



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Facultade de Ciencias da Saúde

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2017-2018

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Métodos coercitivos en los dispositivos de
salud mental y promoción de la salud desde
Terapia Ocupacional.**

Lorena Cotelo Cobelo

Febrero 2018

Directoras:

Dña Nereida Canosa Domínguez Terapeuta Ocupacional. Profesora de la Facultad de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.

Dña. Paula Díaz Romero. Terapeuta Ocupacional. Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña

Índice	
Resumen y palabras clave	7
Resumo e palabras clave	8
Abstract and keywords	9
1. Antecedentes y estado actual del tema	10
1.1. Medidas coercitivas.....	13
1.2. Recomendaciones internacionales y marco legal.....	16
1.3. Terapia Ocupacional, malestar psíquico y promoción de la salud.....	18
2. Bibliografía	23
3. Objetivos	31
4. Metodología	32
4.1. Abordaje metodológico.....	32
4.2. Ámbito de estudio.....	32
4.3. Muestra y población de estudio.....	33
4.4. Búsqueda bibliográfica.....	34
4.5. Recogida de la información.....	35
4.6. Análisis de la información.....	35
4.7. Criterios de rigor de la información.....	36
4.8. Aplicabilidad.....	37
4.9. Limitaciones del estudio.....	38
5. Aspectos éticos	39
6. Plan de trabajo	40
7. Plan de difusión de los resultados	41
7.1. Congresos y revistas.....	41
7.2. Difusión de los resultados.....	42
8. Financiación de la investigación	43
8.1. Recursos necesarios.....	43
8.2. Posibles fuentes de financiación.....	45
9. Agradecimientos	46
Apéndices	47

Apéndices.

Apéndice I: Solicitud de permiso para el desarrollo de la investigación...	47
Apéndice II: Hoja informativa para los participantes.....	48
Apéndice III: Consentimiento informado participantes.....	51
Apéndice IV: Entrevista.....	52
Apéndice V: Glosario de siglas.....	53

Índice de tablas.

Tabla I. Criterios de inclusión y exclusión.....	34
Tabla II. Cronograma.....	40
Tabla III. Recursos.....	44

Índice de figuras.

Figura 1: Proceso de derivación del sistema de salud.....	12
Figura 2: Recursos destinados a la salud mental.....	12

Resumen y palabras clave.

Título: Métodos coercitivos en los dispositivos de salud mental y promoción de la salud desde Terapia Ocupacional.

Introducción: El paradigma contemporáneo de la Terapia Ocupacional considera importante la relación entre la persona, su entorno y sus ocupaciones para mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida. Tiene en cuenta las normas, los valores socioculturales y la historia personal de cada individuo sin focalizar en el “déficit” o “enfermedad” comprendiendo y respetando así la diversidad. Las medidas coercitivas son aplicadas al amparo de la ley aunque no cuentan con evidencia científica que demuestre resultados beneficiosos para la salud y actualmente están desaconsejadas por diferentes organismos internacionales. Diversos estudios comienzan a abordar la percepción de las personas, en cuanto a la influencia de dichas medidas en algunos aspectos de la vida. Por ello, resulta de interés investigar sobre esta temática desde Terapia Ocupacional.

Objetivos: Describir la percepción de los usuarios de dos Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral sobre las medidas coercitivas y su influencia en las ocupaciones.

Metodología: Se utilizará la metodología cualitativa, desde un enfoque fenomenológico, ya que se pretende describir la realidad de los participantes. Para la recolección de datos se empleará la entrevista semi-estructurada y cuaderno de campo

Palabras clave: Salud mental, medidas coercitivas, autonomía, terapia ocupacional.

Tipo de trabajo: Proyecto de investigación.

Resumo e palabras clave:

Título: Métodos coercitivos nos dispositivos de saúde mental e promoción da saúde dende Terapia Ocupacional.

Introducción: O paradigma contemporáneo da Terapia Ocupacional considera importante a relación entre a persoa, o seu entorno e as súas ocupacións para a mellora da saúde, o benestar e a calidade de vida. Ten en conta as normas, os valores socioculturais e a historia persoal de cada individuo sen por o foco no “déficit” ou “enfermidade” comprendendo e respectando así a diversidade. As medidas coercitivas son aplicadas ó amparo da lei, aínda que non contan con evidencia científica que demostre resultados beneficiosos para a saúde e actualmente están desaconsellados por diferentes órganos internacionais. Diversos estudos comezan a abordar a percepción das persoas en canto á influencia de ditas medidas nalgúns aspectos da vida. Polo tanto, resulta de interese investigar sobre esta temática dende Terapia Ocupacional.

Obxetivos: Describir a percepción dos usuarios de dous Centros de Rehabilitación Psicosocial e Laboral sobre as medidas coercitivas e a súa influencia nas ocupacións.

Metodoloxía: Utilizarase a metodoloxía cualitativa, dende un enfoque fenomenolóxico, posto que se pretende describir a realidade dos participantes. Para a recolección de datos emplearase a entrevista semi-estructurada e o caderno de campo.

Palabras clave: Saúde mental, medidas coercitivas, autonomía, terapia ocupacional.

Tipo de traballo: Proxecto de investigación.

Abstract and keywords

Title: Coercive methods in mental health devices and health promotion from Occupational Therapy.

Introduction: The contemporary paradigm of Occupational Therapy considers the importance of the relationship between the person, his or her surrounding environment and his or her occupations in order to improve their health, well-being and quality of life. It takes into account rules, sociocultural values and each individual's personal record. Whit out of focusing on the "disability" or "disease", thus understanding and respecting diversity. Coercive measures, although they are applied supported by law, do not count with scientific evidence that shows beneficial health outcomes and are currently not recommended by several international organisms. Various studies have started to approach people's perception with regards to the influence of such measures in some aspects of life. Therefore, it is of interest to investigate on this subject from Occupational Therapy.

Objectives: To describe the user's perception of a Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral about coercive measures and their influence on their occupations.

Methodology: A qualitative methodology shall be used, with a phenomenological approach, for the aim is to describe the participants' reality. A semi-structured interview and a field notebook shall be used for data collection.

Keywords: Mental health, coercive actions, autonomy, occupational therapy.

Type of study: Investigation project.

1. Antecedentes y estado actual del tema.

La Salud Mental es conceptualizada de formas diferentes según las diversas culturas, enfoques profesionales o incluso percepciones individuales. Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define “Salud Mental”, en el año 2011, como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁽¹⁾. Por su parte el Manual diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) define el término “Trastorno Mental” para referirse a “Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento”⁽²⁾.

Augsburguer y Gerlero⁽³⁾ emplean el término “malestar psíquico” para “acentuar la noción de malestar o sufrimiento y distinguirla de la enfermedad, lo que permite recuperar la dimensión temporal, historizar el proceso de constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de su vida cotidiana, así como con las condiciones objetivas de la vida en el seno de su grupo social de pertenencia”.

Las estimaciones más conservadoras en los países de la Unión Europea señalan que cada año un 27% de la población adulta padece un trastorno mental y los estudios llevados a cabo en la población general confirman que los trastornos mentales son muy frecuentes y causan un alto grado de discapacidad.⁽⁴⁾

En su informe sobre la salud en el mundo, la OMS propone la utilización de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para hacer referencia a la Carga Mundial de Morbilidad y señala que la depresión ocupa el primer lugar como causa de AVAD en mujeres y el tercer lugar en hombres tras la enfermedad isquémica cardíaca y el abuso

del alcohol⁽⁵⁾. Además las estimaciones de la OMS indican que los trastornos mentales y neurológicos serán responsables en el año 2020 del 15% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones⁽⁵⁾. Por tanto, la importancia de los trastornos mentales, en términos de afectación a la calidad de vida, es muy elevada, ya que los datos los sitúan por delante de las enfermedades cardiovasculares, del cáncer, y también de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes, o enfermedades cardíacas y respiratorias.^(6,7)

En España, y según la Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo del gobierno, no existen estudios suficientes para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población en general⁽⁸⁾ aunque según el estudio epidemiológico ESEMeD-España es posible afirmar que el 19,5% de los españoles presentarán alguna vez en la vida algún trastorno mental siendo esta cifra más alta en mujeres (22%) que en hombres (15,7%)⁽⁹⁾.

Existen diferentes recursos y servicios destinados a cubrir las necesidades en este ámbito. Para su utilización se establece un proceso de derivación que generalmente comienza en los servicios de atención primaria y continúa la derivación hacia los sistemas especializados. Los servicios, el proceso de derivación y los recursos, así como las características de los mismos se detallan en las figuras 1 y 2.⁽¹⁰⁾

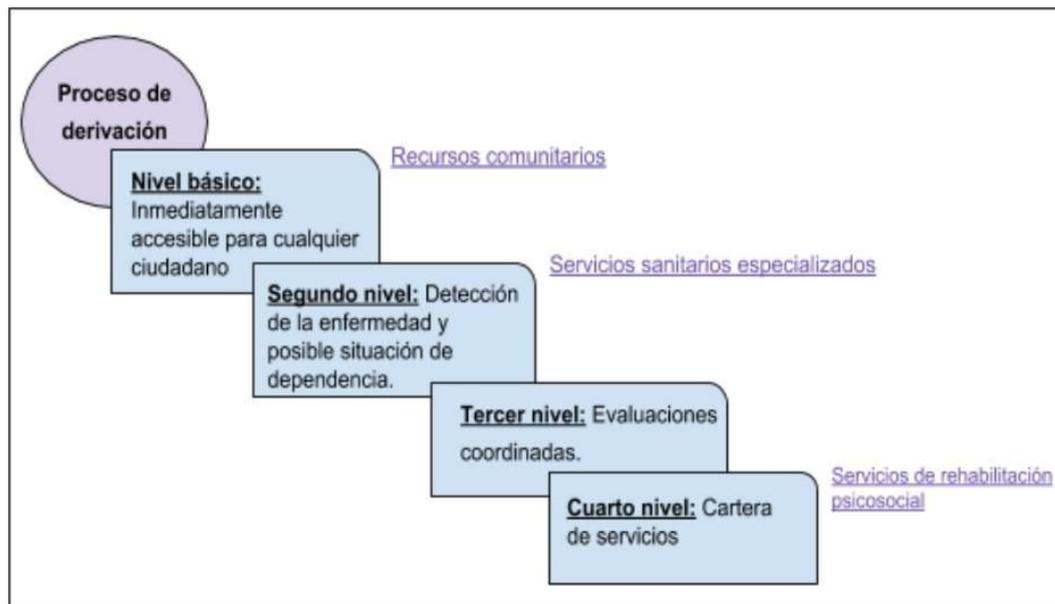


Figura 1: Proceso de derivación del sistema de salud. Elaboración propia.

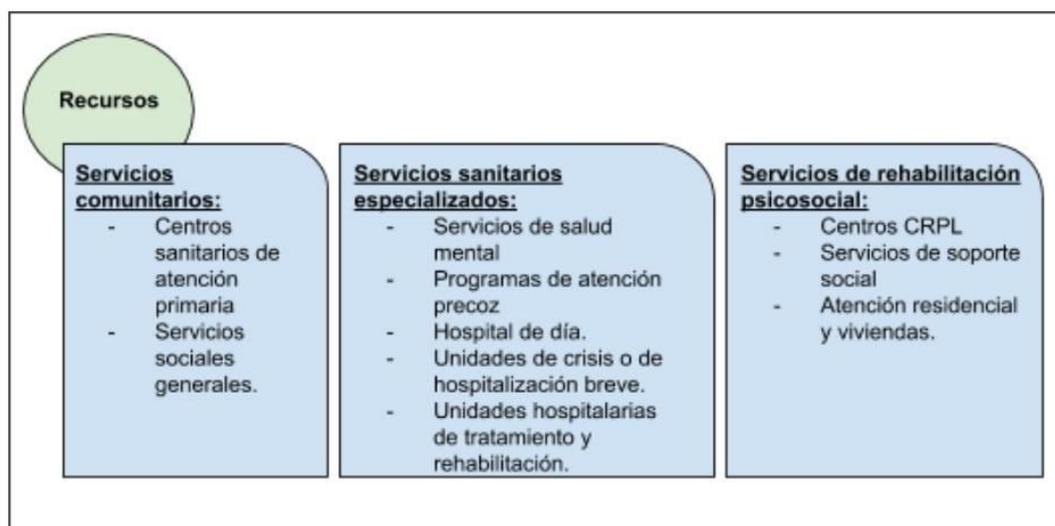


Figura 2: Recursos destinados a la salud mental. Elaboración propia.

1.1. Medidas coercitivas.

Se consideran medidas coercitivas: “el ingreso involuntario al hospital bajo los poderes legales de detención, la administración forzada de medicamentos psicotrópicos contra la voluntad del paciente (contención farmacológica), la reclusión o el confinamiento involuntario del paciente en aislamiento y la restricción manual o mecánica de las extremidades o el cuerpo de la persona para evitar la libre circulación”.⁽¹¹⁾

Estas medidas son clasificadas como “intervenciones terapéuticas restrictivas”, por distintos autores^(12 - 16), y pueden darse en diferentes formas:

- **Contención farmacológica:** Se refiere a la “aplicación de psicofármacos, que provocan sedación superficial, con el objetivo de abordar la agitación psicomotriz”⁽¹⁷⁾. Para ello se utilizan, benzodiazepinas, antipsicóticos o ambos, además de otros fármacos para combatir los efectos secundarios de estos, que pueden ser entre otros; confusión, depresión respiratoria, irritabilidad, hostilidad, síntomas extrapiramidales, distonías, discinesias o alteraciones cardiovasculares.^{(12),(17-19)}
- **Aislamiento:** Hace referencia al “confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector, con estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas”⁽¹⁷⁾. El concepto es definido por La Asociación Nacional de Enfermería, en su documento de Consenso publicado en 2016 y basado en documentación publicada entre 1999⁽²⁰⁾ y 2005⁽²¹⁾.
- **Contención mecánica:** se define como un “método en el cual se utilizan dispositivos de sujeción homologados para controlar la agitación psicomotriz”⁽¹⁷⁾. El objetivo, es salvaguardar la seguridad y adquirir el control de la situación por los profesionales sanitarios.⁽¹⁷⁾

- **Ingreso involuntario:** Hace referencia a aquellos casos en los que “la persona no tiene capacidad para otorgar un consentimiento válido y se lleva a cabo por decisión de otras personas”^(22, 23). Diversos autores afirman que está justificado cuando la desestabilización condiciona una situación de peligrosidad evidente para el paciente o para los demás^(24, 25).
- **Tratamiento ambulatorio involuntario:** el psiquiatra valenciano Hernández-Viadel y colaboradores, explican que se trata de un tratamiento no voluntario, desarrollado en la comunidad (no en el hospital) cuyo objetivo es “conseguir el cumplimiento del tratamiento en aquellas personas con diagnóstico de trastorno mental grave, y consideradas sin conciencia de enfermedad, o en aquellos casos en los que el incumplimiento del tratamiento presente un riesgo alto de recaída”⁽²⁶⁾. También está indicado para aquellas personas con conductas peligrosas o con incapacidad para el autocuidado^(27, 28).

El proyecto “*Evaluación Europea de Coerción en Psiquiatría y Armonización de la mejor Práctica Clínica*” (EUNOMIA) es un estudio internacional financiado por la Comisión Europea que tiene como objetivo evaluar la práctica clínica de las medidas coercitivas y sus resultados en 12 países de la Unión Europea⁽¹¹⁾. Este estudio muestra que la contención química es la medida coercitiva con mayor desaprobación para las personas usuarias de los servicios de salud mental y que existe una relación significativa entre las personas que recibieron medicación forzosa y las estancias más duraderas en el dispositivo. Señala también que todas las medidas coercitivas estudiadas, en general (reclusión, restricción y medicación forzada) se relacionan con personas que permanecen más tiempo en el hospital y que además este suceso no puede ser asociado al

hecho de que las personas sometidas a coerción estuviesen más enfermas al ingreso⁽¹¹⁾.

El documento de Consenso de la Asociación Nacional de Enfermería, pese a definir las características del aislamiento terapéutico así como el procedimiento para su uso afirma que “No es posible hacer recomendaciones basadas en la evidencia sobre los efectos del aislamiento terapéutico”.^(17, 29)

Existen informes en cuanto al ingreso involuntario que confirman la no existencia de unos criterios claramente fijados para llevar a cabo este procedimiento^(25, 30) y que éstos deberían ser medidas excepcionales puesto que la falta de compromiso de la persona ingresada con el proyecto terapéutico impuesto reduce sumamente su efectividad^(11,31).

En cuanto a la contención mecánica existe diversa evidencia científica que corrobora que las consecuencias pueden ser, entre otras: daños severos o permanentes, compresión de nervios, contracturas, úlceras por presión, aumento de la frecuencia de infecciones y muerte (por asfixia, estrangulación o parada cardiorrespiratoria)^(17, 26, 32).

A pesar del uso generalizado de las medidas coercitivas⁽³³⁾, hay una notable falta de evidencia en cuanto a la relación con los resultados del tratamiento^(34, 35). Por el contrario, estudios cualitativos muestran que “los usuarios pueden experimentar el uso de estas medidas como procesos humillantes y angustiosos”^(36, 37) por lo que se comienzan a considerar los riesgos psicológicos de su uso^(38, 39).

Como se ha reflejado, diversos autores definen estas medidas y abogan por su uso. Sin embargo, otras corrientes de profesionales entienden que no respetan los Derechos Humanos⁽⁴⁰⁾, son contraproducentes para la salud^(26, 32, 31) o no están avaladas por la evidencia científica^(17,29,31,34,35).

1.2. Recomendaciones internacionales y marco legal.

Las personas con “malestar psíquico” son un sector vulnerable en todas las sociedades ya que lidian cada día con la estigmatización, marginación y discriminación⁽⁴¹⁾, lo que incrementa la probabilidad de que sus derechos sean violados aunque este aspecto no ha sido debidamente registrado y cuantificado puesto que estas actuaciones no son denunciadas⁽⁴²⁾. Las prácticas coercitivas a menudo suelen justificarse a través de la imposición de la salud y, en palabras de la Asamblea General de Naciones Unidas, “so capa de buenas intenciones de los profesionales”⁽⁴³⁾. Pese a ello, existen recomendaciones de organismos internacionales desaconsejando su utilización⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾. La legislación sobre salud mental por lo tanto, es necesaria, y es preciso que no se vea influida por los prejuicios existentes al respecto de este colectivo. En palabras de la OMS “La legislación que protege a los ciudadanos vulnerables es el reflejo de una sociedad que respeta y se preocupa por su gente”⁽⁴³⁾ y en la guía “*Legislación sobre salud mental y derechos humanos*”⁽⁴³⁾ destaca que debería ser un proceso, y no un hecho puntual llevado a cabo cada varias décadas, para adaptarse así a los avances en cuanto a tratamientos y desarrollo de los recursos. Para que esto sea posible plantea condiciones fundamentales a tener en cuenta por todos los países en el momento de elaborar sus legislaciones⁽⁴⁷⁾.

En concreto, en cuanto a los recursos y los derechos de reclamación judicial sobre las normas de atención, tratamiento y privacidad del usuario, la OMS y Naciones Unidas establecen que “Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos”⁽⁴⁴⁾.

En relación a las contenciones, farmacológicas y mecánicas, Naciones Unidas expresa que todas las personas tendrán derecho a ser protegidas de cualquier daño “incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas”⁽⁴⁴⁾. Además añade que cuando se utilizan estas contenciones, contemplándolas como medidas terapéuticas, y siendo avaladas por protocolos para su aplicación, “ha fracasado la relación de ayuda y los profesionales carecen de estrategias para abordar situaciones complejas respetando los derechos de los pacientes”⁽⁴⁴⁾.

En España, existen algunas contradicciones legislativas que impiden que la Ley ampare los derechos de las personas en su totalidad. La Ley General de Sanidad de 1986⁽⁴⁸⁾, por ejemplo, trata de velar por la “total equiparación de a persona con enfermedad mental a las demás personas que requieren servicios sanitarios y sociales” pero el Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento civil⁽⁴⁹⁾ revela que España todavía se encuentra muy lejos de alcanzar esa equiparación puesto que este artículo, permite el “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”.

Las normativas de selección de candidatos a trasplantes de órganos, también son discriminatorias por razón de diagnóstico psiquiátrico, al no existir en este caso, legislación que impida su vigencia.^(50, 51)

Así mismo, en España, es posible rechazar un tratamiento asumiendo las consecuencias, pues esta situación está recogida en la Ley General de Sanidad en el artículo 10, punto 9⁽⁴⁷⁾, y en la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica⁽⁵²⁾, ya que no excluye de manera explícita a las personas con un diagnóstico psiquiátrico. Sin embargo, los profesionales sanitarios en muchas ocasiones con el respaldo de protocolos, no se plantean este derecho, sino que recurren a la

involuntariedad tras un rechazo por parte del paciente a la opción de un tratamiento voluntario, dando lugar a poner en entredicho que el derecho a consentir el tratamiento implica el derecho a negarse a recibir dicho tratamiento.

Finalmente, destacar que las medidas coercitivas, también basadas en la ausencia de conciencia de enfermedad y en la necesidad de “sanar a un colectivo que muchas veces no entiende por qué necesita ser sanado”⁽⁵⁴⁾ han hecho surgir en el ámbito de la salud mental movimientos y voces de colectivos en primera persona que reivindican “el derecho al delirio”⁽⁵⁵⁾ y exigen respeto a lo que denominan “experiencias psíquicas inusuales”^(56, 57). Además otras personas se consideran “víctimas supervivientes de los servicios de salud mental” puesto que expresan que han sido maltratados y dañados por dichos servicios⁽⁵⁸⁾. Estas consideraciones en primera persona son de relevante importancia puesto que en el ámbito de la salud mental, la imposición de un tratamiento implica en muchas ocasiones el control sobre aspectos de la vida privada como la obligatoriedad de tratamientos farmacológicos con efectos adversos (obesidad, diabetes, rigidez muscular, falta de energía o tumores de mama)^(59, 60), la libertad personal, el contacto con según qué personas o los lugares donde las personas han de vivir⁽⁵⁴⁾.

1.3. Terapia Ocupacional, malestar psíquico y promoción de la salud.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) define la Terapia Ocupacional (TO), en el año 2012, como “Una profesión de la salud centrada en la persona. Se ocupa de la promoción de la salud y del bienestar de las personas a través de la ocupación. El objetivo principal de la TO es permitir la participación en actividades de la vida cotidiana y en las ocupaciones que las personas quieren, necesitan, o se espera que hagan”.⁽⁶¹⁾

El paradigma actual de la disciplina, el modelo propuesto por Kielhofner⁽⁶³⁾ y la práctica centrada en la persona, coinciden en realizar una visión holística de la persona, de todos los aspectos de su vida y su relación con la comunidad. Así, estas bases teóricas exponen que los terapeutas ocupacionales, parten del principio de que la persona toma sus propias decisiones y guía el plan de intervención. El profesional por su parte, apoya y facilita el proyecto vital teniendo en cuenta el autoconcepto de la persona, sus valores, intereses, creencias, hábitos, rutinas, roles y los ambientes en los que se desenvuelve.⁽⁶²⁻⁶⁴⁾

Así mismo, la “*Carta de Ottawa para la promoción de la salud*”, es considerada como un marco conceptual de referencia para la TO y señala que los requisitos para alcanzar la salud son; “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad”⁽⁶⁵⁾. Para ello reclama a los grupos sociales, y al personal sanitario que asuman su papel como mediadores entre los intereses opuestos y a favor de la salud, ya que expone de máxima importancia la toma de conciencia sobre las consecuencias que sus decisiones pueden tener⁽⁶⁵⁾. Sin embargo actualmente, no existe evidencia científica desde TO sobre la influencia de las medidas coercitivas en la vida y las ocupaciones de las personas. Algunos autores desde otras disciplinas, comienzan a estudiar y realizar afirmaciones relevantes sobre cómo afectan estas situaciones a aspectos concretos como la autonomía, la autopercepción, la relación terapéutica y por tanto, en última instancia, a la salud de las personas. Estos hallazgos se consideran de interés para la TO.

Katsakou et al⁽⁶⁶⁾, realizaron un estudio cualitativo sobre la percepción de las personas en cuanto a su hospitalización involuntaria. Afirmaron que el 68% de los participantes informaron estar expuestos a medidas coercitivas como la restricción, la reclusión o la medicación forzosa. El

92% afirmaron que habían conocido la decisión de su ingreso involuntario a través de profesionales, mientras que los tratamientos alternativos o la admisión voluntaria no se habían ofrecido. También destacaron que no recibieron información adecuada sobre los motivos de su hospitalización, sus derechos y el tratamiento. Los autores resaltaron que el grupo que percibió su hospitalización involuntaria como incorrecta, consideran que: “es una injusta violación de su autonomía, lo que representaba una amenaza permanente a su independencia” también que “sus problemas podrían haber sido manejados a través de intervenciones comunitarias menos coercitivas o una hospitalización voluntaria más corta” y que “su hospitalización tuvo un impacto negativo en su salud”. Por lo que, ante estos resultados, Katsakou et al consideran importante que “los servicios aseguren que la necesidad de tratar a las personas de forma coercitiva durante un tiempo corto, no comprometa los objetivos a largo plazo de promover el empoderamiento y la autonomía.”

En otra línea de investigación, Sheenan⁽⁶⁷⁾ relaciona la coerción percibida y la relación terapéutica. Johansson y Eklund⁽⁶⁸⁾ definen esta como “La relación entre el usuario y cualquier profesional involucrado en la atención de la persona. Puede reflejar relaciones que duran segundos o décadas y pueden tener efectos positivos o negativos en el tratamiento [...] independientemente del diagnóstico, el entorno o el tipo de terapia utilizada”. En su estudio, Sheenan⁽⁶⁷⁾, obtuvo relación entre el alto puntaje de coerción recibida con el ingreso involuntario y con una mala calificación de la relación terapéutica. Este último aspecto también es relacionado la pérdida de autonomía percibida según otros autores⁽⁷⁰⁻⁷²⁾.

Townsend, Gearing, y Polyanskaya⁽⁷³⁾ investigaron sobre la elección de grupos de soporte entre pares frente a los servicios de salud formales, e identificaron que las ventajas del recurso no formal son las siguientes: el apoyo emocional, la información, empoderamiento y anonimato. Así

mismo, destacaron que en los informantes que no han recibido nunca tratamiento formal, es posible que el miedo a perder la autonomía personal, asociado con el tratamiento, se yuxtaponga desfavorablemente con los beneficios potenciales del tratamiento sanitario.

En cuanto al tratamiento ambulatorio involuntario, es necesario destacar que la mitad de los usuarios, según una revisión publicada por Barkhof et al⁽⁷⁴⁾, no son adherentes a la medicación y, entre un cuarto y la mitad de las personas con esquizofrenia no obtienen los resultados esperados de los neurolépticos a pesar de tomarlos con regularidad⁽⁷⁵⁾. Del Barrio et al⁽⁷⁶⁾ señalan al respecto que, los medicamentos psiquiátricos influyen en aspectos como la relación de las personas con su cuerpo, sentimientos, autoestima, su salud y también pueden afectar a algunas ocupaciones como mantener un trabajo o acudir a la escuela, lo que podría derivar en intentos de abandonar el tratamiento sin apoyo profesional⁽⁷⁷⁾.

Por último, Ibitz et al⁽⁷⁸⁾ realizaron un estudio sobre la integración de la coerción en las historias de vida de las personas con malestar psíquico obteniendo diferencias según el tipo de medida coercitiva. Además los participantes resaltaron que la experiencia del ingreso involuntario ha repercutido de forma notable en cuanto a su participación social posterior, sus contextos sociales y el autoconcepto.

Varios modelos de atención actuales proponen prácticas que brindan un espacio significativo para el diálogo y la toma de decisiones compartida entre el usuario y el profesional^(77, 79, 80). Todos ellos reflejan un cambio importante en cómo se consideran el tratamiento farmacológico, las prácticas de prescripción y la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios. Declaran que esta nueva perspectiva para abordar las intervenciones “Implica aceptar a las personas y su sufrimiento, y

apoyarlas para que el tratamiento se oriente hacia el bienestar general y la calidad de vida en la comunidad”⁽⁷⁵⁾.

La bibliografía refleja que empiezan a establecer relaciones entre las medidas coercitivas y diversos aspectos de la vida de las personas. La TO por su parte, es una disciplina comprometida con estos aspectos y con los Derechos Humanos, por lo que se pretende dar voz a las personas con malestar psíquico, en relación a su experiencia sobre las medidas coercitivas en los diferentes recursos de salud mental.

2. Bibliografía.

1. Organización mundial de la salud. Definición Salud Mental. OMS [Internet]. 2007 [citado 27 de Octubre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/62/es/>
2. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) Madrid: Panamericana; 2004
3. Angsburger AC, Gerlero SS. La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. Kairós 2005.9. (15) Disponible en: <http://www.revistakairos.org/wp-content/uploads/Ausburguer.pdf>.
4. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2005 Jun; 12Suppl 1:74-7. PubMed PMID: 15877784.
5. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope. Geneva: WHO; 2001.
6. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. European journal of neurology : the official journal of the European Federation of Neurological Societies. 2003 Sep;10(5):471-7. PubMed PMID: 12940825.
7. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. European neuropsychopharmacology: 2005 Aug; 15 (4): 257 - 76. PubMed PMID: 15961293
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006. Madrid. Ministerio de Sanidad y consumo; 2007
9. Haro JM, Palacín C, Vitagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados. Resultados del estudio ESEMeD-España. Medicina clínica, 2006 Apr 1; 126(12): 445 - 51. PubMed PMID: 16620730. [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMed - Spain study]
10. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2007.
11. McLaughlin P, Giacco D, Prieve S. Use of coercive Measures during Involuntary Psychiatry Admission and Treatment Outcomes:

- Data from a prospective study across 10 European countries. Plos one. 2016;11(12).
12. Megias-Lizancos F, Contreras JL, Pacheco Borrella G. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental. Difusión Avances Enfermería 2005. Pag 68.
 13. Fresán A, Berlanga C, Robles-García R, Álvarez-Icaza D, Vargas-Huicochea I. Alfabetización en salud mental en el trastorno bipolar: Asociación con la percepción de agresividad y el género en estudiantes de medicina. Salud Mental. 2013;36(3):229.
 14. Sarrais Oteo F, de Castro-Manglano P. Protocolo de manejo del paciente agitado o violento. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 2011 [citado 8 de diciembre de 2017];10(85):5767-71. Recuperado a partir de: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030454121170172X>
 15. Rubio-Valera M., Huertas Ramos E., Baladón L. Estudio cualitativo sobre los estados de agitación y su caracterización, y los procedimientos de atención utilizados en su contención. Actas Esp Psiquiatría 2016; 44(5):166-77.
 16. Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal Gómez MC. Manejo inicial del paciente agitado. 2009. [Consultado 8 de diciembre del 2017] Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf.
 17. Abordaje y cuidados al paciente agitado. Documento de Consenso. Revista española de enfermería de salud mental. 2016;1(1).
 18. Polania-dussan I, Toro-Herrera S, Escobar-Cordoba F. Uso de midazolam y haloperidol en urgencias psiquiátricas. Rev Colomb Psiquiatr [online] 2009 [citado 27 octubre 2017]; 38(4):693-704. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615450010>.
 19. Brown R, Howard R, Candy B, Sampson E. Opiáceos para la agitación de la demencia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015 Issue 5. Art. No.: CD009705.
 20. American Psychiatric Association [website]. Resource guide on seclusion & restraint by the American Psychiatric Association May 1999. Disponible en: <http://www.psych.org>. Consultado Abr 2005.
 21. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Doherty JP. Treatment of behavioral emergencies. The expert consensus guideline series. A special report. Postgrad Med. 2001;(Spec No):1-90.
 22. Patrocinio Polo JA. El internamiento de los presuntos incapaces. Aspectos procesales y sustantivos [consultado 10/12/2017]. Disponible en: <http://www.futuex.com/index.php?id=2040>

23. García García L. Enfermedad mental e internamientos psiquiátricos. In: La respuesta judicial ante la enfermedad mental. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2006. p. 69–103.
24. Olavarrieta Bernardino S, Gómez-Jarabo García G, Esbec Rodríguez E. Valoración de la capacidad de obrar: el control de los impulsos. *Investigación en Salud*. 2004;6:35–42.
25. Barrios Flores, Luis Fernando. *Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación*. D.S. Vol 11. Julio-Diciembre 2003.
26. Protocolo de Consenso de los Servicios de Psiquiatría de los Nuevos Hospitales para la aplicación de la Contención Mecánica. Comunidad de Madrid; 2008.
27. Sensky T, Hughes T, Hirsch S. Compulsory psychiatric treatment in the community. A controlled study of compulsory community treatment with extended leave under the Mental Health Act: special characteristics of patients treated and impact of treatment. *Br J Psychiatry*. 1991;158:792-9.
28. Kisely S, Campbell LA, Preston N. Compulsory community and involuntary outpatient for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*;(3):CD004408
29. Escobar-Córdoba F, Hernández-Yasnó MA, Pedreros-Velásquez J. Aislamiento en pacientes psiquiátricos. [Citado 27 de octubre 2017] Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a06s1.pdf>.
30. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. Estudio y recomendaciones del defensor del pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España . Madrid: Macula, S.L.; 1991.
31. Blázquez Martín R, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Los internamientos involuntarios desde la perspectiva civil. Primer Congreso La salud mental es cosa de todos. El reto de la atención comunitaria de la persona con trastorno mental grave desde los servicios sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005 p. 243–8.
32. Viadel M, Prieto J, Nicolás C, Calatayud G, Millán T. Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para personas con enfermedad mental grave. *Psiquiatría Biológica*. 2006;13(5):183-187.
33. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R, Couca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric

- hospitals: a literature review and survey of international trends. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 2010, 45 (9)
34. Mayoral F, Torres F. Use of coercive measures in psychiatry. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2005, 33(5)
 35. Saulas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000.
 36. Strout TD, Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010, 19 (6).
 37. Sturrock A, Restraint in inpatient areas: the experiences of services users. *Mental Health Practice*, 2010, 14(3)
 38. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KS, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 2005, 56(9)
 39. Ladois Do Pilar, Rei A, Bui E, Bousquet B, Simon NM, Rieu J, Schimitt L et al. Peritraumatic reactions and posttraumatic stress disorder symptoms after psychiatric admission. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2012, 200(1).
 40. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas [Homepage] Ginebra: Naciones Unidas; [acceso 27 de octubre 2017] ¿Que son los derechos humanos? Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
 41. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre la salud mental 2013-2020. Ginebra. Organización Mundial de la Salud: 2013
 42. Stuart H, Arboleda-Flórez J. Community Attitudes toward People with Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2001;46(3):245-252.
 43. *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*, World Health Organization, 2006.
 44. Sailas EES, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Review* 2000, Issue 1. Art. No: CD001163 DOI:10.1002/14651858.CD001163.
 45. Naderi A. Prolactin-Induced Protein in Breast Cancer. *Adv Exp Med Biol*. 2015; 846:189-200
 46. Shemanko CS. Prolactin receptor in breast cancer: marker for metastatic risk. *J Mol Endocrinol*. 2016;57(4): R153-R165.

47. Organización Mundial de la Salud. La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2004
48. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986. Boletín Oficial del Estado, nº102 (29 abr 1986)
49. Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley 1/ 2000. Boletín oficial del Estado, nº 7 (8 -01- 2000)
50. Crespo Leiro MG, Almenar Bonet L, Alonso- Pulpón L, Campreciós M, Cuenca Castillo JJ, de la Fuente Galván L, et al. Conferencia de consenso de los grupos españoles de trasplante cardíaco. Rev Esp Cardiol Supl. 2007; 7 (B): 4 – 54
51. Román A, Ussetti P, Solé A, Zurbano F, Borro JM, Vaquero JM, et al. Normativa para la selección de pacientes candidatos a trasplante pulmonar. Arch Bronconeumol. 2011; 47 (6): 303-9
52. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002 Boletín Oficial del Estado, nº274 (14 nov 2002)
53. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas [homepage] Ginebra: Naciones Unidas; [Acceso 1 de diciembre de 2016] ¿Qué son los derechos humanos? Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
54. Cabrera M, Carretero A, Derechos humanos en salud mental y sus vulneraciones. Boletín psicoevidencias (47) [online] 2017 **
55. Mad in America para el mundo hispanohablante [homepage]. Madrid: Locomún; 6 de noviembre de 2016 [Acceso 1 de noviembre 2017] Alan Robinson. La Locura de teatro. Disponible en: <http://madinamerica-hispanohablante.org/la-locura-del-teatro-alan-robinson/>
56. Entrevoces [Homepage] Madrid: Entrevoces; [Acceso 1 de noviembre 2017] Disponible en: http://entrevoces.org/es_ES/
57. Intervoice. The International Hearing Voices Network [Homepage]. Intervoice; [acceso 1 de noviembre de 2017] Disponible en: <http://www.intervoiceline.org/>
58. Alonso F. Se necesita otro pensar. Y se necesita ya. Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. 2015; (38): 7-13.
59. Naderi A. Prolactin-Induced Protein in Breast Cancer. Adv Exp Med Biol. 2015; 846:189-200

60. Shemanko CS. Prolactine receptor in breast cancer: marker for metastatic risk. *J Mol Endocrinol*. 2016;57(4): R153-R165.
61. World Federation of Occupational Therapist. Definición Terapia Ocupacional. WFOT [Internet]. 2012. [Citado 11 noviembre 2017] Disponible en: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinicionofOccupationalTherapy.aspx>
62. Valderrama C, Pino J, Guzman S, Zolezzi R, Vera R, Seguel P et al. RETICULANDO LA ACADEMIA CON LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL: EXPERIENCIA DESDE UNA TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2015;15(2).
63. Kielhofner G, De las Heras de Pablo C. Modelo de Ocupación humana teoría y aplicación. Buenos Aires (Argentina): Médica Panamericana; 2011.
64. Forn de Zita C. El Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional: Conceptos y Proceso. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*. 2009;59(1):34-40.
65. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. 1ª Conferencia Internacional para la promoción de la salud. Ottawa: OMS; 1986
66. Katsakou C, Rose D, Amos T, Bowers L, McCabe R, Oliver D et al. Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalisation was right or wrong: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;47(7):1169-1179.
67. Sheehan K. Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association?. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):471
68. Johansson H, Eklund M: Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17:339–346, 2003
69. Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Research*. 2012;200(2-3):939-944.
70. Gilbert H, Rose D, Slade M: The importance of relationships in mental health care: a qualitative study of service users' experiences of psychiatry hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research* 8:92, 2008

71. Ng J, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumanis C, et al. Self-determination theory applied to health contexts: a meta-analysis. *Perspect Psychol Sci* 2012;7:325–40.
72. Williams GC, Minicucci DS, Kouides RW, et al. Self-determination, smoking, diet and health. *Health Educ Res* 2002;17:512–21.
73. Townsend L, Gearing R, Polyanskaya O. Influence of Health Beliefs and Stigma on Choosing Internet Support Groups Over Formal Mental Health Services. *Psychiatric Services*. 2012;63(4):370-376.
74. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LMJ, Linszen DH, de Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012;27:9–18.
75. Fowler D, Garety P, Kuipers E. Therapie cognitive behaviorale des psychoses. *Santé mentale au Québec* 1999; 24(1):61-88.
76. Del Barrio L, Cyr C, Benisty L, Richard P. Gaining Autonomy & Medication Management (GAM): new perspectives on well-being, quality of life and psychiatric medication. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2879-2887.
77. Liberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK; Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness investigators: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353(12):1209-1223.
78. Sibitz I, Scheutz A, Lakeman R, Schrank B, Schaffer M, Amering M. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(03):239-244.
79. Lichtenberg P (2011) The residential care alternative for the acutely psychotic patient. *Psychiatric Quarterly* 82: 329–341.
80. Johnson S, Lloyd-Evans B, Morant N, Gilbert H, Shepherd G, et al. (2010) Alternatives to standard acute care in England: roles and populations served. *Br J Psychiatry* 197: s6–s13.
81. Van Manen M. Investigación educativa y experiencia vivida. Barcelona: Idea Books; 2003
82. Morse, J. M. (1994). Designing qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative inquiry*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1994
83. Sandín Esteban MP. Investigación cualitativa en educación. Fundamentos y tradiciones. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003
84. Martínez M. M. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *REVISTA IIPSI* .2006; 9 (1)

85. Salamanca Castro AB, Crespo Blanco C. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación. 2007. (27)
86. Hurtado J. El proyecto de Investigación: metodología de la investigación holística. Octava edición. Caracas: Quirón ediciones; 2015
87. López Estrada RE, Pierre Deslauriers J. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen. 2011. (61)
88. Álvarez-Gayou, J.L. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2005
89. Rubín, H.J. y Rubin, I.S. Qualitative interviewing. The art of hearing data. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995
90. Lincoln Y, Guba E. Research, evaluation, and policy analysis: Heuristics for disciplined inquiry. Review of Policy Research. 1986;5(3):546-565.

3. Objetivos.

El objetivo general del presente proyecto de investigación es: Explorar la percepción que presentan los usuarios de dos CRPL sobre las medidas coercitivas así como su posible influencia en su vida y en la salud.

Objetivos Específicos:

- Conocer el rol que tienen los participantes en su proceso terapéutico.
- Indagar acerca del significado que le otorgan los participantes a la experiencia vivida en los servicios de salud mental y a las medidas coercitivas utilizadas.
- Explorar la percepción de los informantes en cuanto a los efectos de la coerción en su salud y en sus ocupaciones.

4. Metodología.

4.1. Abordaje metodológico.

La investigación se aborda desde una perspectiva cualitativa de tipo descriptivo basado en la fenomenología. Taylor y Bogdan consideran que la investigación cualitativa es “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas habladas o escritas y la conducta observable”⁽⁸¹⁾. Por otra parte la fenomenología destaca el énfasis sobre la experiencia individual subjetiva, es decir, “busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia”⁽⁸²⁾.

Los objetivos de la investigación justifican este enfoque puesto que se centran en conocer la perspectiva de los participantes sobre la influencia de los métodos coercitivos en sus ocupaciones, a través del análisis de su discurso.⁽⁸³⁾

No se plantearán hipótesis iniciales ya que se espera que emerjan del análisis de la información.⁽⁸⁴⁾

El criterio básico por el que se guiará la investigación será “buscar la información donde está”, aunque esto pueda alterar los planes metodológicos preestablecidos.⁽⁸⁵⁾

4.2. Ámbito de estudio y entrada al campo.

El estudio se realizará en dos Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de la provincia de A Coruña. Ambos cuentan con un terapeuta ocupacional que forma parte del equipo interdisciplinar.

Se han seleccionado dos recursos de áreas sanitarias diferentes para abarcar así un abanico más amplio de percepciones en torno a las experiencias en la red de recursos de Salud Mental.

La entrada al campo se producirá a través de los contactos establecidos durante los estudios de Terapia Ocupacional en la Universidad de A Coruña.

En primer lugar, se contactará con la dirección de los dos recursos y se solicitará el permiso pertinente para desarrollar la investigación (Apéndice 1). Posteriormente se realizará una reunión con los usuarios de ambos recursos donde se explicará el proyecto, los objetivos y las distintas fases del mismo. Se hará entrega de una hoja de información, (Apéndice 2) donde se detallan todos los aspectos. Una vez aceptada la participación voluntaria de los participantes, se les hará entrega del consentimiento informado a cada uno de ellos, o a su tutor/tutora legal si fuese el caso (Apéndice 3)

4.3. Muestra y población de estudio.

La población de estudio serán personas de entre 18 y 65 años que actualmente acuden a un Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPL). Existirá al menos un entrevistado de género masculino y una entrevistada de género femenino así como un participante con experiencia por cada recurso existente en la red socio-sanitaria de Salud Mental.

De este modo se pretende describir las experiencias en la mayor variedad de contextos posibles.

Para la selección de los participantes se realizará un muestreo intencionado y se mantendrá la posibilidad de iniciar un proceso de avalancha y posteriormente un muestreo deliberado, siempre que así lo precisen las necesidades de información detectadas en los primeros resultados.⁽⁸⁵⁾

Todas las personas que decidan participar en el estudio voluntariamente deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión que se detallan en la tabla I.

Tabla I. Criterios de inclusión y exclusión para los usuarios. Elaboración propia.

	Criterios de selección.
Criterios de inclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Ser usuario de los CRPL donde se desarrolla la investigación. • Haber utilizado, o utilizar en la actualidad la red de recursos de Salud Mental • Tener experiencias en primera persona en relación a medidas coercitivas
Criterios de exclusión	<ul style="list-style-type: none"> • Ser trabajador en activo del ámbito social o sanitario. • Presentar un plan de intervención terapéutico que considere contraproducente la participación en este estudio.

4.4. Búsqueda bibliográfica.

La revisión de bibliografía se ha realizado a través de las bases de datos Pubmed, Dialnet y Web Of Science. La búsqueda se mantendrá durante el desarrollo del proyecto.

Se han utilizado los siguientes términos en la estrategia de búsqueda:

- “Salud mental”, “terapia ocupacional”, “derechos humanos”.
- “Salud mental” “Terapia Ocupacional”, “medidas coercitivas”.
- “Coercive measures”, “Occupational Therapy”, “mental health”.
- “Coerción”, “mental health”, “autonomy”.

Se establecieron dos tipos de filtros en las distintas búsquedas para concretar el número de resultados: cronológicos e idiomáticos.

- Cronológicos: se han seleccionado artículos publicados en los últimos 15 años.
- Idiomáticos: La búsqueda de artículos se ha limitado a tres idiomas; español, inglés y portugués.

Se ha realizado también una búsqueda en páginas web como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la World Federation of

Occupational Therapists (WFOT) con el propósito de ampliar y complementar información. También se ha utilizado el buscador Google Académico. Por último, se completa la búsqueda con documentos y libros relevantes para la disciplina.

4.5. Recogida de la información.

Las técnicas de recogida de información son herramientas que permiten al investigador llevar a la práctica la obtención de la información.⁽⁸⁶⁾

López y Pierre afirman que la entrevista tiene un enorme potencial para permitir al investigador acceder a la cotidianidad y relaciones sociales de las personas. Destacan que incluso la entrevista podría ser suficiente para la realización del proceso investigativo.⁽⁸⁷⁾

Las características de las herramientas utilizadas en este proyecto se detallan a continuación:

Entrevista: Se realizará una entrevista semi-estructurada, con una guía de preguntas que permita introducir cuestiones adicionales si se desea especificar algún aspecto⁽⁸⁷⁾. (Apéndice IV). Se empleará una grabadora de audio que permita la transcripción y análisis de la información, siempre con el consentimiento de los informantes.

Diario de campo: Será el soporte para la investigadora donde podrá realizar anotaciones que considere importantes para la investigación (Ideas, observaciones, comentarios entre otros).⁽⁸⁶⁾

4.6. Análisis de la información.

A través del análisis de la información es posible obtener una explicación más amplia con importancia práctica y teórica que, posteriormente influirá en el reporte final.⁽⁸⁸⁾

Según Álvarez - Gayou y Rubín-Rubín, el análisis de la información en la metodología cualitativa puede establecerse en los siguientes pasos:^(88, 89)

- Obtener la información: A través de registros sistemáticos con diferentes técnicas de recogida de información.
- Capturar, transcribir y ordenar la información: En el caso de la entrevista se hará a través de registros electrónicos. En el caso de las observaciones se realizará a través de anotaciones en el diario de campo.
- Codificar la información: Agrupar la información en categorías que concentran las ideas, conceptos o temas. Establecer códigos para poder recuperar y organizar segmentos de texto de forma rápida para extraer y agrupar ideas relacionadas con una pregunta de investigación o tema particular. Así se sentarán las bases para elaborar las conclusiones.
- Integrar la información: Establecer relaciones entre las categorías establecidas y los marcos teóricos de la investigación.

4.7. Criterios de rigor de la información.

Los criterios utilizados en esta investigación para la evaluación de la calidad científica son los planteados por Guba & Lincoln y donde se posicionan la mayor parte de los investigadores: credibilidad, transferibilidad, criterio de dependencia y criterio de confirmabilidad⁽⁹⁰⁾.

- **Consistencia:** Hace referencia a la posibilidad reproducir un estudio de las mismas características y obtener datos similares. Se realizará mediante el contraste de los discursos de las entrevistas, grupos de discusión y notas de campo.
- **Credibilidad:** Se basa en contrastar las creencias y preocupaciones del investigador con las fuentes de obtención de los datos. Se realizará a través de las transcripciones textuales de los registros en papel y electrónico.

- **Transferibilidad:** Consiste en trasladar los resultados de la investigación a otros contextos. Se realizará con la descripción de las características de la población y de los recursos utilizados.
- **Criterio de confirmabilidad:** Equivale a captar la realidad de la misma forma que lo haría alguien sin prejuicios ni llevado por intereses particulares. Se empleará la triangulación con otros profesionales y se expondrán posibles sesgos.

4.8. Aplicabilidad.

Los resultados de este estudio contribuirán a la obtención de información sobre la repercusión de los métodos coercitivos sobre las ocupaciones, la salud y la vida misma de las personas.

El estudio permitirá conocer si las experiencias vividas durante la imposición de medidas coercitivas pueden afectar a la salud y al bienestar de la persona así como al desarrollo de su proyecto vital. Por lo que la aproximación a este fenómeno podrá contribuir a la evidencia científica de experiencias en primera persona en el ámbito de la Salud Mental.

A nivel práctico favorecerá la calidad de las intervenciones en los recursos de salud mental a través del empoderamiento de las personas que, mediante la oportunidad de utilizar la investigación cualitativa con el soporte de una terapeuta, podrán evidenciar la realidad de sus experiencias.

A nivel comunitario los resultados de esta investigación podrán servir como herramienta de empoderamiento ciudadano ofreciendo información veraz y validando las experiencias en primera persona acerca de las medidas coercitivas utilizadas en los recursos públicos destinados a la salud mental.

4.9. Limitaciones del estudio.

La principal limitación de este estudio es la carencia de evidencia científica previa desde Terapia Ocupacional. En segundo lugar, cabe destacar que la carencia de información en cuanto a las medidas coercitivas, derechos y obligaciones de los usuarios, pueden dificultar la identificación de situaciones donde los métodos coercitivos o la violencia se den de forma implícita.

5. Aspectos éticos.

Para el desarrollo de este proyecto de investigación se respetarán los principios éticos expuestos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y en la Declaración de Helsinki.

Se garantizará y preservará la confidencialidad de la información, acorde con la Ley orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de datos de carácter personal. Así, como el Código Ético de la Terapia Ocupacional.

Se presentará la solicitud al Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia para el desarrollo de este proyecto de investigación. Se entregará una solicitud a la dirección de ambos recursos donde se realizará el estudio (Apéndice I). Se proporcionará una Hoja de Información a los usuarios (Apéndice II), si desean participar se hará entrega del Consentimiento informado, o a su tutor/a legal si fuese el caso (Apéndices III y IV)

6. Plan de trabajo.

La realización del estudio comprende un período de 12 meses comprendidos entre octubre de 2017 y octubre de 2018.

En la siguiente Tabla se muestra el cronograma que especifica las fases del plan de trabajo propuesto.

Tabla II. Cronograma. Elaboración propia.

	Otc/Nov/Dic	Ene/Feb/Mar	Abr/May/Jun	Jul/Ago/Sep
Búsqueda bibliográfica				
Redacción del proyecto				
Entrada al campo de trabajo				
Recogida de datos				
Redacción informe final				
Difusión de resultados				

7. Plan de difusión de los resultados.

Se realizará la difusión de los resultados de este estudio para contribuir en la producción de evidencia científica de la Terapia Ocupacional y otras disciplinas.

Se utilizarán los siguientes medios para la divulgación.

7.1. Congresos y revistas.

Para la difusión de los resultados podrán realizarse inscripciones en diferentes congresos así como proponer la publicación en revistas científicas:

Congresos nacionales:

- Congreso Ibérico de Terapia Ocupacional
- Congreso nacional de estudiantes de Terapia Ocupacional (CENTO)

Congresos internacionales:

- Congreso Internacional de Terapia Ocupacional. (CITO)
- XIII Congreso Latinoamericano

Revistas nacionales

- Revista de Terapia Ocupacional Galicia (TOG)

Revistas internacionales

- American Journal Of Occupational Therapy. Factor de impacto JCR-2016: 2,021
- Canadian Journal Of Occupational Therapy. Factor de impacto JCR-2016: 1,179
- Brithish Journal Of Occupational Therapy. Factor de impacto JCR-2016: 0,935
- ScandinavianJournal Of OccupationalTherapy. Factor de impacto JCR-2016: 0,957
- Australian Journal Of Occupational Therapy. Factor de impacto JCR-2016: 1,404

7.2. Difusión en la comunidad.

La difusión de los resultados de esta investigación se llevará a cabo a través de charlas, talleres o jornadas organizadas en los recursos de salud mental, a través de movimientos asociativos, o promocionados por los ayuntamientos.

8. Financiación de la investigación.

8.1. Recursos necesarios.

Para poder desarrollar esta investigación serán necesarios recursos materiales, humanos y espaciales, que a continuación se detallan:

Recursos materiales: Material fungible (papel, bolígrafo, lápices, cartuchos de tinta etc), y material inventariable (grabadora, ordenador, impresora)

Recursos humanos: Investigadora Terapeuta Ocupacional que realizará todas las fases del proyecto.

Recursos espaciales: Se utilizarán las instalaciones de los propios recursos.

Se deben tener en cuenta también los gastos de desplazamientos, viajes, dietas e inscripciones en los diferentes congresos.

El precio total estimado de la investigación viene presentado en la siguiente tabla.

Tabla III. Recursos. Elaboración propia.

	Concepto		Coste
I. Recursos humanos	Terapeuta Ocupacional (8 meses)		1.020,84 €/mes*
II. Recursos materiales	Medios audiovisuales	Grabadora	40€
		Impresora	50€
	Ordenador portátil	0€	
II. Recursos materiales	Material fungible	Cuaderno de campo, lápices, bolígrafos, papel, tinta de impresora y material de oficina	350€
	Material inventariable	Sillas y mesas	0€
III. Recursos espaciales	Infraestructuras de los CRPL		0€
IV. Recursos de movilidad	Viajes	Desplazamientos y dietas durante el proyecto	500€
		Congresos y estancias para la difusión de los resultados	2.000
V. Imprevistos	Presupuesto destinado a gastos imprevistos		150€
TOTAL FINAL DEL PRESUPUESTO			11.256,72

*Consultado en el Instituto Carlos III

8.2. Posibles fuentes de financiación.

Para la realización de la investigación, se buscará financiación a través de diversas fuentes, de carácter público y/o privado. Se ha realizado una búsqueda de diversos organismos que ofrecen posibles becas y ayudas de convocatoria anual, al que el presente proyecto de investigación podría optar:

Organismos públicos:

- Diputación de A Coruña: Bolsas de investigación anual
- Universidade da Coruña: Ayudas a la investigación
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte: Beca para la formación e investigación

Organismos privados:

- Obra social La Caixa: Promoción de la autonomía persona y atención personal al envejecimiento, discapacidad y dependencia.
- Fundación Ibercaja Obra Social: Convocatoria Ibercaja de Proyectos Sociales.
- Fundación Mapfre: Convocatoria Ayudas a la investigación Ignacio H. De Larramendi.
- Fundación BBVA: Ayudas fundación BBVA a investigadores y creadores culturales.
- Fundación Mutua Madrileña: Apoyo a personas con discapacidad

9. Agradecimientos.

En primer lugar agradecer a Paula y Nereida por acompañarme, por guiar, comprender, facilitar, escuchar, valorar, negociar, y aportar tanto en este momento vital.

A mis compañeras de vida, Alba y Patricia, y mi compañero Rubén, por compartir y dar significado a mis proyectos e ilusiones, apoyar cada decisión y hacer mi vida más bonita y más fácil.

A mi hermano Israel, por hacerlo posible, por todo el esfuerzo que has hecho por mi. Gracias por enseñarme que tenía alas para volar y hacerlas fuertes para llegar hasta donde yo quiera. Este logro es mas tuyo que mío.

Pero en especial, a *Merchy*: Por darme la vida, tu vida.

¿Qué es la Terapia Ocupacional? Para mi, eres tu.

Apéndices.

Apéndice I: Solicitud de permiso para desarrollar la investigación en los recursos de atención en Salud Mental:

Yo, Lorena Cotelo Cobelo, me dirijo a usted, D..... coordinador/a del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral, para llevar a cabo en su centro un estudio de investigación sobre “Medidas coercitivas en los dispositivos de salud mental y promoción de la salud desde Terapia Ocupacional”

Dicho estudio surge del proyecto de investigación que forma parte de la asignatura de cuarto curso “Trabajo de Fin de Grado”, del Grado en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias da Saúde de la Universidade da Coruña (UDC)

El objetivo principal del estudio es “Describir la percepción de las personas sobre las medidas coercitivas y su influencia en las ocupaciones”.

El trabajo tendrá lugar durante el curso académico 2017/2018 y será llevado a cabo por Lorena Cotelo Cobelo, terapeuta ocupacional bajo la dirección de Dña Nereida Canosa Domínguez y Dña Paula Díaz Romero, ambas docentes de la Universidad de A Coruña.

Reciban un cordial saludo.

Atentamente,

Lorena Cotelo Cobelo.

Firma de la dirección del recurso

Firma de la investigadora.

Apéndice II: Hoja de información para los participantes.

- Le estamos pidiendo su participación en un estudio de investigación.
- La participación es voluntaria.
- Si decide participar, puede abandonar el estudio de investigación en cualquier momento.
- Por favor, tome todo el tiempo que necesite para leer el texto y consultar sus dudas.

Título del estudio: Métodos coercitivos en los dispositivos de salud mental y promoción de la salud desde Terapia Ocupacional.

Investigadora: Lorena Cotelo Cobelo.

Directoras: Paula Díaz Romero y Nereida Canosa Domínguez.

Centro: Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral.

El objetivo de este documento es ofrecerle toda la información sobre el estudio de investigación que se pretende realizar, el cual ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación clínica de Galicia.

Debe leer atentamente este documento y, ante cualquier duda debe dirigirse a la investigadora para realizar las preguntas que estime convenientes para comprender en exactitud los detalles del estudio. Por ello, puede tomarse el tiempo que considere necesario para decidirlo.

1. ¿Por qué surge este estudio de investigación?

El objetivo principal del estudio es “Explorar la percepción que presentan los usuarios de dos CRPL sobre las medidas coercitivas así como su posible influencia en su vida y en la salud.”. Y surge de la realización del proyecto de investigación que forma parte de la asignatura “Trabajo de Fin

de Grado” perteneciente al cuarto curso del Grado en Terapia Ocupacional.

2. ¿Cuánto durará el estudio?

El estudio durará 7 meses.

3. ¿Qué pasa si digo “ Si, quiero participar en el estudio?

Si acepta participar:

- Se realizará una entrevista con la investigadora para conocer su percepción sobre el tema de estudio.
- Con el fin de reflejar sus comentarios en el estudio, las sesiones podrán ser grabadas por la investigadora, si usted lo permite.
- Los datos recogidos serán completamente confidenciales.
- Una vez finalizado el estudio, las grabaciones será destruidas

4. ¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Si usted cambia de opinión en cuanto a su participación en el estudio puede retirarse en cualquier momento.

5. ¿Por qué me ofrecen participar a mi?

Nos interesa conocer su percepción sobre cómo ha podido repercutir en su vida su experiencia en relación a las medidas coercitivas.

6. ¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?

Si lo desea, se facilitará un resumen de los resultados de la investigación.

7. ¿Se publicarán los resultados de este estudio?

Los resultados serán difundidos en revistas científicas y congresos propios de la disciplina Terapia Ocupacional u otras relacionadas con la promoción de la salud.

8. ¿Qué debo hacer si tengo dudas?

Si usted tiene dudas acerca de algún aspecto, por favor, diríjase a la investigadora para resolver cualquier pregunta sobre el estudio o sus derechos.

9. ¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se regula por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Únicamente la investigadora y las directoras del trabajo tendrán acceso a los datos del estudio. Usted podrá acceder a sus datos, oponerse o corregirlos comunicándoselo a la investigadora.

Sus datos se conservarán hasta finalizar el estudio.

10. ¿Cómo contactar con el equipo investigador del estudio?

Puede contactar con en el teléfono o a través de la dirección de correo electrónico

Además, si lo desea, puede llamar a la oficina encargada de investigaciones en el teléfono 981 52 14 02 si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

Le agradecemos su colaboración.

Firma de la investigadora

Apéndice III: Consentimiento informado destinado a los participantes.

Título: Métodos coercitivos en los dispositivos de salud mental y promoción de la salud desde Terapia Ocupacional.

Yo.....

- Leí la Hoja de información al participante entregada por la investigadora del estudio, Lorena Cotelo Cobelo, y considero que he recibido suficiente información sobre la investigación y sobre mi participación en la misma.
- Entiendo que participo de forma voluntaria, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento si lo deseo.
- Presto mi conformidad para participar en el estudio.
- Autorizo a la investigadora del estudio a grabar las intervenciones realizadas a mi persona para su posterior transcripción.
- Permito la publicación de los resultados manteniendo siempre la confidencialidad de mis datos.

En relación a la futura conservación y utilización de mis datos:

- Si AUTORIZO a la conservación de mis datos tras la finalización del estudio.
- No AUTORIZO a la conservación de mis datos una vez finalizado el estudio.

En, ade del 20.....

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de la investigadora

Apéndice IV: Entrevista para los participantes.

1. ¿Podría explicar cómo ha sido su experiencia en los servicios sanitarios y/o recursos sociales destinados a la salud mental?
2. ¿Con qué asocia usted el término “medidas coercitivas”? ¿Ha experimentado alguna de estas situaciones en primera persona?
3. ¿Cuál es su opinión sobre las medidas coercitivas como parte del plan de intervención?
4. ¿En qué medida cree que el plan de intervención que ha seguido ha mejorado su salud?
5. ¿Qué papel ha desempeñado en cuanto a la toma de decisiones respecto a su plan de intervención?
6. ¿Qué aspectos considera importantes para tomar estas decisiones?
7. ¿Qué información previa ha recibido a cerca del proceso de intervención?
8. ¿El tratamiento que ha seguido hasta ahora es compatible con sus creencias y valores?

Apéndice V: Glosario de siglas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría.

AVAD: Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad.

WFOT: World Federation Occupational Therapy.

TO: Terapia Ocupacional.