3.- Implicaciones para la docencia

Los hallazgos de la tesis pueden influir en la estructura y el contenido de los programas de formación de enfermería, particularmente en áreas relacionadas con la atención en salud mental. Los programas de estudio pueden integrar temas como la relación terapéutica enfermera-paciente, la desescalada verbal y el manejo de la contención mecánica como parte del currículo obligatorio. Además, los resultados de la tesis pueden servir como base para el desarrollo de programas de formación continua para enfermeras en ejercicio. Estos programas pueden ofrecer oportunidades de capacitación específica en áreas identificadas como áreas de mejora, como el registro de intervenciones enfermeras o el manejo de situaciones de agitación, lo cual podría tener un impacto directo en la práctica clínica y promover el bienestar de los pacientes. Las enfermeras de salud mental constituyen el grupo más grande de profesionales en la fuerza laboral de atención de salud mental. Por lo tanto, existe una ventaja explícita en garantizar que estas enfermeras tengan un conjunto sólido de habilidades terapéuticas dirigidas a satisfacer las necesidades de los usuarios de los servicios y su malestar. Las universidades pueden utilizar los hallazgos de la tesis para diseñar escenarios de simulación clínica que aborden situaciones relacionadas con la interacción enfermera-paciente, la desescalada verbal y el manejo de la contención mecánica. Estas simulaciones pueden ayudar a los estudiantes a desarrollar habilidades prácticas y a enfrentarse a situaciones desafiantes de manera segura y controlada.

Por lo tanto, la tesis doctoral puede tener implicaciones importantes para la docencia al influir en el diseño del currículo, el desarrollo de programas de formación continua, la implementación de simulaciones clínicas y el fomento de la investigación educativa en enfermería de salud mental lo cual podría mejorar la competencia y confianza de los profesionales en su práctica clínica.

5.2.4.- Implicaciones para la investigación

Los resultados de la tesis pueden estimular la investigación futura en áreas relacionadas con la calidad de la atención en salud mental y la evaluación de intervenciones enfermeras. Además, la adaptación transcultural y validación de instrumentos como el SESPI-SP puede abrir nuevas oportunidades para la investigación en el campo de la enfermería de salud mental y al avance del conocimiento en la disciplina en el contexto español, lo que podría contribuir a la mejora continua de la práctica clínica y la atención al paciente.

Por lo tanto, las implicaciones de esta tesis doctoral para la investigación son diversas y significativas:

La tesis identifica varias áreas que requieren una mayor investigación, como la calidad del registro de intervenciones enfermeras, el impacto de la relación terapéutica en los resultados del paciente y las estrategias efectivas de desescalada verbal. Estas áreas pueden servir como puntos de partida para futuras investigaciones en enfermería de salud mental. El estudio de adaptación transcultural y validación del instrumento SESPI-Sp destaca la importancia de validar herramientas de evaluación específicas para el contexto cultural y lingüístico en el que se utilizarán. Esto puede inspirar futuras investigaciones sobre la adaptación de instrumentos de evaluación en otros contextos culturales y lingüísticos longitudinales:

La tesis destaca la realización de un estudio retrospectivo a lo largo de ocho años para comprender mejor el contexto del uso de la restricción mecánica en el entorno de salud mental. Esto sugiere la importancia de realizar estudios longitudinales que puedan capturar cambios y tendencias a lo largo del tiempo en prácticas de enfermería y resultados de pacientes.

Los hallazgos relacionados con el uso de la desescalada verbal y la contención mecánica pueden inspirar investigaciones sobre la efectividad de intervenciones específicas para reducir la necesidad de restricciones físicas en entornos de salud mental. Esto podría incluir estudios sobre el entrenamiento en desescalada verbal, intervenciones de apoyo al personal y cambios en el entorno físico para prevenir la agitación.

6. Conclusiones

1.- Conclusiones del objetivo específico 1: *Analizar las experiencias de las enfermeras de salud mental en el uso de la contención mecánica en el contexto de las intervenciones enfermera-paciente.*

El uso de la contención mecánica tiene un impacto traumático en las enfermeras, afectando tanto a nivel emocional como profesional. Las enfermeras experimentan un conflicto entre sus valores éticos y la práctica profesional. La confianza y relación terapéutica se ve comprometida por el uso de la CM, lo que lleva a una ruptura en la alianza terapéutica y una pérdida de confianza por parte de los pacientes. Por lo tanto, se destaca la necesidad, promover prácticas centradas en el paciente y evitar el uso de la CM para preservar la calidad de la RT y mitigar el impacto traumático en las enfermeras. Se sugiere la implementación de debriefings posteriores al uso de la CM y la participación de los pacientes en estas reuniones para tratar de reducir el trauma y recuperar la alianza terapéutica fracturada.

2.- Conclusiones del objetivo específico 2: *Examinar la relación entre el uso de la intervención desescalada verbal y la contención mecánica a través de las notas clínicas registradas por las enfermeras de salud mental.*

Existe una falta significativa de uso de la desescalada verbal en los pacientes antes de recurrir a la contención mecánica, lo que sugiere deficiencias en la aplicación de enfoques centrados en el paciente. Además, se encontró que las enfermeras utilizan menos la desescalada verbal en pacientes que previamente habían sido sometidos a contención mecánica, lo que indica una falta de intervención preventiva y una mayor propensión a la escalada de la agitación.

3.- Conclusiones del objetivo específico 3: *Adaptar transculturalmente y estudiar las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de la calidad de las notas clínicas SESPI en el contexto español.*

Se ha realizado la adaptación transcultural de un instrumento para evaluar la calidad de las interacciones enfermera-paciente registradas en las notas clínicas y estudiar sus propiedades psicométricas. El SESPI-Sp es un instrumento sencillo, fácil de administrar y fiable para evaluar aspectos de la calidad de la atención en salud mental. Los resultados de las pruebas de fiabilidad realizadas con el SESPI-Sp confirman su utilidad para la investigación cuantitativa, al igual que ocurría con el instrumento original. SESPI-Sp puede utilizarse para medir la cantidad y la calidad de las interacciones enfermera-paciente descritas en las notas clínicas de las enfermeras. El SESPI-Sp puede proporcionar datos para evaluar cualitativamente la documentación de enfermería en relación con las intervenciones de enfermería realizadas en el contexto de las interacciones con los pacientes en las unidades de salud mental. De este modo, se contribuye a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería en salud mental.

4.- Conclusiones del objetivo específico 4: *Evaluar el nivel de calidad de las notas clínicas sobre las interacciones en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.*

Del número total de notas clínicas estudiadas, solo el 12% describían la relación entre enfermera y paciente en sus interacciones con suficiente calidad. Esto significa que los sentimientos y experiencias de los pacientes revelados en el contexto de la relación enfermera-paciente no están adecuadamente registrados en la documentación, lo que dificulta la evaluación de la calidad de la RT.

5.- Conclusiones del objetivo específico 5: *Describir la estructura y contenido de las interacciones registradas en las notas clínicas en el contexto de la relación terapéutica enfermera-paciente en las unidades de agudos de salud mental en España.*

Las notas clínicas estudiadas identificaron las intervenciones de enfermería registradas, 30 de las cuales están descritas en el NIC. Sin embargo, las intervenciones de naturaleza relacional, que se consideran altamente relevantes e importantes en el cuidado de la salud mental, eran casi inexistentes en la documentación clínica.

Las intervenciones de enfermería registradas tienden a centrarse en aspectos fisiológicos en lugar de en aspectos relacionales, lo cual es sorprendente considerando el contexto de la atención en salud mental.

Bibliografía

- Abt, M., Lequin, P., Bobo, M. L., Vispo Cid Perrottet, T., Pasquier, J., & Ortoleva Bucher, C. (2022). The scope of nursing practice in a psychiatric unit: A time and motion study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 297–306. <https://doi.org/10.1111/jpm.12790>
- Adubi, I. O., Olaogun, A. A., & Adejumo, P. O. (2018). Effect of standardized nursing language continuing education programme on nurses' documentation of care at University College Hospital, Ibadan. *Nursing Open*, 5(1), 37–44. <https://doi.org/10.1002/nop2.108>
- Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), 129–144. <https://doi.org/10.1177/0706743717738491>
- Al-Maraira, O. A., & Hayajneh, F. A. (2019). Use of restraint and seclusion in psychiatric settings a literature review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(4), 32–39. <https://doi.org/10.3928/02793695-20181022-01>
- Åling, M., Nilsson, E. R., Garpstål, B., & Strömberg, L. (2018). Nursing Diagnoses Panorama in a Swedish Forensic Psychiatric Setting Using NANDA-International Taxonomy. *Journal of Forensic Nursing*, 14(3), 141–147. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000195>
- Allen, M. H., Currier, G. W., Carpenter, D., Ross, R. W., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. (2005). The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *Journal of Psychiatric Practice*, 11 Suppl 1, 5–108; quiz 110–112. <https://doi.org/10.1097/00131746-200511001-00002>
- Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Camargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S., & Bellou, A. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), E351–E361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
- Ameel, M., Kontio, R., & Junttila, K. (2019). Nursing interventions in adult psychiatric outpatient care. Making nursing visible using the Nursing Interventions Classification. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2899–2909. <https://doi.org/10.1111/jan.14127>
- Ameel, M., Leino, H., Kontio, R., van Achterberg, T., & Junttila, K. (2020). Using the Nursing Interventions Classification to identify nursing interventions in free-text nursing documentation in adult psychiatric outpatient care setting. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3435–3444. <https://doi.org/10.1111/jocn.15382>
- Bacha, K., Hanley, T., & Winter, L. A. (2020). 'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service users' perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 367–386. <https://doi.org/10.1111/papt.12218>
- Bak, J., Brandt-Christensen, M., Sestoft, D. M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical Restraint-Which Interventions Prevent Episodes of Mechanical Restraint?-A

- Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(2), 83–94. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00307.x>
- Barker, P., & Buchanan-Barker, P. (2011). Myth of mental health nursing and the challenge of recovery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(5), 337–344. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00734.x>
- Bee, P., Playle, J., Lovell, K., Barnes, P., Gray, R., & Keeley, P. (2008). Service user views and expectations of UK-registered mental health nurses: A systematic review of empirical research. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 442–457. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.02.008>
- Beghi, M., Peroni, F., Gabola, P., Rossetti, A., & Maria Cornaggia, C. (2013). Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review Fattori di prevalenza e rischio per l'uso della contenzione in psichiatria: una rassegna sistematica. *Riv Psichiatr*, 48(1), 10–22.
- Belayneh, Z., Chavulak, J., Lee, D. C. A., Petrakis, M., & Haines, T. P. (2024). Prevalence and variability of restrictive care practice use (physical restraint, seclusion and chemical restraint) in adult mental health inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Clinical Nursing* (Vol. 33, Issue 4, pp. 1256–1281). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/jocn.17041>
- Bermejo, J. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria. *Humanizar La Asistencia Sanitaria (Desclée De Brouwer, Ed.; 2a)*.
- Berring, L. L., Pedersen, L., & Buus, N. (2016). Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 499–507. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.005>
- Berry, J. C., Davis, J. T., Bartman, T., Hafer, C. C., Lieb, L. M., Khan, N., & Brill, R. J. (2020). Improved Safety Culture and Teamwork Climate Are Associated with Decreases in Patient Harm and Hospital Mortality Across a Hospital System. *Journal of Patient Safety*, 16(2), 130–136. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000251>
- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). “It’s part of the job, but it spoils the job”: A phenomenological study of physical restraint: Feature Article. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(3), 215–222. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>
- Borille, D. C., Paes, M. R., Brusamarello, T., Mazza, V. D. A., Lacerda, M. R., & Maftum, M. A. (2013). Construção de um marco de referência para o cuidado de enfermagem psiquiátrico: 10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.15774. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 12(3), 485. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v12i3.15774>
- Bowers, Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., Jarrett, M., Jeffery, D., Nijman, H., Owiti, J. A., Papadopoulos, C., Ross, J., Wright, S., & Stewart, D. (2014). Safewards: The empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. <https://doi.org/10.1111/jpm.12085>
- 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>
- Bowers, Len, James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The

- Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412–1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>
- Bowers, Nijman, H., Simpson, A., & Jones, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 143–148. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0180-8>
- Bowers, Van Der Merwe, M., Paterson, B., & Stewart, D. (2012). Manual restraint and shows of force: The City-128 study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 30–40. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00756.x>
- Bradley, P., Lowell, A., Daiyi, C., Macklin, K., Nagel, T., & Dunn, S. (2021). It's a little bit like prison, but not that much: Aboriginal women's experiences of an acute mental health inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 917–930. <https://doi.org/10.1111/inm.12843>
- Bridges, J., Griffiths, P., Oliver, E., & Pickering, R. M. (2019). Hospital nurse staffing and staff–patient interactions: an observational study. *BMJ Quality & Safety*, 28(9), 706–713. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008948>
- Brophy, L. M., Roper, C. E., Hamilton, B. E., Tellez, J. J., & McSherry, B. M. (2016). Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: Results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0038-x>
- Bujang MA, Baharum N. A simplified guide to determination of sample size requirements for estimating the value of intraclass correlation coefficient: A review. *Arch Orofac Sci*. 2017; 12(1):1–11
- Bullock, R., Mckenna, B., Kelly, T., Furness, T., & Tacey, M. (2014). When reduction strategies are put in place and mental health consumers are still secluded: An analysis of clinical and sociodemographic characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(6), 506–512. <https://doi.org/10.1111/inm.12078>
- Buus, N., & Hamilton, B. E. (2016). Social science and linguistic text analysis of nurses' records: A systematic review and critique. *Nursing Inquiry*, 23(1), 64–77. <https://doi.org/10.1111/nin.12106>
- Byrne, L., Happell, B., Welch, A., & Moxham, L. (2013). Reflecting on holistic nursing: The contribution of an academic with lived experience of mental health service use. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(4), 265–272. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.745038>
- Chapman, R., Ogle, K. R., Martin, C., Rahman, A., Mckenna, B., & Barnfield, J. (2016). Australian nurses' perceptions of the use of manual restraint in the Emergency Department: A qualitative perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9–10). <https://doi.org/10.1111/jocn.13159>
- Chien, W. T., Chan, C. W. H., Lam, L. W., & Kam, C. W. (2005). Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 80–86. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.10.003>
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. In *Psychiatry Research*. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.12.024>
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M., & Hoot, S. (2004). De-

- escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 64–73. <https://doi.org/10.1046/j.1440-0979.2003.00270.x>
- Cowman, S., Björkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., & Maguire, J. (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-1988-7>
- Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F., & Warne, T. (2016a). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.023>
- Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F., & Warne, T. (2016b). Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.023>
- Cusack, Pauline, Cusack, F. P., McAndrew, S., McKeown, M., & Duxbury, J. (2018). An integrative review exploring the physical and psychological harm inherent in using restraint in mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 1162–1176. <https://doi.org/10.1111/inm.12432>
- Cutcliffe, J. R., Santos, J. C., Kozel, B., Taylor, P., & Lees, D. (2015). Raiders of the Lost Art: A review of published evaluations of inpatient mental health care experiences emanating from the United Kingdom, Portugal, Canada, Switzerland, Germany and Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 375–385. <https://doi.org/10.1111/inm.12159>
- Cutler, N. A., Sim, J., Halcomb, E., Moxham, L., & Stephens, M. (2020). Nurses' influence on consumers' experience of safety in acute mental health units: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, August, 1–8. <https://doi.org/10.1111/jocn.15480>
- De Berardis, D., Ventriglio, A., Fornaro, M., Vellante, F., Martinotti, G., Fraticelli, S., & Di Giannantonio, M. (2020). Overcoming the Use of Mechanical Restraints in Psychiatry: A New Challenge in the Everyday Clinical Practice at the Time of COVID-19. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3774. <https://doi.org/10.3390/jcm9113774>
- De Groot, K., De Veer, A. J. E., Paans, W., & Francke, A. L. (2020). Use of electronic health records and standardized terminologies: A nationwide survey of nursing staff experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 104. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103523>
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., & Francke, A. L. (2019). Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 75, Issue 7, pp. 1379–1393). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Deacon, M., & Fairhurst, E. (2008). The real-life practice of acute inpatient mental health nurses: An analysis of “eight interrelated bundles of activity”: Feature. *Nursing Inquiry*, 15(4), 330–340. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2008.00426.x>
- 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>
- Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V., & Ferri, P. (2014). Clinical and Organizational Factors Related to the Reduction of Mechanical Restraint Application in an Acute Ward: An 8-Year Retrospective Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 94–102.
- Dinç, L., & Gastmans, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501–516. <https://doi.org/10.1177/0969733012468463>
- Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L. Lou, 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. <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>
- Domínguez, J. N. (2014). *Análisis de la legislación europea y española sobre salud sexual y reproductiva*. <http://www.falternativas.org/estudios-de-progreso/documentos/documentos-de-trabajo/analisis-de-la-legislacion-espanola-y-europea-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-consecuencias-de-la-reforma-de-la-lo-2-2010>
- Drummond, C., & Simpson, A. (2017). ‘Who’s actually gonna read this?’ An evaluation of staff experiences of the value of information contained in written care plans in supporting care in three different dementia care settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 377–386. <https://doi.org/10.1111/jpm.12380>
- Duxbury, J. A. (2015). The Eileen Skellern Lecture 2014: Physical restraint: In defence of the indefensible? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(2), 92–101. <https://doi.org/10.1111/jpm.12204>
- Duxbury, J., Thomson, G., Scholes, A., Jones, F., Baker, J., Downe, S., Greenwood, P., Price, O., Whittington, R., & McKeown, M. (2019). Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical restraint on mental health wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4). <https://doi.org/10.1111/inm.12577>
- Duxbury, Joy A., Wright, K., Bradley, D., & Barnes, P. (2010). Administration of medication in the acute mental health ward: Perspective of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(1), 53–61. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00638.x>
- El-Abidi, K., Moreno-Poyato, A. R., Toll Privat, A., Corcoles Martinez, D., Aceña-Domínguez, R., Pérez-Solà, V., & Mané, A. (2021). Determinants of mechanical restraint in an acute psychiatric care unit. *World Journal of Psychiatry*, 11(10), 854–863. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i10.854>
- Eldal, K., Natvik, E., Veseth, M., Davidson, L., Skjølberg, Å., Gytri, D., & Moltu, C. (2019). Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(2), 88–96. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Farren, A. T. (2010). An educational strategy for teaching standardized nursing languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(1), 3–13. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2009.01139.x>
- 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), 1–19. <https://doi.org/10.3390/jcm9092791>
- Flanagan, J. (2018). Regarding Nursing Languages: Moving Beyond How We Feel. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 3. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12199>
- Fletcher, J., Spittal, M., Brophy, L., Tibble, H., Kinner, S., Elsom, S., & Hamilton, B. (2017). Outcomes of the Victorian Safewards trial in 13 wards: Impact on seclusion rates and fidelity measurement. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 461–471. <https://doi.org/10.1111/inm.12380>
- Florin, J., Ehrenberg, A., & Ehnfors, M. (2005). Patients' and nurses' perceptions of nursing problems in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 51(2), 140–149. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03477.x>
- Fore, A., Islim, F., & Shever, L. (2019). Data collected by the electronic health record is insufficient for estimating nursing costs: An observational study on acute care inpatient nursing units. *International Journal of Nursing Studies*, 91, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.11.004>
- Frauenfelder, F., Müller-Staub, M., Needham, I., & van Achterberg, T. (2013). Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), 921–931. <https://doi.org/10.1111/jpm.12040>
- Frauenfelder, F., van Achterberg, T., & Müller-Staub, M. (2018). Documented Nursing Interventions in Inpatient Psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), 18–28. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12152>
- Gabrielsson., Tuveesson, H., Wiklund Gustin, L., & Jormfeldt, H. (2020). Positioning Psychiatric and Mental Health Nursing as a Transformative Force in Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(11), 976–984. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756009>
- Gabrielsson, Sävenstedt, S., & Olsson, M. (2016). Taking personal responsibility: Nurses' and assistant nurses' experiences of good nursing practice in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(5), 434–443. <https://doi.org/10.1111/inm.12230>
- Galbert, I., Azab, A. N., Kaplan, Z., & Nusbaum, L. (2023). Staff attitudes and perceptions towards the use of coercive measures in psychiatric patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), 106–116. <https://doi.org/10.1111/inm.13064>
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vázquez, G., Baldacçara, L., San, L., McAllister-Williams, R. H., Fountoulakis, K. N., Courtet, P., Naber, D., Chan, E. W., Fagiolini, A., Möller, H. J., Grunze, H., Llorca, P. M., Jaffe, R. L., Yatham, L. N., ... Vieta, E. (2016). Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 86–128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., Coker-Schwimmer, E., Palmieri Weber, R., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M., & Lohr, K. N. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: A systematic review of the evidence. In *Psychiatric Services* (Vol. 68, Issue 8). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>
- Gençbas, D., Bebis, H., & Cicek, H. (2017). *Plan Applied Using NANDA , NOC , and NIC*

Linkages to Elderly Women with Incontinence Controlled Study Author contact :00(0), 1–10.

- Gerace, A., & Muir-Cochrane, E. (2019). Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(1), 209–225. <https://doi.org/10.1111/inm.12522>
- Gerace, A., Oster, C., O’Kane, D., Hayman, C. L., & Muir-Cochrane, E. (2018). Empathic processes during nurse–consumer conflict situations in psychiatric inpatient units: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(1), 92–105. <https://doi.org/10.1111/inm.12298>
- Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users’ experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research, 8*, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-92>
- Glantz, A., Örmon, K., & Sandström, B. (2019). “how do we use the time?” - An observational study measuring the task time distribution of nurses in psychiatric care. *BMC Nursing, 18*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0386-3>
- Glantz, A., Sunnqvist, C., & Örmon, K. (2023). The Time, Places, and Activities of Nurses in a Psychiatric Inpatient Context - A Time and Motion Study with a Time-geographic Perspective. *Issues in Mental Health Nursing, 44*(5), 387–395. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2194990>
- Gonçalves, Sequeira, C. A. C., & e Silva, M. A. T. C. P. (2019). Content analysis of nursing diagnoses in mental health records in Portugal. *International Nursing Review, 66*(2), 199–208. <https://doi.org/10.1111/inr.12493>
- Gonçalves, Sequeira, C. A. C., & Paiva e Silva, M. A. T. C. (2019). Nursing interventions in mental health and psychiatry: Content analysis of records from the nursing information systems in use in Portugal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 26*(7–8), 199–211. <https://doi.org/10.1111/jpm.12536>
- Goossen, W., Goossen-Baremans, A., & Van Der Zel, M. (2010). Detailed clinical models: A review. *Healthcare Informatics Research, 16*(4), 201–214. <https://doi.org/10.4258/hir.2010.16.4.201>
- Goulter, N., Kavanagh, D. J., & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*(6), 449–456. <https://doi.org/10.1111/jpm.12173>
- Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy, 51*(3), 350–357. <https://doi.org/10.1037/a0037336>
- Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J. A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J. M., Moreno-Küstner, B., & Mayoral-Cleries, F. (2019). Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(2), 448–456. <https://doi.org/10.1111/inm.12546>
- Guzman-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., Huizing, E., Bono del Trigo, A., Villagrán, J., & García-Sánchez, JA Mayoral-Cleries, F. (2020). A regional multicomponent intervention for mechanical restraint reduction in acute psychiatric wards. *January, 1–11*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12669>

- Hagen, J., Loa Knizek, B., & Hjelmeland, H. (2020). “ ... I felt completely stranded”: liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to psychiatric hospital. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1731995>
- 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. <https://doi.org/10.1111/inm.12136>
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. In *International Journal of Nursing Studies* (Vol. 75). <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670–674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
- Hamovitch, E. K., Choy-Brown, M., & Stanhope, V. (2018). Person-Centered Care and the Therapeutic Alliance. *Community Mental Health Journal*, 54(7), 951–958. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0295-z>
- Hankin, C. S., Bronstone, A., & Koran, L. M. (2011). Agitation in the inpatient psychiatric setting: A review of clinical presentation, burden, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(3), 170–185. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000398410.21374.7d>
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses’ attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162–168. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00669.x>
- Hardiker, N. R., Dowding, D., Dykes, P. C., & Sermeus, W. (2019). Reinterpreting the nursing record for an electronic context. *International Journal of Medical Informatics*, 127(October 2018), 120–126. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.04.021>
- Harris, B. A., & Panozzo, G. (2019). Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>
- Haugan, G., Innstrand, S. T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse-patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15–16), 2192–2205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Hernández, A., Hidalgo, M. D., Hambleton, R. K., & Gómez-Benito, J. (2020). International test commission guidelines for test adaptation: A criterion checklist. *Psicothema*, 32(3), 390–398. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.306>
- Horgan, A., O Donovan, M., Manning, F., Doody, R., Savage, E., Dorrity, C., O’Sullivan, H., Goodwin, J., Greaney, S., Biering, P., Bjornsson, E., Bocking, J., Russell, S., Griffin, M., MacGabhann, L., van der Vaart, K. J., Allon, J., Granerud, A., Hals, E., ... Happell, B. (2021). ‘Meet Me Where I Am’: Mental health service users’ perspectives on the desirable qualities of a mental health nurse. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 136–147.

- <https://doi.org/10.1111/inm.12768>
- Hotzy, F., Moetteli, S., Theodoridou, A., Schneeberger, A. R., Seifritz, E., Hoff, P., & Jäger, M. (2018). Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Medical Weekly*, 148(April), w14616. <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14616>
- Hvidhjelm, J., Brandt-Christensen, M., Delcomyn, C., Møllerhøj, J., Siersma, V., & Bak, J. (2022). Effects of Implementing the Short-Term Assessment of Risk and Treatability for Mechanical Restraint in a Forensic Male Population: A Stepped-Wedge, Cluster-Randomized Design. *Frontiers in Psychiatry*, 13(February), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.822295>
- Idivall, E., & Ehrenberg, A. (2002). Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 734–742. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00688.x>
- Instefjord, H. H., Aasekjær, K., Espehaug, B., & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nursing*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-32>
- Jacob, J. D., Holmes, D., Rioux, D., Corneau, P., & MacPhee, C. (2019). Convergence and divergence: An analysis of mechanical restraints. *Nursing Ethics*, 26(4), 1009–1026. <https://doi.org/10.1177/0969733017736923>
- Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J., & Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018>
- Jeddi, Nabovati, E., Bigham, R., & Khajouei, R. (2020). Usability evaluation of a comprehensive national health information system: relationship of quality components to users' characteristics. *International Journal of Medical Informatics*, 133(October 2018), 104026. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.104026>
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), 112–124. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>
- Jensen, L., & Clough, R. (2016). Assessing and Treating the Patient with Acute Psychotic Disorders. *Nursing Clinics of North America*, 51(2), 185–197. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.004>
- Jury, A., Lai, J., Tuason, C., Koning, A., Smith, M., Boyd, L., Swanson, C., Fergusson, D., & Gruar, A. (2019). People who experience seclusion in adult mental health inpatient services: An examination of health of the nation outcome scales scores. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 199–208. <https://doi.org/10.1111/inm.12521>
- Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimäki, C., Tuori, T., & Lehtinen, V. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 15(3), 213–219. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(00\)00223-6](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(00)00223-6)
- Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., & Williams, R. L. (2006). Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) Language for Clinical Reasoning With the Outcome-Present State-Test (OPT) Model. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 17(3), 129–138. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2006.00033.x>
- Kennedy, H., Roper, C., Randall, R., Pintado, D., Buchanan-Hagen, S., Fletcher, J., & Hamilton, B. (2019). Consumer recommendations for enhancing the Safewards

- model and interventions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 616–626. <https://doi.org/10.1111/inm.12570>
- Kerr, M. J., Gargantua-Aguila, S. del R., Glavin, K., Honey, M. L. L., Nahcivan, N. O., Secginli, S., Martin, K. S., & Monsen, K. A. (2019). Feasibility of describing community strengths relative to Omaha system concepts. *Public Health Nursing*, 36(2), 245–253. <https://doi.org/10.1111/phn.12558>
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2010). The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(2), 136–144. <https://doi.org/10.3109/08039480903274449>
- Kilbourne, A. M., Beck, K., Spaeth-Rublee, B., Ramanuj, P., O'Brien, R. W., Tomoyasu, N., & Pincus, H. A. (2018). Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry*, 17(1), 30–38. <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- Kingston, M. A., & Greenwood, S. (2020). Therapeutic relationships: Making space to practice in chaotic institutional environments. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(6), 689–698. <https://doi.org/10.1111/jpm.12620>
- Kinner, S. A., Harvey, C., Hamilton, B., Brophy, L., Roper, C., McSherry, B., & Young, J. T. (2017). Attitudes towards seclusion and restraint in mental health settings: Findings from a large, community-based survey of consumers, carers and mental health professionals. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(5), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000585>
- 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. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 35–40. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6867>
- Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Helen Mjøsund, N., Opjordsmoen, S., Sandvik, L., & Friis, S. (2013). Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards-Why and how are they used? *Psychiatry Research*, 209(1), 91–97. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.017>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Krieger, E., Moritz, S., Weil, R., & Nagel, M. (2018). Patients' attitudes towards and acceptance of coercion in psychiatry. *Psychiatry Research*, 260, 478–485. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.029>
- Krieger, E., Moritz, S., Lincoln, T. M., Fischer, R., & Nagel, M. (2021). Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 149–162. <https://doi.org/10.1111/jpm.12643>
- Kuang, G., Balachandran, B., Ohadi, M., & Zhao, Y. (2004). Advanced Microchannel Heat Exchangers: Structural Analysis. *Heat Transfer, Volume 2*, 41(4), 37–42. <http://prb.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/026455059404100405>
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 513–524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>

- Ladois-Do Pilar Rei, A., Bui, E., Bousquet, B., Simon, N. M., Rieu, J., Schmitt, L., Billard, J., Rodgers, R., & Birmes, P. (2012). Peritraumatic Reactions and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms After Psychiatric Admission. *Journal of Nervous & Mental Disease, 200*(1), 88–90. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31823fafb9>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*(1), 159–174.
- Lanthén, K., Rask, M., & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal, 2015*, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2015/748392>
- Lau, S., Brackmann, N., Mokros, A., & Habermeyer, E. (2020). Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment: A 9-Year Observational Study. *Frontiers in Psychiatry, 11*(May), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00465>
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing, 25*(15–16), 2180–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>
- 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>
- Lessard-Deschênes, C., & Goulet, M. H. (2021). The therapeutic relationship in the context of involuntary treatment orders: The perspective of nurses and patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, September*, 1–10. <https://doi.org/10.1111/jpm.12800>
- Lim, E., Wynaden, D., & Heslop, K. (2017). Recovery-focused care: How it can be utilized to reduce aggression in the acute mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing, 26*(5), 445–460. <https://doi.org/10.1111/inm.12378>
- Lim, E., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing, 28*(1), 237–246. <https://doi.org/10.1111/inm.12524>
- Ling, S., Cleverley, K., & Perivolaris, A. (2015). Understanding mental health service user experiences of restraint through debriefing: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Psychiatry, 60*(9). <https://doi.org/10.1177/070674371506000903>
- Linkhorst, T., Birkeland, S. F., Gildberg, F. A., Mainz, J., Torp-Pedersen, C., & Bøggild, H. (2022). Use of the least intrusive coercion at Danish psychiatric wards: A register-based cohort study of 131,632 first and subsequent coercive episodes within 35,812 admissions. *International Journal of Law and Psychiatry, 85*(October). <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101838>
- Mabala, J., van der Wath, A., & Moagi, M. (2019). Newly qualified nurses' perceptions of working at mental health facilities: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 26*(5–6), 175–184. <https://doi.org/10.1111/jpm.12525>
- Mahmoud, A. S. (2017a). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing, 31*(1). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.013>

- Mahmoud, A. S. (2017b). Psychiatric Nurses' Attitude and Practice toward Physical Restraint. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.013>
- Manzano-Bort, Y., Mir-Abellán, R., Via-Clavero, G., Llopis-Cañameras, J., Escuté-Amat, M., & Falcó-Pegueroles, A. (2021). Experience of mental health nurses regarding mechanical restraint in patients with psychomotor agitation: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, August, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.16027>
- Mavandadi, V., Bieling, P. J., & Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive Behaviour Scale.' *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6–7). <https://doi.org/10.1111/jpm.12310>
- 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, 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>
- McAndrew, S., Chambers, M., Nolan, F., Thomas, B., & Watts, P. (2014). Measuring the evidence: Reviewing the literature of the measurement of therapeutic engagement in acute mental health inpatient wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(3), 212–220. <https://doi.org/10.1111/inm.12044>
- McCluskey, A., & de Vries, J. (2021). Help, I can't help: A qualitative study of psychiatric nurse's perspectives on their care for people who hear voices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(2), 138–148. <https://doi.org/10.1111/jpm.12642>
- McCluskey, A., Watson, C., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., O'Brien, N., Molloy, L., & Patton, D. (2022). Psychiatric nurse's perceptions of their interactions with people who hear voices: A qualitative systematic review and thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 395–407. <https://doi.org/10.1111/jpm.12829>
- Mccomb, S., & Simpson, V. (2014). The concept of shared mental models in healthcare collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1479–1488. <https://doi.org/10.1111/jan.12307>
- McCrae, N. (2014). Protected engagement time in mental health inpatient units. *Nursing Management*, 21(1), 28–31. <https://doi.org/10.7748/nm2014.03.21.1.28.e1179>
- McKenna, B. (2016). Reducing restrictive interventions: The need for nursing to drive change. *Journal of Forensic Nursing*, 12(2), 47–48. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000108>
- 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>
- McKenna, B., McEvedy, S., Maguire, T., Ryan, J., & Furness, T. (2017). Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: A statewide

- retrospective cohort study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 491–499. <https://doi.org/10.1111/inm.12383>
- 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). <https://doi.org/10.1111/jpm.12532>
- 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. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13015>
- McLaughlin, P., Giacco, D., & Priebe, S. (2016). Use of coercive measures during involuntary psychiatric admission and treatment outcomes: Data from a prospective study across 10 European countries. *PLoS ONE*, 11(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168720>
- McLoughlin, K. A., Du Wick, A., Collazzi, C. M., & Puntill, C. (2013). Recovery-Oriented Practices of Psychiatric-Mental Health Nursing Staff in an Acute Hospital Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 152–159. <https://doi.org/10.1177/1078390313490025>
- McMullan, E., Gupta, A., & Collins, S. C. (2018). Experiences of mental health nursing staff working with voice hearers in an acute setting: An interpretive phenomenological approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(3), 157–166. <https://doi.org/10.1111/jpm.12448>
- Modini, M., Burton, A., & Abbott, M. J. (2021). Factors influencing inpatients perception of psychiatric hospitals: A meta-review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 136, 492–500. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.020>
- Molin, J., Lindgren, B. M., Graneheim, U. H., & Ringnér, A. (2018). Time Together: A nursing intervention in psychiatric inpatient care: Feasibility and effects. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1698–1708. <https://doi.org/10.1111/inm.12468>
- Molloy, L., Wilson, V., O’Connor, M., Merrick, T. T., Guha, M., Eason, M., & Roche, M. (2024). Exploring safety culture within inpatient mental health units: The results from participant observation across three mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, February, 1–9. <https://doi.org/10.1111/inm.13312>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Leyva-Moral, J. M., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Roldán-Merino, J. F., Lluch-Canut, T., & Montesó-Curto, P. (2017). Implementation of evidence on the nurse-patient relationship in psychiatric wards through a mixed method design: Study protocol. *BMC Nursing*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0197-8>
- Moreno-Poyato, A. R., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Lluch-Canut, T., Roldán-Merino, J. F., & Montesó-Curto, P. (2018). Improving the therapeutic relationship in inpatient psychiatric care: Assessment of the therapeutic alliance and empathy after implementing evidence-based practices resulting from participatory action research. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 300–308.

- <https://doi.org/10.1111/ppc.12238>
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (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>
- 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>
- Moreno-Poyato, A. R., & Tolosa-Merlos, D. (2013). Reflexiones sobre la relación terapéutica y su práctica asistencial en enfermería. *Rev ROL Enferm, 36*(12), 818–823.
- 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>
- Muir-Cochrane, E., & Duxbury, J. A. (2017). Violence and aggression in mental health-care settings. *International Journal of Mental Health Nursing, 26*(5), 421–422. <https://doi.org/10.1111/inm.12397>
- Muir-Cochrane, E., O’Kane, D., & Oster, C. (2018). Fear and blame in mental health nurses’ accounts of restrictive practices: Implications for the elimination of seclusion and restraint. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(5), 1511–1521. <https://doi.org/10.1111/inm.12451>
- Mullen, A., Browne, G., Hamilton, B., Skinner, S., & Happell, B. (2022). Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing, 1090–1108*. <https://doi.org/10.1111/inm.13001>
- 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>
- Müller-Staub, M., De Graaf-Waar, H., & Paans, W. (2016). An internationally consented standard for nursing process-clinical decision support systems in electronic health records. *CIN - Computers Informatics Nursing, 34*(11), 493–502. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000277>
- Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M. A., & van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International, 18*(1), 5–17. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2007.00043.x>
- Muñiz, J., Elosua, P., Hambleton, R. K., & International Test Commission. (2013). [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. *Psicothema, 25*(2), 151–157. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Myklebust, K. K., & Bjørkly, S. (2019a). Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI): An

- assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing Open*, 6(3), 790–798. <https://doi.org/10.1002/nop2.254>
- Myklebust, K. K., & Bjørkly, S. (2019b). The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. *BMC Psychiatry*, 19(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2236-y>
- Myklebust, K. K., Bjørkly, S., & Råheim, M. (2018). Nursing documentation in inpatient psychiatry: The relevance of nurse–patient interactions in progress notes—A focus group study with mental health staff. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), e611–e622. <https://doi.org/10.1111/jocn.14108>
- Niu, S. F., Kuo, S. F., Tsai, H. T., Kao, C. C., Traynor, V., & Chou, K. R. (2019). Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLoS ONE*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211183>
- O'Brien, A. J., & Golding, C. G. (2003). Coercion in mental healthcare: The principle of least coercive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 167–173. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00571.x>
- Olasoji, M., Plummer, V., Reed, F., Jacob, S., Shaw, L., Shanti, M., & Cross, W. (2018). Views of mental health consumers about being involved in nursing handover on acute inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 747–755. <https://doi.org/10.1111/inm.12361>
- 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), 1774–1782. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1774-1782>
- OMS. (2022). *Plan de acción integral sobre salud mental*.
- Pain, T., Kingston, G., Askern, J., Smith, R., Phillips, S., & Bell, L. (2017). How are allied health notes used for inpatient care and clinical decision-making? A qualitative exploration of the views of doctors, nurses and allied health professionals. *Health Information Management Journal*, 46(1), 23–31. <https://doi.org/10.1177/1833358316664451>
- Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K., & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 425–439. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x>
- Pazargadi, M., Fereidooni Moghadam, M., Fallahi Khoshknab, M., Alijani Renani, H., & Molazem, Z. (2015). The Therapeutic Relationship in the Shadow: Nurses Experiences of Barriers to the Nurse-Patient Relationship in the Psychiatric Ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551–557. <https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1014585>
- Pedersen, M. L., Gildberg, F. A., Bogh, S. B., & Tingleff, E. B. (2024). Staff responses to interventions aiming to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings : a questionnaire-based survey. *Nordic Journal of Psychiatry*, 0(0), 1–11. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2323125>
- Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>
- Peplau H. (1978). Psychiatric nursing: role of nurses and psychiatric nurses. *International nursing review*, 25(2), 41–47

- Pérez-Revuelta, J. I., Torrecilla-Olavarrieta, R., García-Spínola, E., López-Martín, Á., Guerrero-Vida, R., Mongil-San Juan, J. M., Rodríguez-Gómez, C., Pascual-Paño, J. M., González-Sáiz, F., & Villagrán-Moreno, J. M. (2021). Factors associated with the use of mechanical restraint in a mental health hospitalization unit: 8-year retrospective analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, February*, 1–13. <https://doi.org/10.1111/jpm.12749>
- Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, M. T., Nash, M., Cañabate-Ros, M., Myklebust, K. K., Bjørkly, S., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2023). Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes. *PLoS ONE, 18*(3 March), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281832>
- Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Roldán-Merino, J. F., & Nash, M. (2022). Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 29*(5), 688–697. <https://doi.org/10.1111/jpm.12860>
- Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing, 31*(2), 339–347. <https://doi.org/10.1111/inm.12961>
- Pérez Toribio, A., Broncano Bolzoni, M., Boix Ibars, M., Garriga Carrizosa, M., & Molina Martínez, L. (2022). Manejo de la agitación en los entornos de salud mental. *Revista de Enfermería y Salud Mental, 21*, 13–24. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2022.21.13>
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D., & Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry, 35*(1), 43–49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.008>
- Perkins, & Repper, J. (2016). Recovery versus risk? from managing risk to the co-production of safety and opportunity. *Mental Health and Social Inclusion, 20*(2), 101–109. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2015-0029>
- Phipps, M., Molloy, L., & Visentin, D. (2019). Prevalence of Trauma in an Australian Inner City Mental Health Service Consumer Population. *Community Mental Health Journal, 55*(3), 487–492. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0239-7>
- Power, T., Baker, A., & Jackson, D. (2020). 'Only ever as a last resort': Mental health nurses' experiences of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(4), 674–684. <https://doi.org/10.1111/inm.12701>
- Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., Cree, L., & Lovell, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing, 74*(3), 614–625. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>
- Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lovell, K. (2015). Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *British Journal of Psychiatry, 206*(6), 447–455. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144576>
- Ramos-Ponzón. (2017). Bioética y cronicidad. Un intento de humanizar la asistencia

- sanitaria en salud mental. *Eidon*, 78–88. <https://doi.org/10.13184/eidon.47.2017.78-88>
- Renwick, L., Stewart, D., Richardson, M., Lavelle, M., James, K., Hardy, C., Price, O., & Bowers, L. (2016). Aggression on inpatient units: Clinical characteristics and consequences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4). <https://doi.org/10.1111/inm.12191>
- Riahi, S., Thomson, G., & Duxbury, J. (2016). An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(2). <https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- Riahi, Sanaz, Thomson, G., & Duxbury, J. (2020). A hermeneutic phenomenological exploration of 'last resort' in the use of restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), 1218–1229. <https://doi.org/10.1111/inm.12761>
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project BETA De-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>
- Roche, M. A., Glover, S., Luo, X., Joyce, M., & Rossiter, C. (2021). Extending the role of nursing assistants in mental health inpatient settings: A multi-method study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(5), 1070–1079. <https://doi.org/10.1111/inm.12859>
- Rose, D., Evans, J., Laker, C., & Wykes, T. (2015). Life in acute mental health settings: Experiences and perceptions of service users and nurses. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(1), 90–96. <https://doi.org/10.1017/S2045796013000693>
- Rossi, L., Butler, S., Coakley, A., & Flanagan, J. (2023). Nursing knowledge captured in electronic health records. *International Journal of Nursing Knowledge*, 34(1), 72–84. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12365>
- Ruíz-Cano, Neftalí Gómez-Trujillo, J., Cuevas-Guajardo, L., & Laura Martínez-Vega, A. (2017). Coherencia diagnóstico/intervención de enfermería en la hoja de registros clínicos y uso de lenguaje estandarizado Consistency diagnosis/nursing intervention in sheet clinical records and use of standardized language. *Folio CONAMED*, 22(4), 161.
- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C., & Wiklund Gustin, L. (2016). Getting to know the person behind the illness - the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9–10), 1426–1434. <https://doi.org/10.1111/jocn.13252>
- Santangelo, P., Procter, N., & Fassett, D. (2018). Mental health nursing: Daring to be different, special and leading recovery-focused care? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 258–266. <https://doi.org/10.1111/inm.12316>
- Sanz-Osorio, González-Diez, L., Sánchez-Rueda, G., Vallès, V., Escobar-Bravo, M. A., & Monistrol, O. (2023). 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. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jpm.12974>
- Sanz-Osorio, Sastre-Rus, M., Monistrol, O., Pérez Criado, M., Vallès, V., & Escobar-Bravo, M. A. (2023). Humanization of care in acute psychiatric hospitalization units: A scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health*

- Nursing*, 30(2), 162–181. <https://doi.org/10.1111/jpm.12858>
- Saranto, K., & Kinnunen, U. M. (2009). Evaluating nursing documentation - Research designs and methods: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 464–476. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04914.x>
- Scalon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 319–329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x>
- Seed, T., Fox, J. R. E., & Berry, K. (2016). The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 61, 82–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.014>
- Sequeira, H., & Halstead, S. (2004). The psychological effects on nursing staff of administering physical restraint in a secure psychiatric hospital: ‘When I go home, it’s then that I think about it.’ *The British Journal of Forensic Practice*, 6(1), 3–15. <https://doi.org/10.1108/14636646200400002>
- Sermeus, W., Delesie, L., Van den Heede, K., Diya, L., & Lesaffre, E. (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1011–1021. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.006>
- Shattell, M. M., Starr, S. S., & Thomas, S. P. (2007). “Take my hand, help me out”: Mental health service recipients’ experience of the therapeutic relationship: Feature Article. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(4), 274–284. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x>
- Sittig, D. F., & Singh, H. (2012). Electronic Health Records and National Patient-Safety Goals. *New England Journal of Medicine*, 367(19), 1854–1860. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1205420>
- Stanhope, V., & Matthews, E. B. (2019). Delivering person-centered care with an electronic health record. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0897-6>
- Stegink, E. E., van der Voort, T. Y. G. N., van der Hooft, T., Kupka, R. W., Goossens, P. J. J., Beekman, A. T. F., & van Meijel, B. (2015). The Working Alliance Between Patients With Bipolar Disorder and the Nurse: Helpful and Obstructive Elements During a Depressive Episode From the Patients’ Perspective. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 290–296. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.005>
- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F., & Whittington, R. (2010). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(9), 889–897. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0132-3>
- Steinert, T., Birk, M., Flammer, E., & Bergk, J. (2013). Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: One-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatric Services*, 64(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200315>
- Stevenson, C., & Taylor, J. (2020). Nurses’ Perspectives of Factors That Influence Therapeutic Relationships in Secure Inpatient Forensic Hospitals. *Journal of Forensic Nursing*, 16(3), 169–178. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000274>

- Stowell, K., Florence, P., Harman, H., & Glick, R. (2012). Psychiatric Evaluation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 11–16. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6868>
- Strout, T. D. (2010). Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), 416–427. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x>
- Szmukler, G. (2019). “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*, 18(1), 34–41. <https://doi.org/10.1002/wps.20584>
- Taher, A., Bunker, E., Chartier, L. B., Ostrow, O., Ovens, H., Davis, B., & Schull, M. J. (2020). Application of the Informatics Stack framework to describe a population-level emergency department return visit continuous quality improvement program. *International Journal of Medical Informatics*, 133, 103937. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.07.016>
- Tastan, S., Linch, G. C. F., Keenan, G. M., Stifter, J., McKinney, D., Fahey, L., Lopez, K. D., Yao, Y., & Wilkie, D. J. (2014). Evidence for the existing American Nurses Association-recognized standardized nursing terminologies: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1160–1170. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.004>
- Terkelsen, T. B., & Larsen, I. B. (2014). Fear, danger and aggression in a Norwegian locked psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 1–10. <https://doi.org/10.1177/0969733014564104>
- Thibeault, C. (2016). An Interpretation of Nurse–Patient Relationships in Inpatient Psychiatry: Understanding the Mindful Approach. *Global Qualitative Nursing Research*, 3. <https://doi.org/10.1177/2333393616630465>
- Thomé, S., Centena, R. C., Behenck, S., Marini, M., & Heldt, E. (2014). Interventions Classification Taxonomies to Mental Health Nursing Practice Search terms: Descritores : Author contact :25(3).
- Thoroddsen, A., Ehnfors, M., & Ehrenberg, A. (2010). Nursing specialty knowledge as expressed by standardized nursing languages. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 69–79. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2010.01148.x>
- Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G., & Hounsgaard, L. (2017). “Treat me with respect”. A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. In *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (Vol. 24, Issues 9–10). <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>
- Tingleff, E. B., Hounsgaard, L., Bradley, S. K., & Gildberg, F. A. (2019). Forensic psychiatric patients’ perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2). <https://doi.org/10.1111/inm.12549>
- Tolosa-Merlos, D., Moreno-Poyato, A. R., González-Palau, F., Pérez-Toribio, A., Casanova-Garrigós, G., & Delgado-Hito, P. (2022). Exploring the therapeutic relationship through the reflective practice of nurses in acute mental health units:

- A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, December 2021, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jocn.16223>
- Törnvall, E., Jansson, I., & Supervisor, R. (2015). *Preliminary Evidence for the Usefulness of Standardized Nursing Terminologies in Different Fields of Application: A Literature Review*. <http://www.ihtsdo>
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2018). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD002099. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002099.pub3>
- Väkiparta, L., Suominen, T., Paavilainen, E., & Kylmä, J. (2019). Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 765–778. <https://doi.org/10.1111/scs.12701>
- Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018a). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3), 367–372. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Vedana, K. G. G., da Silva, D. M., Ventura, C. A. A., Giacon, B. C. C., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., & Borges, T. L. (2018b). Physical and mechanical restraint in psychiatric units: Perceptions and experiences of nursing staff. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(3). <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.027>
- Wang, N., Hailey, D., & Yu, P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1858–1875. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05634.x>
- Warren, J. I., Mclaughlin, M., Bardsley, J., Eich, J., Esche, C. A., Kropkowski, L., & Risch, S. (2016). The Strengths and Challenges of Implementing EBP in Healthcare Systems. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 15–24. <https://doi.org/10.1111/wvn.12149>
- Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723–734. <https://doi.org/10.1111/jan.12862>
- Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(3), 188–200. <https://doi.org/10.1111/jpm.12453>
- Wilson, Ceri, Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5). <https://doi.org/10.1111/inm.12382>
- Wilson, Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2017). Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), 500–512. <https://doi.org/10.1111/inm.12382>
- Wisner, K., Lyndon, A., & Chesla, C. A. (2019). The electronic health record's impact on nurses' cognitive work: An integrative review. *International Journal of Nursing*

- Studies*, 94, 74–84. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.003>
- Wyder, M., Bland, R., Blythe, A., Matarasso, B., & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(2), 181–189. <https://doi.org/10.1111/inm.12121>
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(1), 124–144. <https://doi.org/10.1080/14789940410001655187>
- Zarco, J., Arango, C., Crespo, A., De las Heras, E., Mayoral, F., Grande, I., Romo, J., Carretero, J., Díaz, M., González, M. A., Balanzá, V., & Gasull, V. (2020). *Humanización en Salud Mental*. <http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>
- Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic alliance in mental health nursing: An evolutionary concept analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.969795>

FINANCIACIÓN, DIFUSIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

FINANCIACIÓN

Esta tesis ha sido parcialmente financiada a través de PI21/00605 Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación, España Cofinanciado por la Unión Europea y con el apoyo del Departamento de Investigación y Universidades de la Generalitat de Catalunya en el marco de la convocatoria de subvenciones SGR-Cat 2021, grupo 2021 SGR 1083.

DIFUSIÓN Y PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Artículos científicos

Pérez- Toribio, A., Moreno- Poyato, A. R., Roldán- Merino, J. F., & Nash, M. (2022). Spanish mental health nurses' experiences of mechanical restraint: A qualitative descriptive study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29, 688–697. <https://doi.org/10.1111/jpm.12860>

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M., & Roldán-Merino, J. F. (2022). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International journal of mental health nursing*, 31(2), 339–347.

Pérez-Toribio A, Moreno-Poyato AR, Lluch-Canut MT, Nash M, Cañabate-Ros M, Myklebust KK, et al. (2023) Transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of the Spanish version of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes. *PLoS ONE* 18(3): e0281832.

Pérez-Toribio A., Moreno-Poyato AR., Lluch-Canut T., El-Abidi K., Rubia-Ruiz G., Rodríguez-López AM., Pérez-Moreno JJ., Pastor-Bernabeu M., Sánchez-Balcells S., Ventosa-Ruiz A., Puig-Llobet M., Roldán-Merino JF (2024). The nurse-patient relationship in nursing documentation: the scope and quality of interactions and prevalent interventions in inpatient mental health units. *Journal of Nursing Management*. Vol 2024, Article ID 7392388, 1-8

Comunicaciones orales

Experiencias de las enfermeras de salud mental españolas sobre el uso de la contención mecánica - un estudio cualitativo descriptivo. Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental AEESME. 6-8 de Abril de 2022, Pamplona

Calidad de las intervenciones enfermeras en torno a la relación terapéutica en unidades de agudos de salud mental en España recogidas en los registros clínicos enfermeros. 1 de Diciembre de 2022, COIB.

Ética asistencial y disminución de medidas coercitivas “Día de la Enfermería”. Organizado por Laboratorios Rovi. 30 de Junio de 2023

XIV Congresso Internacional ASPESM 2023 “Saúde Mental Uma Prioridade Para Todos”. Évora 18-20 Octubre 2023

II Jornades d’ actualització d’Infermeria de Salut Mental. Hospital Clinic de Barcelona. 25 Octubre 2023.

Salas Mutisensoriales: Alternativas positivas a la contención mecánica”. Hospital del Mar. 22 de Noviembre de 2023

Humanización en salud mental, ¿cómo podemos optimizar la atención a las personas con esquizofrenia? Organizado por Laboratorios Otsuka-Lunbeck. Mérida 21 de Marzo de 2024

Pósters

Experiencias de las enfermeras de salud mental sobre el uso de la contención mecánica - un estudio cualitativo descriptivo. VI Congrès d’Infermeria de Salut Mental. Tortosa, 6 y 7 de Octubre de 2022.

Intervenciones enfermeras registradas en las notas clínicas de las unidades de agudos de salud mental. Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental AEESME. 20-22 de Marzo de 2024. Mérida

Intervenciones enfermeras registradas en las notas clínicas de las unidades de agudos de salud mental. II Jornada de Recerca i Divulgació de Doctorat UB. 3 de Mayo de 2024

Otras publicaciones

Molina Martínez, L., & Pérez Toribio, A. (2023). #yonoato: antes sí lo hacía, ahora ya no. Movimiento en pro de la atención basada en los derechos. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 23, 20–24. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2023.23.20>

Pérez Toribio, A., Broncano Bolzoni, M., Boix Ibars, M., Garriga Carrizosa, M., & Molina Martínez, L. (2022). Manejo de la agitación en los entornos de salud mental. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 21, 13–24. <https://doi.org/10.5538/2385-703X.2022.21.13>

ANEXOS

Anexo 1. APROBACIÓN DOCTORADO

Anexo 2. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HCB/2020/0029

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES

Anexo 4. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Anexo 5. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HCB/2019/0012

Anexo 6. HOJA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO RTS_NURSING

Anexo 7. APROBACIÓN USO SESPI

Anexo 8. FASES ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL SESPI

Anexo 9. ESCALA SESPI COMPLETA

Anexo 10. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL INFANTA LEONOR 090-21

Anexo 11. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA PARC DE SALUT MAR 2021/9835

Anexo 12. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL GALDAKAO PI2021181

Anexo 13. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO ELDA

Anexo 1. APROBACIÓN DOCTORADO



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

SOL·LICITUD: 2020AA102220ZB
HDK0B - Infermeria i Salut

En data 21 de juliol de 2020 el Sr **ALONSO PEREZ TORIBIO**, amb DOI núm. 43457187K , presenta al Registre General de la Universitat de Barcelona una sol·licitud d'admissió al programa de doctorat Infermeria i Salut d'aquesta universitat.

Vista la documentació acadèmica presentada amb la qual la persona sol·licitant acredita l'acompliment dels requisits i criteris addicionals per a la selecció i admissió al programa, la Comissió Acadèmica del programa de Infermeria i Salut, reunida en data 8 de setembre de 2020, en virtut de les competències assignades i d'acord amb el que disposa l'article 22.2 de la Normativa reguladora del doctorat a l'empara del Reial decret 99/2011,

ACORDA:

Primer. Resoldre favorablement l'admissió al programa Infermeria i Salut el curs 2020-2021.

Segon. Assignar a la persona candidata:

Línia de recerca: 101148 - Infermeria de salut mental i addiccions: instruments d'anàlisi i mesurament

Director/s Tesi: Juan Francisco Roldán Merino - Antonio Rafael Moreno Poyato

Tutor/a: Maria Teresa Lluch Canut

Tipus de dedicació: Parcial

Centre de matrícula: SED - Campus Bellvitge

Lloc on desenvoluparà la recerca: Departament Infermeria Salut Pública, Salut Mental i Maternoinfantil

Tercer. La formalització de l'admissió, d'acord amb la normativa de la Universitat de Barcelona, serà efectiva en el moment en què es presentin tots els documents corresponents, s'efectuï la matrícula i s'abonin les taxes establertes.

Quart. Notificar aquesta resolució a la persona candidata.

Barcelona, 9 de setembre de 2020

Coordinador/a del programa de doctorat

Josefina Goberna Tricas

Contra aquest acord que no esgota la via administrativa, independentment de la seva immediata executivitat, podeu interposar recurs d'alçada davant del Rectorat de la Universitat de Barcelona en el termini d'un mes, a comptar de l'endemà de la notificació de la resolució, segons el que estableixen els articles 121 i 122 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques. També podeu interposar qualsevol altre recurs que considereu procedent.

Codi segur de verificació: 27ynuACh89uySfYpbKyQ

Document electrònic garantit amb signatura electrònica. Podeu verificar-ne la integritat mitjançant el codi lateral a la pàgina <https://www.ub.edu/cv>
Còpia autèntica amb validesa de tres anys.

Anexo 2. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HCB/2020/0029

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Protocolo		V1 de Enero de 2020

TÍTULO: Experiencias del personal de enfermería de salud mental en relación con la utilización de la contención mecánica en pacientes hospitalizados en la unidad de agudos de psiquiatría.

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ALONSO PÉREZ TORIBIO; MICHAEL NASH

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado la compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 30/01/2020, acta 2/2020 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2020/0029

PR

Página 1/2

2º El CEIm del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

3º Listado de miembros:

Presidente:

- JOAQUIM FORÉS I VIÑETA (Médico Traumatólogo, HCB)

Vicepresidente:

- ANDREA SCALISE (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Secretario:

- ANA LUCIA ARELLANO ANDRINO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Vocales:

- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTSERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico. Plataforma de Estadística Médica. IDIBAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- JOAQUÍN SÁEZ PEÑATARO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- SERGI AMARO DELGADO (Médico Neurólogo, HCB)
- JULIO DELGADO GONZÁLEZ (Médico Hematólogo, HCB)
- EDUARD GUASCH CASANY (Médico Cardiólogo, HCB)
- VIRGINIA HERNANDEZ GEA (Médico Hepatólogo, HCB)
- MARINA ROVIRA ILLAMOLA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Eixample)
- MIRIAM MENDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- JOSE TOMAS ORTIZ PEREZ (Médico Cardiólogo, HCB)
- BEGOÑA GOMEZ PEREZ (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)
- ELENA CALVO CIDONCHA (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)
- CECILIA CUZCO CABELLOS (Enfermera, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Barcelona, a 04 de febrero de 2020

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2020/0029

PR

Página 2/2

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARTICIPANTES

Consentimiento Informado

Título del estudio: Experiencias de enfermería de salud mental en pacientes hospitalizados al utilizar contención mecánica en el tratamiento de trastornos agudos del comportamiento.

Entiendo que este estudio tiene como objetivo explorar las experiencias de las enfermeras de salud mental para pacientes hospitalizados en el uso de la contención mecánica en el tratamiento de trastornos agudos del comportamiento.

Como participante soy consciente de lo siguiente:

1. Participar implica participar en una entrevista confidencial semiestructurada.
2. Esta entrevista será grabada y transcrita y los datos serán anónimos
3. Puedo contactar con el investigador en cualquier momento durante la investigación para aclarar los problemas relacionados con mi participación o el retiro del estudio
4. Tengo acceso a cualquier información que proporcione durante el estudio y puedo solicitar una copia de los resultados una vez que el estudio concluya
5. Puedo retirarme del estudio en cualquier momento antes de que analicen los datos sin explicación o penalización. Una vez que los datos se han analizado, entiendo que los datos anónimos no se pueden recuperar
6. Entiendo que los resultados de esta investigación pueden publicarse y presentarse en Conferencias
7. Soy mayor de 18 años

Declaración:

He leído, o me han leído, el folleto de información para este proyecto y entiendo el contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto libre y voluntariamente ser parte de este estudio de investigación, sin perjuicio de mis derechos legales y éticos. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento y he recibido una copia de este acuerdo.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: **FECHA:**

NOMBRE DE LOS INVESTIGADORES:

FIRMA: **FECHA:**

Anexo 4. ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Experiencias de enfermería de salud mental en pacientes hospitalizados al utilizar la restricción mecánica en el manejo de trastornos de conducta agudos

Género, edad, duración de la cualificación, último uso de CM,

P1: ¿Puede explicarme las circunstancias tras su última experiencia con CM? ¿Por qué se usó?

P2 - En la reflexión, ¿hay algo que crea que se podría haber hecho mejor para evitar el uso de la CM?

P3: ¿Cree que es posible trabajar en su área sin usar CM?

- ¿Por qué no?

P4 - ¿Qué crees que debe pasar para detener el uso de CM?

P5 - ¿Cómo te sientes después de usar CM?

P6 - ¿Existe una política de CM en el hospital? ¿Está familiarizado con la política de CM del hospital?

P7 - ¿Hay algo que cambiarías en la política de CM?

P8 - ¿Qué tipo de apoyo hay para las enfermeras después del uso de CM?

P9: ¿Tiene alguna idea de lo que se puede hacer para ayudar a las enfermeras después del uso de CM?

P10: ¿Cómo crees que se siente el paciente cuando se usa la CM?

P11: ¿Cómo se apoya a los pacientes después de usar CM?

P12 - En su experiencia, ¿cómo afecta el uso de la CM la relación terapéutica con el paciente?

Anexo 5. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HCB/2019/0012

DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

NEUS RIBA GARCIA, Secretario del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Clínic de Barcelona

Certifica:

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor, para que se realice el estudio:

CÓDIGO:

DOCUMENTOS CON VERSIONES:

Tipo	Subtipo	Versión
Protocolo		Versión 1, Diciembre 2018

TÍTULO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA DE SALUD MENTAL EN EL MANEJO DE LA CONDUCTA VIOLENTA O AGRESIVA CON EL FIN DE REDUCIR EL NÚMERO DE AGITACIONES Y HUMANIZAR LAS CONTENCIÓNES MECÁNICAS.

PROMOTOR:

INVESTIGADOR PRINCIPAL: ALONSO PÉREZ TORIBIO

y considera que, teniendo en cuenta la respuesta a las aclaraciones solicitadas (si las hubiera), y que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Que se han evaluado la compensaciones económicas previstas (cuando las haya) y su posible interferencia con el respeto a los postulados éticos y se consideran adecuadas.
- Que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este centro.
- Que dicho estudio cumple con las obligaciones establecidas por la normativa de investigación y confidencialidad que le son aplicables.
- Que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos necesarios, y que es viable en todos sus términos.

Este CEIm acepta que dicho estudio sea realizado, debiendo ser comunicado a dicho Comité Ético todo cambio en el protocolo o acontecimiento adverso grave.

y hace constar que:

1º En la reunión celebrada el día 31/01/2019, acta 2/2019 se decidió emitir el informe correspondiente al estudio de referencia.

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2019/0012

PR

Página 1/2

2º El CEIm del Hospital Clínic i Provincial, tanto en su composición como en sus PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95)

3º Listado de miembros:

Presidente:

- BEGOÑA GÓMEZ PÉREZ (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)

Vicepresidente:

- JOAQUIM FORÉS I VIÑETA (Médico Traumatólogo, HCB)

Secretario:

- NEUS RIBA GARCIA (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)

Vocales:

- ITZIAR DE LECUONA (Jurista, Observatorio de Bioética y Derecho, UB)
- MONTSERRAT GONZALEZ CREUS (Trabajadora Social, Servicio de Atención al Usuario, HCB)
- JOSE RIOS GUILLERMO (Estadístico. Plataforma de Estadística Médica. IDIBAPS)
- OCTAVI SANCHEZ LOPEZ (Representante de los pacientes)
- MARIA JESÚS BERTRAN LUENGO (Médico Epidemiólogo, HCB)
- JOAQUÍN SÁEZ PEÑATARO (Médico Farmacólogo Clínico, HCB)
- SERGIO AMARO DELGADO (Médico Neurólogo, HCB)
- JULIO DELGADO GONZÁLEZ (Médico Hematólogo, HCB)
- EDUARD GUASCH I CASANY (Médico Cardiólogo, HCB)
- VIRGINIA HERNANDEZ GEA (Médico Hepatólogo, HCB)
- NURIA SOLER BLANCO (Farmacéutica Hospitalaria, HCB)
- MARINA ROVIRA ILLAMOLA (Farmacéutico Atención Primaria, CAP Eixample)
- JOSE LUIS BLANCO ARÉVALO (Médico Medicina Interna, HCB)
- MIRIAM MÉNDEZ GARCÍA (Abogada, HCB)
- MERCÈ VIDAL FLOR (Enfermera, HCB)

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, este se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Para que conste donde proceda, y a petición del promotor,

Barcelona, a 11 de febrero de 2019

Mod_04 (V4 de 18/06/2018)

Reg. HCB/2019/0012

PR

Página 2/2

Anexo 6. HOJA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

RTS_NURSING



HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO (Pacientes)

Coordinador del proyecto: Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Departamento de Enfermería de Salud pública, Salud Mental y Materno-Infantil.

Institución: Universitat de Barcelona

Contacto: amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España (RTS_MHNursing_Spain).

La finalidad de la investigación RTS_MHNursing_Spain es promover la mejora en el establecimiento de la relación terapéutica entre profesionales de enfermería y pacientes en unidades de hospitalización de agudos de salud mental a través de encuentros con las enfermeras dentro de la propia dinámica de cuidados en la unidad de hospitalización. Se trata de un estudio dónde se aleatorizarán los centros participantes, pudiendo ser centro de intervención o de control.

En este sentido, de acuerdo con el diseño de la investigación, su participación consistirá en la cumplimentación de dos dossieres con cuestionarios que le llevarán un tiempo en torno a 15 minutos cada uno. El primer dossier se cumplimentará en las primeras 48-72 horas de estancia en la unidad y el segundo dossier con los cuestionarios de forma previa al alta. Asimismo, se recogerán datos de su historia clínica. Su participación será de carácter voluntario y tiene el derecho de abandonar el estudio sin que repercuta en su seguimiento o tratamiento habitual.

En cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, se le informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero denominado Datos_ RTS_MHNursing, y que la información aportada será tratada de forma confidencial. Se eliminará cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de su identidad. Los datos quedarán reservados para los fines de este proyecto de investigación. Los datos se utilizarán para redactar un informe final en el que se podrán utilizar expresiones textuales de los participantes, respetando en todo momento su anonimato.

Proyecto
financiado por:



Proyecto código P121/00605



Proyecto código PR-487/2021

De conformidad con lo establecido en la mencionada regulación, la UNIVERSIDAD DE BARCELONA, (con CIF Q0818001J y domicilio en la Gran Vía de las Cortes Catalanas, 585 - 08007 Barcelona) como responsable del tratamiento de los datos personales, le informa que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante escrito a la dirección postal (Travessera de les Corts, 131-159, Pabellón Rosa, 08028 - Barcelona), o mediante un mensaje de correo electrónico a protecciodedades@ub.edu.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos, solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar la supresión, así como limitar el tratamiento, oponerse y retirar el consentimiento del su uso para determinados fines. Estos derechos los puede ejercer mediante escrito a la dirección postal o mediante un mensaje de correo electrónico a la dirección mencionada en el párrafo anterior. Asimismo, le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Catalana de Protección de Datos en el caso de cualquier actuación de la Universidad de Barcelona que considere que vulnera sus derechos.

Esperamos que esta investigación contribuya a un mayor conocimiento del establecimiento de la relación terapéutica y a sus dificultades. Y, por tanto, como beneficio para los participantes promueva la mejora en la calidad de los cuidados que se prestan diariamente a pacientes en unidades de agudos de salud mental. Esta investigación no supone ningún riesgo ni ofrece compensación económica para los participantes en la misma.

Agradecido, quedo a la disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

Barcelona, 22 de marzo de 2021.

Dr. Antonio R. Moreno Poyato



Investigador principal **RTS_MHNursing_Spain**
amorenopoyato@ub.edu

**Proyecto
financiado por:**



Proyecto código P121/00605



Proyecto código PR-487/2021



Coordinador del proyecto: Dr. Antonio R. Moreno Poyato

Cargo: Profesor Departamento de Enfermería de Salud pública, Salud Mental y Materno-Infantil.

Institución: Universitat de Barcelona

Contacto: amorenopoyato@ub.edu

Título proyecto: Impacto de la intervención enfermera 'Espacio Terapéutico Reservado' sobre resultados de salud de pacientes: un estudio de intervención en unidades de agudos de salud mental en España ([RTS_MHNursing_Spain](#)).

Datos de la persona participante

Nombre:

1. Declaro que he leído y entendido la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio, así como los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo.

DOY

NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto

Firmo por duplicado, quedándome con una copia

Fecha:

Firma de la persona participante

Firma del/la investigador/a

**Proyecto
financiado por:**



Proyecto código P121/00605



Proyecto código PR-487/2021

Anexo 7. APROBACIÓN USO SESPI

Approval to apply the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes, SESPI, in the project "Reserved Therapeutic Space: impact of a Mental Health Nursing intervention on the health outcomes of users: a non-randomized intervention trial to improve the therapeutic relationship in mental health units in Spain "

We confirm that Alonso Pérez Toribio Ph.D. (c) and his co-workers can freely apply the SESPI tool as a part of their project "Reserved Therapeutic Space: impact of a Mental Health Nursing intervention on the health outcomes of users: a non-randomized intervention trial to improve the therapeutic relationship in mental health units in Spain" under the following conditions:

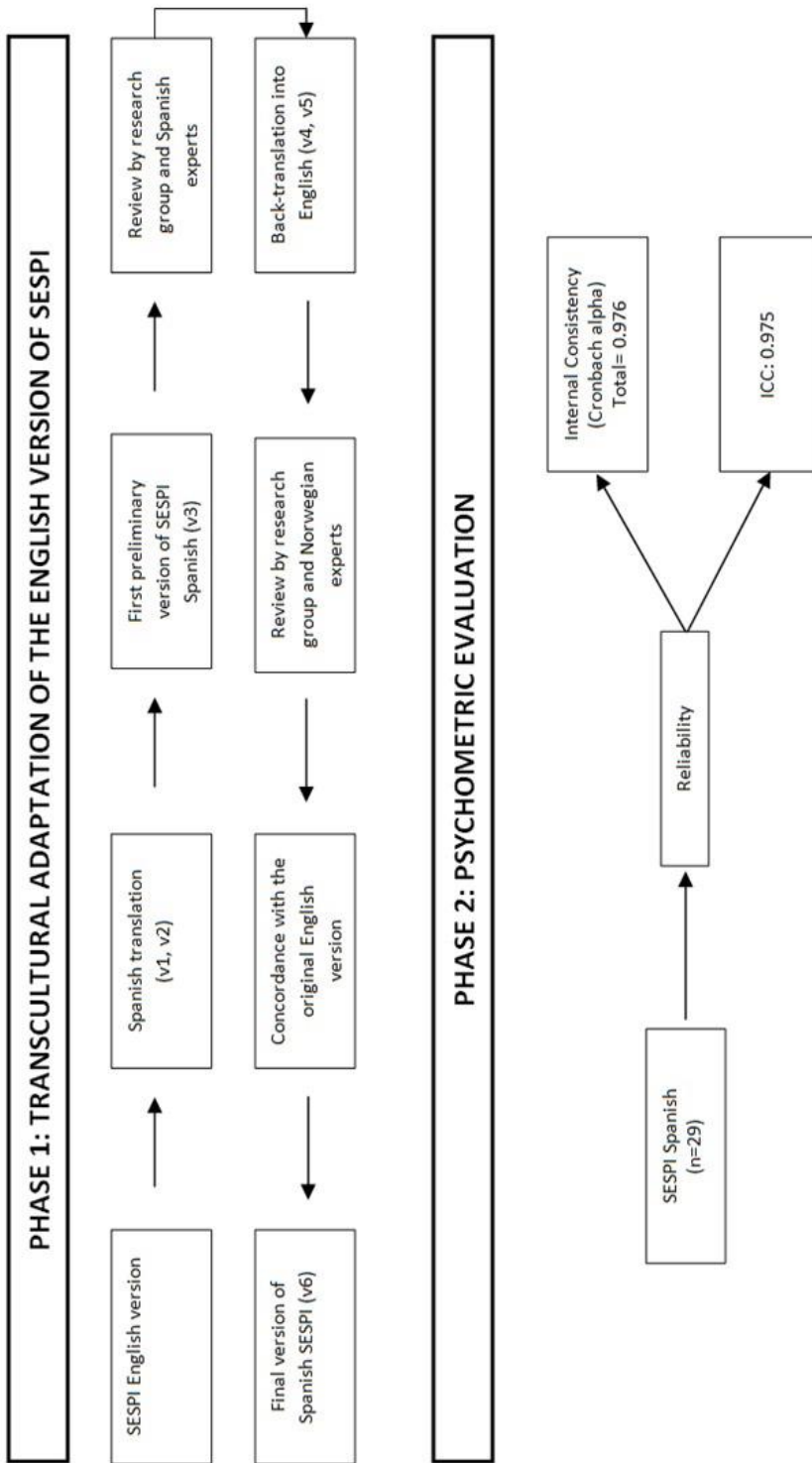
- If the SESPI tool is translated to Spanish, international standards for the translation of instruments must be followed. The Spanish translation must be translated back into English to compare the original English version with the version from the back translation from Spanish. Necessary adjustments to the Spanish version must be made accordingly.
- You can use the SESPI for free, and also adapt the lay-out to your records if necessary, but you are not allowed to change the text content.
- You are not allowed to use it for commercial or businesslike purposes, or charge anyone who are using it.
- In all publications where SESPI has been applied (both the original and Spanish versions), this publication must be included in the reference list: Myklebust, K. & Bjørkly, S. (2019). Development and reliability testing of the Scale for the Evaluation of Staff-Patient Interactions in Progress Notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing Open*, 6,790-798. doi:10.1002/nop.2.254

January 28, 2021

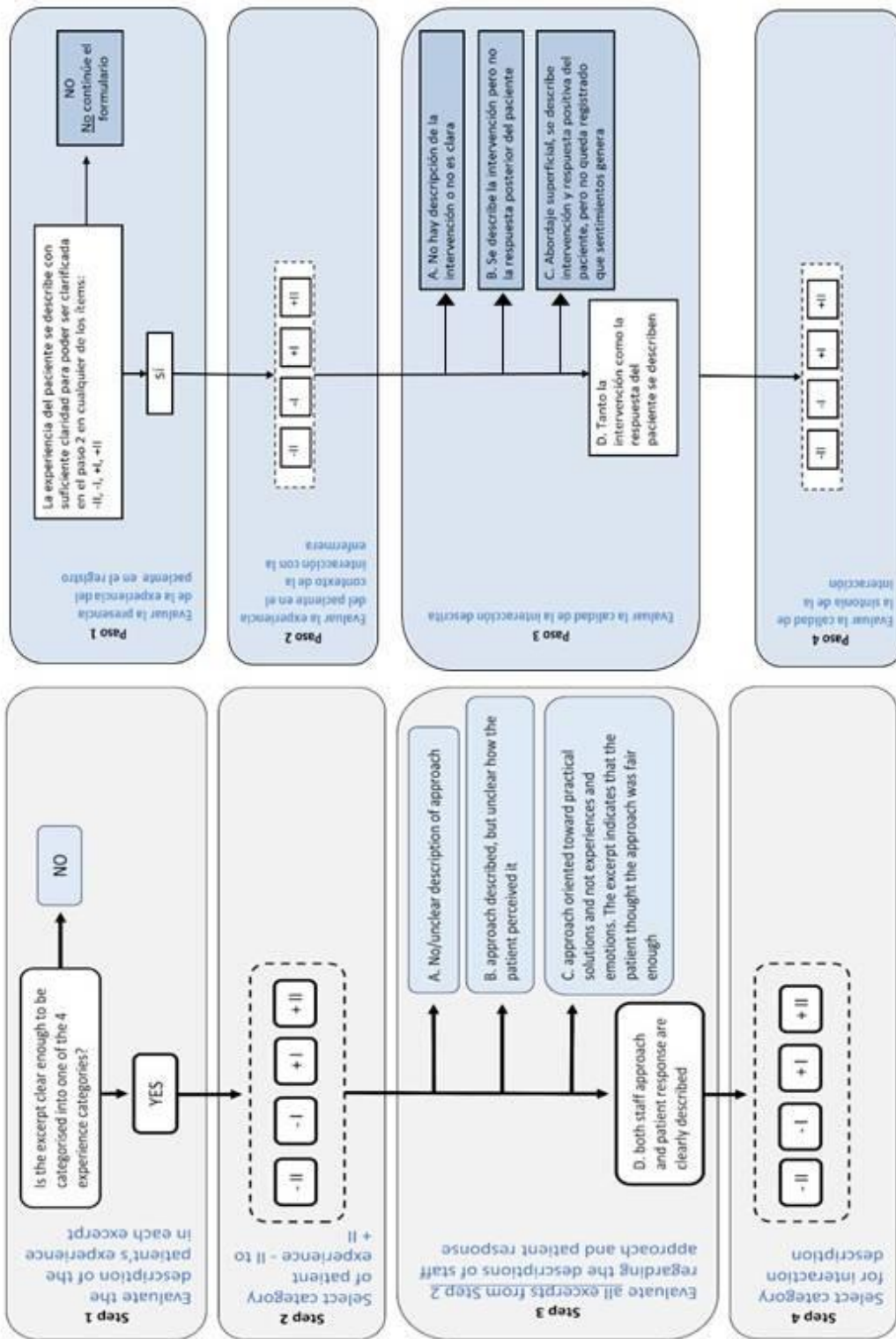

Kjetil Myklebust
Associate Professor, PhD


Stål Bjørkly
Professor, Psy.D

Anexo 8. FASES ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL SESPI



Anexo 9. ESCALA SESPI COMPLETA



Anexo 10. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL INFANTA LEONOR 090-

21

	ANEXO : INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN	
CÓDIGO INTERNO 090-21	FECHA ENTRADA: 15/07/2021	Página 1 de 2

INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN

D. JOSE GARCIA HINOJOSA, Presidente del Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre.

CERTIFICA

INVESTIGADOR PRINCIPAL: GEMA RUBIA RUIZ
TITULO DEL ESTUDIO: 090-21 "Impacto de la intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España"
Servicio/ Departamento: ENFERMERIA - Servicio PSIQUIATRIA
Convocatoria/versión : Protocolo versión 1 de fecha 21/03/2021 HIP/CI, versión 1 de fecha 21/03/2021

El Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre, en su reunión de fecha 24 de Septiembre de 2021 acta nº 10, y tras la evaluación del estudio especificado y, teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

- Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y sus colaboradores.
- Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
- Consideraciones generales del ensayo /estudio clínico.
- El documento HIP/CI que se utilizará en el estudio contiene toda la información necesaria de forma clara y cumple con la normativa vigente.
- Cuestiones relacionadas con las cantidades y, en su caso, previsiones de remuneración o compensación para los investigadores y sujetos del ensayo y los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor y el centro.
- Que tiene dictámen favorable del CEIm del Parc de Salut MAR en su reunión del día 1 de Junio de 2021.
- Que tiene dictámen favorable de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona, reunida en sesión ordinaria el día 14 de junio de 2021.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio.



 Hospital Universitario Infanta Leonor <small>Hospital Virgen de la Torre</small>	ANEXO : INFORME DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN	
CÓDIGO INTERNO 090-21	FECHA ENTRADA: 15/07/2021	Página 2 de 2

Este Comité **A C E P T A** que dicho estudio clínico sea realizado en el Servicio de ENFERMERIA DE PSIQUIATRIA por D^a GEMA RUBIA RUIZ como Investigadora Principal en nuestro centro.

Lo que firmo en Madrid a 24 de Septiembre de 2021.

Fdo: Dr. José García Hinojosa

Presidente del Comité Ético de Investigación
del Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen de la Torre



Anexo 11. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA PARC DE SALUT MAR 2021/9835



Informe del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut Mar

Doña Cristina Llop Julià, secretaria técnica del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Parc de Salut MAR,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta del promotor Universitat de Barcelona, para que se realice el estudio observacional núm. 2021/9835, titulado: *"Impacto de la intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España"*.

Versión de los documentos:

- Protocolo versión 1 de fecha 21/03/2021
- HIP/CI, versión 1 de fecha 21/03/2021

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio
- Son adecuados los procedimientos para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto, así como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Y que este Comité acepta que dicho estudio observacional sea realizado en el Servicio de Psiquiatría del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions (INAD) por la Sra. Khadija El-Abidi como investigadora principal, tal como recoge el ACTA del día 18/05/2021.

Lo que firmo en Barcelona a 1 de junio de 2021

Firmado:
Secretaria técnica CEIm-PSMAR

CEIm – Parc de Salut MAR
Dr. Alguader, 88 | 08003 Barcelona | Teléfono 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat



Es responsabilidad del investigador principal garantizar que todos los investigadores asociados con este proyecto conozcan las condiciones de aprobación y los documentos aprobados.

El Investigador Principal debe informar a la Secretaría del CEIm mediante una enmienda, informe anual de seguimiento o notificación, de

- Cualquier cambio significativo en el proyecto y la razón de ese cambio, incluida una indicación de las implicaciones éticas (si las hubiera);
- Cualquier evento imprevisto o inesperado, como desviaciones de protocolo;
- El cambio de Investigador Principal;
- Informe anual de seguimiento;
- La fecha de finalización del estudio;
- Informe final del estudio y/o publicación de resultados.

Anexo I. Composición del CEIm Parc de Salut Mar

El Comité tanto en su composición como en los PNT cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

En dicha reunión del Comité se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

En el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador o se detecte conflicto de interés, éste se ausentará de la reunión durante la discusión del proyecto.

Presidenta	Dra. Marta Guix Arnau, Oncología Médica
Vicepresidenta	Dra. Ana Maria Aldea Perona, Farmacóloga Clínica
Secretaria técnica	Sra. Cristina Llop Julià, Bióloga
Vocal	Dra. Anna Oliveras Serrano, Nefrología
Vocal	Dr. Antonio Montes Pérez, Anestesiología y Reanimación
Vocal	Sra. Assumpció Álvarez Carrera, Farmacéutica Atención Primaria
Vocal	Dra. Blanca Sánchez González, Hematología
Vocal	Dr. David Benaiges Boix, Endocrinología
Vocal	Sr. Lluís Berenquer Maimó, Arquitecto. Miembro Leqo
Vocal	Dr. Helmut Schröder, Epidemiología y Salud Pública
Vocal	Dra. Mercè Espona Quer, Farmacéutica Hospitalaria
Vocal	Dra. Marta Ferran Farrés, Dermatología
Vocal	Sra. María de los Angeles Jodar Sánchez. Lda. en Derecho. Servicio de Atención al Ciudadano.
Vocal	Sra. Azucena Justicia Díaz, Enfermera
Vocal	Dra. Patricia Díaz Pellicer, Farmacóloga Clínica
Vocal	Sr. Ramon Figueras Sabater, Abogado
Vocal	Dra. Silvia Tórtola Pérez, Bióloga

CEIm – Parc de Salut MAR
 Dr. Alguader, 88 | 08003 Barcelona | Teléfono 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 36
ceic-psmar@imim.es | www.parcdesalutmar.cat

Anexo 12. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL GALDAKAO PI2021181



INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DE EUSKADI (CEIm-E)

Arantza Hernández Gil
Secretaria del CEIm de Euskadi (CEIm-E)

CERTIFICA

Que este Comité, de acuerdo a la ley 14/2007 de Investigación Biomédica, Principios éticos de la declaración de Helsinki y resto de principios éticos y legislación aplicables, ha evaluado el proyecto de investigación, titulado **Reserved Therapeutic Space: impact of a Mental Health Nursing intervention on the health outcomes of users: a non-randomized intervention trial to improve the therapeutic relationship in mental health units in Spain [study protocol]** **Impacto de la intervención enfermera Espacio Terapéutico Reservado sobre los resultados de salud de los pacientes: un estudio de intervención en las unidades de agudos de salud mental en España [protocolo de estudio]**.

Código Interno: PI2021181

Versión del Protocolo: Versión: 2, fecha: 10/11/2021

Versión de la HIP:

ENFERMERAS / Versión 2 del 25 de enero de 2022

EVALUADORES / Versión 2 del 25 de enero de 2022

PACIENTES / Versión 2 del 25 de enero de 2022

Y que este Comité reunido el día 26/01/2022 (recogido en Acta 02/2022) ha decidido emitir informe favorable a que dicho proyecto sea realizado por el siguiente personal investigador:

- Estibaliz Muñoz Rouco (*Psiquiatría*) Hospital Galdakao-Usansolo
- Juan José Pérez Moreno (*Psiquiatría*) Hospital Galdakao-Usansolo

Lo que firmo en Vitoria, a 07 de febrero de 2022.

Arantza Hernández Gil
Secretaria del CEIm de Euskadi (CEIm-E)

Nota: Se recuerda la obligación de:

- Incluir en Osab de la alerta correspondiente a cada paciente, de que se encuentra bajo estudio o ensayo clínico.

- Enviar un **informe de seguimiento anual** y el **informe final** que incluya los resultados de estudio (si el estudio dura menos de un año, con el informe final será suficiente). Más información en la página web del CEIm-E: <http://www.euskadi.eus/comite-etica-investigacion-clinica/>

Anexo 13. APROBACIÓN COMITÉ ÉTICA HOSPITAL GENERAL

UNIVERSITARIO ELDA



Departamento de Elda

COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm)
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELDA
Ctra. Elda-Sax s/n. 03501-Elda. <http://www.elda.ssn.gva.es>
Tfno: 96 598 9019 Fax: 96 587 5148. email: ceic_elda@gva.es

DICTAMEN DE EVALUACIÓN DEL CEIm

Dra. Dña. Francisca Sivera Mascaró.

Presidenta del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital General Universitario de Elda.

CERTIFICA:

Que en relación al protocolo de investigación:

Código de protocolo: RTS_MHNursing versión: 1 fecha: mayo 2021.

Titulado:

IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN ENFERMERA ESPACIO TERAPÉUTICO RESERVADO SOBRE LOS RESULTADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES: UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN LAS UNIDADES DE AGUDOS DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA.

Este CEIm, en su reunión de fecha 14/09/2021, tras la evaluación realizada de la propuesta del promotor relativa al estudio especificado, y teniendo en consideración las siguientes cuestiones:

1. Cuestiones relacionadas con la adecuación a los postulados éticos.
2. Cuestiones relacionadas con el procedimiento de información y obtención del consentimiento informado y el plan de reclutamiento.
3. Consideraciones generales del ensayo.
4. Cuestiones relacionadas con la idoneidad del investigador y de sus colaboradores
5. Cuestiones relacionadas con la idoneidad de las instalaciones.
6. Cuestiones relacionadas con las cantidades y, en su caso, previsiones de remuneración o compensación para los investigadores y sujetos del ensayo y los aspectos relevantes de cualquier acuerdo entre el promotor y el centro, que han de constar en el contrato previsto en el artículo 30 del R. D. 223/2004 y en la Resolución de 16.07.2009 de la Consellería de Sanidad.

Este CEIm emite un DICTAMEN FAVORABLE para su realización en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, por Carolina de los Santos como investigadora principal.

Se sugiere añadir el nombre del IP local en la hoja de información al paciente y consentimiento informado.

Lo que firmo en Elda a 14 de septiembre de 2021.

Fdo. la Presidenta
Dra. Dña. Francisca Sivera Mascaró.

